





## Qualitätsrichtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL

Dr. Thomas Beushausen MBA  
 Ärztlicher Direktor  
 Vorstand Stiftung Hannoversche Kinderheilstalt



© Th. Beushausen 2017

## Qualität beschreibt...

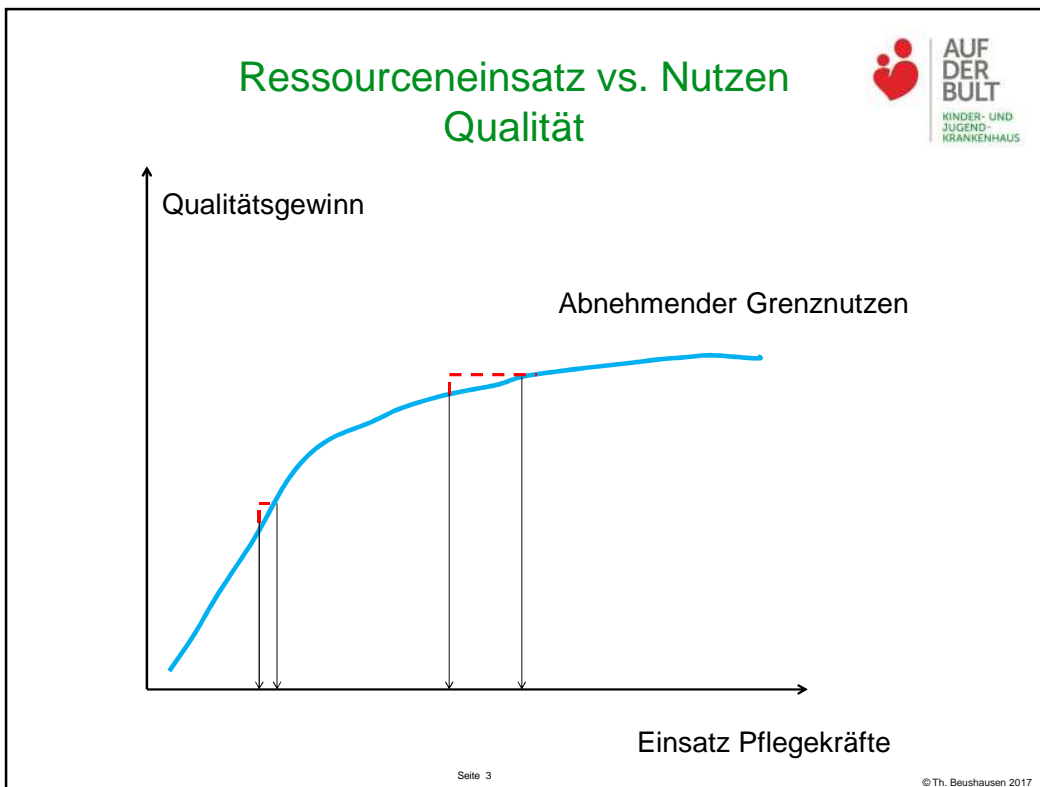
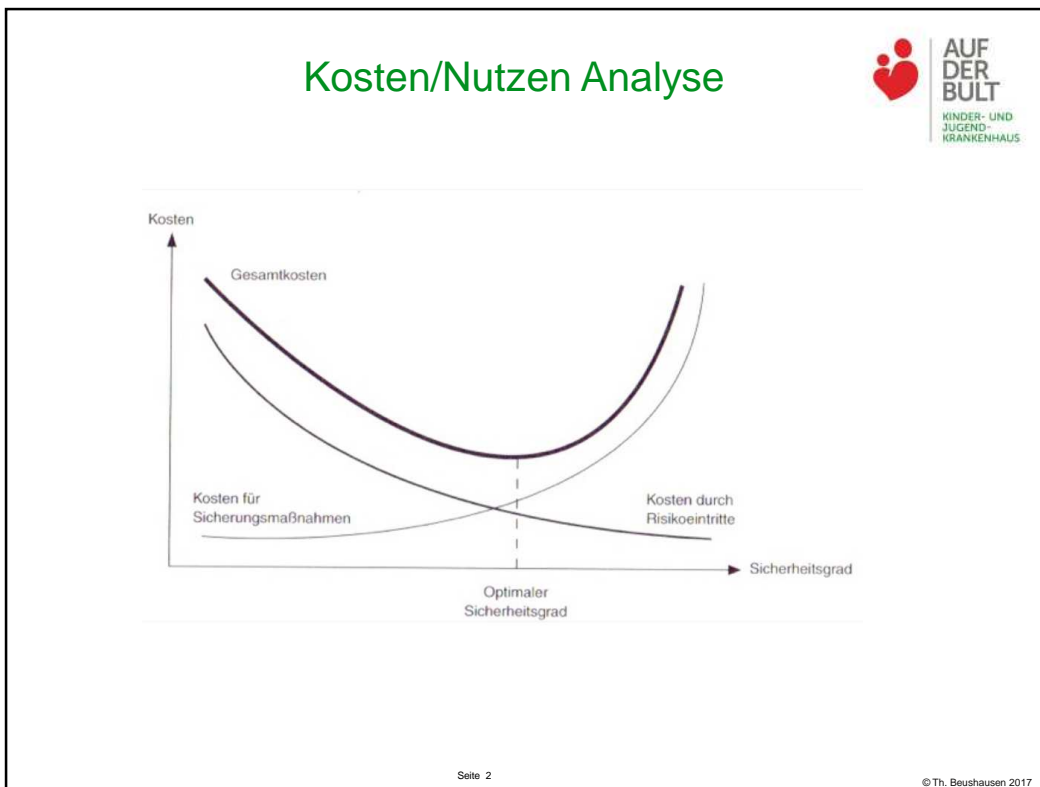


