AUF DER BULT

KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

QFR-RL: Erfahrungen 2017 Ausblick 2018

Dr. Thomas Beushausen MBA

Ärztlicher Direktor

Vorstand Stiftung Hannoversche Kinderheilanstalt

© Th. Beushausen 2018

QFR-RL 2016

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

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

© Th. Beushausen 2018

Mortalität und Totgeburten in ausgewählten Ländern

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

Mortalität	Totgeburten	Land
1:1000	2:1000	Island, Singapur
	3:1000	Japan
2:1000	2:1000	Finnland, Deutschland, Norwegen
	3:1000	Irland, Israel, Italien, Monaco, Portugal, Schweden
	4:1000	Österreich, Frankreich
3:1000	2:1000	Dänemark
	3:1000	Australien, Griechenland, Spanien, Schweiz, Polen
	4:1000	Neuseeland, Groß Britannien
	8:1000	Kroatien
4:1000	3:1000	Kanada, USA
	5:1000	Serbien

* *Rang basierend auf den Daten des WHO Berichts (2013)*

Nach: C. Fusch, Nürnberg

© Th. Beushausen 2018

Pflegekräfte und Outcome

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

- Eine hohe Schichtkontinuität der Pflegekräfte führt zu einer Verbesserung der Elternzufriedenheit und reduziert die Invasivität der Beatmungstherapie (nCPAP vs Intubation)
- Ein einfaches numerisches „Aufblasen“ der Pflegeteams ist nicht förderlich
- Eine direkte Korrelation zwischen dem Pflegeschlüssel und dem Outcome der Patienten konnte in diesen Studien nicht belegt werden

– *Miedaner F, Allendorf A, Kuntz L, Woopen C, Roth B. The role of nursing team continuity in the treatment of very-low-birth-weight infants: findings from a pilot study. J Nurs Manag. 2016 May;24(4):458-64*

– *Pick V, Halstenberg K, Demel A, Kirchberger V, Riedel R, Schlößer R, Wollny C, Woopen C, Kuntz L, Roth B. Staff and parents are discriminators for outcomes in neonatal intensive care units. Acta Paediatr. 2014 Nov;103(11)*

