

Geburtshilfe

Inhalt

Geburtshilfe 2

 Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG 3

 626 4

 Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea 5

 676 7

 Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen 8

 737 9

 Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert 10

 733 11

 Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung 12

 811 13

 Dammriss Grad III oder IV 14

 Dammriss Grad III oder IV 14

 830 15

 841 16

 36084 17

 Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen 18

 872 19

 880 20

 883 21

 Antenatale Kortikosteroidtherapie 22

 45548 23

 49521 24

 49523 25

 Mütterliche Todesfälle 26

 50604 27

Geburtshilfe

Einleitung Leistungsbereich	
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Auffälligkeitskriterien	<ol style="list-style-type: none">1. Fehlende Angaben zur Einstufung des Neugeborenen nach der Apgar-Klassifikation (alle drei Angaben fehlen): auffällig sind Krankenhäuser mit fehlenden Angaben \geq 90%-Perzentile2. Fehlende Angaben zum Geburtsgewicht des Kindes.
Bemerkungen	-

Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	1
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
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 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". Im Rahmen der aktuellen Weiterentwicklung der geburtshilflichen Qualitätsindikatoren findet eine Bearbeitung dieses Qualitätsindikators statt.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung
Literaturverzeichnis	<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: 9.2.2005)</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: 3.3.2005)</p> <p>Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD000063. DOI: 10.1002/14651858.CD000063. (Recherchedatum: 01.03.2005).</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

626

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	626
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\geq x\%$ bis $\leq y\%$ (5%-Perzentile bis 95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	<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 sowohl eine Ober- wie auch eine Untergrenze für den Referenzbereich festgelegt worden. Da evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen, ist die Festlegung auf der Basis von Perzentilen erfolgt. Mit einer hohen Variabilität der Ergebnisse muss gerechnet werden. Die Festlegung der Perzentilwerte ist teilweise mit Blick auf die Ergebnisse der Bundesauswertung 2002 und 2003 erfolgt, da hier die besten verfügbaren Versorgungsdaten für den Referenzbereich vorlagen.</p>
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Keine Dokumentation (0%)
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Mikroblutuntersuchung Grundgesamtheit: Einlinge mit pathologischem CTG
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

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
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
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 Kodierichtlinien 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 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 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 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".</p> <p>Im Rahmen der aktuellen Weiterentwicklung der geburtshilflichen Qualitätsindikatoren findet eine Bearbeitung dieses Qualitätsindikators statt.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung
Literaturverzeichnis	<p>Deutsche Kodierichtlinien, Version 2003. Regel 1525a Primärer und sekundärer Kaiserschnitt. p. 164. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; 2002. http://inek.customer.msim.de/deutschesdrg/DKR_V2003_Endversion_A4_021023.pdf (Recherchedatum: 9.2.2005)</p> <p>Geraedts M, Neumann M. Evaluation der Qualitätsindikatoren in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 SGB V im Leistungsbereich Geburtshilfe. Düsseldorf: BQS</p>

	<p>Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung; 2003. www.bqs-online.de/download/GA_BQSQIG_StellFA1106.pdf (Recherchedatum: 9.2.2005)</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: 9.2.2005)</p> <p>Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD000063. DOI: 10.1002/14651858.CD000063. (Recherchedatum: 1.3.2005)</p>
<p>Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators</p>	<p>2005</p>

676

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	676
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\geq x\%$ bis $\geq y\%$ (5%-Perzentile bis 95%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	<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 sowohl eine Ober- wie auch eine Untergrenze für den Referenzbereich festgelegt worden. Da evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen, ist die Festlegung auf der Basis von Perzentilen erfolgt. Mit einer hohen Variabilität der Ergebnisse muss gerechnet werden. Die Festlegung der Perzentilwerte ist teilweise mit Blick auf die Ergebnisse der Bundesauswertung 2002 und 2003 erfolgt, da hier die besten verfügbaren Versorgungsdaten für den Referenzbereich vorlagen.</p>
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Keine Dokumentation (0%)
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	<p>Zähler: Mikroblutuntersuchung</p> <p>Grundgesamtheit: Einlinge mit pathologischem CTG bei sekundärer Sectio caesarea</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
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 Kreißaal 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
Methode der Risikoadjustierung	Risikostandardisierte Fallkonstellation
Literaturverzeichnis	-
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

