

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie: Konkretisierung der Personalanforderungen

Vom 24. November 2016

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Bürokratiekostenermittlung	4
4. Verfahrensablauf	4
5. Fazit	5

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss für zugelassene Krankenhäuser durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen. Dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

Die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, KiHe-RL) bestimmt für die Erbringung herzchirurgischer Eingriffe bei Patientinnen oder Patienten mit angeborenen oder in der Kindheit erworbenen Herzkrankheit im Alter von 0 bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die risikobezogene Notwendigkeit vorzuhaltender Struktur und Prozessmerkmale und legt Mindestanforderungen an deren Qualität fest.

Der vorliegende Beschluss stellt im Wesentlichen eine Änderung der derzeit geltenden Qualitätsanforderungen in Bezug auf die in § 4 Absatz 5 KiHe-RL festgelegte Fachweiterbildungsquote der Pflegekräfte auf der kinder-kardiologischen Intensivstation der Einrichtung dar.

2. Eckpunkte der Entscheidung

§ 4 Personelle und fachliche Anforderungen an die herzchirurgische Versorgung

Zu Absatz 1:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge des Auslaufens der in Satz 2 geregelten Übergangsbestimmungen zum 1. Januar 2013.

Zu Absatz 3:

Der G-BA geht davon aus, dass Fachärztinnen oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die auf der fachgebundenen kinder-kardiologischen Intensivstation tätig sind, sich in der Schwerpunktweiterbildung Kinder-Kardiologie befinden.

Zu Absatz 5:

Zu Satz 2 und 3: Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß Empfehlungen der DKG

Es werden nunmehr auch die neueren DKG-Empfehlungen zur pflegerischen Weiterbildung vom 20. September 2011 sowie vom 29. September 2015 berücksichtigt. Zudem wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass in vielen Bundesländern entsprechende landesrechtliche Regelungen zur pflegerischen Weiterbildung Anwendung finden.

Zu Satz 4, 5 und 7: Änderungen zu den Kinderkrankenpflegekräften mit Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“

Um die Umsetzung der Vorgaben zu den Mindestquoten von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern mit abgeschlossener Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ zu gewährleisten, soll nun Kinderkrankenpflegepersonal mit ausreichender Berufserfahrung in der kinder-kardiologischen Intensivpflege unter bestimmten Bedingungen dauerhaft für die Erfüllung der Mindestquoten angerechnet werden können.

Voraussetzung für die Anerkennung ist der Nachweis der notwendigen Berufserfahrung spätestens zum Stichtag 1. Januar 2017. Auf die Weise soll eine wiederholte Verlängerung der Übergangsfrist vermieden und die Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ gefördert werden. Die einmalige dauerhafte Anerkennung schafft für die fachgebundene kinder-kardiologische Intensiveinheit eine solide Ausgangsbasis, die Mindestquoten umzusetzen. Ausbildungsstand und Spezialisierungsgrad des Kinderkrankenpflegepersonals sind wesentlich für die Ergebnisqualität. Deshalb steht die Umsetzung der Mindestquoten der fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegekräfte nach wie vor im Vordergrund.

Es ist zu gewährleisten, dass sich diese Anerkennung tatsächlich auf Kinderkrankenpflegekräfte mit ausreichender Berufserfahrung in der Intensivpflege auf kinder-kardiologischen Intensiveinheiten bezieht. Diese sind zwar mit Kinderkrankenpflegekräften mit abgeschlossener Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ nicht direkt vergleichbar, verfügen aber aufgrund ihrer Berufserfahrung über besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in diesem Bereich. Zur Sicherstellung einer ausreichenden Berufserfahrung werden bestimmte Voraussetzungen für die Anerkennung gefordert. Diese bestehen zum einen im Nachweis einer mindestens fünfjährigen Berufserfahrung auf einer kinder-kardiologischen Intensiveinheit, die sich auf eine Vollzeitbeschäftigung bezieht. (Teilzeittätigkeiten werden anteilig angerechnet). Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass die Berufserfahrung tatsächlich im Bereich der „kinder-kardiologischen Intensivpflege“ erworben wurde. Es ist davon auszugehen, dass fünf Jahre einen geeigneten Mindestzeitraum darstellen, in dem Erfahrungen in allen wesentlichen Situationen dieser Intensivpflege erworben werden können. Um weiterhin sicherzustellen, dass diese Berufserfahrung aktuell ist und nicht beispielsweise durch Unterbrechungen in der Erwerbstätigkeit oder durch zwischenzeitliche Wechsel in andere Tätigkeitsfelder zeitlich zu weit zurückliegt, wurde zum anderen festgelegt, dass von den fünf Jahren Berufserfahrung mindestens drei Jahre innerhalb des Zeitraums vom 1. Januar 2011 bis 1. Januar 2017 liegen müssen. Die Pflegedienstleitung hat die Erfüllung dieser Bedingungen schriftlich zu bestätigen, um als die verantwortliche Führungskraft dieser Intensiveinheit die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben zu übernehmen.

Zu Satz 6: Qualifikation der Stationsleitung

Die Formulierung hinsichtlich der Qualifikation der Stationsleitung wurde der Formulierung in anderen Richtlinien (z.B. QBAA-RL, QFR-RL) angepasst.

§ 5 Anforderungen an Infrastruktur und Organisation

In diesem Absatz werden die Wörter „pädiatrisch-kardiologisch“ durch das Wort „kinder-kardiologisch“ ersetzt. Diese Änderung der Bezeichnung dient der Normenklarheit. Die Berufsbezeichnung wird der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2003 in der Fassung vom 23.10.2015 (S. 94) entnommen.

In Satz 1 Nr. 1 zweiter Spiegelstrich wurde folgender Satz eingefügt: „Eine räumliche und strukturelle Abgrenzung dieser Einheit zur Versorgung Erwachsener mit angeborenem Herzfehler (EMAH) ist nicht erforderlich.“ Dieser Satz wurde eingeführt, um die Verwendung des Begriffes „fachgebundene kinder-kardiologische Intensiveinheit“ in § 4 unmissverständlich klarzustellen. Im Interesse der Sicherheit der Patientinnen und Patienten kann es in Einzelfällen sinnvoll und medizinisch geboten sein, eine(n) junge(n) Erwachsene(n), die/der wegen einer Herzkrankheit im Kindesalter über viele Jahre durch eine kinderherzchirurgische Abteilung versorgt wurde, auch nach der Vollendung des 18. Lebensjahres durch das mit ihrem/seinem Krankheitsbild bereits vertraute Team weiterbetreuen zu lassen. Die Aufnahme von „Erwachsenen“ (Patienten älter als 18 Jahre) auf eine kinder-kardiologische Intensiveinheit soll aus diesem Grund nicht ausgeschlossen werden. Eine räumliche Trennung von Kindern und Erwachsenen wird daher explizit nicht gefordert.

§ 7 Nachweisverfahren

Zu Absatz 1 und 3:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge des Auslaufens von Übergangsregelungen.

§ 8 Evaluation

Zu Absatz 2 und 3:

Die Streichung von Absatz 2 und 3 ergeben sich aus den aktuellen Beratungen in den Gremien. Der G-BA hat die Durchführung einer Evaluation dieser Richtlinie im Dezember 2015 beschlossen. Die Evaluation soll auf Grundlage des vorliegenden Rahmenkonzepts zur Evaluation erfolgen.

Anlage 3 KiHe-RL - Checkliste zur Abfrage der Qualitätsanforderungen für die herzchirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die in § 4 Absatz 5 vorgenommenen Änderungen sind unter Nr. 1.2 (Pflegedienst) der Anlage 3 übertragen worden. Darüber hinaus wurde unter Nr. 5 (Unterschriften) der Anlage 3 jeweils eine Zeile zur Angabe für das Datum ergänzt, das die Verantwortlichen der Einrichtung im Rahmen der Bestätigung der Richtigkeit der Angaben eintragen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hierbei handelt es sich zum einen um geringfügige Änderungen am bestehenden Nachweisverfahren. Die hierfür als Grundlage vorgesehene Checkliste (Anlage 3 der KiHe-RL) wird um einen inhaltlichen Punkt (1.2.1) sowie die künftig erforderlichen Datumsangaben ergänzt. Die damit verbundenen zusätzlichen Bürokratiekosten für die Leistungserbringer sind als gering einzustufen und werden daher an dieser Stelle nicht quantifiziert.

Zum anderen wird eine neue Informationspflicht in § 4 Abs. 5 eingeführt. Künftig hat die Pflegedienstleitung die Erfüllung der in § 4 Abs. 5 genannten Voraussetzungen bezogen auf die einzelne Pflegekraft schriftlich zu bestätigen. Es wird davon ausgegangen, dass sich der zeitliche Aufwand für die Erstellung der Bestätigung, z.B. anhand eines entsprechenden Formularvordrucks, auf rund 1 Stunde bei mittlerem Qualifikationsniveau beläuft. Die Bestätigung ist für jede der von der einschlägigen Regelung betroffenen Pflegekräfte zu erstellen. Es ist davon auszugehen, dass bundesweit einmalig rund 26 Bestätigungen pro Jahr ausgestellt werden. Hieraus resultieren Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 819 Euro pro Jahr.

4. Verfahrensablauf

Die AG QS herzkranken Kinder hat am 2. August 2016 mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes begonnen. In drei Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende **Tabelle**).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
28.10.2016	AG QS herzkrank Kinder	Abschließende Beratung in AG
02.11.2016	Unterausschuss QS	Beschlussempfehlung ans Plenum
24.11.2016	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

Ein Stellungnahmeverfahren mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gemäß § 91 Absatz 5a SGB V war nicht erforderlich, da der vorliegende Beschluss keine Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regelt oder voraussetzt.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat beteiligt.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 24. November 2016 einstimmig und ohne Enthaltungen beschlossen, die Richtlinie zur Kinderherzchirurgie zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Pflegerat äußerten keine Bedenken.

Berlin, den 24. November 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken