

Inhalt

Inhalt 1

Geburtshilfe 2

 Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG 3

 626 4

 Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea 7

 676 9

 EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt 12

 68383 14

 Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen 15

 737 16

 Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert 19

 733 20

 Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung 21

 811 22

 Kritisches Outcome bei Reifgeborenen 25

 70302 28

 Dammriss Grad III oder IV 31

 830 32

 841 33

 36084 34

 Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen 35

 872 36

 880 37

 883 38

 Antenatale Kortikosteroidtherapie 39

 45548 41

 49521 44

 49523 47

 Mütterliche Todesfälle 50

 50604 51

Geburtshilfe

Einleitung Leistungsbereich	
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Historie	QI-Historie\QI-Historie-16n1-GEBH.doc
Einleitung	<p>Vor mehr als 30 Jahren ist die Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) initiiert worden, um beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung exakt erfassen und verbessern zu können. Experten sind sich einig, dass die Münchner Perinatalstudie als „Mutter“ aller externen Qualitätssicherungsverfahren angesehen werden kann. In den Folgejahren wurde eine Perinatalerhebung rasch in ganz Bayern und schrittweise in allen Bundesländern eingeführt.</p> <p>Im Jahr 2001 wurde die BQS beauftragt, eine bundeseinheitliche Datenerhebung und Auswertung zu realisieren. Dies wurde mit der Etablierung des Leistungsbereichs Geburtshilfe umgesetzt, in dem die Krankenhausgeburten erfasst werden. Für die Auswertung wurden Qualitätsindikatoren definiert, die relevante Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität abbilden. Für den Strukturierten Dialog mit auffälligen Krankenhäusern stehen darüber hinaus in der Auswertung eine Reihe weiterer qualitätsrelevanter Daten zur Verfügung, die eine differenzierte Darstellung der Versorgungssituation des jeweiligen Krankenhauses ermöglichen.</p> <p>In der Gesamtschau ergibt sich auch eine Beschreibung wichtiger Aspekte der geburtshilflichen Versorgungssituation in der Bundesrepublik.</p>

Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer 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 subpartale 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 entsprach (falsch pathologisch). Die alleinige kontinuierliche subpartale 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 BQS-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".</p> <p>Im Rahmen der aktuellen Weiterentwicklung der geburtshilflichen Qualitätsindikatoren findet eine Bearbeitung dieses Qualitätsindikators statt.</p>
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. http://www.bqs-online.de/download/GA_BQSQIG_StellFA1106.pdf (Recherchedatum: 26.02.2007).</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: 1-144. http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/efm_guideline_final_2may2001.pdf (Recherchedatum: 26.02.2007).</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.</p>

626

Definition Kennzahl																	
ID-Kennzahl	626																
Ergänzung Bezeichnung QI																	
Referenzbereich 2006	> x% bis <= y% (5%-Perzentile bis 95%-Perzentile)																
Referenzbereich 2005	> 0,0% bis <= 51,3% (5%-Perzentile bis 95%-Perzentile)																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	<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 BQS-Bundesauswertungen 2002bis 2004 erfolgt, da hier die besten verfügbaren Versorgungsdaten für den Referenzbereich vorlagen.</p>																
Referenz Bundesauswertung 2006																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation																
Rechenregel	<p>Zähler: Mikroblutuntersuchung</p> <p>Grundgesamtheit: Einlinge mit pathologischem CTG</p>																
Erläuterung der Rechenregel	-																
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K: 38,1</td> <td>Blutgasanalyse Fetalblut</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>BLUTGASFETAL</td> </tr> <tr> <td>M: 1,3</td> <td>Anzahl Mehrlinge</td> <td></td> <td>ANZMEHRLINGE</td> </tr> <tr> <td>M: 36,2</td> <td>Geburtsrisiko-Schlüssel</td> <td>60 = Vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = RH-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = Vorzeitige Plazentalösung 72 = Sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = Mütterliche Erkrankung 76 = Mangelnde Kooperation der Mutter 77 = Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne</td> <td>GEBRISIKO</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	K: 38,1	Blutgasanalyse Fetalblut	0 = nein 1 = ja	BLUTGASFETAL	M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE	M: 36,2	Geburtsrisiko-Schlüssel	60 = Vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = RH-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = Vorzeitige Plazentalösung 72 = Sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = Mütterliche Erkrankung 76 = Mangelnde Kooperation der Mutter 77 = Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	GEBRISIKO
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname														
K: 38,1	Blutgasanalyse Fetalblut	0 = nein 1 = ja	BLUTGASFETAL														
M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE														
M: 36,2	Geburtsrisiko-Schlüssel	60 = Vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = RH-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = Vorzeitige Plazentalösung 72 = Sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = Mütterliche Erkrankung 76 = Mangelnde Kooperation der Mutter 77 = Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	GEBRISIKO														

			<p>78 = Grünes Fruchtwasser 79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) 80 = Nabelschnurvorfal 81 = Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen 82 = Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode 83 = Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode 84 = Absolutes oder relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken 85 = Drohende/erfolgte Uterusruptur 86 = Querlage/Schräglage 87 = Beckenendlage 88 = Hintere Hinterhauptslage 89 = Vorderhauptslage 90 = Gesichtslage/Stirnlage 91 = Tiefer Querstand 92 = Hoher Geradstand 93 = Sonstige regelwidrige Schädellagen 94 = Sonstiges 95 = HELLP 96 = intrauteriner Fruchttod 97 = pathologischer Dopplerbefund 98 = Schulterdystokie</p>	
	K: 51,1	Indikation zur operativen Entbindung	<p>60 = Vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = RH-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = Vorzeitige Plazentalösung 72 = Sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = Mütterliche Erkrankung 76 = Mangelnde Kooperation der Mutter 77 = Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne 78 = Grünes Fruchtwasser 79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) 80 = Nabelschnurvorfal 81 = Verdacht auf sonstige</p>	OPENTBIND

			Nabelschnurkomplikationen 82 = Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode 83 = Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode 84 = Absolutes oder relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken 85 = Drohende/erfolgte Uterusruptur 86 = Querlage/Schräglage 87 = Beckenendlage 88 = Hintere Hinterhauptslage 89 = Vorderhauptslage 90 = Gesichtslage/Stirnlage 91 = Tiefer Querstand 92 = Hoher Geradstand 93 = Sonstige regelwidrige Schädellagen 94 = Sonstiges 95 = HELLP 96 = intrauteriner Fruchttod 97 = pathologischer Dopplerbefund 98 = Schulterdystokie	
	K:64	Gewicht des Kindes		KG
	K:73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
	K:73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	16/1:K			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar			

Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer 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 2005).</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 subpartale 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 entsprach (falsch pathologisch). Die alleinige kontinuierliche subpartale 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) sehen für den Qualitätsindikator "Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio caesarea" 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 BQS-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 2005. Regel 1525c Primärer und sekundärer Kaiserschnitt. p. 130. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2002. http://inek.customer.msim.de/service/download/veroeff_2005/DKR2005_Endversion_040916_1500.pdf (Recherchedatum: 26.02.2007).</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. http://www.bqs-online.de/download/GA_BQSQIG_StellFA1106.pdf (Recherchedatum: 26.02.2007).</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: 1-144. http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/efm_guideline_final_2may2001.pdf (Recherchedatum: 26.02.2007).</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.</p>
--	--

676

Definition Kennzahl																					
ID-Kennzahl	676																				
Ergänzung Bezeichnung QI																					
Referenzbereich 2006	> x% bis <= y% (5%-Perzentile bis 95%-Perzentile)																				
Referenzbereich 2005	> 0,0% bis <= 50,8% (5%-Perzentile bis 95%-Perzentile)																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	<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 BQS-Bundesauswertungen 2002 bis 2004 erfolgt, da hier die besten verfügbaren Versorgungsdaten für den Referenzbereich vorlagen.</p>																				
Referenz Bundesauswertung 2006																					
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation																				
Rechenregel	<p>Zähler: Mikroblutuntersuchung</p> <p>Grundgesamtheit: Einlinge mit pathologischem CTG bei sekundärer Sectio caesarea</p>																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K: 38,1</td> <td>Blutgasanalyse Fetalblut</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>BLUTGASFETAL</td> </tr> <tr> <td>M: 1,3</td> <td>Anzahl Mehrlinge</td> <td></td> <td>ANZMEHRLINGE</td> </tr> <tr> <td>K: 50</td> <td>Entbindungsmodus</td> <td>OPS Version 2006</td> <td>ENTBINDMODUS</td> </tr> <tr> <td>M: 36,2</td> <td>Geburtsrisiko-Schlüssel</td> <td>60 = Vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = RH-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = Vorzeitige Plazentalösung 72 = Sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = Mütterliche Erkrankung 76 = Mangelnde Kooperation der Mutter 77 = Pathologisches CTG oder</td> <td>GEBRISIKO</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	K: 38,1	Blutgasanalyse Fetalblut	0 = nein 1 = ja	BLUTGASFETAL	M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE	K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS	M: 36,2	Geburtsrisiko-Schlüssel	60 = Vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = RH-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = Vorzeitige Plazentalösung 72 = Sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = Mütterliche Erkrankung 76 = Mangelnde Kooperation der Mutter 77 = Pathologisches CTG oder	GEBRISIKO
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
K: 38,1	Blutgasanalyse Fetalblut	0 = nein 1 = ja	BLUTGASFETAL																		
M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE																		
K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS																		
M: 36,2	Geburtsrisiko-Schlüssel	60 = Vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = RH-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = Vorzeitige Plazentalösung 72 = Sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = Mütterliche Erkrankung 76 = Mangelnde Kooperation der Mutter 77 = Pathologisches CTG oder	GEBRISIKO																		

			auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne 78 = Grünes Fruchtwasser 79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) 80 = Nabelschnurvorfal 81 = Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen 82 = Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode 83 = Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode 84 = Absolutes oder relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken 85 = Drohende/erfolgte Uterusruptur 86 = Querlage/Schräglage 87 = Beckenendlage 88 = Hintere Hinterhauptslage 89 = Vorderhauptslage 90 = Gesichtslage/Stirnlage 91 = Tiefer Querstand 92 = Hoher Geradstand 93 = Sonstige regelwidrige Schädellagen 94 = Sonstiges 95 = HELLP 96 = intrauteriner Fruchttod 97 = pathologischer Dopplerbefund 98 = Schulterdystokie	
	K: 51,1	Indikation zur operativen Entbindung	60 = Vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Plazentainsuffizienz (Verdacht auf) 66 = Gestose/Eklampsie 67 = RH-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Zustand nach Sectio oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = Vorzeitige Plazentalösung 72 = Sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf) 74 = Fieber unter der Geburt 75 = Mütterliche Erkrankung 76 = Mangelnde Kooperation der Mutter 77 = Pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne 78 = Grünes Fruchtwasser 79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	OPENTBIND

