



Positionspapier zur Änderung der Qualitätssicherungsrichtlinie Versorgung Früh- und Reifgeborene (G-BA)

Präambel

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) und der Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken (VPU) sowie die Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) unterstützen grundsätzlich den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung und –verbesserung. Hohe Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität fördern die Leistungserbringung in spezialisierten Zentren mit hoher Qualität.

Allerdings erweisen sich einzelne Vorgaben der Richtlinie als praxisfern. Dies führt zu Umsetzungs- sowie Operationalisierungsproblemen. Bei einzelnen Formulierungen besteht Änderungsbedarf.

1 Fachweiterbildungsquote in der pflegerischen Versorgung

Status quo

Als Kriterien für die Personalbesetzung sieht die Richtlinie derzeit folgendes vor: „Der Pflegedienst der neonatologischen Intensivstation der Einrichtung muss aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern bestehen. 40 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes (bezogen auf Vollzeitäquivalente) müssen eine Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ [...] oder einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung abgeschlossen haben.“ Ein/e Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in mit entsprechender Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ soll in jeder Schicht eingesetzt werden.

Für diese Vorgaben zur Qualifikation und zum prozentualen Anteil der Pflegekräfte mit einer Fachweiterbildung im Bereich „pädiatrische Intensivpflege“ wird eine Übergangsregelung eingeräumt. Bis zum 31. Dezember 2016 können zur Erfüllung dieses Prozentsatzes auch Pflegekräfte ohne die genannte Fachweiterbildung hinzugerechnet werden, wenn sie über eine fünfjährige Berufserfahrung verfügen.

Die in der Richtlinie geforderten Fachkräfte sind am Markt nicht verfügbar. Die Rekrutierung von fachweitergebildetem Pflegepersonal ist als Folge des Fachkräftemangels keine Option. Zur Umsetzung der aktuellen Forderungen müsste das derzeit eingesetzte Pflegepersonal aus der Praxis für die Weiterbildung abgestellt werden. Dieses Vorgehen würde die Ressourcen schwerwiegend verknappen. Insbesondere Weiterbildungszeiten sind nicht

finanziert. Im Übrigen ist zu bezweifeln ob diese Fachkräfte in der zur Verfügung stehenden Zeit im ausreichenden Umfang ausgebildet und somit in Anspruch genommen werden können.

Lösungsansatz

Angesichts der eingeschränkten finanziellen Ressourcen und des akuten Fachkräftemangels ist eine Gleichstellung von erfahrenen Mitarbeitern mit einer Fachweiterbildung auch über das Jahr 2016 hinaus, dringend notwendig. Nur auf diesem Weg kann der geforderte qualifizierte Personalbedarf gedeckt werden.

Formulierungsvorschlag: „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/Innen die nicht über die genannten Fachweiterbildungen verfügen, werden grundsätzlich bei der Berechnung des Anteils fachweitergebildeter Kräfte berücksichtigt, wenn sie mindestens fünf Jahre Berufserfahrung in der Pädiatrischen Intensivpflege und eine entsprechende Fachlichkeit nachgewiesen haben.“

2 Personalbesetzung in der Pflege

Status quo

Als Kriterien für die Personalbesetzung sieht die Richtlinie derzeit folgendes vor:

- „Im neonatologischen Intensivtherapiebereich eines Perinatalzentrums Level 1 muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen verfügbar sein [...].“
- „Im neonatologischen Intensivüberwachungsbereich muss ab dem 1. Januar 2017 jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen verfügbar sein [...].“

Zum einen würde diese Vorgabe eine tagesaktuelle Betrachtung des Patientenlientels mit Ableitung der Personalbesetzungsstärke und -qualifikation erfordern. Eine tagesaktuell flexible, schichtgenaue Personalplanung auf Basis sich permanent ändernder Fallpopulationen ist nicht zu realisieren. Die theoretisch plausible Forderung, Betreuungsrelationen (Pflegepersonal je überwachungspflichtigem und therapiepflichtigem Kind) tagesaktuell zu optimieren, ist aufgrund organisatorischer Restriktionen (verlässliche Dienstplanung für die Mitarbeiter etc.) nicht umsetzbar.