737

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	737
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	>= 90%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Idealerweise wäre ein fester Prozentwert von 100% zu wählen. In seltenen Fällen wie beispielsweise bei einer Sturzgeburt kann jedoch die Anwesenheit des Pädaters aus zeitlichen Gründen gegebenenfalls nicht verwirklicht werden.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Pädater eingetroffen vor Geburt Grundgesamtheit: Lebendgeborene Frühgeborene mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind.
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	4
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
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.
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung
Literaturverzeichnis	-
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

733

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	733
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	>= 95%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	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 defektes Messgerät, vorzeitige Lösung) die Untersuchung nicht erfolgen kann.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes Grundgesamtheit: Lebendgeborene Einlinge
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind.
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
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>
Methode der Risikoadjustierung	Risikostandardisierte Fallkonstellation
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. http://www.acog.org/from_home/Misc/neonatalEncephalopathy.cfm (Recherchedatum: 9.2.2005)</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>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

811

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	811
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (75%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	<p>Der Anteil von Kindern mit einem Nabelarterien-pH-Wert von unter 7,00 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 und 2003 erfolgt, da hier die besten verfügbaren Versorgungsdaten für den Referenzbereich vorlagen.</p>
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	<p>Wertegrenzen für den Nabelarterien-pH $\geq 6,5$ bis $< 8,0$.</p> <p>Auffällig sind die Werte Nabelarterien-pH $< 6,5$ und pH $\geq 8,0$.</p>
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Auffällig sind Werte, die unmöglich sind.
Rechenregel	<p>Zähler: Azidose (pH $< 7,00$)</p> <p>Grundgesamtheit: Lebendgeborene reife Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</p>
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind.
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

Dammriss Grad III oder IV

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	6
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dammriss Grad III oder IV
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
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, Vakuumglocke 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 (Dammchnitt) – 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>
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
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.</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: 9.2.2005)</p>
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

830

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	830
Ergänzung Bezeichnung QI	bei spontanen Einlingsgeburten
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (75%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Für diesen Qualitätsindikator sind Perzentil-Werte als Grenze gewählt worden, weil evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Keine dokumentierten Dammriss Grad II bis IV bei mehr als 500 Fällen in der Grundgesamtheit
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Eine Rate von 1% höhergradiger Dammriss ist auch bei einem Patientenkollektiv ohne spezielle Risikofaktoren zu erwarten (RCOG Perineal Tears 2001). Die Dokumentation von mindestens 500 Geburten ohne höhergradigen Dammriss kann daher als Hinweis auf möglicherweise invalide Dokumentation gewertet werden.
Rechenregel	Zähler: Dammriss Grad III oder IV Grundgesamtheit: Spontane Einlingsgeburten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

841

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	841
Ergänzung Bezeichnung QI	bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (75%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	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	Zähler: Dammriss Grad III oder IV Grundgesamtheit: Spontane Einlingsgeburten ohne Episiotomie
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

36084

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	36084
Ergänzung Bezeichnung QI	bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (75%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	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	Keine dokumentierten Dammrisse bei mehr als 500 Fällen in der Grundgesamtheit
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Eine Rate von 1% höhergradiger Dammrisse ist auch bei einem Patientenkollektiv ohne spezielle Risikofaktoren zu erwarten ((RCOG Perineal Tears 2001). Die Dokumentation von mindestens 500 Geburten ohne höhergradigen Dammriss kann daher als Hinweis auf möglicherweise invalide Dokumentation gewertet werden.
Rechenregel	Zähler: Dammriss Grad III oder IV Grundgesamtheit: Spontane Einlingsgeburten mit Episiotomie
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	7
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
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 (Geraedts & Neumann 2003).
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
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: 9.2.2005)
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

872

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	872
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Spontangeburt
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist nur für die Wundheilungsstörungen bei Entbindungen durch Sectio festgelegt, da diese Kennzahl für den Krankenhausvergleich am geeignetsten ist.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen Grundgesamtheit: Alle Kinder (geboren durch Spontangeburt)
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