			80 = Nabelschnurvorfal 81 = Verdacht auf sonstige Nabelschnurkomplikationen 82 = Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode 83 = Protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode 84 = Absolutes oder relatives Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken 85 = Drohende/erfolgte Uterusruptur 86 = Querlage/Schräglage 87 = Beckenendlage 88 = Hintere Hinterhauptslage 89 = Vorderhauptslage 90 = Gesichtslage/Stirnlage 91 = Tiefer Querstand 92 = Hoher Geradstand 93 = Sonstige regelwidrige Schädellagen 94 = Sonstiges 95 = HELLP 96 = intrauteriner Fruchttod 97 = pathologischer Dopplerbefund 98 = Schulterdystokie	
	K:64	Gewicht des Kindes		KG
	K:73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
	K:73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	16/1:K			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar			

EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	3
Bezeichnung des Qualitätsindikators	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt
Qualitätsziel	Häufig kurze Entschluss-Entwicklungs-Zeit (EE-Zeit) von <= 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Ein Notfallkaiserschnitt ist eine Schnittentbindung, die im Rahmen einer mütterlichen oder kindlichen Notlage vorgenommen wird. Beck et al. definieren, dass eine Notsectio dann vorliegt, wenn bei einer vitalen Indikation für Mutter und/oder Kind die Indikationsstellung unmittelbar und ohne Verzögerung in die Operation übergeht (Beck et al. 1992). Die weit überwiegende Zahl der Notsectiones ist auf kindliche Notlagen zurück zu führen (Berle & Kögel 1999). In den genannten Studien lag der Anteil von Notsectiones an allen Geburten bei 0,38% bzw. 0,74%.</p> <p>Ein Sauerstoffmangel ist die gemeinsame pathophysiologische Endstrecke der kindlichen Notlage, unabhängig von deren Ursache. Es wird angestrebt, diese Notlage nach möglichst kurzer Zeit zu beenden, da mit längerem Andauern die Gefahr für bleibende Schäden des Kindes steigt. Hier kann der Fetus zunächst u. a. durch Umstellung der Perfusion und Aktivitätsminderung kompensieren, sind diese Mechanismen erschöpft, entwickelt sich durch anaeroben Metabolismus eine metabolische Azidose und schließlich irreversible Schäden (Myers 1972, Parer 1998, Nijland et al. 1995, Low 1997).</p> <p>Wegen der zahlreichen Variablen sind hier insbesondere für den Menschen harte Grenzen nur schwierig anzugeben, dennoch ist festzuhalten, dass die Wahrscheinlichkeit irreversibler Schäden mit der Dauer und dem Schweregrad des Sauerstoffmangels steigt (Parer 1998). Insbesondere ist zu beachten, dass das Auftreten von Symptomen, die eine Indikation zur Schnittentbindung darstellen, voraussetzt, dass die fetalen Kompensationsmechanismen bereits erschöpft sind (DGGG 1992).</p> <p>Der Ablauf eines einer fetalen Notlage gliedert sich in folgende 14 Abschnitte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Beginn der fetalen Notlage 2) Auftreten von klinischen Symptomen (z. B. im CTG) 3) Erkennen der Symptome 4) Überprüfung der Symptome auf Bedeutung, Tendenz, Persistenz oder Progredienz, gegebenenfalls Benachrichtigung des Oberarztes 5) Entschluss zur Notsectio 6) Alarmierung der Mannschaften 7) Vorbereitung der Patientin 8) Bereitstellung des Instrumentariums und der Anästhesie-Geräte 9) Transport der Patientin in den Operationssaal 10) Waschen und Umkleiden der Mannschaft 11) Desinfektion und Abdecken der Patientin 12) Beginn der Narkose 13) Beginn der Operation 14) Entwicklung des Kindes <p>Hierbei definiert sich der Zeitbedarf für die Notsectio (EE-Zeit) als Zeitraum zwischen Indikationsstellung und Geburt des Kindes (Abschnitte 5-14).</p> <p>In einer prospektiven Studie ließ sich nachweisen, dass eine mittlere EE-Zeit von 13,5 min +/- 0,7 min gegenüber 23,6 +/- 0,9 min zu einer signifikanten Erhöhung der Überlebensrate führt (100% <-> 93% Korhonen & Kariniemi 1994). In einer retrospektiven Studie ergab sich, dass bei Uterusruptur eine massive Verschlechterung des Outcomes zu verzeichnen ist, wenn zwischen Ereignis und Entwicklung mehr als 18 Minuten verstreichen (Leung et al. 1993).</p> <p>In weiteren retrospektiven Studien (Roemer & Heger-Romermann 1992, 1992a, Berle & Kögel 1999, Hillemanns et al. 1996) konnte gezeigt werden, dass die EE-Zeit von 20 Minuten im Mittel für die Mehrzahl der Patientinnen, nicht aber für alle, durch organisatorische Maßnahmen zu erzielen ist, wobei sich eine erhöhte mütterliche Mortalität durch die verkürzte Vorbereitungszeit nicht ergab (Hillemanns et al. 2003).</p> <p>Die genannten Überlegungen führten in nationalen Leitlinien (DGGG 1992, DGGG 1995) zu der Forderung, eine EE-Zeit von 20 Minuten sicherstellen zu können. Auf eine Verkürzung der</p>

	<p>EE-Zeit kann durch organisatorische Maßnahmen wie Bereitschaftsdienst im Hause, geeignete Vorbereitung der Kreißenden sowie OP-Möglichkeit im Kreißsaal hingewirkt werden.</p> <p>Bei diesem Prozessindikator mit festem Referenzbereich fordert die BQS-Fachgruppe, möglichst oft die 20-Minuten-Grenze einzuhalten. Da es hier auch auf jeden Einzelfall ankommt und es sich um ein eher seltenes Ereignis handelt, wird der Referenzbereich auch für Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen definiert.</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>Beck CT, Klingemann H, Dallacker W, Drager B. Der notfallmäßige Kaiserschnitt – Analyse von 143 Notsectiones. Geburtshilfe Frauenheilkd 1992 Feb; 52 (2): 96-102.</p> <p>Berle P, Kögel M. Inzidenz, mütterliche und kindliche Morbidität der Notsectio in einem Perinatalzentrum (eine Analyse von 1990 bis 1998). Geburtsh Frauenheilk 1999; 59: 465-469.</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Stellungnahme zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sektio (EE-Zeit) bei einer Notlage. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [updated 1992 Mar, Status: nicht aktualisiert]. http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/qs/qs-gyn01.htm (Recherchedatum: 26.02.2007).</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [updated 1995 Nov.]. http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/qs/qs-gyn02.htm (Recherchedatum: 26.02.2007).</p> <p>Hillemanns P, Hepp H, Rebhan H, Knitza R. Notsectio – Organisation und EE-Zeit. Geburtshilfe Frauenheilkd 1996 Aug; 56 (8): 423-30.</p> <p>Hillemanns P, Hasbargen U, Strauss, A, Schulze A, Genzel-Boroviczeny O, Hepp H. Maternal and neonatal morbidity of emergency caesarean sections with a decision-to-delivery interval under 30 minutes: evidence from 10 years. Arch Gynecol Obstet 2003 Aug; 268 (3): 136-41.</p> <p>Korhonen J, Kariniemi V. Emergency cesarean section: the effect of delay on umbilical arterial gas balance and Apgar scores. Acta Obstet Gynecol Scand 1994 Nov; 73 (10): 782-6.</p> <p>Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: Maternal and fetal consequences. Am J Obstet Gynecol 1993; 169 (4): 945-50.</p> <p>Low JA. Intrapartum fetal asphyxia: Definition, diagnosis and classification. Am J Obstet Gynecol 1997; 176 (5): 957-9.</p> <p>Myers RE. Two patterns of perinatal brain damage and their conditions of occurrence. Am J Obstet Gynecol 1972; 112: 246-276.</p> <p>Nijland R, Jongsma HW, Nijhuis JG, van den Berg PP, Oeseburg B. Arterial oxygen saturation in relation to metabolic acidosis in fetal lambs. Am J Obstet Gynecol 1995; 172 (3): 810-9.</p> <p>Parer JT. Effects of Fetal asphyxia on Brain Cell Structure and Function: Limits of Tolerance. Comp Biochem Physiol A Mol Integr Physiol 1998; 119 (3): 711-716.</p> <p>Roemer VM, Heger-Romermann G. Der Notfall-Kaiserschnitt – Basisdaten. Z Geburtshilfe Perinatol 1992 May-Jun; 196 (3): 95-9.</p> <p>Roemer VM, Heger-Romermann G. Welche Faktoren beeinflussen den Zustand des Neugeborenen beim Notfall-Kaiserschnitt. Z Geburtshilfe Perinatol 1992a May-Jun; 196 (3): 141-51.</p>