Zum anderen ist nicht vorhersehbar, wie sich die Belegungssituation einer Station entwickelt. Der einzige Weg, um in jedem Fall tagesbezogen die Einhaltung der vorgegeben Standards sicherzustellen, wäre die permanente Vorhaltung des Personals für den Extremfall (nur intensivtherapiebedürftige Kinder auf der Station). Dies wäre mit enormen Kosten verbunden. Die Möglichkeit der Finanzierung über Inanspruchnahme dieser zusätzlichen Aufwendungen für Vorhaltung besteht im Rahmen der derzeitigen DRG-Finanzierung nicht. Weitere Umsetzungsschwierigkeiten stellt die Situation dar, dass nicht alle Kliniken über eine abgrenzbare Neonatologie verfügen.

Lösungsansatz

Die Vorgaben zu den Betreuungsrelationen müssen praktikabel ausgestaltet werden. Denkbar wäre ein Ansatz, bei dem die bisher über die Richtlinie geforderten Personalanforderungen beibehalten werden. Die Fallpopulation wird aber nicht tagesbezogen betrachtet, da eine tagesaktuelle Besetzungsplanung nicht umzusetzen ist. Stattdessen wird die jahresdurchschnittliche retrospektive Fallpopulation - differenziert nach Intensivtherapie und Intensivüberwachung – standortindividuell zur Ermittlung der angemessenen Schichtbesetzungen heran gezogen.

Formulierungsvorschlag: „Es muss ein hausindividuelles Dokumentationswesen eingesetzt werden, welches die retrospektive Betrachtung der Belegung im Jahresdurchschnitt ermöglicht. Anhand dieser Daten wird die prospektive Personalbesetzung abgeleitet.“

3 Definitionen Neonat, Intensivtherapie- und Intensivüberwachungsbereich

Status quo

Unserem Verständnis nach umfasst die G-BA-Richtlinie die Zielgruppe der Neonaten. Hier besteht derzeit keine einheitliche Sichtweise dieser Begrifflichkeit. Eine Definition muss in der G-BA-Richtlinie zwingend ergänzt werden.

Des Weiteren muss der Unterschied zwischen dem neonatologischen Intensivtherapie- und Intensivüberwachungsbereich hinreichend verdeutlicht werden. In der Praxis werden diese Definitionen derzeit unterschiedlich interpretiert.

Lösungsansätze

Formulierungsvorschlag: „Neonaten sind alle Früh- und Reifgeborenen bis einschließlich zum 28. Lebenstag nach errechnetem Geburtstermin (ET).“

Die Definition der Intensivtherapie und der Intensivüberwachung muss – basierend auf dem deutschen Versorgungssystem und in deutscher Sprache – konkret und eindeutig innerhalb der Richtlinie verankert sein.

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen im regionalen Netzwerk

Die vorangegangenen Änderungsvorschläge beziehen sich auf bereits heute in der Richtlinie enthaltene Vorgaben. Im Sinne einer inhaltlichen Weiterentwicklung sollten darüber hinaus zusätzliche Anforderungen in der Richtlinie definiert werden.

Status quo

In ihrer aktuellen Form wird die Richtlinie dem Anspruch nicht gerecht, das Anforderungsspektrum an ein neonatologisches Zentrum umfassend abzubilden. Zudem blendet die Richtlinie die Schnittstelle zu der dem Zentrum vor- und nachgelagerten Versorgung vollständig aus.

Lösungsansatz

Leitbild für die Versorgung frühgeborener Kinder muss eine regional standardisierte und zwischen allen relevanten Leistungserbringern abgestimmte Versorgung im Netzwerk sein (regionales Versorgungsnetz). Folgende Fragen sollten regional klar geregelt und deren Umsetzung vom Zentrum koordiniert und überwacht werden:

- In welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen sind Verlegungen Frühgeborener zwischen stationären Einrichtungen möglich?
- Nach welchen Standards erfolgt im vertragsärztlichen Bereich die Identifikation von Risikoschwangerschaften und deren Steuerung in das geeignete Zentrum?
- Nach welchen Standards erfolgt nach Entlassung aus dem Krankenhaus die ambulante Nachsorge? Welchen Part spielen hier die Vertragsärzte, welchen das Zentrum?

Folglich sollte die Richtlinie mit dem Blick auf die Patientinnen und die Früh- und Reifgeborenen, Anforderungen an die Abstimmung zwischen dem Zentrum und den vor- und nachgelagerten Institutionen formulieren. Flankiert werden sollte dies, durch eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit eigens entwickelten Indikatoren für

- die pränatale ambulante Versorgung (Risikoevaluation und Identifizierung von Patientinnen, inkl. Geburtsverlauf),
- Zuweisungen nach dem Risikoprofil
- sowie der Nachsorge (inkl. Verlegungen)

der Früh- und Reifgeborenen und ihren Müttern.