

Bundeseinheitliches Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie ab 2010

Hintergrund

Die stationäre Qualitätssicherung für die Neonatologie wird bisher als Landesverfahren durchgeführt (Neonatalerhebung). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 Abs. 7 SGB V hat die BQS beauftragt, ein bundeseinheitliches Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie zu entwickeln und so die Landesverfahren in ein Bundesverfahren nach den Regeln der verpflichtenden stationären Qualitätssicherung nach §137 SGB V zu überführen.

Im Juni 2009 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Einführung dieses bundeseinheitlichen Verfahrens für das Jahr 2010 vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch das BMG beschlossen.

Wie wurde die bundeseinheitliche Qualitätssicherung Neonatologie entwickelt?

Arbeitsgrundlage für die Entwicklung dieses Verfahrens waren die Konzepte der Neonatalerhebung der Bundesländer und Vorschläge zur Aktualisierung des Verfahrens durch den Arbeitskreis der Neonatalerhebungen der Bundesländer. Die BQS hat in die Verfahrensentwicklung die Mitglieder dieses Arbeitskreises sowie weitere Experten eingebunden, so dass insgesamt mehr als 30 Fachexperten an den Beratungen beteiligt waren. Die abschließende Konsentierung ist durch die BQS-Fachgruppe Perinatalmedizin erfolgt.

Von den Experten sind Qualitätsindikatoren, die die Versorgungsqualität von Früh- und Neugeborenen abbilden, festgelegt worden, die per Datensatz erhoben werden. Für die Prüfung der Praxistauglichkeit der Datenerhebung wurde ein Pilottest durchgeführt. Anhand von Evaluationsbögen konnten die teilnehmenden Krankenhäuser die Eignung der Abfragen bewerten. Auf der Grundlage der Analyse der Rückmeldungen aus dem Pilottest ist die abschließende Festlegung der 10 Indikatoren und des Datensatzes erfolgt, so dass auf Grundlage dieser Entwicklungsarbeit ein wissenschaftlich begründeter, klinisch relevanter sowie praxistauglicher Datensatz zur Verfügung steht.

Was ist das Ziel des bundeseinheitlichen Qualitätssicherungsverfahrens Neonatologie?

Ziel ist es, die Versorgungsqualität von Frühgeborenen und schwerwiegend kranker Neugeborener einheitlich und unabhängig von einer Aufnahme in eine pädiatrische Fachabteilung zu erfassen und zu analysieren.

Welche Fälle/Leistungen müssen dokumentiert werden? (Auslösealgorithmus)

Die Leistungen mit Dokumentationspflicht werden durch die QS-Filter-Spezifikation definiert. Eine Dokumentationspflicht besteht für alle Neugeborenen, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage im Krankenhaus stationär aufgenommen oder im Alter von bis zu 4 Monaten von einem Krankenhaus in ein anderes verlegt werden und folgende weitere Kriterien erfüllen:

- alle Kinder, die nach der Geburt im Krankenhaus versterben,
- alle Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 2000 g,
- Kinder mit einer schwerwiegenden Erkrankung bei einem Geburtsgewicht ab 2000 g,
- Kinder, die in eine pädiatrische Fachabteilung aufgenommen werden und länger als 3 Tage stationär behandelt werden,
- Kinder, die länger als eine Stunde beatmet werden.

Wie unterscheidet sich das neue Verfahren von der bisherigen Dokumentation für die Neonatalerhebungen der Bundesländer?

Der komplexe Auslösealgorithmus ist aus folgenden Gründen erforderlich:

Bislang wurden Kinder in die Neonatalerhebungen der Bundesländer eingeschlossen, die innerhalb der ersten 10 Lebenstage in eine pädiatrische Fachabteilung aufgenommen wurden. Allerdings ist keine harte Vollständigkeitskontrolle - wie jetzt mit der elektronischen Sollstatistik

Handzettel

möglich - erfolgt. Es ist bisher von einer nicht quantifizierbaren Unschärfe bei der Einbeziehung von Kindern in die Neonatalerhebung auszugehen, da in der Praxis Krankenhäuser den Algorithmus nicht einheitlich angewendet haben. Eine Simulation hat gezeigt, dass Krankenhäuser nicht immer eine Verlegung in eine pädiatrische Fachabteilung in den §301-Daten kodieren. Beispielsweise wurde für eine erhebliche Anzahl von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1000g in den § 301-Daten keine Aufnahme in eine pädiatrische Fachabteilung kodiert. Somit musste ein Algorithmus gefunden werden, der mit Hilfe von in den § 301-Daten enthaltenen Informationen eine der derzeitigen Praxis vergleichbare Auslösung ermöglicht. Daher wurden zusätzlich zur Bedingung „Lebensalter < 7 Tage“ (die Umstellung von Lebensalter < 10 auf < 7 Tage ist erfolgt, da damit die definierte Grenze der Perinatalperiode verwendet wird) Zusatzbedingungen eingeführt (siehe Auslösealgorithmus). Neugeborene werden unabhängig von der, in den §301-Daten kodierten Fachabteilung sicher in die bundeseinheitliche externe Qualitätssicherung einbezogen, wenn sie die definierten Bedingungen erfüllen (siehe Auslösealgorithmus).

Der Datensatz Neonatologie bildet die von den Experten erarbeiteten neonatologischen Qualitätsindikatoren ab und umfasst 76 Datenfelder (bisheriger Datensatz: 71 Datenfelder), von denen 36 „abhängige“ Felder sind, d. h. dass diese nicht in jedem Fall dokumentiert werden müssen. Von den 76 Datenfeldern sind 45 identisch mit dem bisherigen Datensatz der Neonatalerhebung der Bundesländer, 12 Datenfelder wurden verändert und 19 neu generiert.

Wann müssen die Daten dokumentiert werden (Erfassungszeitraum)?

Der bundesweite Erfassungszeitraum startet für das erste Verfahrensjahr mit dem 1. Januar 2010. Erfasst werden Neugeborene, die zwischen dem 01.01. und 31.12. des Erfassungsjahres stationär aufgenommen und bis zum 31.01. des Folgejahres entlassen werden.

Vorgesehen ist eine Sonderregelung für „Langlieger“, d. h. für Kinder, die erst nach dem 31.01. des Folgejahres entlassen werden. Ihre Dokumentation bleibt freiwillig möglich. Diese Fälle werden dann in die Auswertung und Darstellung des Folgejahres einbezogen.

Was ist der Nutzen dieser Dokumentation?

Die Ergebnisse der Krankenhäuser werden nach einem bundesweit einheitlich festgelegten Konzept ausgewertet und allen Krankenhäusern von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) in Form von Berichten und Empfehlungen zur Verfügung gestellt.

Krankenhäuser können ihre eigene Leistung im bundesweiten Vergleich mit anderen Krankenhäusern darstellen (Benchmarking). Für jedes Krankenhaus bietet sich damit die Chance, den eigenen Leistungsstand bei der Neonatalversorgung im Vergleich mit allen Krankenhäusern kennen zu lernen und ggf. konkrete Ansätze für die Qualitätsverbesserung zu entwickeln. Das bundeseinheitliche Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie stellt damit ein wichtiges Managementinstrument für die interne Qualitätsentwicklung dar.

Mittelfristig könnte die von Experten empfohlene Zusammenführung von Daten aus der Qualitätssicherung der Geburtshilfe und Neonatologie umgesetzt werden. Ziel ist die verbesserte Erfassung der Ergebnisqualität des geburtshilflichen Managements für die Qualitätssicherung Geburtshilfe, sowie Lieferung von Daten für die Qualitätssicherung Neonatologie, die für eine Risikoadjustierung des neonatologischen Outcomes wichtig sind.

Was geschieht, wenn die Ergebnisse auffällig sind?

Auffällige Ergebnisse werden im "Strukturierten Dialog" gemeinsam mit den Krankenhäusern analysiert. Der Strukturierte Dialog ist eine besonders intensive Form der ergebnisoffenen Kommunikation mit den Krankenhäusern. Er hat das Ziel, die Krankenhäuser bei ihrem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu unterstützen.

Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb des von den Experten definierten Referenzbereichs liegen, werden von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) um eine schriftliche Stellungnahme gebeten. Im Dialog mit den Krankenhäusern können so Ursachen analysiert, Verbesserungsmaßnahmen vereinbart und deren Wirksamkeit kontrolliert werden. Das Spektrum der Formen des Strukturierten Dialogs reicht von der schriftlichen Stellungnahme über das Gespräch bis hin zur Begehung vor Ort im Krankenhaus.

Qualitätsindikatoren Neonatologie mit Qualitätsziel und Grundgesamtheit

Stand-30-06-2009

Nr.	Qualitätsindikator	Qualitätsziel	Grundgesamtheit
1	Mortalität	Niedrige Mortalität.	Alle eingeschlossenen Fälle.
2	Intra- und periventrikuläre Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH)	Selten Hirnblutungen IVH Grad 3 oder PVH.	Frühgeborene mit Geburtsgewicht unter 1.500 g oder Gestationsalter <32+0 Wochen post menstruationem (p. m.).
3	Zystische Periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	Selten zystische PVL.	Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht < 1.500 g oder Gestationsalter < 32+0 Wochen p. m..
4	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	Selten höhergradige ROP.	Frühgeborene mit Gestationsalter < 32+0 Wochen p. m oder einem Geburtsgewicht <1.500 g oder Kinder mit einer Sauerstoffgabe über mehr als 3 Tage und einem Gestationsalter <= 36+6 Wochen p. m.
5	Bronchopulmonale Dysplasie	Selten Bronchopulmonale Dysplasie.	Kinder ohne letale Fehlbildungen.
6	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)	Selten HIE.	Reifgeborene Kinder (Gestationsalter >= 37+0).
7	„Early Onset“- Infektionen	Selten „Early Onset“- Infektionen.	Kinder ohne letale Fehlbildungen.
8	Nosokomiale Infektionen	Selten nosokomiale Infektionen pro 1000 Behandlungstage.	Behandlungstage bei Kindern ohne letale Fehlbildungen.
9	Pneumothorax	Selten Pneumothoraces.	Kinder ohne letale Fehlbildungen.
10	Hörtest	Häufig Durchführung eines Hörtests.	Kinder ohne letale Fehlbildungen.