880

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	880
Ergänzung Bezeichnung QI	bei vaginal-operativer Entbindung
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist nur für die Wundheilungsstörungen bei Entbindungen durch Sectio festgelegt, da diese Kennzahl für den Krankenhausvergleich am geeignetsten ist.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen Grundgesamtheit: Alle Kinder (geboren durch vaginal-operative Entbindung)
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

883

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	883
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Sectio caesarea
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	$\leq x\%$ (90%-Perzentile)
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Die Krankenhäuser haben unterschiedliche Risikokollektive. Daher soll die Grenze nicht zu stringent sein. Für den Qualitätsindikator sind Perzentil-Werte als Grenze gewählt worden, weil evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Werte fehlen.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	Eine Rate von 0% bei mindestens 50 Fällen in der Grundgesamtheit.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	Überprüfung möglicher Unterdokumentation.
Rechenregel	Zähler: Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen Grundgesamtheit: Alle Kinder (geboren durch Sectio caesarea)
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja

Antenatale Kortikosteroidtherapie

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	8
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antenatale Kortikosteroidtherapie
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Qualitätsziel	Häufig antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten a) Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten b) Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag c) Geburten mit einem Schwangerschaftsalter unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	Die antenatale Kortikosteroidtherapie wird bei drohender Frühgeburt an die Mutter verabreicht, um die Lungenreife beim Kind zu induzieren. Die antenatale Kortikosteroidtherapie reduziert bei Frühgeborenen signifikant Sterblichkeit und Krankheit. <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). In internationalen Leitlinien (NIH 2000; NIH 1994; RCOG 2004) wurden praktische Empfehlungen festgelegt, die auf den Ergebnissen von randomisiert-kontrollierten Studien basieren.
Methode der Risikoadjustierung	Stratifizierung
Literaturverzeichnis	Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1996, Issue 1. Art. No.: CD000065. DOI: 10.1002/14651858.CD000065. (Recherchedatum: 1.3.2005) 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: 9.2.2005) 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 (Recherchedatum: 9.2.2005) 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: 9.2.2005)
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

45548

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	45548
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) Grundgesamtheit: Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkte Vergleichbarkeit, da aus der Grundgesamtheit Totgeburten ausgeschlossen worden sind.

49521

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	49521
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) Grundgesamtheit: Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkte Vergleichbarkeit, da aus der Grundgesamtheit Totgeburten ausgeschlossen worden sind.

49523

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	49523
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
In BQS-Qualitätsreport 2004	Ja
Referenzbereich 2004	>= 95%
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	Das Ziel ist wegen der klar belegten Vorteile der Behandlung , in 100% der Fälle die Lungenreifebehandlung durchzuführen. Basis dieser Forderung sind Angaben in internationalen Leitlinien (NIH 1994; NIH 2000; 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. Durch den Ausschluss von Totgeburten aus der Grundgesamtheit wird der Indikator spezifischer, eine Anpassung des Referenzbereichs aus diesem Grund ist aus Sicht der Fachgruppe nicht erforderlich.
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) Grundgesamtheit: Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Mutter.
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkte Vergleichbarkeit, da aus der Grundgesamtheit Totgeburten ausgeschlossen worden sind.

Mütterliche Todesfälle

Definition Qualitätsindikator	
ID Indikator	9
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Mütterliche Todesfälle
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
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.
Methode der Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Literaturverzeichnis	Welsch H. Müttersterblichkeit. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg.). Die Geburtshilfe. Berlin: Springer; 2004. p. 603-44.
Letzte Überprüfung des Qualitätsindikators	2005

50604

Definition Kennzahl	
ID-Kennzahl	50604
Ergänzung Bezeichnung QI	
In BQS-Qualitätsreport 2004	Nein
Referenzbereich 2004	Sentinel Event
Erläuterung zum Referenzbereich 2004	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität	-
Auffälligkeitsbereich für Dokumentationsqualität: Erläuterung	-
Rechenregel	Zähler: Mütterliche Todesfälle Grundgesamtheit: Alle Geburten
Erläuterung der Rechenregel	-
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Ja