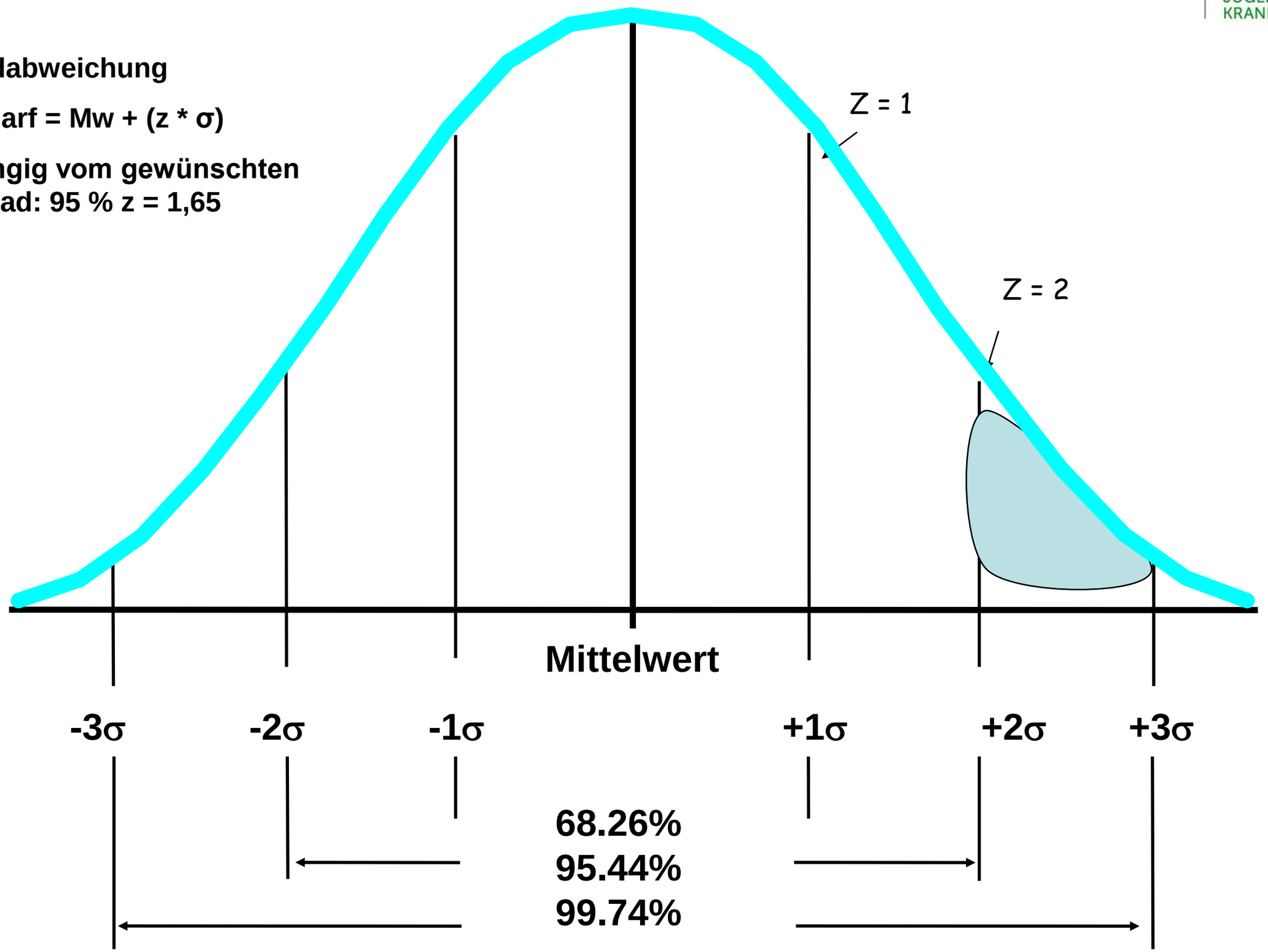
© Th. Beushausen 2018

Normalverteilung

σ = Standardabweichung

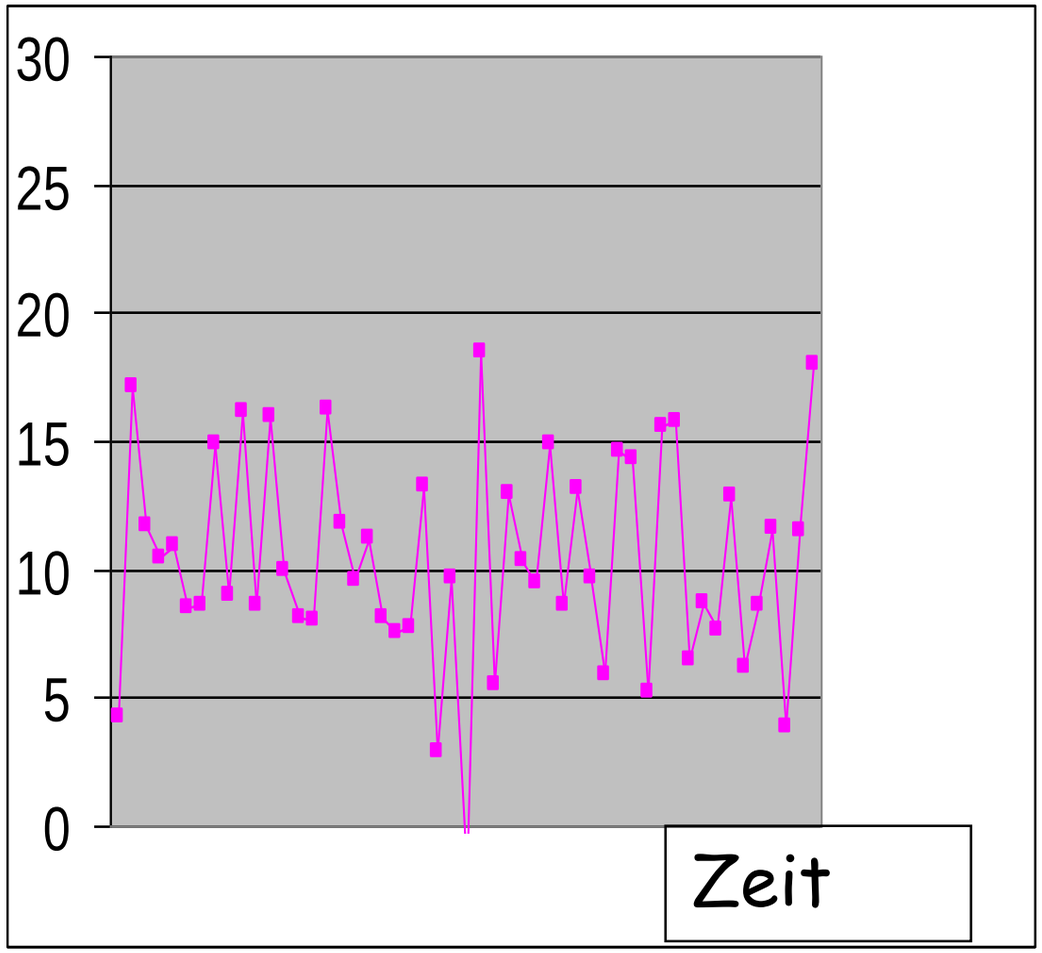
Personalbedarf = Mw + (z * σ)

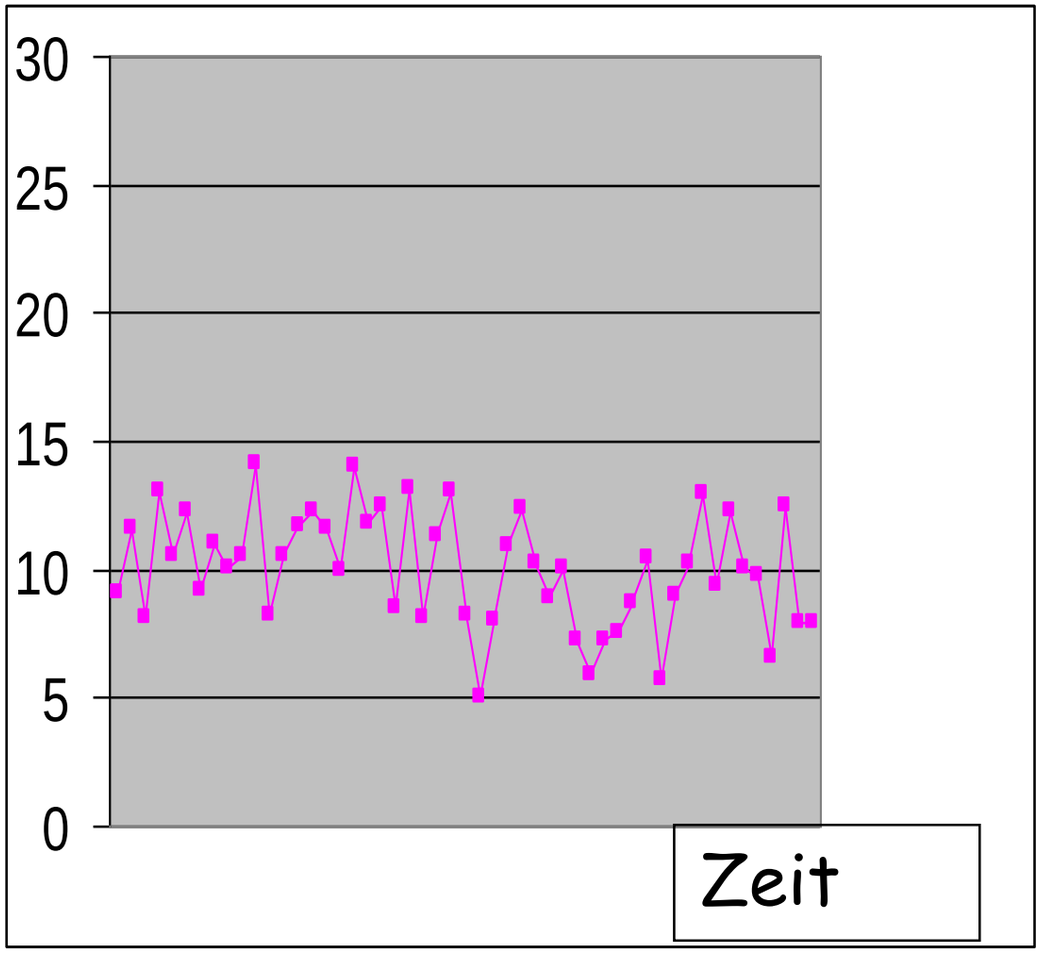
„z“ ist abhängig vom gewünschten Erfüllungsgrad: 95 % z = 1,65



© Th. Beushausen 2018

Durchschnittsbedarf mit unterschiedlicher Schwankung





Durchschnitt: 10

Standardabweichung: 5

Personalbedarf = 10 + (1,65*5) = 18,25

Durchschnitt: 10

Standardabweichung: 2

Personalbedarf = 10 + (1,65 * 2) = 13,3

© Th. Beushausen 2018

Schichterfüllungsquote 2017

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

Schritt 1: das erforderliche Personal für die weiteren Patienten wird mit einem Pflegeschlüssel von 1:4 berechnet
Schritt 2: die noch übrigen Mitarbeiter werden den Frühchen unter 1.500 Gramm zugeordnet
BL korrigiert bis 31.12.17 — Schritt 3: manuelle Anpassung der GKiP für weitere Patienten (Spalte M)

Pflegeschlüssel			1:1	1:2							1:4		max. 1:6	
			Anzahl Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1.500 Gramm		Personaleinsatz für Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1.500 Gramm		Personal-schlüssel erfüllt		Anzahl weitere Patienten versorgt durch die GeKiP					
Tag	Schicht	GeKiP insgesamt	IT	IÜ	nach QFR-RL rechnerisch benötigte GeKiP	tatsächlich eingesetzte GeKiP	ja/nein		IT	IÜ	Andere (inkl. < 1.500 Gramm)	tatsächlich eingesetzte GeKiP	Pflegeschlüssel andere	Differenz zwischen benötigte und eingesetzte GeKiP
27. Dez.	1 - FD	6	2	4	4	4,5	ja		0	0	6	1,5	1:4	0,5
27. Dez.	2 - SD	6	2	4	4	4,5	ja		0	0	6	1,5	1:4	0,5
27. Dez.	3 - ND	5	2	3	3,5	3,75	ja		0	0	5	1,25	1:4	0,25
28. Dez.	1 - FD	6	2	3	3,5	4,5	ja		0	1	5	1,5	1:4	1
28. Dez.	2 - SD	6	2	3	3,5	4,5	ja		1	1	4	1,5	1:4	1
28. Dez.	3 - ND	6	2	3	3,5	4,5	ja		1	0	5	1,5	1:4	1
29. Dez.	1 - FD	7	2	3	3,5	5,5	ja		0	1	5	1,5	1:4	2
29. Dez.	2 - SD	7	2	3	3,5	5,75	ja		0	2	3	1,25	1:4	2,25
29. Dez.	3 - ND	6	1	4	3	4,75	ja		0	2	3	1,25	1:4	1,75
30. Dez.	1 - FD	7	1	4	3	5,75	ja		0	0	5	1,25	1:4	2,75
30. Dez.	2 - SD	7	1	4	3	5,5	ja		0	1	5	1,5	1:4	2,5
30. Dez.	3 - ND	6	1	4	3	4	ja		0	2	6	2	1:4	1
31. Dez.	1 - FD	7	1	4	3	5	ja		0	2	6	2	1:4	2
31. Dez.	2 - SD	7	1	4	3	5	ja		0	2	6	2	1:4	2
31. Dez.	3 - ND	6	1	4	3	4	ja		0	2	6	2	1:4	1

Gesamt	1095
nicht erfüllt (Zählung nach GBA)	245
	22,4%
erfüllt (Zählung nach GBA)	850
	77,6%

© Th. Beushausen 2018

Personalbedarfsberechnung für 2017

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

			Anzahl Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1.500 Gramm		Personaleinsatz für Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1.500 Gramm		Personal-schlüssel erfüllt	Anzahl weitere Patienten versorgt durch die GeKiP					
Tag	Schicht	GeKiP insgesamt	IT	IÜ	nach QFR-RL rechnerisch benötigte GeKiP	tatsächlich eingesetzte GeKiP	ja/nein	IT	IÜ	Andere (inkl. < 1.500 Gramm)	tatsächlich eingesetzte GeKiP	Pflegeschlüssel andere	Differenz zwischen benötigte und eingesetzte GeKiP
29. Dez.	2 - SD	7	2	3	3,5	5,75	ja	0	2	3	1,25	1:4	2,25
29. Dez.	3 - ND	6	1	4	3	4,75	ja	0	2	3	1,25	1:4	1,75
30. Dez.	1 - FD	7	1	4	3	5,75	ja	0	0	5	1,25	1:4	2,75
30. Dez.	2 - SD	7	1	4	3	5,5	ja	0	1	5	1,5	1:4	2,5
30. Dez.	3 - ND	6	1	4	3	4	ja	0	2	6	2	1:4	1
31. Dez.	1 - FD	7	1	4	3	5	ja	0	2	6	2	1:4	2
31. Dez.	2 - SD	7	1	4	3	5	ja	0	2	6	2	1:4	2
31. Dez.	3 - ND	6	1	4	3	4	ja	0	2	6	2	1:4	1
Summe			1883	5688				840	1471	3622	1460,25	1:4,06	-100,25
Mittelwert		5,6	1,7	5,2	4,3	4,2		0,8	1,3	3,3	1,3		0,1
Standardabw.		0,8	1,4	1,9	1,6	1,0		1,28	1,94	6,02	0,6		1,31
Max		9	9	11	9,5	8		6	8	11	3		3,75
Min		4	0	0	0,5	1,5		0	0	0	0		-5,5
z-Wert 95%		1,65											
Personalbedarf = Mw + (z * σ)					6,9						2,3		2,1

Summe Personal je Schicht für 95% **9,2**

Gesamt **51,7**

© Th. Beushausen 2018

Quantität = Qualität?

