

Häufig gestellte Fragen /häufig geäußerte Hinweise zur Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Hinweis: Da der Gemeinsame Bundesausschuss kein Vorrecht auf die Auslegung seiner eigenen Beschlüsse und Richtlinien hat, bitten wir Sie zu beachten, dass es sich bei den Antworten nicht um rechtsverbindliche Auskünfte handelt.

Die zur Beantwortung herangezogene Fassung der QFR-RL (in der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 21. Februar 2019, in Kraft getreten am 31. März 2019) sowie die herangezogenen Tragenden Gründe können Sie den folgenden Links entnehmen:

Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL): <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/>

Tragende Gründe zum Beschluss vom 15. Juni 2017: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/#tab/beschluesse/details/2980>

Tragende Gründe zum Beschluss vom 17. September 2015: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3391/2015-09-17_QFR-RL_Aenderung-Anlagen2-3_TrG.pdf

Tragende Gründe zum Beschluss vom 20. Juni 2013: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2393/2013-06-20_QFR-RL_Aenderung_TrG.pdf

Nr.	Hinweise/Fragen	Antwort
I	<i>Ziffern I.2.2 und II.2.2 Anlage 2 QFR-RL – Anforderungen an die pflegerische Versorgung</i>	
I.1	Wie erfolgt die Berechnung der erforderlichen verfügbaren Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bei einer ungeraden Anzahl von intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g? (Bsp.: Müssen bei fünf intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen zwei oder drei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger verfügbar sein?)“	Nach den entsprechenden Regelungen in Anlage 2 QFR-RL müssen auf neonatologischen Intensivstationen der Perinatalzentren ab dem 1. Januar 2017 jederzeit mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger je zwei intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g verfügbar sein. So müssen z. B. bei fünf intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g drei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger verfügbar sein.
I.2	Ist zur Erfüllung der Schlüsselvorgaben in der pflegerischen Betreuung eine feste Zuordnung bestimmter Pflegekräfte zu bestimmten Kindern erforderlich (z. B. Muss Pflegekraft X die ganze Schicht über Kind Y versorgen?)?	Die QFR-RL gibt die Mindestanzahl von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern für die Betreuung intensivtherapie- und intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g nur rechnerisch vor.
II	<i>Ziffern I.4.3 und II.4.3 Anlage 2 QFR-RL – Psychosoziale Betreuung der Eltern von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g:</i>	



	Es wird festgelegt, dass eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie im Leistungsumfang von 1,5 Vollzeit-arbeitskräften pro 100 Aufnahmen von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g pro Jahr zugeordnet werden muss. Wie ist hier die Zählweise?	Die Regelung ist gemäß I.4.3 bzw. II.4.3 der Anlage 2 als Berechnungsgrundlage zu verstehen und daher sind bei unter 100 Aufnahmen jährlich die Vollzeit-Arbeitskräfte anteilig zu ermitteln, sofern eine psychosoziale Betreuung montags bis freitags zur Verfügung steht.
III	<i>Ziffer I.2.4 und II.2.4 Anlage 3 QFR-RL – Ergebnisse, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben</i>	
	Wie ist Tabelle I.2.4 bzw. II.2.4 Anlage 3 richtig zu befüllen?	<p>In der Tabelle sind sämtliche Ereignisse, die zu einem Abweichen von den vorgegebenen Personalschlüsseln geführt haben, unter Angabe der jeweiligen Gründe und der gesamten Dauer der Abweichung in Stunden zu dokumentieren. Die Tabelle betrifft sämtliche Abweichungen vom richtlinienkonformen Personalschlüssel in Stunden und ist zusätzlich zur Dokumentation der schichtbezogenen Erfüllungsquote zu führen. Ziel dieser Tabelle ist es, zu dokumentieren, aus welchen Gründen von den Vorgaben der Richtlinie abgewichen wurde. Folgende Angaben sind in der Tabelle zu machen:</p> <p><u>Art des Ereignisses bzw. der Ereignisse:</u> Es ist das Ereignis bzw. die Ereignisse zu benennen, das bzw. die zur Abweichung geführt hat bzw. haben. Darunter ist z. B. eine unvorhergesehene Zuverlegung, eine Mehrlingsgeburt oder die akute Veränderung des Intensivpflegebedarfes von Patienten zu verstehen. Es kann aber bei unverändertem Patientenstamm auch ein unvorhergesehener Personalausfall ein solches Ereignis sein.</p> <p><u>Datum:</u> Hier ist das Datum des Beginns der Abweichung anzugeben.</p> <p><u>Dauer der Abweichung:</u> Hier ist die gesamte Dauer der Abweichung von den vorgegebenen Pflegepersonalschlüsseln in Stunden aufgrund des Ereignisses anzugeben, d. h. eine Angabe von Beginn der Abweichung bis zur Wiedererfüllung der Pflegeschlüssel in Stunden und unabhängig vom Schichtbezug.</p> <p><u>Begründung der Abweichung:</u> Es ist zu begründen, warum das angegebene Ereignis (siehe oben) in der gegebenen Situation tatsächlich eine Abweichung von den Pflegeschlüsseln zur Folge hatte (z. B. da eine Verlegung stabiler Patienten oder die Unterstützung aus einem Springer-Pool nicht möglich war o. ä.) und nicht organisatorisch gemäß Personalmanagementkonzept ausgeglichen werden konnte.</p>
IV	<i>Anhang 4 zu Anlage 4 QFR-RL – Veröffentlichung der Ergebnisdaten:</i>	
	In den Tabellen 3A und 3B zur entwicklungsdiagnostischen Nachuntersuchung ist die Anzahl der Kinder mit „schwerer mentaler Retardierung“ und die Anzahl der Kinder ohne oder mit einer geringfügigen mentalen Retardierung anzugeben.	Es wird davon ausgegangen, dass für die Besucher der Internetplattform www.perinatalzentren.org in erster Linie die Anzahl der Kinder ohne Behinderung oder mit schwerer Behinderung die wichtigsten Angaben sind. Aus Übersichtlichkeitsgründen wurde bewusst auf die Angabe der moderaten Retardierung verzichtet.



	Warum kann die Anzahl der Kinder mit „moderater mentaler Retardierung“ (Testergebnisses im Bereich eines MDI von 56 bis 70) nicht angegeben werden?	Bei Bedarf kann diese Anzahl der Kinder mit „moderater mentaler Retardierung“ aber leicht aus den vorhandenen Angaben und der Anzahl der zur Nachuntersuchung erschienenen Kinder errechnet werden.
--	---	---