

Geburtshilfe

Einleitung Leistungsbereich	
ID Leistungsbereich	16n1
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Auffälligkeits- kriterien	-
Bemerkungen	-

Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG
Qualitätsziel	Angemessen häufig Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Bei der Kardiotokographie (CTG) werden der Herzschlag des Kindes und die Wehenaktivität der Mutter unter der Geburt kontinuierlich registriert und können in ihrem Zusammenspiel analysiert werden. Thacker et al. (2001) berichten über 9 randomisierte kontrollierte Studien, in denen eine kontinuierliche subpartuale Kardiotokographie mit einer Reduktion von Krampfanfällen in der Neugeborenenperiode assoziiert war. In aller Regel kann man aus normal eingestuften Mustern der fetalen Herzfrequenz zuverlässig auf fetales Wohlbefinden schließen. Das Hauptproblem ergibt sich daraus, dass die Mehrzahl der nicht als normal eingestuften Muster des Verlaufs der fetalen Herzfrequenz keinem nachweisbaren pathologischen Befund beim Kind entsprachen (falsch pathologisch). Die alleinige kontinuierliche subpartuale Kardiotokographie ist mit einem Anstieg der vaginal-operativen Entbindungen und der Kaiserschnittentbindungen (Thacker et al. 2001) assoziiert.</p> <p>Sowohl die Falschpositivrate als auch die damit verbundene erhöhte operative Entbindungsfrequenz kann durch den Einsatz der Mikroblutuntersuchung (Fetalblutanalyse) reduziert werden. Ist eine operative Entbindung auf Grund eines abnormen fetalen Herzfrequenzmusters geplant, so soll im Fall eines Verdachtes auf eine fetale Azidose die Mikroblutanalyse vorgenommen werden, sofern keine Schwierigkeiten bei der Durchführung bestehen und sofern keine Kontraindikationen vorliegen (RCOG EFM 2001).</p> <p>Geraedts & Neumann (2003) sehen für den Qualitätsindikator "Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG" erhebliche methodische Probleme für einen externen Qualitätsvergleich. Unter anderem führen sie an, dass es neben den Kontraindikationen weitere medizinische Gründe gibt, die die Durchführung einer Mikroblutuntersuchung verhindern können. In diesen Fällen kann der Verzicht auf die Durchführung nicht als Hinweis auf eine mangelnde Qualität der Betreuung gewertet werden.</p> <p>Die Fachgruppe Perinatalmedizin ist der Ansicht, dass die Objektivierung eines Verdachtes auf eine Azidämie des Kindes unter der Geburt mit Hilfe der Mikroblutuntersuchung eine wichtige Leistung im Rahmen des Geburtsmanagements darstellt. Die methodischen Einschränkungen des Indikators können im Rahmen des Strukturierten Dialogs berücksichtigt werden. Daher wird dieser Qualitätsindikator weiterhin eingesetzt. Die Indikation für die Mikroblutuntersuchung ist sorgfältig zu stellen, sowohl ein</p>

	<p>zu häufiger wie auch ein zu seltener Einsatz sind kritisch zu hinterfragen. Diese Differenzierung findet sich sowohl in der Wahl des Referenzbereichs (5%- bis 95%-Perzentile) als auch in der angepassten Formulierung des Qualitätsziels wieder: "Angemessen häufig Mikrobiuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG". Im Rahmen der aktuellen Weiterentwicklung der geburtshilflichen Qualitätsindikatoren findet eine Bearbeitung dieses Qualitätsindikators statt.</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Geraedts M, Neumann M. Evaluation der Qualitätsindikatoren in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 SGB V im Leistungsbereich Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung; 2003. www.bqs-online.de/download/GA_BQSQIG_StellFA1106.pdf (Recherchedatum: 23.06.2004)</p> <p>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Use of Electronic Fetal Monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Evidence-based Clinical Guideline Number 8. Clinical Effectiveness Support Unit. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2001. p. 1-144. www.rcog.org.uk/resources/pdf/efm_guideline_final_2may2001.pdf (Recherchedatum: 23.06.2004)</p> <p>Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review 2001). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. (Recherchedatum: 23.06.2004)</p>

626

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	626
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	$\geq 0,0\%$ bis $\leq 50,0\%$ ($\geq 5\%$ -Perzentile bis $\leq 95\%$ -Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich	<p>Es besteht eine unterschiedliche Relevanz des pathologischen CTGs als Indikation für die Mikroblutuntersuchung in unterschiedlichen Phasen des Geburtsverlaufs.</p> <p>Es besteht eine Problematik der unscharfen Definition des pathologischen CTGs.</p> <p>Es gibt viele, teilweise zwingende Gründe, eine Mikroblutuntersuchung nicht durchzuführen. Daher kann keine feste Mindestrate gefordert werden.</p> <p>Die Diskussion der vergangenen Jahre hat in allen beteiligten Gremien einen Expertenkonsens erkennen lassen, dass extrem hohe oder niedrige Raten Hinweise auf nicht optimales Vorgehen sein können, was sich in Standard-Lehrbüchern in dieser Form auch niedergeschlagen hat.</p> <p>Daher sind für diesen Qualitätsindikator Perzentil-Werte als Ober- oder Untergrenze gewählt worden. Evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen und mit einer hohen Variabilität der Ergebnisse muss gerechnet werden. Die Festlegung der Perzentilwerte ist teilweise mit Blick auf die Ergebnisse der Bundesauswertung 2002 erfolgt, da hier die besten verfügbaren Versorgungsdaten für den Auffälligkeitsbereich vorlagen.</p>
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Keine Dokumentation (0%)
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	<p>Grundgesamtheit: Einlinge mit pathologischem CTG</p> <p>Zähler: Mikroblutuntersuchung</p>
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Kind

Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	2
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea
Qualitätsziel	Angemessen häufig Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Ein sekundärer Kaiserschnitt (sekundär indiziert, inklusive Notfallkaiserschnitt) wird definiert als ein Kaiserschnitt, der aufgrund einer klinischen Situation (zum Beispiel Geburtshindernis, fetaler Distress) durchgeführt wird, bei der eine vaginale Geburtsbeendigung in der gegebenen Situation als nicht sinnvoll erachtet wird. Er wird am besten beschrieben als "Kaiserschnitt, der durchgeführt wird, ohne vor Wehenbeginn als notwendig betrachtet worden zu sein" (Deutsche Kodierrichtlinien Version 2003).</p> <p>Bei der Kardiotokographie (CTG) werden der Herzschlag des Kindes und die Wehenaktivität der Mutter unter der Geburt kontinuierlich registriert und können in ihrem Zusammenspiel analysiert werden. Thacker et al 2004 berichten über 9 randomisierte kontrollierte Studien, in denen eine kontinuierliche subpartuale Kardiotokographie mit einer Reduktion von Krampfanfällen in der Neugeborenenperiode assoziiert war. In aller Regel kann man aus als normal eingestuften Mustern der fetalen Herzfrequenz zuverlässig auf fetales Wohlbefinden schließen. Das Hauptproblem ergibt sich daraus, dass die Mehrzahl der nicht als normal eingestuften Muster des Verlaufs der fetalen Herzfrequenz keinem nachweisbaren pathologischen Befund beim Kind entsprachen (falsch pathologisch). Die alleinige kontinuierliche subpartuale Kardiotokographie ist mit einem Anstieg der vaginal-operativen Entbindungen und der Kaiserschnittentbindungen (Thacker et al. 2001) assoziiert.</p> <p>Sowohl die Falschpositivrate als auch die damit verbundene erhöhte operative Entbindungsfrequenz soll durch den Einsatz der Mikroblutuntersuchung (Fetalblutanalyse) reduziert werden. Wird aufgrund eines abnormen fetalen Herzfrequenzmusters eine operative Entbindung in Erwägung gezogen, so sollte im Fall eines Verdachtes auf eine fetale Azidose die Mikroblutanalyse vorgenommen werden, sofern keine Schwierigkeiten bei der Durchführung bestehen und keine Kontraindikationen vorliegen (RCOG EFM 2001).</p> <p>Geraedts & Neumann (2003) werten den Qualitätsindikator "Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea" als nicht für einen externen Qualitätsvergleich geeignet. Unter anderem führen sie an, dass es neben den Kontraindikationen weitere medizinische Gründe gibt, die die Durchführung einer Mikroblutuntersuchung</p>

	<p>verhindern können. In diesen Fällen kann der Verzicht auf die Durchführung nicht als Hinweis auf eine mangelnde Qualität der Betreuung gewertet werden.</p> <p>Die Fachgruppe Perinatalmedizin ist der Ansicht, dass die Objektivierung eines Verdachts auf eine Azidämie des Kindes unter der Geburt mit Hilfe der Mikroblutuntersuchung eine wichtige Leistung im Rahmen des Geburtsmanagements darstellt. Die methodischen Einschränkungen des Indikators können im Rahmen des Strukturierten Dialogs berücksichtigt werden. Daher wird dieser Qualitätsindikator weiterhin eingesetzt. Die Indikation für die Mikroblutuntersuchung ist sorgfältig zu stellen, sowohl ein zu häufiger wie auch ein zu seltener Einsatz sind kritisch zu hinterfragen. Diese Differenzierung findet sich sowohl in der Wahl des Referenzbereichs (5%- bis 95%-Perzentile) als auch in der angepassten Formulierung des Qualitätsziels wieder: "Angemessen häufig Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea". Im Rahmen der aktuellen Weiterentwicklung der geburtshilflichen Qualitätsindikatoren findet eine Bearbeitung dieses Qualitätsindikators statt.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2003. Regel 1525a Primärer und sekundärer Kaiserschnitt. p. 164. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; 2002. http://inek.customer.msimg.de/deutschesdrg/DKR_V2003_Endversion_A4_021023.pdf (Recherchedatum: 23.06.2004)</p> <p>Geraedts M, Neumann M. Evaluation der Qualitätsindikatoren in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 SGB V im Leistungsbereich Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung; 2003. www.bqs-online.de/download/GA_BQSQIG_StellFA1106.pdf (Recherchedatum: 23.06.2004)</p> <p>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The Use of Electronic Fetal Monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Evidence-based Clinical Guideline Number 8. Clinical Effectiveness Support Unit. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2001. p. 1-144. www.rcog.org.uk/resources/pdf/efm_guideline_final_2may2001.pdf (Recherchedatum: 23.06.2004)</p> <p>Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review 2001). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. (Recherchedatum: 23.06.2004)</p>

676

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	676
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	$\geq 0,0\%$ bis $\leq 55,32\%$ ($\geq 5\%$ -Perzentile bis $\leq 95\%$ -Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich	<p>Es besteht eine unterschiedliche Relevanz des pathologischen CTGs als Indikation für die Mikroblutuntersuchung in unterschiedlichen Phasen des Geburtsverlaufs.</p> <p>Es besteht eine Problematik der unscharfen Definition des pathologischen CTGs.</p> <p>Es gibt viele, teilweise zwingende Gründe, eine Mikroblutuntersuchung nicht durchzuführen. Daher kann keine Mindestrate gefordert werden.</p> <p>Die Diskussion der vergangenen Jahre hat in allen beteiligten Gremien einen Expertenkonsens erkennen lassen, dass extrem hohe oder niedrige Raten Hinweise auf nicht optimales Vorgehen sein können, was sich in Standard-Lehrbüchern in dieser Form auch niedergeschlagen hat.</p> <p>Daher sind für diesen Qualitätsindikator Perzentil-Werte als Ober- oder Untergrenze gewählt worden. Evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen und mit einer hohen Variabilität der Ergebnisse muss gerechnet werden. Die Festlegung der Perzentilwerte ist teilweise mit Blick auf die Ergebnisse der Bundesauswertung 2002 erfolgt, da hier die besten verfügbaren Versorgungsdaten für den Auffälligkeitsbereich vorlagen.</p>
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Keine Dokumentation (0%)
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	<p>Grundgesamtheit: Einlinge mit pathologischem CTG bei sekundärer Sectio caesarea</p> <p>Zähler: Mikroblutuntersuchung</p>
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Kind

Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Frühgeborene Kinder sollen durch spezialisierte Ärzte versorgt werden. Als Zeichen hoher Qualität wird angesehen, wenn ein Pädiater (Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) vor der Geburt dieser Kinder anwesend ist und das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich versorgt.</p> <p>In der Historie der Perinatalerhebung war der Pädiater der für die Behandlung von Frühgeborenen spezialisierte Arzt. In der Zukunft soll der Entwicklung in der Kinderheilkunde Rechnung getragen werden und für die Behandlung von Frühgeborenen der im Schwerpunkt Neonatologie spezialisierte Kinderarzt hinzugezogen werden. Die Auswertungen der letzten Jahre zeigen, dass auch die bislang geforderte Anwesenheit auf dem Qualifikationsniveau des Pädiaters nicht in allen Kliniken ausreichend erfüllt worden ist.</p> <p>Neben der Anwesenheit eines Neonatologen gibt die Gesamtorganisation im Krankenhaus den Ausschlag für das Behandlungsergebnis von Frühgeborenen. Von besonderer Bedeutung sind dabei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation der Mitarbeiter • Ausstattung der Klinik mit Geräten und Räumen • Eng benachbarte Räume ohne Notwendigkeit zu einem Transport • Neben dem Kreißsaal liegende neonatologische Intensivstation mit einem eigenen, pädiatrischen 24-Stunden-Präsenz-Schichtdienst • Enge Kooperation der beiden Abteilungen Geburtshilfe und Neonatologie • Durchführung von Einzelfallanalysen und regionalen Konferenzen • Fortbildung der Mitarbeiter
Literaturverzeichnis	-

737

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	737
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich	<p>Idealerweise wäre ein fester Prozent-Wert von 100% zu wählen. Bei einer Sturzgeburt kann jedoch die Anwesenheit des Pädaters aus zeitlichen Gründen häufig nicht verwirklicht werden.</p> <p>Dieser Referenzbereich soll für alle Krankenhäuser unabhängig von der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit angewendet werden.</p>
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	<p>Grundgesamtheit: Lebendgeborene Frühgeborene mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen</p> <p>Zähler: Pädater vor Kindsgeburt eingetroffen</p>
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Kind

Bestimmung Nabelarterien pH-Wert

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert
Qualitätsziel	Stets Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	Bei der Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes wird nach der Abnabelung eine gefüllte Nabelarterie punktiert. Aus dieser Blutprobe wird der Säuren-Basen-Status bestimmt. Die Messung des Nabelarterien-pH-Wertes gibt retrospektiv eine schnelle Information über den Gasaustausch des Kindes während der Geburt. Hiermit wird eine objektive Zustandsbeschreibung des Kindes erreicht, deren Dokumentation die Fachgruppe fordert. Sie dient der Möglichkeit, einen klinisch nicht erkennbaren behandlungsbedürftigen Zustand zu identifizieren.
Literaturverzeichnis	-

733

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	733
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	>= 95%
Erläuterung zum Referenzbereich	Grundsätzlich sollen alle Kinder durch die Bestimmung des pH-Wertes aus Nabelarterienblut untersucht werden. Der Referenzbereich wurde jedoch bewusst nicht auf = 100%, sondern auf >= 95% festgelegt, weil in wenigen Situationen (zum Beispiel nicht betriebsbereites Messgerät) die Untersuchung nicht erfolgen kann.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Grundgesamtheit: Lebendgeborene Einlinge Zähler: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Kind

Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei reifen lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Vandenbussche et al. (1999) haben für die Einteilung der Nabelarterien-pH-Werte eine Klassifikation empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • normal, wenn der pH-Wert größer als 7,11 ist • grenzwertig, wenn der pH-Wert zwischen 6,99 und 7,11 liegt • kritisch, wenn der pH-Wert kleiner als 6,99 ist <p>Das Unterschreiten des Wertes 7,00 ist gehäuft mit anhaltenden schwerwiegenden Störungen der Adaptation des Kindes sowie mit einem Anstieg von Sterblichkeit und Morbidität verknüpft (Goldaber et al. 1991; ACOG 1998).</p> <p>98% der routinemäßig gemessenen pH-Werte liegen im Normbereich von größer als 7,11 oder im Grenzbereich von 7,00 bis 7,11. Bei 90% der Kinder mit pH-Werten unterhalb von 6,99 zeigen sich keine permanenten Konsequenzen (Vandenbussche et al. 1999). In etwa 70% ist eine neonatale Enzephalopathie Folge von Ereignissen, die vor dem Einsetzen der zur Geburt führenden Wehen liegen (ACOG/ AAP 2003).</p> <p>Obwohl die pH-Messung nur einen Teil der kindlichen Gefährdungen anzeigt und obwohl die Azidoserate mit dem Auftreten kindlicher Schädigungen nur gering korreliert, hält die Fachgruppe diesen Qualitätsindikator für die externe Qualitätssicherung weiterhin für geeignet, da die Ergebnisse nützliche Hinweise auf die Qualität des geburtshilflichen Managements geben. Der Qualitätsindikator ist geeignet, Auffälligkeiten anzuzeigen, die Auslöser für einen qualitätsverbessernden Strukturierten Dialog sind.</p>
Literaturverzeichnis	<p>American College of Obstetricians and Gynecologists and American Academy of Pediatrics (ACOG/ AAP). Task Force on Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy. The Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy: Defining the Pathogenesis and Pathophysiology. Executive Summary. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists 2003. www.acog.org/ (Recherchedatum: 18.06.2004)</p> <p>ACOG committee opinion. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. Number 197, February 1998 (replaces no.137, April 1994). Committee on Obstetric Practice. American College of Obstetricians and Gynecologists. Int J Gynaecol Obstet 1998;61:309-310.</p>

	<p>Goldaber KG, Gilstrap LC, III, Leveno KJ, Dax JS, McIntire DD. Pathologic fetal acidemia. Obstet Gynecol 1991; 78 (6): 1103-1107.</p> <p>Vandenbussche FPHA, Oepkes D, Keirse MJNC. The merit of routine cord blood pH measurement at birth. J Perinat Med 1999; 27: 158-165.</p>
--	--

811

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	811
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	< 0,3% (75%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich	<p>Der Anteil von Kindern mit einem Nabelarterien-pH-Wert von unter 7,0 soll möglichst gering sein.</p> <p>Für diesen Qualitätsindikator sind Perzentil-Werte als Grenze gewählt worden, weil evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fixer Werte fehlen. Die Festlegung der Perzentilwerte ist teilweise mit Blick auf die Ergebnisse der Bundesauswertung 2002 erfolgt, da hier die besten verfügbaren Versorgungsdaten für den Auffälligkeitsbereich vorlagen.</p>
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Wertegrenzen für den Nabelarterien-pH $\geq 6,5$ bis $< 8,0$. Auffällig sind die Werte Nabelarterien-pH $< 6,5$ und pH $\geq 8,0$.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Auffällig sind Werte, die unmöglich sind.
Rechenregel	<p>Grundgesamtheit: Lebendgeborene reife Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</p> <p>Zähler: Azidose (pH $< 7,0$)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Kind

Dammriss Grad III oder IV

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	6
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dammriss Grad III oder IV
Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten a) Spontane Einlingsgeburten b) Spontane Einlingsgeburten ohne Episiotomie c) Spontane Einlingsgeburten mit Episiotomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Unter einer Spontangeburt wird eine vaginale Geburt ohne den Einsatz von Zange, Vakuumblocke oder Spezialhandgriffen verstanden. Der Dammriss Grad III (alle Sphinkterverletzungen ohne Beteiligung der Rektumschleimhaut) oder IV (Verletzung von Sphinkter und Rektumschleimhaut) sind schwerwiegende Verletzungen der Beckenbodenmuskulatur, die in der Folge unangenehme organische Funktionsstörungen für die Patienten bedeuten können (RCOG Perineal Tears 2001). Bei allen vaginalen Geburten, jedoch insbesondere bei Spontangeburt soll daher die Rate der Dammrisse Grad III oder IV möglichst gering sein.</p> <p>Carroli & Belizan (1999) weisen darauf hin, dass eine Episiotomie (Dammschnitt) – entgegen früheren Annahmen – ein zusätzliches perineales Trauma (Dammriss) nicht verhindern kann, sondern das Risiko für schwerwiegende Verletzungen des hinteren Beckenbodens und für Wundheilungsstörungen sogar erhöht. Dennoch wird bei fetaler Gefährdung und/ oder zur Erleichterung einer vaginal-operativen Entbindung eine Episiotomie zur Verkürzung der Austreibungsperiode befürwortet.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review 1999). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. (Recherchedatum: 18.06.2004)</p> <p>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Management of third- and fourth-degree perineal tears following vaginal delivery. Guideline No. 29. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2001. www.rcog.org.uk/resources/Public/Perineal_Tears_No29.pdf (Recherchedatum: 18.06.2004)</p>