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

Krankenhaus	Entfernung (Luftlinie)	Level	Fallzahl	Risikoadjustierte Fallzahl	Überleben von Frühgeborenen	Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung
				Minimum: 0,65 Maximum:217,58 Durchschnitt: 42,83	Minimum: 0,93 Maximum:1,04 Durchschnitt: 1,00	Minimum: 0,82 Maximum:1,18 Durchschnitt: 1,00
Medizinische Hochschule Hannover	3 km	1	102	Krankenhaus: 130,56	Krankenhaus: 0,98	Krankenhaus: 1,02
AUF DER BULT Kinder- u. Jugendkrankenhaus	4 km	1	86	Krankenhaus: 90,80	Krankenhaus: 0,99	Krankenhaus: 1,05
St. Bernward Krankenhaus	25 km	1	37	Krankenhaus: 38,62	Krankenhaus: 0,98	Krankenhaus: 1,01
Helios Klinikum Hildesheim	25 km	1	37	Krankenhaus: 27,85	Krankenhaus: 0,99	Krankenhaus: 0,95
Allgemeines Krankenhaus Celle	34 km	1	36	Krankenhaus: 28,52	Krankenhaus: 1,00	Krankenhaus: 0,91
Sana-Klinikum Hameln-Pyrmont	44 km	2	8	Krankenhaus: 1,87	Krankenhaus: 1,01	Krankenhaus: 1,03
Städt. Klinikum Braunschweig gGmbH	47 km	1	57	Krankenhaus: 53,54	Krankenhaus: 1,00	Krankenhaus: 0,94

1 bis 7 von 7 Einträgen

www.perinatalzentren.org Dezember 2017

© Th. Beushausen 2018

Klärender Dialog

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

- Das Lenkungsgremiums nach § 14 Abs.1 Satz 1 der QSKH-RL hat eine Fachgruppe berufen
- Erarbeitung eines Fragebogens zur jeweiligen Situation der PNZ Level 1 und Level 2
- KEINE DOPPELTE DATENERHEBUNG
- Maßnahmenkatalog der PNZ für eine Verbesserung der eigenen Situation i. S. der Zielerreichung der QFR-RL
- Vorschlag für eine Zielvereinbarung von Seiten der AG
- Bei Akzeptanz des Vorschlags keine Anhörung des PNZ

© Th. Beushausen 2018

Kriterien für den Klärenden Dialog
Wünsche aus der Krankenhauspraxis

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

- Wahrung des Gleichheitsgrundsatzes 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

© Th. Beushausen 2018

Qualitätssicherungs-Richtlinie

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

Gemeinsamer Bundesausschuss

Institution | Informationsarchiv

Beratungsthemen | **Beschlüsse** | Richtlinien | Abschlussberichte | (Frühe) Nutzenbewertung nach § 35a SGB V | Verfahren nach § 137h SGB V

Beschluss
Qualitätssicherung / Stationäre Qualitätssicherung

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene: Vorgaben zur jährlichen Strukturabfrage: Einführung eines § 10 sowie Änderungen in der Anlage 3

Beschlussdatum: 17.08.2017
Inkrafttreten: 21.11.2017
Beschluss veröffentlicht: BAnz AT 20.11.2017 B2

Beschlusstext (597,0 kB, PDF)
Tragende Gründe zum Beschluss (758,9 kB, PDF)
Prüfung gem. § 94 SGB V durch das BMG (103,3 kB, PDF)

Weiterführende Informationen

- **Pressemitteilung:** Perinatologische Einrichtungen: Verfahren zur jährlichen Strukturabfrage geregelt
- **Richtlinie:** Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
- **Zuständig:** Unterausschuss Qualitätssicherung

Inhalte drucken | Letzte Änderungen (als RSS-Feed)

Impressum | Kontakt | FAQ | Sitemap | Datenschutz

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene:
Vorgaben zur jährlichen Strukturabfrage: - Internet Explorer

© Th. Beushausen 2018

Neu in § 10 QFR-RL: Strukturabfrage

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

§ 10 Strukturabfrage bei den Perinatalzentren und Einrichtungen mit perinatologischem Schwerpunkt

(1) Die Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie wird für alle Einrichtungen der perinatologischen Versorgung der Versorgungsstufen I bis III ermittelt….

(2) Die Strukturabfrage bei den Einrichtungen der Versorgungsstufen I bis III erfolgt erstmals für das Erfassungsjahr 2017….

(3) Der G-BA beschließt die Erstfassung der Spezifikation und alle Änderungen für die Erhebung der Daten nach Absatz 1. Der 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….