68383

Definition Kennzahl													
ID-Kennzahl	68383												
Ergänzung Bezeichnung QI													
Referenzbereich 2006	>= 95%												
Referenzbereich 2005	>= 95%												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Bei diesem Prozessindikator fordert die BQS-Fachgruppe, möglichst oft die 20-Minuten-Grenze einzuhalten. Da es hier auch auf jeden Einzelfall ankommt und es sich um ein eher seltenes Ereignis handelt, wird der Referenzbereich auch für Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen definiert.												
Referenz Bundesauswertung 2006													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation												
Rechenregel	Zähler: EE-Zeit <= 20 min Grundgesamtheit: Geburten mit Notfallkaiserschnitt												
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind.												
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="438 840 1444 996"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K:53 ,1</td> <td>Notsektio</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>NOTSECTIO</td> </tr> <tr> <td>K:53 ,3</td> <td>E-E-Zeit bei Notsektio</td> <td></td> <td>EEZEIT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	K:53 ,1	Notsektio	0 = nein 1 = ja	NOTSECTIO	K:53 ,3	E-E-Zeit bei Notsektio		EEZEIT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname										
K:53 ,1	Notsektio	0 = nein 1 = ja	NOTSECTIO										
K:53 ,3	E-E-Zeit bei Notsektio		EEZEIT										
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0												
Teildatensatzbezug	16/1:K												
Kommentar zur Kennzahl	-												
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar												

Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	4
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. Hierbei sollte ein Pädiater (Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) vor der Geburt dieser Kinder anwesend sein und das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich versorgen.</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 <p>In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass die Sterblichkeit kleiner Frühgeborener in größeren Perinatalzentren auch nach Berücksichtigung vorhandener Risikofaktoren geringer ist als in kleineren Kliniken (z. B. Cifuentes et al. 2002, Empana et al. 2003, Bartels et al. 2006).</p>
Literaturverzeichnis	<p>Bartels DB, Wypij D, Wenzlaff P, Dammann O, Poets CF. Hospital volume and neonatal mortality among very low birth weight infants. Pediatrics 2006 Jun; 117 (6): 2206-14.</p> <p>Cifuentes J, Bronstein J, Phibbs CS, Phibbs RH, Schmitt SK, Carlo WA. Mortality in low birth weight infants according to level of neonatal care at hospital of birth. Pediatrics 2002 May; 109 (5): 745-51.</p> <p>Empana JP, Subtil D, Truffert P. In-hospital mortality of newborn infants born before 33 weeks of gestation depends on the initial level of neonatal care: the EPIPAGE study. Acta Paediatr 2003; 92 (3): 346-51.</p>

737

Definition Kennzahl																									
ID-Kennzahl	737																								
Ergänzung Bezeichnung QI																									
Referenzbereich 2006	>= 90%																								
Referenzbereich 2005	>= 90%																								
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Idealerweise wäre ein fester Prozentwert von 100% zu wählen. In seltenen Fällen wie beispielsweise bei einer Sturzgeburt kann jedoch die Anwesenheit des Pädiateers aus zeitlichen Gründen gegebenenfalls nicht verwirklicht werden.																								
Referenz Bundesauswertung 2006																									
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation																								
Rechenregel	Zähler: Pädiateer 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.																								
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0:																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K: 58,1</td> <td>Pädiateer vor Kindsgeburt eingetroffen</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>PAEDVOR</td> </tr> <tr> <td>M: 29,2</td> <td>Tragzeit nach klinischem Befund</td> <td></td> <td>TRAGZEITKLIN</td> </tr> <tr> <td>K: 60,1</td> <td>Geburtsdatum des Kindes</td> <td></td> <td>GEBDATUMK</td> </tr> <tr> <td>M: 29,1</td> <td>Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin</td> <td></td> <td>GEBTERMIN</td> </tr> <tr> <td>M: 14,2</td> <td>Schwangerschafts-Risiko</td> <td>1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4</td> <td>SSRISIKO</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	K: 58,1	Pädiateer vor Kindsgeburt eingetroffen	0 = nein 1 = ja	PAEDVOR	M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund		TRAGZEITKLIN	K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes		GEBDATUMK	M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin		GEBTERMIN	M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4	SSRISIKO
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																					
	K: 58,1	Pädiateer vor Kindsgeburt eingetroffen	0 = nein 1 = ja	PAEDVOR																					
	M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund		TRAGZEITKLIN																					
	K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes		GEBDATUMK																					
M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin		GEBTERMIN																						
M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4	SSRISIKO																						

			<p>Kinder)</p> <p>16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung</p> <p>17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen)</p> <p>18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g)</p> <p>19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen</p> <p>20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese</p> <p>21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen</p> <p>22 = Komplikationen post partum</p> <p>23 = Z. n. Sectio caesarea</p> <p>24 = Z. n. anderen Uterusoperationen</p> <p>25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)</p> <p>26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde</p> <p>27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen</p> <p>28 = Dauermedikation</p> <p>29 = Abusus</p> <p>30 = besondere psychische Belastung</p> <p>31 = besondere soziale Belastung</p> <p>32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen</p> <p>33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr</p> <p>34 = Placenta praevia</p> <p>35 = Mehrlingsschwangerschaft</p> <p>36 = Hydramnion</p> <p>37 = Oligohydramnie</p> <p>38 = Terminunklarheit</p> <p>39 = Placentainsuffizienz</p> <p>40 = Isthmozervikale Insuffizienz</p> <p>41 = vorzeitige Wehentätigkeit</p> <p>42 = Anämie</p> <p>43 = Harnwegsinfektion</p> <p>44 = indirekter Coombstest positiv</p> <p>45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden</p> <p>46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90)</p> <p>47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr</p> <p>48 = Mittelgradige - schwere Ödeme</p> <p>49 = Hypotonie</p> <p>50 = Gestationsdiabetes</p> <p>51 = Lageanomalie</p> <p>52 = sonstige besondere Befunde im</p>	
--	--	--	---	--

			Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie	
	K:64	Gewicht des Kindes		KG
	K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
	K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	16/1:K			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar			

Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	5
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert
Qualitätsziel	Stets Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	Der im Nabelschnurblut gemessene Säuren-Basen-Haushalt (pH-Wert; Basendefizit) erlaubt eine objektive und schnelle Bewertung des Zustands des Neugeborenen und veranlasst ggf. die Einleitung therapeutischer Maßnahmen (Vandenbussche et al. 1999). Daher soll er nach der Geburt aufgrund einer nationalen Leitlinie immer erhoben werden und zwar sowohl im Nabelarterien- als auch im Nabelvenenblut (Leitlinie 2003). Darüber hinaus wurde er in zahlreichen Arbeiten erfolgreich als prognostisches Kriterium für bleibende Defekte verwendet (u. a. ACOG 1994, Low 1993, Williams & Singh 2002). Schließlich erlaubt der Säure-Basen-Status im Zusammenhang mit der Klinik auch Aussagen über den Gasaustausch des Kindes vor und während der Geburt, insbesondere unter Umständen die Abgrenzung eines präpartalen - von einem intrapartalen hypoxisch-ischämischen Zustand (Ross & Gala 2002). Perspektivisch ist daran gedacht, die Abgrenzung einer metabolischen Azidose durch eine Bestimmung des Laktatspiegels vorzunehmen.
Literaturverzeichnis	<p>American College of Obstetrics and Gynecology Committee on Obstetrics Practice. ACOG Committee Opinion Number 138, April 1994 (Replaces #91, February 1991): Utility of umbilical cord acid-base assessment.</p> <p>Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Betreuung des gesunden Neugeborenen im Kreißsaal und während des Wochenbettes der Mutter. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/004 Entwicklungsstufe: 1. [Stand 9/2004]. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/024-005.htm (Recherchedatum: 26.02.2007).</p> <p>Low JA. Relationship of fetal asphyxia to neuropathology and deficits in children. Clin Invest Med 1993; 16 (2): 133-40.</p> <p>Ross MG, Gala R. Use of umbilical artery base excess: algorithm for the timing of hypoxic injury. Am J Obstet Gynecol 2002; 187 (1): 1-9.</p> <p>Vandenbussche FPHA, Oepkes D, Keirse MJNC. The merit of routine cord blood pH measurement at birth. J Perinat Med 1999; 27: 158-65.</p> <p>Williams KP, Singh A. The correlation of seizures in newborn infants with significant acidosis at birth with umbilical artery cord gas values. Obstet Gynecol 2002; 100 (3): 557-60.</p>

733

Definition Kennzahl																									
ID-Kennzahl	733																								
Ergänzung Bezeichnung QI																									
Referenzbereich 2006	>= 95%																								
Referenzbereich 2005	>= 95%																								
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	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.																								
Referenz Bundesauswertung 2006																									
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation																								
Rechenregel	Zähler: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes Grundgesamtheit: Lebendgeborene Einlinge																								
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Kind.																								
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K: 66,3</td> <td>pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie</td> <td></td> <td>BGNABELPH</td> </tr> <tr> <td>M: 1,3</td> <td>Anzahl Mehrlinge</td> <td></td> <td>ANZMEHRLINGE</td> </tr> <tr> <td>K: 64</td> <td>Gewicht des Kindes</td> <td></td> <td>KG</td> </tr> <tr> <td>K: 73</td> <td>Totgeburt</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>TOTGEBURT</td> </tr> <tr> <td>K: 73,2</td> <td>Todeszeitpunkt bei Totgeburt</td> <td>1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt</td> <td>TOTZEITPUNKT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	K: 66,3	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		BGNABELPH	M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE	K: 64	Gewicht des Kindes		KG	K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT	K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																						
K: 66,3	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		BGNABELPH																						
M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE																						
K: 64	Gewicht des Kindes		KG																						
K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT																						
K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT																						
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																								
Teildatensatzbezug	16/1:K																								
Kommentar zur Kennzahl	-																								
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar																								

Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	6
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 BQS-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. Er wird durch den unten beschriebenen Indikator „Kritisches Outcome bei Lebendgeborenen“ ergänzt.</p>
Literaturverzeichnis	<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>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: 26.02.2007).</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																												
Ergänzung Bezeichnung QI																													
Referenzbereich 2006	<= 0,3%																												
Referenzbereich 2005	<= 0,5% (90%-Perzentile)																												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	<p>Der Anteil von Kindern mit einem Nabelarterien-pH-Wert von unter 7,00 soll möglichst gering sein.</p> <p>Die Festlegung des Referenzbereichs ist teilweise mit Blick auf die Ergebnisse der BQS-Bundesauswertungen 2002 bis 2005 erfolgt, da hier die besten verfügbaren Versorgungsdaten für den Referenzbereich vorlagen und die Versorgungssituation im betrachteten Zeitraum stabil erscheint.</p>																												
Referenz Bundesauswertung 2006																													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation																												
Rechenregel	<p>Zähler: Azidose (pH < 7,0)</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.																												
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K: 66,3</td> <td>pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie</td> <td></td> <td>BGNABELPH</td> </tr> <tr> <td>M: 1,3</td> <td>Anzahl Mehrlinge</td> <td></td> <td>ANZMEHRLINGE</td> </tr> <tr> <td>M: 29,2</td> <td>Tragzeit nach klinischem Befund</td> <td></td> <td>TRAGZEITKLIN</td> </tr> <tr> <td>K: 60,1</td> <td>Geburtsdatum des Kindes</td> <td></td> <td>GEBDATUMK</td> </tr> <tr> <td>M: 29,1</td> <td>Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin</td> <td></td> <td>GEBTERMIN</td> </tr> <tr> <td>M: 14,2</td> <td>Schwangerschafts-Risiko</td> <td> 1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas </td> <td>SSRISIKO</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	K: 66,3	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		BGNABELPH	M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE	M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund		TRAGZEITKLIN	K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes		GEBDATUMK	M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin		GEBTERMIN	M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas	SSRISIKO
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																										
K: 66,3	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		BGNABELPH																										
M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE																										
M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund		TRAGZEITKLIN																										
K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes		GEBDATUMK																										
M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin		GEBTERMIN																										
M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas	SSRISIKO																										

			<p>11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen 22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr</p>	
--	--	--	---	--

			48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie	
	K:64	Gewicht des Kindes		KG
	K:73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
	K:73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	16/1:K			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar			

Kritisches Outcome bei Reifgeborenen

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	7
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen
Qualitätsziel	Selten 5-Minuten-Apgar unter 5 und metabolische Azidose mit pH unter 7 oder Base Excess < -16 bei Reifgeborenen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Beim Apgar Index handelt es sich um ein Scoresystem, bei dem 1, 5 und 10 Minuten post partum Herzfrequenz, Atmung, Tonus, Reflexe und die Hautfarbe des Kindes mit jeweils 0 bis 2 Punkten beurteilt werden. Er liegt somit zwischen 0 und 10 Punkten, wobei 10 Punkte das beste Ergebnis sind. Bei Ergebnissen zwischen 7 und 10 gelten die Kinder als „lebensfrisch“ (Apgar 1953).</p> <p>Dieser Index dient der schnellen Erfassung des klinischen Zustands des Kindes zum Zeitpunkt der Geburt (0 Minuten) und ggf. für die Effizienz der Reanimation (5 und 10 Minuten) (ACOG 1996, Casey et al. 2001, Leitlinie 2003), insbesondere ist der Befund eines lebensfrischen Kindes nicht mit der Annahme einer schweren intrapartalen Asphyxie vereinbar (Helwig 1996). In verschiedenen Arbeiten konnte gezeigt werden, dass insbesondere der 5-Minuten-Wert mit der späteren Mortalität (Apgar 1953, Drage et al. 1964, Nelson & Ellenberg 1981, Portman et al. 1990, Toh 2000, Casey et al. 2001) und Morbidität korreliert (Portman et al. 1990, Toh 2000).</p> <p>Somit stellt der Apgar-Index seit nun mehr als 50 Jahren ein valides, einfach zu ermittelndes, klinisches Maß für den Zustand des Kindes und somit der Ergebnisqualität dar, das aufgrund einer aktuellen Leitlinie immer erhoben werden soll (Leitlinie 2003).</p> <p>Der mittlere pH-Wert von (gesunden) Neugeborenen im Nabelarterienblut wird in der Literatur mit 7,21 bis 7,31 angegeben (Vandenbussche et al. 1999, Helwig 1996).</p> <p>Bei einem Absinken des Blut-pH-Wertes unterhalb des Normalbereichs sprechen wir von einer Azidose. Von einer signifikanten Azidose bei Neugeborenen wird ab einem pH-Wert < 7,1 (Roemer 2002) bzw. < 7,0 (Sehdev et al. 1997, Low 1993, ACOG 1994) ausgegangen.</p> <p>Wir unterscheiden die respiratorische und die metabolische Azidose. Bei der respiratorischen Form führt ein erhöhter CO₂-Spiegel zu einem erhöhten Niveau von HCO₃⁻ im Blut, womit der pH absinkt. Dies geschieht, wenn das CO₂ nicht über die Atmung abgegeben werden kann und ansteigt (Hyperkapnie). Die metabolische Form ist dem gegenüber auf einen erhöhten Anfall von sauren Valenzen (z. B. Hypoxämie mit Umschalten auf anaeroben Stoffwechsel, Diabetes mellitus) oder darauf zurück zu führen, dass die Valenzen nicht über die Nieren ausgeschieden werden können (z. B. Urämie). Hypoxämie kann zwar kombiniert mit Hyperkapnie auftreten, der Grad des Schadens zeigt sich aber vor allem in der Kumulation von Säuren in den Zellen (Ross & Gala 2002).</p> <p>Zur Unterscheidung dieser beiden Formen wird der Base Excess herangezogen. Dieser ist definiert als die Menge an Base, die benötigt wird, um das Blut bei 37 Grad und einem pCO₂ von 40 mmHg auf den Normalwert von 7,4 zu titrieren (mMol/l) (Siggaard Andersen et al. 1960, 1963). Dieser Wert ändert sich bei einer rein respiratorischen Azidose definitionsgemäß nicht. Das Basendefizit in der Nabelschnur des gesunden Neugeborenen entspricht 4 - 5 mmol/l (Helwig 1996, Arian et al. 2000, 2000a). Für eine klinisch bedeutsame metabolische Azidose beim Säugling wird in der Literatur ein Basendefizit > 12 mmol/l (Low 1997) bzw. > 16 mmol/l veranschlagt (Goldaber et al. 1991).</p> <p>Pathogenetisch ist davon auszugehen, dass bei einschneidender Reduktion der Sauerstoffversorgung mit entsprechendem Abfall des pO₂ im fetalen Blut der Fetus zunächst u. a. durch Umstellung der Perfusion und Aktivitätsminderung kompensieren kann. Sind diese Mechanismen erschöpft, entwickelt sich durch anaeroben Metabolismus eine metabolische Azidose und schließlich irreversible Schäden (Myers 1972, Parer 1998, Nijland et al. 1995).</p> <p>Der Zusammenhang zwischen einem pathologischen Base Excess und neurologischen und sonstigen Folgeschäden konnte in verschiedenen Studien erhärtet werden (Low et al. 1994, Low et al. 1995, Low 1997, Toh 2000, Williams & Singh 2002), wobei anzumerken ist, dass zwar einerseits der Zusammenhang zwischen einer ausgeprägten Azidose und Mortalität bzw. Morbidität eindeutig ist, dass aber andererseits die Mehrzahl der Kinder mit Azidose keine Folgeschäden davon trägt (geringe Spezifität (Roemer & Heger-Romermann 1992, 2002)). Aus diesem Grund wird die Grenze für die metabolische Azidose bei der Berechnung des Indikators auf die schlechteren in der Literatur aufgeführten Werte gelegt.</p>

	<p>In der Kombination dieser Messwerte werden die wesentlichen zum Zeitpunkt der Geburt ohnehin zu erhebenden Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen.</p> <p>Auf das Outcome kann durch rechtzeitige Erkennung der Notlage mittels fetalem Monitoring (Roemer 2003), ggf. rechtzeitige Indikation zur Schnittentbindung und Verkürzung der EE-Zeit Einfluss genommen werden. Mit einem Apgar-Score unter 5 bei fünf Minuten und einem pH unter 7,0 bzw. einem Base Excess < -16, sind die Kriterien für ein auffälliges Outcome relativ strikt, d. h. es werden nur die Kinder mit sehr schlechten Werten erfasst. Daher soll jeder Einzelfall untersucht werden, bei dem bei reif geborenen Kindern ein solch kritisches Outcome auftritt.</p>
<p>Literaturverzeichnis</p>	<p>American College of Obstetrics and Gynecology Committee on Obstetrics Practice. ACOG Committee Opinion Number 138, April 1994 (Replaces #91, February 1991): Utility of umbilical cord acid-base assessment.</p> <p>American College of Obstetrics and Gynecology Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Committee Opinion Number 174, July 1996 (Replaces #49, November 1986): Use and Abuse of the Apgar Score.</p> <p>Apgar V. Proposal for a new method of evaluation of newborn infant. Anesth Analg 1953; 32: 260-7.</p> <p>Arikan GM, Scholz HS, Haeusler MC, Giuliani A, Haas J, Weiss PA. Low fetal oxygen saturation at birth and acidosis. Obstet Gynecol 2000; 95 (4): 565-71.</p> <p>Arikan GM, Scholz HS, Petru E, Haeusler MC, Haas J, Weiss PA. Cord blood oxygen saturation in vigorous infants at birth: what is normal? BJOG 2000a; 107 (8): 987-94.</p> <p>Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. N Engl J Med 2001; 344 (7): 467-71.</p> <p>Drage JS, Kennedy C, Schwarz BK. The Apgar Score as an index of neonatal mortality: a report from the Collaborative study of Cerebral Palsy. Obstet Gynecol 1964; 24: 222-30.</p> <p>Goldaber KG, Gilstrap LC, Leveno KJ, Dax JS, McIntire DD. Pathologic fetal acidemia. Obstet Gynecol 1991; 78: 1103-7.</p> <p>Helwig JT. Umbilical cord blood acid-base state: what is normal? Am J Obstet Gynecol 1996; 174 (6): 1807-12; discussion 1812-4.</p> <p>Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Betreuung des gesunden Neugeborenen im Kreißsaal und während des Wochenbettes der Mutter. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/004 Entwicklungsstufe: 1. [Stand 9/2004]. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/024-005.htm (Recherchedatum: 26.02.2007).</p> <p>Low JA. Relationship of fetal asphyxia to neuropathology and deficits in children. Clin Invest Med 1993; 16 (2): 133-40.</p> <p>Low JA, Panagiotopoulos C, Derrick EJ. Newborn complications after intrapartum asphyxia with metabolic acidosis in the term fetus. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 1081-7.</p> <p>Low JA, Panagiotopoulos C, Derrick EJ. Newborn complications after intrapartum asphyxia with metabolic acidosis in the preterm fetus. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 805-10.</p> <p>Low JA. Intrapartum fetal asphyxia: Definition, diagnosis and classification. Am J Obstet Gynecol 1997; 176 (5): 957-9.</p> <p>Myers RE. Two patterns of perinatal brain damage and their conditions of occurrence. Am J Obstet Gynecol 1972; 112: 246-276.</p> <p>Nijland R, Jongsma HW, Nijhuis JG, van den Berg PP, Oeseburg B. Arterial oxygen saturation in relation to metabolic acidosis in fetal lambs. Am J Obstet Gynecol 1995; 172 (3): 810-9.</p> <p>Nelson KB, Ellenberg JH. Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. Pediatrics</p>

	<p>1981; 68: 36-44.</p> <p>Parer JT. Effects of Fetal asphyxia on Brain Cell Structure and Function: Limits of Tolerance. <i>Comp Biochem Physiol</i> 1998; 119 (3): 711-716.</p> <p>Portman RJ, Carter BS, Gaylord MS, Murphy MG, Thieme RE, Merenstein GB. Predicting neonatal morbidity after perinatal asphyxia: a scoring system. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 1990; 162 (1): 174-82.</p> <p>Roemer VM, Heger-Romermann G. Welche Faktoren beeinflussen den Zustand des Neugeborenen beim Notfall-Kaiserschnitt. <i>Z Geburtshilfe Perinatol</i> 1992; 196 (3): 141-51.</p> <p>Roemer VM. Der Base Excess in der Geburtshilfe. <i>Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther</i> 2002; 37: 349-52.</p> <p>Roemer VM. Quantitative CTG-Bewertung sub partum it einem neuen CTG-Score: Wie gut sind die Korrelationen mit den Parametern des fetalen Säure-Basen-Haushaltes im Nabelschnurblut? <i>Z Geburtsh Neonatol</i> 2003; 207: 121-6.</p> <p>Ross MG, Gala R. Use of umbilical artery base excess: algorithm for the timing of hypoxic injury. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 2002; 187 (1): 1-9.</p> <p>Sehdev HM, Stamilio DM, Macones GA, Graham E, Morgan MA. Predictive factors for neonatal morbidity in neonates with an umbilical arterial cord pH less than 7,00. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 1997; 177 (5): 1030-4.</p> <p>Siggard Andersen O, Engel K. A New Acid-Base Nomogram. <i>Scandinav J Clin & Investigation</i> 1960; 12: 177-86.</p> <p>Siggard Andersen O. Blood Acid Base Alignment Nomogram. <i>Scandinav J Clin & Lab Invest</i> 1963; 15: 211-217.</p> <p>Toh VC. Early predictors of adverse outcome in term infants with post-asphyxial hypoxic ischaemic encephalopathy. <i>Acta Paediatr</i> 2000; 89 (3): 343-7.</p> <p>Vandenbussche FPHA, Oepkes D, Keirse MJNC. The merit of routine cord blood pH measurement at birth. <i>J Perinat Med</i> 1999; 27: 158-65.</p> <p>Williams KP, Singh A. The correlation of seizures in newborn infants with significant acidosis at birth with umbilical artery cord gas values. <i>Obstet Gynecol</i> 2002; 100 (3): 557-60.</p>
--	---

70302

Definition Kennzahl																																	
ID-Kennzahl	70302																																
Ergänzung Bezeichnung QI																																	
Referenzbereich 2006	Sentinel Event																																
Referenzbereich 2005	Sentinel Event																																
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Die für diesen Indikator gewählten Auffälligkeitsgrenzen in den Untersuchungsbefunden spiegeln einen kritischen Zustand des Kindes wider. Es soll daher jeder Einzelfall differenziert untersucht werden.																																
Referenz Bundesauswertung 2006																																	
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation																																
Rechenregel	Zähler: kritisches Outcome (5-Minuten-Apgar unter 5 und pH-Wert unter 7 oder 5-Minuten-Apgar unter 5 und Base Excess unter -16) Grundgesamtheit: reife Lebendgeborene mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar und pH-Wert oder 5-Minuten-Apgar und Base Excess																																
Erläuterung der Rechenregel																																	
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K: 63,1</td> <td>APGAR (nach 5 min)</td> <td></td> <td>APGAR5</td> </tr> <tr> <td>K: 66,2</td> <td>Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie</td> <td></td> <td>BGNABELBEXC</td> </tr> <tr> <td>K: 66,3</td> <td>pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie</td> <td></td> <td>BGNABELPH</td> </tr> <tr> <td>M: 29,2</td> <td>Tragzeit nach klinischem Befund</td> <td></td> <td>TRAGZEITKLIN</td> </tr> <tr> <td>K: 60,1</td> <td>Geburtsdatum des Kindes</td> <td></td> <td>GEBDATUMK</td> </tr> <tr> <td>M: 29,1</td> <td>Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin</td> <td></td> <td>GEBTERMIN</td> </tr> <tr> <td>M: 14,2</td> <td>Schwangerschafts-Risiko</td> <td> 1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas </td> <td>SSRISIKO</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	K: 63,1	APGAR (nach 5 min)		APGAR5	K: 66,2	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		BGNABELBEXC	K: 66,3	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		BGNABELPH	M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund		TRAGZEITKLIN	K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes		GEBDATUMK	M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin		GEBTERMIN	M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas	SSRISIKO
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																														
K: 63,1	APGAR (nach 5 min)		APGAR5																														
K: 66,2	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		BGNABELBEXC																														
K: 66,3	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		BGNABELPH																														
M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund		TRAGZEITKLIN																														
K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes		GEBDATUMK																														
M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin		GEBTERMIN																														
M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas	SSRISIKO																														

			<p>11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen 22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr</p>	
--	--	--	---	--

			48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie	
	K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
	K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	16/1:K			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar			

Dammriss Grad III oder IV

Definition Qualitätsindikator																	
Laufende Nummer Indikator	8																
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, Vakuumglocke oder Spezialhandgriffen verstanden.</p> <p>Dammrisse bezeichnen das Einreißen des Dammes oder auch des distalen Scheidendrittels unter der Geburt. Sie sind Folge einer Aufdehnung des Weichteilansatzrohres beim Durchtritt des kindlichen Kopfes oder bei der operativen Entbindung, die die Elastizität der Gewebe übersteigt. Es sind schwerwiegende Verletzungen des Beckenbodens, die in der Folge unangenehme organische Funktionsstörungen für die Patientinnen wie Stuhlinkontinenz und Dyspareunie bedeuten können. Dammrisse werden nach Williams in vier Schweregrade eingeteilt:</p> <p style="padding-left: 40px;">Grad I Zerreißung der hinteren Vaginalhaut, Einrisse an der Dammhaut Grad II Weiterreichende Einrisse des perinealen Gewebes ohne Beteiligung des Sphincter ani Grad III Alle Sphinkterverletzungen ohne Beteiligung der Rektumschleimhaut Grad IV Verletzung von Sphinkter und Rektumschleimhaut (Roche Lexikon Medizin)</p> <p>Die genannten Komplikationen treten besonders bei den Dammrissen Grad III und IV auf (RCOG Perineal Tears 2001). Insgesamt ist bei 1% der vaginalen Geburten mit höhergradigen Dammrissen zu rechnen, die Rate erhöht sich bei Vorliegen bestimmter Faktoren:</p> <table style="margin-left: 40px; border: none;"> <tr> <td>Geburtsgewicht > 4.000 g</td> <td style="text-align: right;">2%</td> </tr> <tr> <td>persistierende dorsoposteriore Einstellung</td> <td style="text-align: right;">3%</td> </tr> <tr> <td>Primiparae</td> <td style="text-align: right;">3%</td> </tr> <tr> <td>Epiduralanalgesie</td> <td style="text-align: right;">2%</td> </tr> <tr> <td>Episiotomie</td> <td style="text-align: right;">3%</td> </tr> <tr> <td>Medikamentöse Wehenauslösung</td> <td style="text-align: right;">2%</td> </tr> <tr> <td>Austreibungsperiode länger als 1 Stunde</td> <td style="text-align: right;">4%</td> </tr> <tr> <td>Forcepsentbindung</td> <td style="text-align: right;">7%</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(RCOG Perineal Tears 2001).</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. Insgesamt ist also eine möglichst niedrige Rate höhergradiger Dammrisse anzustreben.</p>	Geburtsgewicht > 4.000 g	2%	persistierende dorsoposteriore Einstellung	3%	Primiparae	3%	Epiduralanalgesie	2%	Episiotomie	3%	Medikamentöse Wehenauslösung	2%	Austreibungsperiode länger als 1 Stunde	4%	Forcepsentbindung	7%
Geburtsgewicht > 4.000 g	2%																
persistierende dorsoposteriore Einstellung	3%																
Primiparae	3%																
Epiduralanalgesie	2%																
Episiotomie	3%																
Medikamentöse Wehenauslösung	2%																
Austreibungsperiode länger als 1 Stunde	4%																
Forcepsentbindung	7%																
Literaturverzeichnis	<p>Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review 1999, update 2003). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.</p> <p>Roche Lexikon Medizin. Muenchen. Urban und Schwarzenberg; 1998. http://www.gesundheit.de/roche/ (Recherchedatum: 26.02.2007).</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. http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/perineal_tears_no29.pdf (Recherchedatum: 26.02.2007).</p>																

830

Definition Kennzahl																			
ID-Kennzahl	830																		
Ergänzung Bezeichnung QI	bei spontanen Einlingsgeburten																		
Referenzbereich 2006	<= 3%																		
Referenzbereich 2005	<= 3,7% (90%-Perzentile)																		
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Die BQS-Fachgruppe hat, einen fixen Referenzbereich festgelegt, der nach den Erfahrungen aus den Daten der Vorjahre eine klärungsbedürftige Auffälligkeit kennzeichnet..																		
Referenz Bundesauswertung 2006																			
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation																		
Rechenregel	Zähler: Dammriss Grad III oder IV Grundgesamtheit: Spontane Einlingsgeburten																		
Erläuterung der Rechenregel	-																		
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="438 784 1444 1075"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M: 74</td> <td>Dammriss</td> <td>0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV</td> <td>DAMMRISSGRAD</td> </tr> <tr> <td>M: 1,3</td> <td>Anzahl Mehrlinge</td> <td></td> <td>ANZMEHRLINGE</td> </tr> <tr> <td>K: 50</td> <td>Entbindungsmodus</td> <td>OPS Version 2006</td> <td>ENTBINDMODUS</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	M: 74	Dammriss	0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	DAMMRISSGRAD	M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE	K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																
M: 74	Dammriss	0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	DAMMRISSGRAD																
M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE																
K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS																
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																		
Teildatensatzbezug	16/1:M																		
Kommentar zur Kennzahl	-																		
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar																		

841

Definition Kennzahl																					
ID-Kennzahl	841																				
Ergänzung Bezeichnung QI	bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie																				
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																				
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Ziel des Indikators ist es, die Gesamtrate der höhergradigen Dammrisse zu kontrollieren, nicht aber, eine bestimmte Dammschnitttrate vorzugeben. Die BQS-Fachgruppe hat daher beschlossen, den Referenzbereich für diese Kennzahl für 2005 auszusetzen.																				
Referenz Bundesauswertung 2006																					
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																				
Rechenregel	Zähler: Dammriss Grad III oder IV Grundgesamtheit: Spontane Einlingsgeburten ohne Episiotomie																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M: 74</td> <td>Dammriss</td> <td>0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV</td> <td>DAMMRISSGRAD</td> </tr> <tr> <td>M: 1,3</td> <td>Anzahl Mehrlinge</td> <td></td> <td>ANZMEHRLINGE</td> </tr> <tr> <td>M: 49</td> <td>Episiotomie</td> <td>0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = Perineoproktomie</td> <td>EPISIOTOMIE</td> </tr> <tr> <td>K: 50</td> <td>Entbindungsmodus</td> <td>OPS Version 2006</td> <td>ENTBINDMODUS</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	M: 74	Dammriss	0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	DAMMRISSGRAD	M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE	M: 49	Episiotomie	0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = Perineoproktomie	EPISIOTOMIE	K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
M: 74	Dammriss	0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	DAMMRISSGRAD																		
M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE																		
M: 49	Episiotomie	0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = Perineoproktomie	EPISIOTOMIE																		
K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS																		
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																				
Teildatensatzbezug	16/1:M																				
Kommentar zur Kennzahl	-																				
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar																				

36084

Definition Kennzahl																					
ID-Kennzahl	36084																				
Ergänzung Bezeichnung QI	bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie																				
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																				
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																				
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Ziel des Indikators ist es, die Gesamtrate der höhergradigen Dammrisse zu kontrollieren, nicht aber, eine bestimmte Dammschnitttrate vorzugeben. Die BQS-Fachgruppe hat daher beschlossen, den Referenzbereich für diese Kennzahl für 2005 auszusetzen.																				
Referenz Bundesauswertung 2006																					
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																				
Rechenregel	Zähler: Dammriss Grad III oder IV Grundgesamtheit: Spontane Einlingsgeburten mit Episiotomie																				
Erläuterung der Rechenregel	-																				
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M: 74</td> <td>Dammriss</td> <td>0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV</td> <td>DAMMRISSGRAD</td> </tr> <tr> <td>M: 1,3</td> <td>Anzahl Mehrlinge</td> <td></td> <td>ANZMEHRLINGE</td> </tr> <tr> <td>M: 49</td> <td>Episiotomie</td> <td>0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = Perineoproktomie</td> <td>EPISIOTOMIE</td> </tr> <tr> <td>K: 50</td> <td>Entbindungsmodus</td> <td>OPS Version 2006</td> <td>ENTBINDMODUS</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	M: 74	Dammriss	0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	DAMMRISSGRAD	M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE	M: 49	Episiotomie	0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = Perineoproktomie	EPISIOTOMIE	K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																		
M: 74	Dammriss	0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	DAMMRISSGRAD																		
M: 1,3	Anzahl Mehrlinge		ANZMEHRLINGE																		
M: 49	Episiotomie	0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = Perineoproktomie	EPISIOTOMIE																		
K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS																		
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																				
Teildatensatzbezug	16/1:M																				
Kommentar zur Kennzahl	-																				
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar																				

Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	9
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 (Geraedts & Neumann 2003).
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. http://www.bqs-online.de/download/GA_BQSQIG_StellFA1106.pdf (Recherchedatum: 26.02.2007).

872

Definition Kennzahl																											
ID-Kennzahl	872																										
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Spontangeburt																										
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																										
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																										
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist nur für die Wundheilungsstörungen bei Entbindungen durch Sectio festgelegt, da diese Kennzahl für den Krankenhausvergleich am geeignetsten ist.																										
Referenz Bundesauswertung 2006																											
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																										
Rechenregel	Zähler: Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen nach Spontangeburt Grundgesamtheit: alle Spontangeburt																										
Erläuterung der Rechenregel	-																										
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="446 784 1444 1254"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M: 77</td> <td>revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>WUNDHEILSTOE</td> </tr> <tr> <td>K: 50</td> <td>Entbindungsmodus</td> <td>OPS Version 2006</td> <td>ENTBINDMODUS</td> </tr> <tr> <td>K: 64</td> <td>Gewicht des Kindes</td> <td></td> <td>KG</td> </tr> <tr> <td>K: 73</td> <td>Totgeburt</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>TOTGEBURT</td> </tr> <tr> <td>K: 73,2</td> <td>Todeszeitpunkt bei Totgeburt</td> <td>1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt</td> <td>TOTZEITPUNKT</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	M: 77	revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht	0 = nein 1 = ja	WUNDHEILSTOE	K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS	K: 64	Gewicht des Kindes		KG	K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT	K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																								
M: 77	revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht	0 = nein 1 = ja	WUNDHEILSTOE																								
K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS																								
K: 64	Gewicht des Kindes		KG																								
K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT																								
K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT																								
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																										
Teildatensatzbezug	16/1:M																										
Kommentar zur Kennzahl	-																										
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar																										

880

Definition Kennzahl																											
ID-Kennzahl	880																										
Ergänzung Bezeichnung QI	bei vaginal-operativer Entbindung																										
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																										
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																										
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist nur für die Wundheilungsstörungen bei Entbindungen durch Sectio festgelegt, da diese Kennzahl für den Krankenhausvergleich am geeignetsten ist.																										
Referenz Bundesauswertung 2006																											
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																										
Rechenregel	Zähler: Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen nach vaginal-operativer Entbindung Grundgesamtheit: Alle vaginal-operativen Entbindungen																										
Erläuterung der Rechenregel	-																										
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0: <table border="1" data-bbox="448 786 1442 1252"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M: 77</td> <td>revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>WUNDHEILSTOE</td> </tr> <tr> <td>K: 50</td> <td>Entbindungsmodus</td> <td>OPS Version 2006</td> <td>ENTBINDMODUS</td> </tr> <tr> <td>K: 64</td> <td>Gewicht des Kindes</td> <td></td> <td>KG</td> </tr> <tr> <td>K: 73</td> <td>Totgeburt</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>TOTGEBURT</td> </tr> <tr> <td>K: 73,2</td> <td>Todeszeitpunkt bei Totgeburt</td> <td>1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt</td> <td>TOTZEITPUNKT</td> </tr> </tbody> </table>			Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	M: 77	revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht	0 = nein 1 = ja	WUNDHEILSTOE	K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS	K: 64	Gewicht des Kindes		KG	K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT	K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																								
M: 77	revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht	0 = nein 1 = ja	WUNDHEILSTOE																								
K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS																								
K: 64	Gewicht des Kindes		KG																								
K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT																								
K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT																								
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																										
Teildatensatzbezug	16/1:M																										
Kommentar zur Kennzahl	-																										
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar																										

883

Definition Kennzahl																									
ID-Kennzahl	883																								
Ergänzung Bezeichnung QI	bei Sectio caesarea																								
Referenzbereich 2006	<= 1%																								
Referenzbereich 2005	<= 0,9% (90%-Perzentile)																								
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	Die Krankenhäuser haben unterschiedliche Risikokollektive. Daher soll die Grenze nicht zu stringent sein. Mit Blick auf die Daten der vergangenen Jahre und die insgesamt stabile Versorgungssituation erfolgt für 2006 die Umstellung auf einen fixen Referenzbereich.																								
Referenz Bundesauswertung 2006																									
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung																								
Rechenregel	Zähler: Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen nach Sectio caesarea Grundgesamtheit: Alle Sectiones caesareae																								
Erläuterung der Rechenregel	-																								
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M: 77</td> <td>revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>WUNDHEILSTOE</td> </tr> <tr> <td>K: 50</td> <td>Entbindungsmodus</td> <td>OPS Version 2006</td> <td>ENTBINDMODUS</td> </tr> <tr> <td>K:64</td> <td>Gewicht des Kindes</td> <td></td> <td>KG</td> </tr> <tr> <td>K: 73,0</td> <td>Totgeburt</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>TOTGEBURT</td> </tr> <tr> <td>K: 73,2</td> <td>Todeszeitpunkt bei Totgeburt</td> <td>1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt</td> <td>TOTZEITPUNKT</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	M: 77	revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht	0 = nein 1 = ja	WUNDHEILSTOE	K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS	K:64	Gewicht des Kindes		KG	K: 73,0	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT	K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																						
M: 77	revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht	0 = nein 1 = ja	WUNDHEILSTOE																						
K: 50	Entbindungsmodus	OPS Version 2006	ENTBINDMODUS																						
K:64	Gewicht des Kindes		KG																						
K: 73,0	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT																						
K: 73,2	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	TOTZEITPUNKT																						
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0																								
Teildatensatzbezug	16/1:M																								
Kommentar zur Kennzahl	-																								
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar																								

Antenatale Kortikosteroidtherapie

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	10
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antenatale Kortikosteroidtherapie
Qualitätsziel	Häufig antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten a) ohne Betrachtung der präpartalen Verweildauer b) mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens einem Kalendertag c) mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Indikatortyp	Prozessindikator
Rationale	<p>Die antenatale Kortikosteroidtherapie besteht aus einem Zyklus mit zwei Dosen Betamethason i. m. im Abstand von 24h (NIH 1994, NIH 2000, DGGG 2001). Sie wird bei drohender Frühgeburt an die Mutter verabreicht, um die Lungenreifeung beim Kind zu induzieren.</p> <p>Eine Frühgeburt tritt in etwa 7-10% aller Fälle auf, ist aber für die Mehrzahl der kindlichen Todesfälle verantwortlich und bei den überlebenden Kindern resultiert eine hohe Rate an Komplikationen, wie Atemnotsyndrom, intraventrikuläre Blutungen und nekrotisierende Enterokolitis (NIH 1994). Es ist seit einigen Jahren ein Anstieg der Frühgeburten zu beobachten.</p> <p>Nach der Pionierarbeit von Liggins und Howie 1970 (Liggins & Howie 1970) konnte in zahlreichen weiteren randomisierten und kontrollierten Studien belegt werden, dass die antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeborenen signifikant Sterblichkeit und Krankheit reduziert. Eine Metaanalyse der vorliegenden randomisierten und kontrollierten Untersuchungen (Roberts & Dalziel 2006) erbrachte folgendes Ergebnis (Evidenzgrad Ia):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterblichkeit OR 0,69 [0,58-0,81] (Therapie) versus 1,0 (keine Therapie) (n = 3.956). • Akutes Atemnotsyndrom OR 0,66 [0,59-0,73] (Therapie) versus 1,0 (keine Therapie) (n = 4.038). • Intraventrikuläre Blutungen OR 0,54 [0,43-0,69] (Therapie) versus 1,0 (keine Therapie) (n = 2.872) • Nekrotisierende Enterokolitis OR 0,46 [0,29-0,74] (Therapie) versus 1,0 (keine Therapie) (n = 1.675). <p>In einem Schwangerschaftsalter von unter 31 Wochen wurde 1 Fall mit akutem Atemnotsyndrom verhindert, wenn 5 Mütter behandelt wurden (RCOG 2004). Möglicherweise führt Betamethason zu einer geringeren Inzidenz von periventrikulärer Leukomalazie (Baud et al. 1999; Evidenzgrad IIb).</p> <p>Es lassen sich keine akuten negativen Effekte dieser Behandlung für Mutter oder Kind nachweisen (Roberts & Dalziel 2006). Auch in Studien, die solchermaßen behandelte Frühgeborene im Alter von 4, 6, 14 und 20-22 Jahren mit Frühgeborenen, deren Mütter keine antenatale Kortikoidtherapie erhielten, im Hinblick auf körperliche, soziale und intellektuelle Entwicklung verglichen, schnitten die behandelten Kinder gleich (MacArthur et al. 1981, MacArthur et al. 1982, Smolders et al. 1990, Dessens et al. 2000) oder signifikant besser (Doyle et al. 2000) ab, als die Kontrollgruppe (Evidenzgrad IIb).</p> <p>Daneben zeigen Berechnungen für das amerikanische und britische Gesundheitswesen, dass diese Therapie sogar zu einer Kostenersparnis im Bereich der neonatalen Intensivmedizin und für das gesamte Gesundheitswesen führt (Mugford et al. 1991, Simpson & Lynch 1995, RCOG 2004).</p> <p>In nationalen und internationalen Leitlinien (DGGG 2001, GNPI 2003, ACOG 2002, ACOG 2003, NIH 1994, NIH 2000, RCOG 2004) wurden die geschilderten Ergebnisse in praktische Empfehlungen umgesetzt, die somit auf den Ergebnissen randomisierter kontrollierter Studien beruhen (Evidenzgrad Ia).</p>
Literaturverzeichnis	American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion number 273, May 2002: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. Int J Gynecol Obstet 2002; 78: 95-7.

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin number 43, May 2003: Management of Preterm Labor. Int J Gynecol Obstet 2003; 82: 127-35.

Baud O, Foix-L'Helias L, Kaminski M, Audibert F, Jarreau PH, Papiernik E, Huon C, Lepercq J, Dehan M, Lacaze-Masmonteil T. Antenatal glucocorticoid treatment and cystic periventricular leukomalacia in very premature infants. N Engl J Med 1999; 341: 1190-6.

Dessens AB, Haas HS, Koppe JG. Twenty-Year Follow-Up of Antenatal Corticosteroid Treatment. Pediatrics 2000; 105: 77.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Empfehlungen zum Vorgehen beim vorzeitigen Blasensprung. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [updated 2001 Aug]. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-029.htm> (Recherchedatum: 26.02.2007).

Doyle LW, Ford GW, Rickards AL, Kelly EA, Davis NM, Callanan C, Olinsky A. Antenatal Corticosteroids and Outcome at 14 Years of Age in Children With Birth Weight Less Than 1.501 Grams. Pediatrics 2000; 106: 2.

Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin. Diagnostik und Therapie der Bronchopulmonalen Dysplasie Frühgeborener. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/014 Entwicklungsstufe: 2. [updated 2003 Sep 22]. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/024-014.htm> (Recherchedatum: 26.02.2007).

Liggins GC, Howie RN. A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for the prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. Pediatrics 1972; 50: 515-23.

MacArthur BA, Howie RN, Dezoete JA, Elkins J. Cognitive and psychosocial development of 4-year-old children whose mothers were treated antenatally with betamethasone. Pediatrics 1981; 68: 638-643.

MacArthur BA, Howie RN, Dezoete JA, Elkins J. School progress and cognitive development of 6-year-old children whose mothers were treated antenatally with betamethasone. Pediatrics 1982; 70: 99-105.

Mugford M, Piercy J, Chalmers I. Cost implications of different approaches to the prevention of respiratory distress syndrome. Arch Dis Child 1991; 66 (7): 757-64.

National Institutes of Health (NIH). The Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes. NIH Consensus Development Conference Statement 1994. <http://www.consensus.nih.gov/1994/1994AntenatalSteroidPerinatal095html.htm> (Recherchedatum: 26.02.2007).

National Institutes of Health (NIH). Antenatal Corticosteroids Revisited: Repeat Courses. NIH Consensus Development Conference Statement 2000. <http://www.consensus.nih.gov/2000/2000AntenatalCorticosteroidsRevisited112html.htm> (Recherchedatum: 26.02.2007).

Roberts P, Dalziel S. Antenatal Corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev 2006 Jul 19; 3: CD004454.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Antenatal Corticosteroids to Prevent Respiratory Distress Syndrome (7); Revised February 2004. http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Antenatal_corticosteroids_No7.pdf (Recherchedatum: 26.02.2007).

Simpson KN, Lynch SR. Cost savings from the use of antenatal steroids to prevent respiratory distress syndrome and related conditions in premature infants. Am J Obstet Gynecol 1995; 173 (1): 316-21.

Smolders-de HH, Neuvel J, Schmand B, Treffers PE, Koppe JG, Hoeks J. Physical development and medical history of children who were treated antenatally with corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome. A 10 to 12 year follow-up. Pediatrics 1990; 86: 65-70.

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																												
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																												
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert																												
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	-																												
Referenz Bundesauswertung 2006																													
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Risikostandardisierte Fallkonstellation																												
Rechenregel	Zähler: Antenatale Kortikosteroidtherapie Grundgesamtheit: Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten																												
Erläuterung der Rechenregel	-																												
Verwendete Datenfelder	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Feldnamen 9.0:</th> </tr> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M: 28,1</td> <td>Lungenreifebehandlung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>LUNGENREIF</td> </tr> <tr> <td>M: 29,2</td> <td>Tragzeit nach klinischem Befund</td> <td></td> <td>TRAGZEITKLIN</td> </tr> <tr> <td>K: 60,1</td> <td>Geburtsdatum des Kindes</td> <td></td> <td>GEBDATUMK</td> </tr> <tr> <td>M: 29,1</td> <td>Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin</td> <td></td> <td>GEBTERMIN</td> </tr> <tr> <td>M: 14,2</td> <td>Schwangerschafts-Risiko</td> <td>1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung</td> <td>SSRISIKO</td> </tr> </tbody> </table>	Feldnamen 9.0:				Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	M: 28,1	Lungenreifebehandlung	0 = nein 1 = ja	LUNGENREIF	M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund		TRAGZEITKLIN	K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes		GEBDATUMK	M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin		GEBTERMIN	M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung	SSRISIKO
Feldnamen 9.0:																													
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname																										
M: 28,1	Lungenreifebehandlung	0 = nein 1 = ja	LUNGENREIF																										
M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund		TRAGZEITKLIN																										
K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes		GEBDATUMK																										
M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin		GEBTERMIN																										
M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung	SSRISIKO																										

			<p>17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen)</p> <p>18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g)</p> <p>19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen</p> <p>20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese</p> <p>21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen</p> <p>22 = Komplikationen post partum</p> <p>23 = Z. n. Sectio caesarea</p> <p>24 = Z. n. anderen Uterusoperationen</p> <p>25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)</p> <p>26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde</p> <p>27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen</p> <p>28 = Dauermedikation</p> <p>29 = Abusus</p> <p>30 = besondere psychische Belastung</p> <p>31 = besondere soziale Belastung</p> <p>32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen</p> <p>33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr</p> <p>34 = Placenta praevia</p> <p>35 = Mehrlingsschwangerschaft</p> <p>36 = Hydramnion</p> <p>37 = Oligohydramnie</p> <p>38 = Terminunklarheit</p> <p>39 = Placentainsuffizienz</p> <p>40 = Isthmozervikale Insuffizienz</p> <p>41 = vorzeitige Wehentätigkeit</p> <p>42 = Anämie</p> <p>43 = Harnwegsinfektion</p> <p>44 = indirekter Coombstest positiv</p> <p>45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden</p> <p>46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90)</p> <p>47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr</p> <p>48 = Mittelgradige - schwere Ödeme</p> <p>49 = Hypotonie</p> <p>50 = Gestationsdiabetes</p> <p>51 = Lageanomalie</p> <p>52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf</p> <p>53 = Hyperemesis</p>	
--	--	--	--	--

			54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie	
	K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	16/1:M			
Kommentar zur Kennzahl	Beachte: Abgleich von Unter- und Obergrenze zum Gestationsalter zwischen Feldern "Rechenregel" und "Nenner"			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar			

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		
Referenzbereich 2006	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert		
Referenzbereich 2005	Ein Referenzbereich ist für diese Qualitätskennzahl derzeit nicht definiert		
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	-		
Referenz Bundesauswertung 2006			
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung		
Rechenregel	Zähler: Antenatale Kortikosteroidtherapie 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	-		
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0:		
	Item	Bezeichnung	Schlüssel
	M: 3	Aufnahmedatum	
	M: 28,1	Lungenreifebehandlung	0 = nein 1 = ja
	M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund	
	K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes	
	M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin	
	M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren
		SSRISIKO	

			<p>15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen 22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr 48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere</p>	
--	--	--	---	--

Geburtshilfe

			Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie	
	K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
	M: 93	Entlassungsdatum Mutter		ENTLDATUM
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	16/1:M			
Kommentar zur Kennzahl	Beachte: Abgleich von Unter- und Obergrenze zum Gestationsalter zwischen Feldern "Rechenregel" und "Nenner"			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar			

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			
Referenzbereich 2006	≥ 95%			
Referenzbereich 2005	≥ 95%			
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	<p>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 (Roberts und Dalziel 2006). 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.</p> <p>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.</p>			
Referenz Bundesauswertung 2006				
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Stratifizierung			
Rechenregel	<p>Zähler: Antenatale Kortikosteroidtherapie</p> <p>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</p>			
Erläuterung der Rechenregel	Bezugsebene ist der Teildatensatz Mutter.			
Verwendete Datenfelder	Feldnamen 9.0:			
	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname
	M: 3	Aufnahmedatum		AUFNDATUM
	M: 28,1	Lungenreifebehandlung	0 = nein 1 = ja	LUNGENREIF
	M: 29,2	Tragzeit nach klinischem Befund		TRAGZEITKLIN
	K: 60,1	Geburtsdatum des Kindes		GEBDATUMK
	M: 29,1	Berechneter ggf. korrigierter Geburtstermin		GEBTERMIN
	M: 14,2	Schwangerschafts-Risiko	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus	SSRISIKO

			<p>10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahren 14 = Schwangere über 35 Jahren 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen 22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und</p>	
--	--	--	---	--

			mehr 48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie	
	K: 73	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	TOTGEBURT
	M: 93	Entlassungsdatum Mutter		ENTLDATUM
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	16/1:M			
Kommentar zur Kennzahl	Beachte: Abgleich von Unter- und Obergrenze zum Gestationsalter zwischen Feldern "Rechenregel" und "Nenner"			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar			

Mütterliche Todesfälle

Definition Qualitätsindikator	
Laufende Nummer Indikator	11
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Mütterliche Todesfälle
Qualitätsziel	Selten mütterliche Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Rationale	<p>Als Müttersterbefall gilt der Tod jeder Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft, unabhängig von Dauer und Sitz der Schwangerschaft. Dazu zählt jede Ursache, die in Beziehung zur Schwangerschaft oder deren Behandlung steht oder durch diese verschlechtert wird, nicht aber Unfall oder zufällige Ereignisse (ICD 10).</p> <p>Als später Müttersterbefall ist der Tod einer Frau aufgrund direkter und indirekter gestationsbedingter Ursachen anzusehen, der später als 42 Tage, aber noch vor Ablauf eines Jahres nach Ende der Schwangerschaft eintritt (ICD10).</p> <p>Die Müttersterblichkeit wird im internationalen Vergleich als Qualitätsindikator für das Gesundheitswesen herangezogen. Sie beträgt z. B. in Deutschland und den USA 8/100.000 Geburten (UNICEF 2002, PERISTAT). Bei Schwangerschaft und Geburt handelt es sich um einen physiologischen Vorgang, bei dem nach Möglichkeit keine Mutter versterben sollte. Aus methodischen Gründen ist im Rahmen der externen Qualitätssicherung nur die Krankenhaus-Sterblichkeit erfassbar, d. h. nur ein Teil der Müttersterbefälle, die Fälle nach Entlassung und die späten Fälle werden nicht erfasst.</p> <p>In einer großen anonym durchgeführten Studie in Großbritannien mit dem Charakter einer Vollerhebung wurden in etwa der Hälfte der Fälle Aspekte von mangelhafter („substandard“) klinischer Behandlung festgestellt (CEMACH 2004 S. 6), ein Zusammenhang, der international anerkannt ist (Zeitlin et al. 2003).</p> <p>Da es sich um ein seltenes, einschneidendes Ereignis handelt, soll jeder Einzelfall untersucht werden.</p>
Literaturverzeichnis	<p>CEMACH. Why Mothers Die 2000-20002: Confidential Enquiry into Maternal And Child Health RCOG Press Sussex 2004. http://www.cemach.org.uk/publications.htm (Recherchedatum: 26.02.2007).</p> <p>Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision - WHO-Ausgabe - Band II - Regelwerk Version 2004, Stand August 2003. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; 2003.</p> <p>United Nations's Children Fund (UNICEF 2002). Available from: http://www.nationmaster.com/red/graph-T/hea_mat_mor&int=-1 (Recherchedatum: 26.02.2007).</p> <p>Zeitlin J, Wildman K, Breart G, Alexander S, Barros H, Blondel B, Buitendijk S, Gissler M, Macfarlane A, PERISTAT Scientific Advisory Committee. PERISTAT: indicators for monitoring and evaluating perinatal health in Europe. Eur J Public Health 2003; 13 (3 Suppl): 29-37.</p>

50604

Definition Kennzahl									
ID-Kennzahl	50604								
Ergänzung Bezeichnung QI									
Referenzbereich 2006	Sentinel Event								
Referenzbereich 2005	Sentinel Event								
Erläuterung zum Referenzbereich 2006	-								
Referenz Bundesauswertung 2006									
Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl	Keine Risikoadjustierung erforderlich								
Rechenregel	Zähler: Mütterliche Todesfälle Grundgesamtheit: Alle Geburten								
Erläuterung der Rechenregel	-								
Verwendete Datenfelder	<p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M: 92</td> <td>Entlassungsgrund Mutter</td> <td> 01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 17 = interne Verlegung mit </td> <td>ENTLGRUND</td> </tr> </tbody> </table>	Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname	M: 92	Entlassungsgrund Mutter	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 17 = interne Verlegung mit	ENTLGRUND
Item	Bezeichnung	Schlüssel	Feldname						
M: 92	Entlassungsgrund Mutter	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV '95 in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = Interne Verlegung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung 17 = interne Verlegung mit	ENTLGRUND						

			Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme	
Datenbasis BQS-Spezifikation	9.0			
Teildatensatzbezug	16/1:M			
Kommentar zur Kennzahl	-			
Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar			