

# Frühgeborenenversorgung in Niedersachsen unter qualitativen Aspekten

Dorothea Jahns

Referatsleiterin stationäre Versorgung  
vdek Landesvertretung Niedersachsen

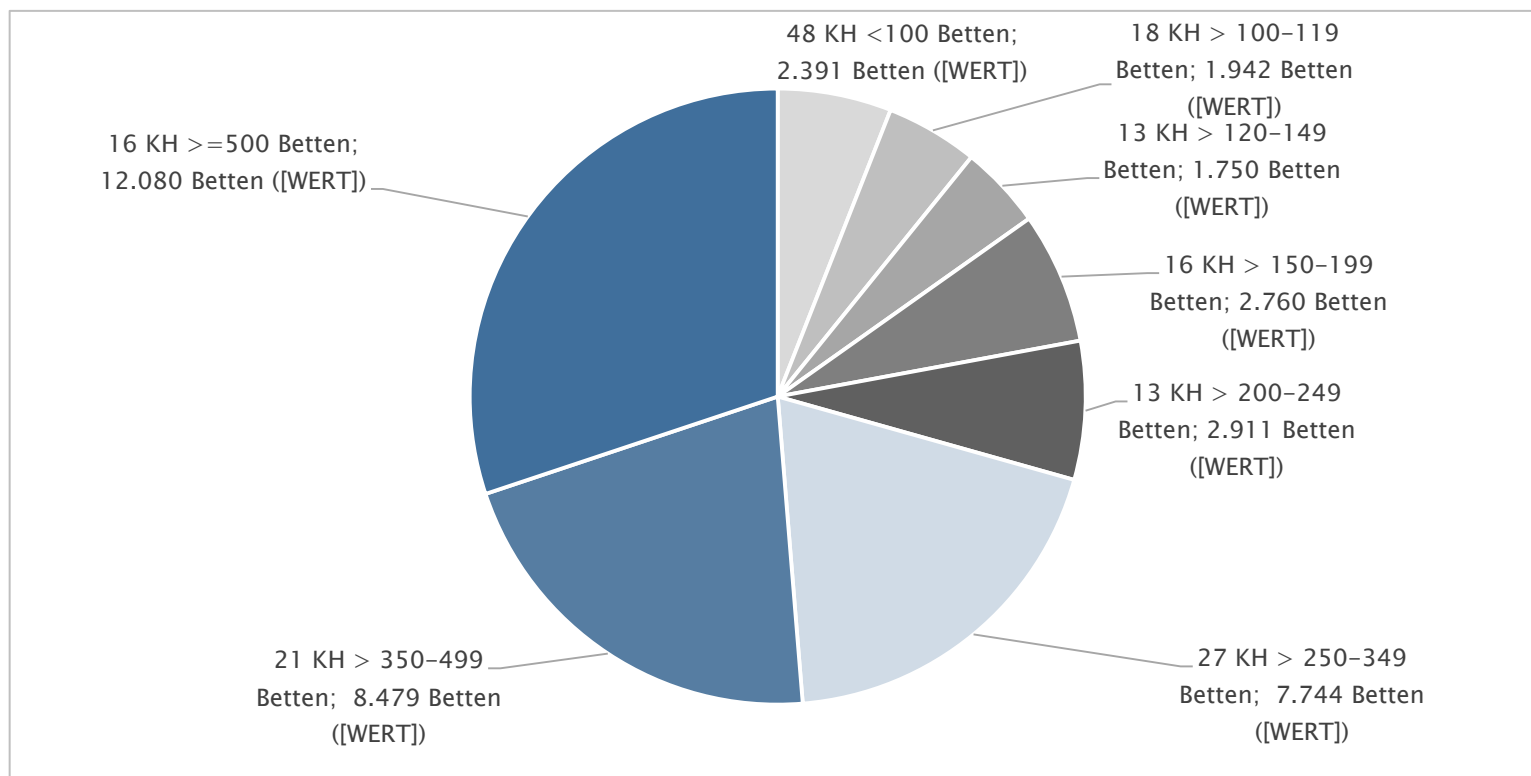
Nds. Perinatalerhebung am 07.02.2020

# Frühgeborenenversorgung in Niedersachsen unter qualitativen Aspekten

## Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität

- Einflussfaktoren der Krankenhausplanung
- Maßnahmen des Bundes
- Umsetzung der Mindestmengenregelung und Qualitätssicherungsrichtlinie im gestuften Verfahren (Bundesebene, Landesebene, Ortsebene)
- Ausblick / Diskussion

# Qualität beginnt mit der KH-Planung: viele kleine Krankenhäuser mit geringem Versorgungsanteil



- ⇒ 64 der KH > 250 PB leisten 70 % der Versorgung / hohe Fallschwere
  - ⇒ 95 KH < 200 PB mit lediglich 22 % Versorgungsanteil / geringe Fallschwere
- Quelle: Nds. KH Plan 2019, eigene Berechnungen

# Einflussfaktoren der Krankenhausplanung

## Ziele, Versorgungsstufen, Strukturvorgaben ??

Jahr	1990	2000	2010	2019 (2020)
Krankenhäuser	211	203	193	172
<b>Geburtshilfe FA</b>	126	119	88	70(68)
Planbetten GEB	2.129	1.734	1.209	977(964)
Betten/FA GEB	16,9	14,6	13,7	14(14)
Bettenziffer* GEB	N.N.	2,2	1,5	1,2
<b>Kinderheilk. FA</b>	39	36	34	32
Planbetten KIN	2.428	1.770	1.489	1.401
Betten/FA KIN	62,3	49,2	43,8	43,8
Bettenziffer* KIN	N.N.	2,2	1,9	1,8

=> Zielplanung oder Steuerungsfunktion: Fehlanzeige

\*vollstationäre Betten auf 10.000 Einwohner

Quelle: NDS KH-Plan jw. Fortschreibung (Angaben MS 29.1.2020)

# Einflussfaktoren Krankenhausplanung Niedersachsen: Rahmenplanung, Fortschreibung

KH-Rahmenplanung zu Fachgebieten nach der  
Weiterbildungsordnung der Ärzte

Fortschreibung der KH-Kapazitäten nach tatsächlicher  
Inanspruchnahme bisher

- Keine Zielplanung, keine ausreichende Investitionsförderung
- Keine Parameter / Definition von Versorgungsstufen
- Keine Konkretisierung des Versorgungsauftrages
- Keine Strukturvorgaben zur Leistungserbringung  
(Ausnahme: Zentrumsplanung)
- Keine aktiv wahrnehmende Rolle im „Klärenden Dialog“

=> Auswirkungen auf Angebot und Qualität

# Einflussfaktoren auf Versorgungsplanung – Beispiel: Landkreis Diepholz

## Geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung



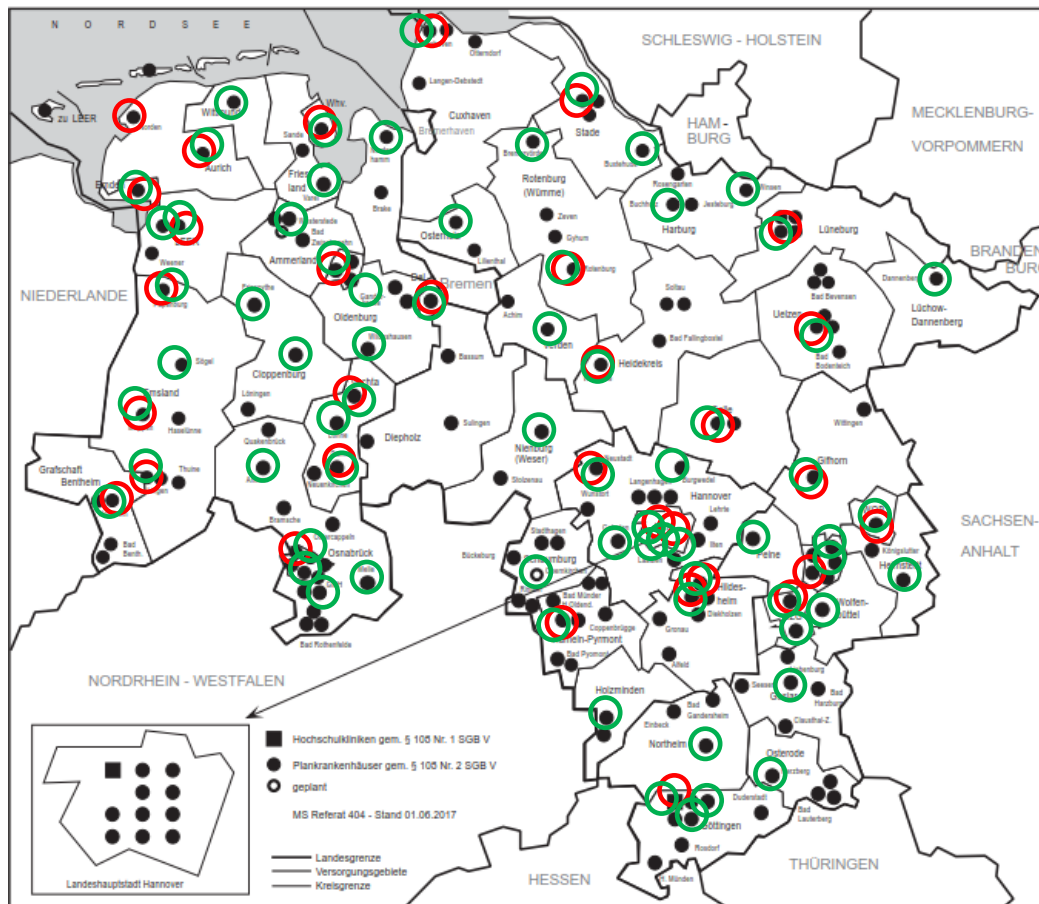
**AG Umland, HB vom 09.12.2015:**  
Rechnerischer Bettenbedarf nach Herkunft in  
Bremen 2014:

**Pädiatrie:** 94 Betten für Patienten aus NDS und 105  
für Patienten aus Bremen

**Geburtshilfe:** 84 Betten für Patienten aus NDS und  
166 für Patienten aus Bremen

Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG

# Versorgungssituation der Geburtshilfe und Pädiatrie in Niedersachsen



○ = Pädiatrie  
(überregional)

○ = Geburtshilfe  
(regional)

Landkreise ohne  
Geburtshilfe:  
Diepholz

ab 2019:  
Wittmund  
Peine

Quelle: Nds. KH-Plan 2019

# Schwäche in der Krankenhausplanung: keine Steuerungsfunktion

## Geburtshilfe (regionale Versorgung)

Reduktion der Fachabteilungen

- KH-Träger entscheidet allein
- Landkreis nimmt Versorgungsauftrag nicht wahr

=> kritische Versorgungssituation?

## Kinderheilkunde/Pädiatrie (überregionale Versorgung)

Wenige Reduktionen, aber:

- Fachabteilungen werden immer kleiner
- Selektion des Leistungsspektrums, wenig Spezialisierung

=> kritische Versorgungssituation?



# Maßnahmen des Bundes zur Krankenhausplanung: Flächendeckende Versorgung in der Geburtshilfe sicherstellen

Eine flächendeckende Versorgung mit Geburtshilfe ist als gefährdet einzustufen, wenn durch die Schließung des betreffenden Krankenhauses in dünn besiedelten Gebieten Pkw-Fahrzeiten von mehr als 40 Minuten notwendig sind, um bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu gelangen.

