

**Tragende Gründe zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Ergänzung
der Vereinbarung über Maßnahmen zur
Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen um einen
Anhang zur Anlage 1**

Vom 19. Februar 2009

1. Rechtsgrundlagen

Die hier vorliegende Ergänzung der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen beruht auf § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

2. Eckpunkte zum Verfahrensablauf

Der Gedanke, ergänzend zu den strukturellen Vorgaben der Vereinbarung, Daten der frühen und späten Ergebnisqualität der Perinatalzentren nach außen transparent zu machen, wurde erstmalig in der Arbeitsgruppe im Januar 2008 beraten. Die Veröffentlichung von Ergebnisparametern wurde im engen Zusammenhang mit der Diskussion um Mindestmengen sowie deren Vor- und Nachteile geführt. Im Ergebnis werden Vorgaben zum Ausschluss von Gelegenheitsversorgung, in Form einer Intervallzahl zur Aufnahme von Früh- und Neugeborenen, gemacht, die sich in der schon beschlossenen Anlage 1 befindet. Gleichzeitig sollen Ergebnisparameter der Perinatalzentren des Level 1 und 2 veröffentlicht werden, die in dem Anhang zur Anlage 1 dargestellt werden.

3. Tragende Gründe im Einzelnen:

Allgemeines:

Mit der krankenhausbezogenen Veröffentlichung der Daten werden folgende Ziele verfolgt:

- Information und Entscheidungshilfe für werdende Eltern / Schwangere im Vorfeld eines Krankenhausaufenthaltes,
- eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Schwangeren, insbesondere für Vertragsärzte, Vertragsärztinnen und Krankenkassen,

- die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen risikoadjustiert nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Die Vorgaben für die zu veröffentlichen Daten der Ergebnisqualität orientieren sich an dem "The BAPM neonatal dataset for the annual reporting of data by neonatal intensive care units" der British Association of Perinatal Medicine der britischen Fachgesellschaft für Perinatale Medizin (www.bapm.org/media/documents/publications/neonatal_dataset.pdf (Stand: 2009-02-04)), dieser wird bereits in modifizierter Form in vielen Kliniken in Deutschland eingesetzt.

Die Veröffentlichung der Daten soll in Tabellenform erfolgen. Mit den Erläuterungen unter den Tabellen sollen die in den Tabellen enthaltenen Informationen für die Öffentlichkeit besser verständlich und leichter interpretierbar sein. Diese müssen daher bei der Veröffentlichung verpflichtend unter den entsprechenden Tabellen aufgeführt werden. Die Hinweise stellen eine Erläuterungshilfe für die Perinatalzentren zum Ausfüllen der Tabellen dar.

Es wird zwischen Parametern der frühen Ergebnisqualität (zum Zeitpunkt der ersten Entlassung) und Parametern der späten Ergebnisqualität im reife-korrigierten Alter von 2 Jahren unterschieden. Da die erste Fassung der Vereinbarung des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen am 01.01.2006 in Kraft getreten ist, sollen die Parameter der frühen Ergebnisqualität ab 2006 verpflichtend dargestellt werden. Eine Darstellung ab 2004 ist freiwillig. Bzgl. der Parameter der späten Ergebnisqualität besteht eine verpflichtende Darstellung ab dem Geburtsjahr 2008.

Die Ergebnisse zu Parametern der frühen Ergebnisqualität werden in den Tabellen 2 bis 4 dargestellt, die Ergebnisse zu Parametern der späten Ergebnisqualität in der Tabelle 5.

Aufgrund der Ausgestaltung der Tabellen, insbesondere der gewählten Merkmale, hält der G-BA trotz der geringen Fallzahl die datenschutzrechtlichen Belange der Patienten und Patientinnen für gewahrt. Eine Identifikation von individuellen Patienten und Patientinnen aufgrund der Darstellung ist nicht möglich. **Zu Tabelle 1:** Dargestellt wird ein differenziertes Risikoprofil im Perinatalzentrum nach Geburtsgewicht, Geschlecht, Mehrlingseigenschaft, außerhalb des Perinatalzentrums geboren, Gestationsalter und mit Prognose entscheidenden, angeborenen Fehlbildungen. Um die Ergebnisse der einzelnen Perinatalzentren korrekt würdigen zu können, ist eine differenzierte Darstellung des jeweiligen Risikoprofils nötig. Dies soll mit der Tabelle 1 erreicht werden. Bei Veröffentlichung einer unadjustierten Sterb-

lichkeit könnten die Kliniken mit hohem Risikoprofil benachteiligt sein, da hier patientenbedingt ein höheres Sterberisiko bestehen kann.

Zu Tabelle 2: Dargestellt wird die Sterblichkeit der lebendgeborenen Kinder < 1500 g Geburtsgewicht ab Geburt bis zur ersten Entlassung sowie das Gestationsalter- und die Geburtsgewichts-adjustierte Mortalität für das letzte Jahr. Die Adjustierung nach Gestationsalter und Geburtsgewicht erhöht die Vergleichbarkeit der entsprechenden Patientengruppen zwischen Krankenhäusern.

Zu Tabelle 3: Dargestellt wird die Sterblichkeit der lebendgeborenen Kinder < 1500 g Geburtsgewicht ab Geburt bis zur ersten Entlassung. Dargestellt wird die Gestationsalter- und Geburtsgewichts-adjustierte Mortalität kumulativ für die letzten 5 Jahre. Die Adjustierung nach Gestationsalter und Geburtsgewicht erhöht die Vergleichbarkeit der entsprechenden Patientengruppen zwischen Krankenhäusern.

Zu Tabelle 4: Dargestellt werden die Hirnblutungen nach Graden, Retinopathien und nekrotisierende Enterokolitis mit Operation. Die Darstellung erfolgt differenziert nach Geburtsgewichtskohorten. Die Parameter der Kurzzeit-Morbidität beziehen sich im Gegensatz zu den Tabellen 2 und 3 auf die beim Zeitpunkt der ersten Entlassung bzw. Verlegung lebenden Kinder.

Zu Tabelle 5: Dargestellt wird die Anzahl der lebend entlassenen, Anzahl der zur Nachuntersuchung einbestellten sowie der nachuntersuchten Kinder < 1500 g Geburtsgewicht. Die Adjustierung nach Geburtsgewicht erhöht die Vergleichbarkeit der entsprechenden Patientengruppen zwischen Krankenhäusern. Gemäß Beschluss des G-BA vom 18.12.2008 ist ab dem Geburtsjahrgang 2008 als Untersuchungsscore ausschließlich Bayley II zu verwenden. Die Tabelle 5 wird ab dem 01.01.2011 um die medizinischen Inhalte "Blind", „Schwerhörig“, „Zerebralparese“ und „Schwere mentale Retardierung“ ergänzt, sofern Phase B gemäß Anhang zur Anlage 1 noch nicht begonnen hat.

Siegburg, den 19. Februar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss
gem. § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hess