830

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	830
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	$\leq 2,5\%$ (75%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich	Die Krankenhäuser haben unterschiedliche Risikokollektive. Daher soll die Grenze nicht zu stringent sein. Für diesen Qualitätsindikator sind Perzentil-Werte als Grenze gewählt worden, weil evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Nicht festgelegt
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Grundgesamtheit: Spontane Einlingsgeburten Zähler: Mütter mit Dammriss Grad III oder IV
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Mutter

841

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	841
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	<= 1,4% (75%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich	Die Krankenhäuser haben unterschiedliche Risikokollektive. Daher soll die Grenze nicht zu stringent sein. Für diesen Qualitätsindikator sind Perzentil-Werte als Grenze gewählt worden, weil evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Nicht festgelegt
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Grundgesamtheit: Spontane Einlingsgeburten ohne Episiotomie Zähler: Mütter mit Dammriss Grad III oder IV
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Mutter

36084

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	36084
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	<= 4,8% (75%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich	Die Krankenhäuser haben unterschiedliche Risikokollektive. Daher soll die Grenze nicht zu stringent sein. Für diesen Qualitätsindikator sind Perzentil-Werte als Grenze gewählt worden, weil evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Grundgesamtheit: Spontane Einlingsgeburten mit Episiotomie Zähler: Mütter mit Dammriss Grad III oder IV
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Mutter

Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	7
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen
Qualitätsziel	Geringe Anzahl revisionsbedürftiger Wundheilungsstörungen a) Spontangeburt b) Vaginal-operative Entbindung c) Sectio caesarea
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	Wundheilungsstörungen des Geburtskanals, die durch Eröffnung und/ oder Sekundärnaht revidiert werden müssen, bedeuten eine Belastung und Gefährdung des Patienten sowie eine Verlängerung des stationären Aufenthaltes beziehungsweise eine Wiederaufnahme.
Literaturverzeichnis	Geraedts M, Neumann M. Evaluation der Qualitätsindikatoren in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 SGB V im Leistungsbereich Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung; 2003. www.bqs-online.de/download/GA_BQSQIG_StellFA1106.pdf (Recherchedatum: 23.06.2004)

872

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	872
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	Kein Referenzbereich
Erläuterung zum Referenzbereich	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Grundgesamtheit: Alle Kinder (geboren durch Spontangeburt) Zähler: Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Kind

880

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	880
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	Kein Referenzbereich
Erläuterung zum Referenzbereich	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Grundgesamtheit: Alle Kinder (geboren durch vaginal-operative Entbindung) Zähler: Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Kind

883

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	883
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	$\leq 1,1\%$ (90%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich	<p>Die Krankenhäuser haben unterschiedliche Risikokollektive. Daher soll die Grenze nicht zu stringent sein. Für den Qualitätsindikator sind feste Perzentil-Werte als Grenze gewählt worden, weil evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen.</p> <p>Referenzbereich nur für c) Sectio caesarea definiert.</p>
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Eine Rate von 0% bei mindestens 50 Fällen in der Grundgesamtheit.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Überprüfung der Unterdokumentation.
Rechenregel	<p>Grundgesamtheit: Alle Kinder (geboren durch Sectio caesarea)</p> <p>Zähler: Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen</p>
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Kind