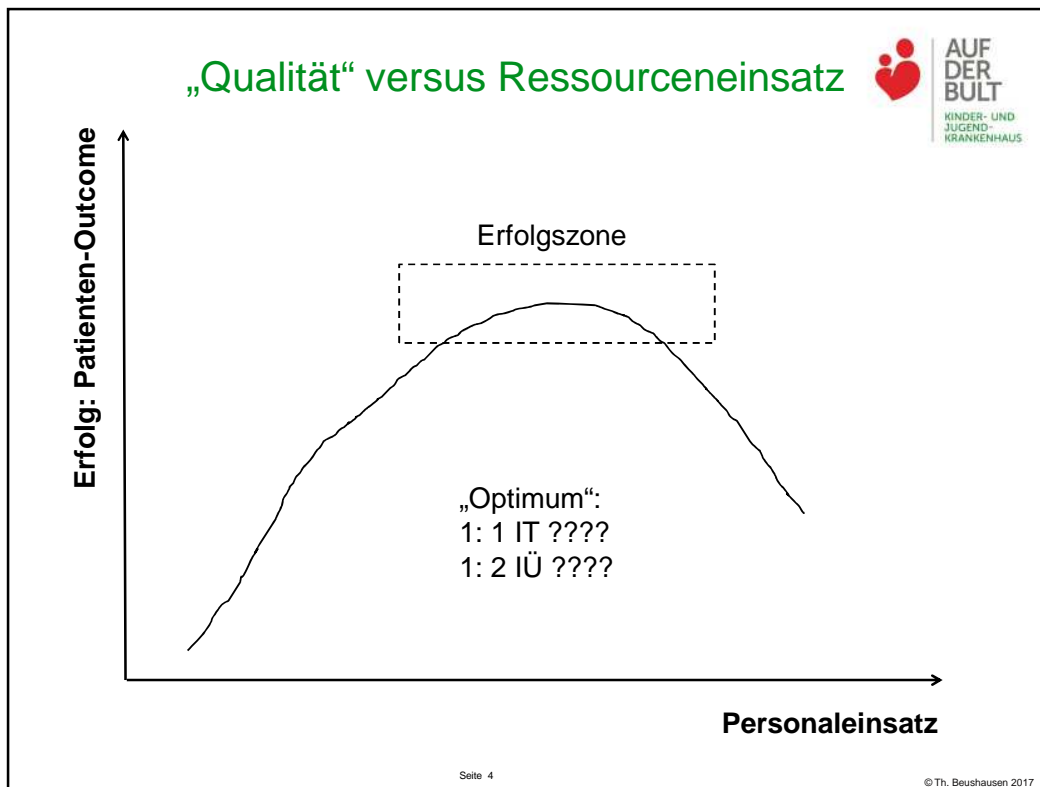
„...den Übereinstimmungsgrad mit den allgemein akzeptierten **Anforderungsprofilen** auf der Basis gesicherten oder konsensorientierten **medizinischen Wissens** sowie den Grad der Erreichung konkreter qualitativer und quantitativer **Versorgungsziele.**“

Rienhoff O (1998) **Qualitätsmanagement**. In: Schwartz FW (Hrsg) Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 585–598.

Seite 1

© Th. Beushausen 2017





**QFR-RL 2016**

Laut WHO-Frühgeborenen-Report [1] kommt Deutschland im **internationalen Vergleich bei der Frühgeborenen-Rate auf Rang 106 von 193** und weist damit im Vergleich mit vielen seiner Nachbarstaaten und teilweise auch mit weniger entwickelten Staaten mehr Frühgeborene auf, **wobei eine Vergleichbarkeit der Daten aufgrund der sehr unterschiedlichen Erfassungsmodalitäten nur eingeschränkt gegeben ist.**

GBA 2016: Tragende Gründe S. 1

Seite 5

© Th. Beushausen 2017

## Infant to staff ratios and risk of mortality in very low birthweight infants\*



| Outcome by infant: staff ratios, pooled over 9 shifts |                |          |                   |       |
|---|----------------|----------|-------------------|-------|
| Infant:staff pooled ratios                            | CRIB mean (SD) | Survived | Died (% of Total) | Total |
| 1.16-1.58 (low)                                       | 3,79 (4,05)    | 202      | 30 (12.9)         | 232   |
| 1.59 - 1.70   | 4.40 (4.27)    | 193      | 37 (16.1)         | 230   |
| 1.71 - 1.97   | 3.71 (3.69)    | 217      | 13 (5.7)          | 230   |

LA Callaghan, DW Cartwright et al.: Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003;88:F94-F97

Seite 6

© Th. Beushausen 2017

## Ergebnisse der Studie von Callaghan



### Mögliche Erklärungen:

- Zu häufiges Handling der kleinen, instabilen Kinder, wenn „zu viele“ MA vorhanden sind.
- Grundsätzlich hilfreiche Interventionen wie Absaugen, Lagern, könnten schädlich sein, wenn sie zu oft durchgeführt werden.
- „Hohe“ Personalquote durch weniger gut trainierte Aushilfs- und Teilzeitkräfte bei hoher Belegung?

Seite 7

© Th. Beushausen 2017

## GBA Literaturliste RKI



### Ein viel zitierter „IRRTUM“!:

- Das RKI hat 2007 in seiner „**Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500g**“ keine Richtlinie oder eigene Empfehlung zur Personalausstattung herausgegeben. Es führt aus
  - „Die Empfehlung der GNPI (zur Personalausstattung) ist diesbezüglich wegweisend“.
  - **GNPI 2005**: 2 VK je IÜ-Bett, 3 VK je IT-Bett; Finanzierung muss gesichert werden.

Seite 8

© Th. Beushausen 2017

## Schlussfolgerungen aus den vom GBA angeführten und nicht angeführten Studien 1



- Häufig sehr kleine Fallzahlen
- Ausgedehnte statistische Berechnungen
- GBA ignoriert Studien, die seine Meinung nicht teilen
- Vergleichende Studien über mehrere Zentren liefern wenig schlüssige Ergebnisse (z. B NICU 1 pro Hypothese, NICU 2 con)
- Alle Studien postulieren, dass sie die „korrekte“ Personalausstattung je Kind nicht definieren können
- Aushilfs- und TeilzeitmitarbeiterInnen, die nur in größeren Zeitabständen eingesetzt werden, erhöhen insbesondere das Risiko für Fehlmedikationen (S. Wilson et al. Int. Journal of Evidence-Based Healthcare 2011)

Seite 9

© Th. Beushausen 2017

## Schlussfolgerungen aus den vom GBA angeführten und nicht angeführten Studien 2



- Selbst NICUs, die als Excellence Center gelten (US), halten in 68% der hochakuten Kinder weniger MA vor, als die Richtlinien empfehlen (JA Rogowski et.al. JAMA Pediatr. 2013)
- Jede Studie zeigt eine andere Definition von Nurse-Staffing. „Nurse-to-patient ratios appear to affect outcomes of neonatal intensive care, but limitations of the existing literature prevent clear conclusions about optimal staffing strategies.“ (M Sherenian et al. Neonatology 2013)
- Keine der Studien berücksichtigt den Einfluss von Non-PflegemitarbeiterInnen

## Schlussfolgerungen aus den vom GBA angeführten und nicht angeführten Studien 3



- Die wissenschaftlich angelegten Studien stammen aus Australien, GB, USA und Canada
- Alle diese Länder haben „Staffing“- Guidelines, die allerdings quantitativ und qualitativ sehr große Unterschiede bzgl. der Empfehlungen aufweisen
- Es liegen keine Hinweise vor, dass in diese Ländern die Nicht-Einhaltung der Guidelines mit finanziellen Einbußen oder sogar Betriebsverbot belegt sind.
- **Der GBA-Beschluss hat keinen hohen Evidenzgrad!**

## Änderungen ab 1.1.2017



- Stichtagverlängerung für die Anerkennung von Berufserfahrung auf die FWB-Quote auf den 1.1.2017: 5 Jahre, davon 3 Jahre ab 2010
- **Jederzeit** 1:1 und 1:2 je Pat. Mit Geb.-Gewicht <1500 g bleibt erhalten.
- Übergangszeitraum für Nicht-Einhaltung wird bis zum 31.12.2019 verlängert mit strengen Auflagen!
- Nicht-Einhaltung ist im Einzelfall zu dokumentieren und zu begründen.
- Nachweis zur Erfüllung über Schichtdokumentation

Seite 12

© Th. Beushausen 2017

## Beispiel Berechnung der Erfüllungsquote\*



| Schicht_Nr | Anzahl<br>Pfleger-MA | Anz.<br>Patienten | < 1500g GG |    | >1500g GG | Erfüllungs-<br>grad |
|------------|----------------------|-------------------|------------|----|-----------|---------------------|
|            |                      |                   | IT         | IÜ | andere    |                     |
| Schicht 1  | 4                    | 8                 | 2          | 2  | 4         | erfüllt             |
| Schicht 2  | 4                    | 10                | 4          | 2  | 4         | erfüllt             |
| Schicht 3  | 4                    | 10                | 4          | 2  | 4         | nicht erfüllt       |
| Schicht 4  | 6                    | 10                | 4          | 2  | 4         | erfüllt             |

### Originalbeispiel aus den Tragenden Gründen

- Für nicht normierte Patienten wird in dem Haus ein Schlüssel von 1:4 angewendet
- In Schicht 2 kommen unerwartet Zwillinge dazu
- Handlungsoptionen:
  - Hinzuziehen von weiteren MA aus Pool, andere Bereiche u. ä.
  - Verlegung von verlegbaren Kindern (Statusänderung von IT nach IÜ oder IÜ nach „normal“.)
  - Stilllegung von Betten für Neu-Belegung

Seite 13

© Th. Beushausen 2017

## Änderungen ab 1.1.2017



- Hinweise zur Berechnung der Erfüllungsquote:
- Grundgesamtheit (100%) sind die Schichten, die 1:1 oder 1:2 erfordern
- 95 % der Schichten müssen nachweislich erfüllt sein.
- Nichterfüllung, wenn in > 5% der Schichten der Personalschlüssel nicht erfüllt wurde sowie (= oder?, = und?) 3 Schichten in Folge mit Nichterfüllung
- Die bereits begonnene Schicht, in der das unerwartete Ereignis auftritt, wird nicht als „Nichterfüllung“ mitgezählt. (...aber bei Erfüllung doch mitzählen?)
- Anmerkung: Was ist bei Personalausfall während einer Schicht?

## Änderungen ab 1.1.2017



### Verpflichtung zur Erstellung eines Personalmanagement-Konzeptes

- Die Arbeiten, die sich mit der Einhaltung von Guidelines vs. Outcome beschäftigen (GB, USA, AU), weisen alle auf die Notwendigkeit der Flexibilisierung der Einsatzzeiten hin. Das RN fordert außerdem Bereitstellung von FWB Nurses im NIH (2012).
- Hohe Hürden für eine weitergehende Flexibilisierung
  - Arbeitsrecht
  - Tarifrecht
  - MA Motivationslage
  - Fehlende Re-Finanzierung für Bereithaltungskosten
- Einsatz von „Aushilfskräften“ gefährdet Qualitätsziele



Jede Änderung in einem System erzeugt erwartete und unerwartete Verhaltensänderungen der Teilnehmer



Seite 16

© Th. Beushausen 2017

## Klärender Dialog



### Mitglieder des Lenkungsgremiums nach § 14 Abs.1 Satz1 de QSKH-RL

- Landesverbände der Krankenkassen
- Landeskrankenhausgesellschaft (NKG)
- Krankenhausplanungsbehörde (in Nds. Sozialministerium)

Seite 17

© Th. Beushausen 2017

## Klärender Dialog\*



### Obligate Bestandteile\*

- Abschluss einer Zielvereinbarung und Festlegung von Maßnahmen
- Festlegungen von konkreten Regelungen zur Überprüfung der Angaben und der Zielvereinbarung vor Ort
- Jährlich eine strukturierte Abfrage bzgl. der Erfüllung der RL
- Abstimmung auf Landesebene zur Förderung der Aus- und Fachweiterbildung

\* Die weitere Ausgestaltung des Dialogs durch den GBA erfolgt bis zum 31.5.2017

Seite 18

© Th. Beushausen 2017

## Kriterien für den Klärenden Dialog Wünsche aus der Krankenhauspraxis



- Beachte: bei einer Zielvereinbarung haben beide Seiten zugestimmt
- „Unterstützung“ durch den GBA
- Für alle vereinbarten Maßnahmen muss die Finanzierung für den Träger sichergestellt werden
- Die Abstimmung auf der Landesebene, die der einzelne Träger nicht beeinflussen kann, muss die notwendigen Ausbildungskapazitäten schaffen und finanzieren
- Es müssen Anreize geschaffen werden, damit MA die FWB absolvieren.
- Auch die Tarifpartner haben eine Aufgabe

Seite 19

© Th. Beushausen 2017

## Kriterien für den Klärenden Dialog Wünsche aus der Krankenhauspraxis



- Wahrung des Gleichheitsgrundsatz für die Zielvereinbarung, sonst wird „Kassenwillkür“ möglich
- Die Krankenhausplanung in Niedersachsen sollte endlich PNZ als „Zentrum“ ausweisen. Dies ist Voraussetzung für einen „Zentrumszuschlag“
- Veröffentlichung bzgl. Erfüllung/Nichterfüllung muss im richtigen Kontext erfolgen: Erfüllung ≠ gutes Outcome
- Sollte die Schließung eines PNZ Gegenstand einer Zielvereinbarung werden, müssen in den benachbarten Zentren entsprechende Kapazitäten aufgebaut werden

Seite 20

© Th. Beushausen 2017

## Umgang mit dem GBA-Beschluss



Seite 21

© Th. Beushausen 2017

## Handlungsempfehlung aus GBA-Beschluss Dez. 2016



### Leitung Neonatologie:

- Träger informieren über die Konsequenzen der Nicht-Einhaltung
- Veranlassen, dass Nicht-Einhaltung beim GBA angezeigt wird
- Versicherungsschutz klären lassen (Organisationsverschulden)
- Daten 2015 und 2016 analysieren
- Pflegepersonalbedarf berechnen (lassen)
- Gemeinsam mit PDL Stufenplan entwickeln

Seite 22

© Th. Beushausen 2017

## GBA-Beschluss Dez. 2016



### Leitung Neonatologie:

- Sicherstellen, dass die Dokumentationsanforderungen lückenlos erfüllt werden
  - bei Nicht-Einhaltung
  - bei Verlegungsentscheidungen
  - im Hinblick auf den „Klärenden“ Dialog
  - Melde- und Reportingpflichten an den GBA
- MA zur FWB motivieren
- Netzwerke für FWB initiieren (z. B. FWB der Küstenländer, UMG, MHH, andere Standorte?)

Seite 23

© Th. Beushausen 2017

## Qualität beschreibt...



„...den Übereinstimmungsgrad mit den allgemein akzeptierten **Anforderungsprofilen** auf der Basis gesicherten oder konsensorientierten **medizinischen Wissens** sowie den Grad der Erreichung konkreter qualitativer und quantitativer **Versorgungsziele.**“

Rienhoff O (1998) **Qualitätsmanagement**. In: Schwartz FW (Hrsg) Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 585–598.

Seite 24

© Th. Beushausen 2017

## „Die Guten Nachrichten“



- Hohe Aufmerksamkeit bzgl. Outcome für 8.900 von 18 Mio. stationären Fällen p.a.
- 2005 GNPI: Eminenz-basierter Strukturvorschlag mit Finanzierungsvorbehalt
- 2006 GBA: Empfehlung auf der Basis von DGPM.
- 2013 GBA: “Expertenmeinung“ mit Sanktionen behaftet.
- 2015 GBA: → Modifikation nach DKI-Gutachten
- 2016 GBA: Stufenplan + Datenbasis
- ??? Evidenz Basis für Deutschland

Σ **Das Handlungsmuster wird rationaler!**

Seite 25

© Th. Beushausen 2017

DANKE



Für Ihre Aufmerksamkeit !

[www.auf-der-kunterbult.de](http://www.auf-der-kunterbult.de)

Seite 26

© Th. Beushausen 2017