Mögliche Sicherstellungszuschlagskandidaten:

- 44 KH bundesweit\*
- 4 KH in Niedersachsen könnten betroffen sein\*, bisher kein Antrag im Stellungnahmeverfahren des Landes an GKV

\*Quelle: Spitzenverband Bund nach Datenlage 2018

# Maßnahmen des Bundes: Qualitätssicherungs- Richtlinie Früh- und Reifgeborene / QFR-RL

1. Konkretisierung des perinatalogischen Versorgungsauftrages in Versorgungsstufen
  2. Spezialisierte Versorgung von Risiko-Schwangeren durch Zuweisungskriterien (Schwangerschaftswoche, voraussichtliches Geburtsgewicht, bereits diagnostizierte Erkrankungen) festgelegt
  3. Verlegung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g
- => Verbesserung der Qualität, Verlässlichkeit, Sicherheit, Vertrauen, Transparenz, jederzeit Versorgung auf höchstem Niveau

# Versorgungsstrukturen in Niedersachsen für Neugeborene

Level / Jahr	2006	2011	2016	2019
Perinatalzentrum Level 1	18	16	16	16
Perinatalzentrum Level 2	8	9	4	
Perinataler Schwerpunkt	10	10	12	
Geburtsklinik	63	52	49	
Summe	99	87	81	
<i>Geburtshäuser*</i>		<i>13</i>		<i>15</i>

Mitteilungspflicht der KH an IQTIG bis 31.01.; Quelle: eigene Auswertung

\*Verzeichnis SpiBu 31.12.2019;



# Maßnahmen des Bundes: Qualitätsvorgabe Mindestmengenregelung zur Patientensicherheit

Einführung der Mindestmengenregelung 2006, Grundsatzbeschluss des BSG aus 2012 bestätigt: G-BA darf Mindestmengen für Frühchenversorgung beschließen.

„Es handelt sich um hochkomplexe medizinische Leistungen, bei denen die mit wissenschaftlichen Belegen untermauerte Erwartung berechtigt ist, dass die Güte der Leistungserbringung hinsichtlich der Mortalitätsrate in besonderem Maße auch von der Erfahrung und Routine der mit der jeweiligen Versorgung betrauten Krankenhauseinheit beeinflusst ist“ (BSG 2012)

BSG legt „richtige“ Mindestmenge für die Behandlung von Frühgeborenen unter 1250 g fest; Auswahl:

- Mindestmenge 14
- Mindestmenge 30 -> nicht ausreichend nachgewiesene Evidenz

# Qualitätssicherung durch Mindestmengen (MM) – Leistungserbringung nur bei Erfüllung (Prognose!)

Landesebene gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V;  
Prognose bis 30.06., Widerlegung bis 31.08.

13 Krankenhäuser mit Prognosemeldung zur MM  
Frühchenversorgung im Level I nach deren Angaben:

474 IST-Leistungen in 2018, Ø 36,46 Frühchen/KH

- 2 KH unterschreiten die MM von 14 um 1 Fall
- 2 KH liegen 1–2 Fälle oberhalb der MM von 14
- 6 KH würden die MM von 30 überschreiten
- 1 KH höchster Wert, versorgt 102 Frühchen

Ortsebene: Vereinbarung der Leistungen im Budget ab 14

Quelle: eigene Auswertung

# Gestuftes Verfahren zur Erfüllung und Verbesserung der Qualität in der Frühchenversorgung I

## Bundesebene

- Veröffentlichung zur Qualität der KH unter <https://perinatalzentren.org/index.php>
  - Veröffentlichung der QS-Berichte je KH unter <https://g-ba-qualitaetsberichte.de/#search>
  - Jährliche Meldung über Strukturabfrage und unverzügliche Meldung bei Nichterfüllung der Anforderungen an pflegerische Versorgung an den G-BA
- ⇒ für 2020 NDS 4 KH\* (Stand 30.1.2020) vorwiegend präventiv, falls Stellenbesetzungsprobleme auftauchen, 1 KH liefert als Argument die Checkliste Anlage II

\*Quelle: eigene Auswertung

# Gestuftes Verfahren zur Erfüllung und Verbesserung der Qualität in der Frühchenversorgung II

Landesebene / Landesverbände der Krankenkassen

**Richtlinie** zur Versorgung von Früh und Reifgeborenen gem. § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V [...]

- § 8 Klärender Dialog für die pflegerische Versorgung (verlängert bis 31.12.2021, GKV, NGK und MS)
- Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen ab 2020

# Klärender Dialog – Ursachenanalyse und Unterstützung zur schnellstmöglichen Erfüllung der pflegerischen Personalanforderungen

## Landesebene

- Lenkungsgremium nach QSKH-RL schließt innerhalb von **4 Monaten** nach Eingang der Mitteilung des G-BA Zielvereinbarungen (auch Zwischenziele) mit dem einzelnen KH Laufzeit bis **31.12.2021**; Berichterstattung an G-BA jew.15.03.
- **Unverzögliche Information** durch KH bei Nicht-Einhaltung der Zielvereinbarung an Lenkungsgremium; Zieleinhaltung, auch bei Zwischenzielen werden überprüft, ggf. Anpassung;
- Analyse der Ausbildungs- und Fortbildungskapazitäten
- Vorbereitungen dazu in der Fachgruppe anhand relevanter Unterlagen gem. § 8 Abs. 4 QFR-RL, ggf. weitere ...



# Unverzögliche Meldung und Nachweispflicht der Krankenhäuser zu Ausnahmetatbeständen

## Landesebene / Landesverbände der Krankenkassen

- Meldung: Krankheitsbedingte Personalausfälle, die über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent der jew. Schicht) hinausgehen
- Meldung: Unvorhersehbarer Zugang von mehr als zwei Frühgeborenen (unter 1500 g) in einer Schicht
- ⇒ Wiedererfüllung der nach Ablauf von 48 Std. beginnenden Schicht (max. 56 Std.)
- ⇒ Finanzierung der Pflege durch Pflegeerlösbudget (Selbstkostendeckung)

# Gestuftes Verfahren zur Erfüllung und Verbesserung der Qualität in der Frühchenversorgung III

## Ortsebene / Budgetverhandlungen:

- Checkliste Anlage 3 der QFR-RL bis 30.09., insbesondere zur Präsenz der fachärztlichen, entbindungspflegerischen und fachlich qualifizierten pflegerischen Versorgung, Infrastruktur einschließlich Notfallversorgung, QS-Verfahren u.a. weitere Versorgung, interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Vereinbarung der maßgeblichen DRGs
- § 6 QFR-RL **Selbstanzeigespflicht bei Nichterfüllung z.B. personeller Strukturqualität (nicht Pflege) länger als 3 Monate**; Vereinbarung mit Zeit zur Wiedererlangung der Anforderungen max. 9 Monate für personelle Strukturqualität, Anzeige des KH zur Wiedererfüllung; MD

# Ausblick – Diskussion

## vollständige Erfüllung der QFR–RL

### Regelungen überprüfen und weiter entwickeln ...

- Optimierung der Versorgung durch Steuerungsfunktion in der KH–Planung (–>nds. Enquete–Kommission)
- Mindestmengen erhöhen; Sanktion bei Nichtausweisung der Leistungen in QS–Berichten der KH (–> G–BA)
- § 6 QFR–RL, Übergangszeiträume der Nichterfüllung / Wiedererfüllung verkürzen (–> G–BA)
- Konsequenzen aus Widerspruch der KH zwischen Selbsteinstufung des KH und Angaben zur voraussichtlichen Nichterfüllung beim G–BA definieren (–> G–BA oder Lenkungsgremium stat. QS)
- Kooperationsvereinbarungen konkretisieren, z.B. zeitliche Sicherstellung der kinderchirurgischen Versorgung, Nachweisverfahren regeln (–> G–BA)

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Dorothea Jahns  
Referat stationäre Versorgung  
Landesvertretung Niedersachsen  
Tel.: 0511 / 303 97-20, Fax: 0511 / 303 97-99, [dorothea.jahns@vdek.com](mailto:dorothea.jahns@vdek.com)