(4) Die zuständige Datenannahmestelle ist das IQTIG….

© Th. Beushausen 2018

Neu in § 10 QFR-RL: Strukturabfrage

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

(5) Die 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 Landeskrankenhaus-gesellschaften und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden jährlich bis zum 15. Mai des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres standortbezogen übermittelt sowie in einem zusammenfassenden Bericht und standortbezogen auf der Internetseite www.perinatalzentren.org veröffentlicht….

(6) Die von den Einrichtungen übermittelten Daten sind zur Überprüfung ihrer Richtigkeit gemäß einem Datenvalidierungsverfahren auf ihre Validität zu prüfen….

(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 die Erfassungsjahre 2017 und 2018 in elektronischer Form auf Basis der Checkliste gemäß Anlage 3, die vom G-BA spätestens zum 1. Januar 2018 als Servicedokument für die Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt wird….

© Th. Beushausen 2018

Sie ist wieder da…

Die Mindestmenge!

© Th. Beushausen 2018

Mindestmengenregelungen für stationäre Leistungen

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat 17.11.2017 eine Neufassung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für planbare stationäre Leistungen beschlossen

- **„Mindestmengen für planbare komplexe stationäre Leistungen wie zum Beispiel für die Versorgung von Frühgeborenen sollen zur Reduzierung von Komplikationen und Langzeitschäden beitragen“**, *erläuterte Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung, lt. G-BA-Pressemitteilung*

© Th. Beushausen 2018

Personalbedarfsberechnung für 2017

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

			Anzahl Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1.500 Gramm		Personaleinsatz für Frühgeborene mit Geburtsgewicht < 1.500 Gramm		Personal-schlüssel erfüllt	Anzahl weitere Patienten versorgt durch die GeKiP					
Tag	Schicht	GeKiP insgesamt	IT	IÜ	nach QFR-RL rechnerisch benötigte GeKiP	tatsächlich eingesetzte GeKiP	ja/nein	IT	IÜ	Andere (inkl. < 1.500 Gramm)	tatsächlich eingesetzte GeKiP	Pflegeschlüssel andere	Differenz zwischen benötigte und eingesetzte GeKiP
29. Dez.	2 - SD	7	2	3	3,5	5,75	ja	0	2	3	1,25	1:4	2,25
29. Dez.	3 - ND	6	1	4	3	4,75	ja	0	2	3	1,25	1:4	1,75
30. Dez.	1 - FD	7	1	4	3	5,75	ja	0	0	5	1,25	1:4	2,75
30. Dez.	2 - SD	7	1	4	3	5,5	ja	0	1	5	1,5	1:4	2,5
30. Dez.	3 - ND	6	1	4	3	4	ja	0	2	6	2	1:4	1
31. Dez.	1 - FD	7	1	4	3	5	ja	0	2	6	2	1:4	2
31. Dez.	2 - SD	7	1	4	3	5	ja	0	2	6	2	1:4	2
31. Dez.	3 - ND	6	1	4	3	4	ja	0	2	6	2	1:4	1
Summe			1883	5688				840	1471	3622	1460,25	1:4,06	-100,25
Mittelwert		5,6	1,7	5,2	4,3	4,2		0,8	1,3	3,3	1,3		0,1
Standardabw.		0,8	1,4	1,9	1,6	1,0		1,28	1,94	6,02	0,6		1,31
Max		9	9	11	9,5	8		6	8	11	3		3,75
Min		4	0	0	0,5	1,5		0	0	0	0		-5,5
z-Wert 95%		1,65											
					6,9						2,3		2,1

Personalbedarf = Mw + (z * σ)

Summe Personal je Schicht für 95% **9,2**

Gesamt **51,7**

© Th. Beushausen 2018

Mindestmengenregelungen für stationäre Leistungen

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

- „Bislang war die Einführung von Mindestmengen an den Nachweis einer Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge ‚in besonderem Maße' gebunden

- Die Unschärfe dieser Vorgabe hat zu zahlreichen Gerichtsprozessen geführt und die Einführung von Mindestmengen faktisch lahmgelegt

- Im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) die Formulierung **‚in besonderem Maße'** gestrichen und den G-BA beauftragt, insbesondere das Nähere zur Auswahl einer planbaren Leistung sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge in seiner Verfahrensordnung zu regeln

© Th. Beushausen 2018

NICU – je größer je besser?

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

Table 4. Logistic regression analyses examining the composite outcome

NICU	*Odds ratio (95% CI)*		
Characteristic	*Univariate*	*Multivariable*	
		Model 1[a]	*Model 2*[b]
NICU size (number of Level 3 funded beds)			
< 16	1.00	1.00	1.00
16–29	1.53 (1.34–1.73)	1.44 (1.23, 1.69)	1.43 (1.21, 1.68)
30–36	1.53 (1.34–1.75)	1.47 (1.24, 1.75)	1.47 (1.24, 1.76)
> 36	1.87 (1.65–2.12)	1.75 (1.49, 2.06)	1.57 (1.31, 1.89)
NICU occupancy rate on the day of admission			
< 80%	1.00	1.00	1.00
80–89%	1.02 (0.91–1.15)	0.97 (0.83, 1.13)	0.91 (0.78, 1.07)
90–98%	1.03 (0.91–1.17)	1.05 (0.90, 1.23)	0.97 (0.83, 1.14)
> 98%	0.96 (0.85–1.08)	1.02 (0.88, 1.19)	0.95 (0.82, 1.12)
NICU resource use on the day of admission among all other infants			
Quartile 1	1.00	1.00	1.00
Quartile 2	1.27 (1.11–1.44)	1.08 (0.92, 1.27)	1.00 (0.85, 1.18)
Quartile 3	1.55 (1.37–1.76)	1.31 (1.12, 1.54)	1.18 (1.00, 1.39)
Quartile 4	1.78 (1.57–2.02)	1.49 (1.27, 1.74)	1.28 (1.07, 1.54)

Abbreviation: NICU, neonatal intensive care unit. [a]Model 1 was fit separately to each NICU size, NICU occupancy rate and NICU resource use, with adjustment for gestational age, small for gestational age, sex, multiple births, outborn, cesarean delivery, SNAPII score > 20 and mechanical ventilation on admission day. [b]Model 2 included all three NICU size, NICU occupancy rate and NICU resource use simultaneously, and was adjusted for gestational age, small for gestational age, sex, multiple births, outborn, cesarean delivery, SNAPII score > 20 and mechanical ventilation on admission day. Model performance metrics: Max-rescaled $R^2 = 0.45$; C-statistic = 0.86.

Je höher die Anzahl der NICU Betten angegeben ist, erhöht sich das relative Risiko für bestimmte neonatologische Risiken. Analoge Daten betreffen den Nutzungsgrad

Shah PS, Mirea L, Ng E, Solimano A, Lee SK; Canadian Neonatal Network. Association of Unit Size, Resource Utilization and Occupancy with Outcomes of Preterm Infants. J Perinatol. 2015 Jul;35(7):522-9.

© Th. Beushausen 2018

Weiter bestehende Schwächen des Systems

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

- Personalvorgaben beseitigen die Krise der Pflegeberufe nicht
- Weiterbildungskapazität und –motivation sind nicht gelöst
- Ausfallkonzepte stoßen an die Grenzen von Tarif- und Arbeitsrecht
- Anzahl der verfügbaren Pflegende ist objektiv zu niedrig
- Fokus liegt auf Schichterfüllung statt auf Behandlung und Pflege

© Th. Beushausen 2018

© Th. Beushausen 2018

DANKE

AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

Für Ihre Aufmerksamkeit !

www.auf-der-kunterbult.de

© Th. Beushausen 2018