Antenatale Kortikosteroidtherapie

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	8
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antenatale Kortikosteroidtherapie
Qualitätsziel	<p>Häufig antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34+0 Wochen</p> <p>a) Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34+0 Wochen</p> <p>b) Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34+0 Wochen mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag</p> <p>c) Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34+0 Wochen mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Die antenatale Kortikosteroidtherapie wird bei drohender Frühgeburt an die Mutter verabreicht, um die Lungenreife beim Kind zu induzieren.</p> <p>Die antenatale Kortikosteroidtherapie reduziert bei Frühgeborenen signifikant Sterblichkeit und Krankheit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterblichkeit (Crowley 1996). 0,60 (Therapie) versus 1,0 (keine Therapie). • Akutes Atemnotsyndrom (Crowley 1996). 0,53 (Therapie) versus 1,0 (keine Therapie). In einem Schwangerschaftsalter von unter 31 Wochen wurde 1 Fall mit akutem Atemnotsyndrom verhindert, wenn 5 Mütter behandelt wurden (RCOG 2004). • Intrakranielle Blutungen (Crowley 1996). <p>In internationalen Leitlinien (NIH 2000; NIH 1994; RCOG 2004) wurden praktische Empfehlungen festgelegt, die auf den Ergebnissen von randomisiert-kontrollierten Studien basieren.</p>
Literaturverzeichnis	<p>Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review 1996). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. (Recherchedatum: 17.06.2004)</p> <p>National Institutes of Health (NIH). Antenatal Corticosteroids Revisited: Repeat Courses. NIH Consensus Development Conference Statement 2000. http://consensus.nih.gov/cons/112/112_statement.htm (Recherchedatum: 17.06.2004)</p> <p>National Institutes of Health (NIH). The Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes. NIH Consensus Development Conference Statement 1994. http://consensus.nih.gov/cons/095/095_statement.htm</p>

	<p>(Recherchedatum: 17.06.2004)</p> <p>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Antenatal Corticosteroids to Prevent Respiratory Distress Syndrome (7); Revised February 2004. www.rcog.org.uk/resources/Public/Antenatal_corticosteroids_No7.pdf (Recherchedatum: 17.06.2004)</p>
--	---

45548

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	45548
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	Kein Referenzbereich
Erläuterung zum Referenzbereich	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Grundgesamtheit: Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34+0 Wochen Zähler: Antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion)
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Mutter

49521

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	49521
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	Kein Referenzbereich
Erläuterung zum Referenzbereich	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	<p>Grundgesamtheit: Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34+0 Wochen mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag</p> <p>Zähler: Antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion)</p>
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Mutter

49523

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	49523
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	>= 95%
Erläuterung zum Referenzbereich	Das Ziel ist wegen der klar belegten Vorteile der Behandlung eigentlich 100%. Basis dieser Forderung sind Angaben in internationalen Leitlinien (NIH 2000; NIH 1994; RCOG 2004) und in evidenzbasierten Studien (Crowley 1996). Allerdings ist der Verzicht auf eine Therapie in Einzelfällen begründbar, daher wurde die Grenze auf einen festen Wert von 95% festgelegt. Beispiel: Vorliegen von Kontraindikationen.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Nicht festgelegt
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Grundgesamtheit: Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34+0 Wochen mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen Zähler: Antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion)
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Mutter.

Mütterliche Todesfälle

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	9
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Mütterliche Todesfälle
Qualitätsziel	Selten mütterliche Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	Die Geburt ist ein natürlicher Vorgang, der mittels geburtshilflichem Management präventiv und – falls notwendig – therapeutisch unterstützt wird. Oberstes Ziel ist für jedes Krankenhaus, keine Mutter durch einen Todesfall zu verlieren. Sollte es dennoch zu unerwarteten Todesfällen während der stationären Behandlung kommen, so soll jeder einzelne Krankenverlauf als Sentinel event detailliert analysiert werden. Ziel der Analyse ist es zu klären, ob Vermeidbarkeitsfaktoren identifiziert werden können.
Literaturverzeichnis	Welsch H. Müttersterblichkeit. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.). Die Geburtshilfe. Berlin: Springer; 2004. p. 603-44.

50604

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	50604
Kennzahltyp	Anteil
Referenzbereich	Sentinel event
Erläuterung zum Referenzbereich	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Grundgesamtheit: Alle Geburten Zähler: Mütterliche Todesfälle
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene: Teildatensatz Mutter