

QS-Verfahren *Perinatalmedizin*

Bundesqualitätsbericht 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Perinatalmedizin*. Bundesqualitätsbericht 2023

Ansprechpersonen Stefanie Schill, Diana Münch

Datum der Abgabe 15. August 2023

Datum aktualisierte Abgabe 25. Oktober 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

DATENQUELLE UND BETRACHTETER ZEITRAUM

QS-Dokumentationsdaten Erfassungsjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	9
Vorbemerkung	11
Geburtshilfe.....	12
1 Hintergrund	13
2 Einordnung der Ergebnisse	17
2.1 Datengrundlage	17
2.2 Risikoadjustierung	18
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	20
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	25
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit	32
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	34
3.1 Hintergrund	34
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	34
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	38
4 Evaluation	45
5 Fazit und Ausblick	47
Anhang: Ergebnisse des QSEB	49
Neonatologie.....	71
1 Hintergrund	72
2 Einordnung der Ergebnisse	76
2.1 Datengrundlage	76
2.2 Risikoadjustierung	77
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	78
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	86
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit	93
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	94
3.1 Hintergrund	94

3.2	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	94
3.3	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	100
4	Evaluation	106
5	Fazit und Ausblick.....	108
	Anhang: Ergebnisse des QSEB.....	110
	Literatur	136

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-GEBH	14
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) –PM-GEBH	15
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023)– PM-GEBH	18
Tabelle 4: Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-GEBH	18
Tabelle 5: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – PM-GEBH.....	21
Tabelle 6: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – PM-GEBH	22
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-GEBH.....	26
Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – PM-GEBH	28
Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL (AJ 2022) – PM-GEBH	35
Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – PM-GEBH.....	37
Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – PM-GEBH	38
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH.....	39
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – PM-GEBH.....	42
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – PM-GEBH	44
Tabelle 15: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation	49
Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – PM-GEBH	50
Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – PM-GEBH.....	51
Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH	52
Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH	52
Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH.....	53
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH	54

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH 57

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH 58

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH 58

Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH..... 59

Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – PM-GEBH 61

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – PM-GEBH 62

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – PM-GEBH..... 63

Tabelle 29:Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – PM-GEBH ... 64

Tabelle 30:Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – PM-GEBH 65

Tabelle 31:Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – PM-GEBH 66

Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – PM- GEBH..... 67

Tabelle 33:Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – PM-GEBH 69

Tabelle 34:Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – PM-GEBH 70

Tabelle 35: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-NEO..... 73

Tabelle 36: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – PM-NEO 75

Tabelle 37: Datengrundlage (AJ 2023) – PM-NEO..... 77

Tabelle 38: Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-NEO 78

Tabelle 39: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – PM-NEO..... 79

Tabelle 40: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – PM-NEO 80

Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-NEO 87

Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – PM-NEO 90

Tabelle 43: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL (AJ 2022) – PM-NEO 95

Tabelle 44: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – PM-NEO..... 98

Tabelle 45: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – PM-NEO 100

Tabelle 46: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL (AJ 2022) – PM-NEO 101

Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – PM-NEO103

Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – PM-NEO105

Tabelle 49: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation 110

Tabelle 50: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – PM-NEO..... 111

Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – PM-NEO..... 112

Tabelle 52: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO 113

Tabelle 53: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO 114

Tabelle 54: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO 115

Tabelle 55: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO..... 116

Tabelle 56: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO 118

Tabelle 57: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO 119

Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO122

Tabelle 59: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO.....123

Tabelle 60: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – PM-NEO124

Tabelle 61: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – PM-NEO.....125

Tabelle 62: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – PM-NEO.....126

Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – PM-NEO127

Tabelle 64: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – PM-NEO....127

Tabelle 65: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – PM-NEO.....129

Tabelle 66: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – PM-NEO130

Tabelle 67: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – PM-NEO	131
Tabelle 68: Auffälligkeitskriterien: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – PM- NEO	134
Tabelle 69: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – PM- NEO	134
Tabelle 70: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – PM-NEO	135

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
BPD	Bronchopulmonale Dysplasie
CTG	Kardiotokografie (<i>cardiotocography</i>)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
E-E-Zeit	Entschluss-Entwicklungszeit
EJ	Erfassungsjahr
FIP	Fokale intestinale Perforation
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
IKNR	Institutionskennzeichennummer
IVH	Intraventrikuläre Hämorrhagie
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
NEK	Nekrotisierende Enterokolitis
O/E	Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate (<i>observed to expected ratio</i>)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
PM-GEBH	Auswertungsmodul <i>Geburtshilfe</i>
PM-NEO	Auswertungsmodul <i>Neonatalogie</i>
PVL	Periventrikuläre Leukomalazie
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QSPM	QS-Verfahren <i>Perinatalmedizin</i>
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
ROP	Frühgeborenenretinopathie

Abkürzung	Bedeutung
STNV	Stellungnahmeverfahren
SIP	Singuläre intestinale Perforation

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Perinatalmedizin (QS PM)* wird seit dem Erfassungsjahr (EJ) 2021 unter der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ geführt. Gegenstand des Verfahrens ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie). Die beiden Auswertungsmodule *Geburtshilfe (PM-GEBH)* und *Neonatologie (PM-NEO)* werden im Bundesqualitätsbericht aufgrund der getrennten Auswertung in der Qualitätssicherung separat dargestellt.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 02.06.2023).

Geburtshilfe

1 Hintergrund

Die Perinatalmedizin umfasst die Versorgung von Mutter und Kind im Zeitraum kurz vor bis kurz nach der Geburt. Die Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) und die daraus hervorgegangene Perinatalerhebung gelten allgemein als Ausgangspunkt der heutigen gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin. Deren Ziel ist es, beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung zu erfassen und die Qualität kontinuierlich zu verbessern. Seit 2001 ist der Bereich der Geburtshilfe in einem bundeseinheitlichen QS-Verfahren etabliert, in dem alle Geburten in der Bundesrepublik erfasst werden, die in einem Krankenhaus stattgefunden haben. Verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität vor, während und nach der Geburt werden mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abgebildet und beziehen sich auf die adäquate medizinische Versorgung sowohl der Mutter als auch des Kindes. Indikatoren und Kennzahlen der mütterlichen Versorgung zielen unter anderem auf die Vermeidung von Infektionen nach einer Kaiserschnittentbindung (ID 50045), auf die Vermeidung von höhergradigen Dammrissen (ID 181800) wie auch auf die Vermeidung von mütterlichen Sterbefällen (ID 331) ab. Des Weiteren beziehen sich Indikatoren und Kennzahlen der kindlichen Versorgung sowohl auf medizinisch sinnvolle Maßnahmen und Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung als auch auf die Erfassung von Aspekten des Behandlungsergebnisses des Kindes. So ist der Säure-Basen-Status im Nabelschnurblut (IDs 321, 51397 und 51831) ein wichtiger Hinweis auf einen Sauerstoffmangel des Neugeborenen unter der Geburt. Mit dem Prozessindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) wird ermittelt, ob Frühgeborene bei ihrer Geburt durch Kinderärztinnen oder -ärzte adäquat medizinisch betreut wurden. Dies verbessert die Prognose der Frühgeborenen erheblich und gehört daher zur Standardversorgung. Zusätzlich wird erfasst, ob kranke Reif- und Frühgeborene in einem für ihre Krankheitsschwere und den Grad der Unreife geeigneten Krankenhaus (Perinatalzentrum) geboren wurden (IDs 182010, 182011 und 182014). Außerdem wird die regelhafte Behandlung der Mutter mit Kortikosteroiden (Kortison) bei drohender Frühgeburt (ID 330) erfasst, da diese Maßnahme die Lungenreifung beim Frühgeborenen fördert. Darüber hinaus ermöglicht der „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) durch die Kombination klinischer Messwerte (Apgar-Score, pH-Werte und Base Excess) sowie der Angabe zur Sterblichkeit eine umfassende Einschätzung zum Zustand des Kindes unter bzw. kurz nach der Geburt. Schließlich adressieren zwei Indikatoren zugleich die mütterliche wie auch die kindliche medizinische Versorgung: So wird bei einem Notfallkaiserschnitt (Notsectio), der aufgrund einer Gefährdung der mütterlichen oder kindlichen Gesundheit durchgeführt wird, erhoben, ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeit zwischen der Entscheidung zur Notsectio und der Entwicklung (Geburt) des Kindes, unter den maximal tolerablen 20 Minuten liegt (ID 1058). Liegt die Zeitspanne darüber, kann dies beispielsweise zu einem schwerwiegenden Sauerstoffmangel beim Kind mit dem Risiko schwerer bleibender Schäden führen. In gleicher Weise bezieht sich der Indikator zur risikoadjustierten Kaiserschnitttrate (ID 52249) sowohl auf die Mutter als

auch auf das Kind, weil bei nicht indizierten Kaiserschnitten von Nachteilen für die Mutter und für das Kind auszugehen ist.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen ausgewiesen (siehe Tabelle 1).

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-GEBH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	QS-Dokumentation	2022
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung**	QS-Dokumentation	2022
52249	Kaiserschnittgeburt	QS-Dokumentation	2022
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten**	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung			
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2022
51397	Azidose bei reifen Einlingen*	QS-Dokumentation	2022
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QS-Dokumentation	2022
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten**	QS-Dokumentation	2022
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen**	QS-Dokumentation	2022
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	QS-Dokumentation	2022
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe			
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen *	QS-Dokumentation	2022
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen*	QS-Dokumentation	2022

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen*	QS-Dokumentation	2022

* Transparenzkennzahl

** Planungsrelevanter Qualitätsindikator

Zudem werden im Bericht die Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt, die gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien umfasst. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Unterschieden wird dabei zwischen Auffälligkeitskriterien zur *Plausibilität und Vollständigkeit* und Auffälligkeitskriterien zur *Vollzähligkeit*. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Auffälligkeitskriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (siehe Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) -PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	QS-Dokumentation
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	QS-Dokumentation

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Tabelle 3 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundesweit sowohl auf Ebene der Institutskennzeichennummer (IKNR) als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wiederum wird zwischen Auswertungsstandort und entlassendem Standort unterschieden. „Auswertungsstandort“ bedeutet, dass zu diesem Standort Qualitätsindikatorberechnungen erfolgten; „entlassender Standort“ bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Da die Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2022 nur für die entlassenden Standorte vorliegt, kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Im Erfassungsjahr 2022 erfolgten etwa 50.000 weniger stationär durchgeführte Geburten als noch im Vorjahr (EJ 2022: 707.621; EJ 2021: 757.644). Dies entspricht einer Reduktion von etwa 6,60 %. Als mögliche Gründe wurden vom Expertengremium auf Bundesebene *Perinatalmedizin* die unsichere (wirtschaftliche) Lage während der COVID-19-Pandemie sowie eine leichte Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen und außerklinischen Geburten genannt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze bzw. die Anzahl der entlassenden Standorte auf Bundesebene unterscheidet sich leicht von der Anzahl der erwarteten Datensätze bzw. der Anzahl der entlassenden Standorte auf Bundesebene. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger (mit Aufnahme im EJ 2020 und Entlassung im EJ 2021) im Datensatz enthalten, da aufgrund des Richtlinienwechsels von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Überlieger sind nun im Datensatz des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten.

Es gab 7 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze, aber keine Sollstatistik geliefert haben.

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am: 06.07.2023). Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023)- PM-GEBH

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	708027	706051	100,28
	Basisdatensatz	707621		
	MDS	406		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)		605		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		651		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		645	647	99,69

2.2 Risikoadjustierung

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden 4 Qualitätsindikatoren und eine Transparenzkennzahl risikoadjustiert ausgewiesen. Bei diesen wird jeweils eine logistische Regression angewendet. Als Regressionsgewichte werden Risikofaktoren gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im statistischen Schätzmodell relevanten Effekte für das betrachtete Outcome nachgewiesen werden konnten. Dies sind in der Geburtshilfe vor allem Risiken, die sich auf die Schwangerschaft (wie z. B. Gestationsdiabetes, Hypertonie oder Proteinurie) bzw. die Geburt beziehen (wie z. B. vorzeitige Plazentalösung, Placenta praevia). Als weitere Risikofaktoren gelten u. a. ein geringes Gestationsalter und ein niedriges Geburtsgewicht des Kindes, die bestimmte maternale und neonatale Erkrankungen bedingen.

In Tabelle 4 folgt eine Übersicht der im Auswertungsmodul *PM-GEBH* risikoadjustierten Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen unter Nennung der Methode der Risikoadjustierung und der potenziellen Einflussfaktoren im Risikoadjustierungsmodell.

Tabelle 4: Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-GEBH

ID	Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl	Methode der Risikoadjustierung	Potenzielle Einflussfaktoren im Risikomodell
52249	Kaiserschnittgeburt	Logistische Regression (O/E)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Befunde im Mutterpass ▪ Geburtsrisiko ▪ Mehrlingsschwangerschaft

ID	Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl	Methode der Risikoadjustierung	Potenzielle Einflussfaktoren im Risikomodell
51397	Azidose bei reifen Einlingen*	Logistische Regression (O/E)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adipositas ▪ Geburtsgewicht des Kindes ▪ Geburtsrisiko ▪ Fehlbildungen ▪ vorausgegangene Totgeburt ▪ Gestationsdiabetes/ Diabetes ▪ Alter der Mutter ▪ Vorsorgeuntersuchung
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	Logistische Regression (O/E)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburtsrisiko ▪ Gestationsalter ▪ Fehlbildung ▪ Adipositas ▪ Vorsorgeuntersuchung
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	Logistische Regression (O/E)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ebene 1 (Sterblichkeit): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gestationsalter ▫ Geburtsrisiko ▫ Fehlbildung ▫ Adipositas ▫ Vorsorgeuntersuchung ▪ Ebene 2 (Apgar): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gestationsalter ▫ Geburtsrisiko ▫ Fehlbildung ▫ Vorausgegangene Totgeburt ▫ Gestationsdiabetes/ Diabetes ▫ Adipositas ▪ Ebene 3 (Base Excess): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gestationsalter ▫ Geburtsrisiko ▫ Fehlbildung

ID	Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl	Methode der Risikoadjustierung	Potenzielle Einflussfaktoren im Risikomodell
			<ul style="list-style-type: none"> ▫ vorausgegangene Totgeburt ▫ Gestationsdiabetes/ Diabetes ▫ Alter der Mutter ▪ Ebene 4 (pH): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Gestationsalter ▫ Geburtsrisiko ▫ Fehlbildung ▫ Vorausgegangene Totgeburt ▫ Gestationsdiabetes/ Diabetes ▫ Adipositas ▫ Alter der Mutter ▫ Vorsorgeuntersuchung
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	Logistische Regression (O/E)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburtsrisiko ▪ Körpergröße der Mutter ▪ Erstgebärend ▪ Geburtsgewicht des Kindes

* Transparenzkennzahl

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Auswertungsmodul PM-GEBH werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

In Tabelle 5 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) - PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	0,42 % 41/9745 (= 0)
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	0,79 % 5191/657464 (≤ 2,58 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,28 % 708027/706051 (≥ 95,00 %)
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,28 % 708027/706051 (≤ 110,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,06 % 406/706051 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 6 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Der Anteil umfasst alle Leistungserbringer, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums aufweisen. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden. Es weisen von insgesamt 661 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 79 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Tabelle 6: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	2022	37 von 609	6,08	7
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	2022	31 von 643	4,82	6
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	9 von 647	1,39	0
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	6 von 647	0,93	0
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	0 von 647	0,00	0

Im Folgenden werden die jeweiligen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bzw. zur Vollzähligkeit näher beschrieben.

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2022 werden im Auswertungsmodul *PM-GEBH 2* Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen.

Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten (ID 850318)

Das Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ prüft, ob die E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt unrealistisch gering (< 3 Minuten) ist.

Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058).

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis bei 0,42 %. Das bedeutet, dass bei 41 von 9.745 Kindern, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden, eine E-E-Zeit von weniger als 3 Minuten dokumentiert wurde. Bei einem Referenzbereich von 0 führt jeder Fall zu einer rechnerischen Auffälligkeit. Dadurch hatten insgesamt 6,08 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (37 von 609). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2021: 5,47 %).

Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess (ID 850224)

Das Auffälligkeitskriterium „Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ untersucht die Unterdokumentation wichtiger Parameter, die eine Aussage über den klinischen Zustand des Kindes zulassen, wie 5-Minuten-Apgar, Nabelarterien-pH-Wert und Base Excess. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Indikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803).

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 0,79 %. Das bedeutet, dass bei 5.191 von 657.464 reifen Lebendgeborenen in der Grundgesamtheit diese Parameter fehlten. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von $\leq 2,58$ % und mindestens 10 Fällen im Nenner hatten insgesamt 4,82 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (31 von 643). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu gleich geblieben (EJ 2021: 4,74 %).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit weisen nicht automatisch alle Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf, bei denen

keine 100 %ige Vollzähligkeit vorlag (siehe Datengrundlage in Abschnitt 2.1). Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Unterdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten Minimaldatensätzen vorgelegen haben. Da – wie im Abschnitt 2.1 beschrieben – die Sollstatistik durch entlassende Standorte erstellt wird, beziehen sich folgende Ausführungen zu Leistungserbringern immer auf die Ebene der entlassenden Standorte.

Das letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 geprüfte „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation“ (ID 850081) wurde zum Erfassungsjahr 2022 wieder eingeführt. Ziel ist es, eine valide Datengrundlage für die Berechnung der Indikatorergebnisse zu gewährleisten und auch bei Unterdokumentation den Gründen nachzugehen. Die Wiedereinführung dieses Auffälligkeitskriteriums erfolgt in seiner letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 angewandten Form (Rechenregeln, Referenzbereiche).

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850081)

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850081) prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* eine Dokumentationsrate von $100,28\%$, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 9 von 647 Leistungserbringern ($1,39\%$; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Das Auffälligkeitskriterium wurde zum Erfassungsjahr 2022 wieder eingeführt, weshalb ein Vergleich mit dem Vorjahr nicht möglich ist.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850082)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständig und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,00\%$ bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* eine Dokumentationsrate von $100,28\%$. Es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 6 von 647 der Leistungserbringer ($0,93\%$; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr erhöht (EJ 2021: $0,49\%$). Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850226)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 5,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik

behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,06 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz angelegt wurde. Auf Leistungserbringerebene hatten 0 von 647 Leistungserbringern (0,00 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

In Tabelle 7 werden die im Auswertungsmodul *PM-GEBH* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen unter Angabe des Bundesergebnisses (und des Referenzbereichs bei Qualitätsindikatoren) dargestellt. Zusätzlich werden die Vorjahresergebnisse und die Vergleichbarkeit zum Vorjahr in der Tabelle ausgewiesen.

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) - PM-GEBH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	96,80 % 6269/6476 (≥ 95,00 %)	96,53 % 6676/6916	eingeschränkt vergleichbar
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	99,01 % 226814/229072 (≥ 90,00 %)	98,93 % 237992/240578	eingeschränkt vergleichbar
52249	Kaiserschnittgeburt	1,03 227352/219725,90 (≤ 1,26; 90. Perzentil)	1,02 238770/235204,82	eingeschränkt vergleichbar
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0,21 % 20/9745 (Sentinel Event)	0,22 % 22/10190	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)*	0,23 % 1468/642482	0,22 % 1544/688803	eingeschränkt vergleichbar
51397	Azidose bei reifen Einlingen	0,97 1468/1510,96	0,96 1544/1612,17	eingeschränkt vergleichbar
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	1,06 301/284,33 (≤ 4,40; 95. Perzentil)	1,03 310/300,42	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	96,85 % 21063/21749 (≥ 90,00 %)	97,17 % 22424/23076	eingeschränkt vergleichbar
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	1,01 4671/4646,21 (≤ 2,32)	1,01 5023/4972,95	eingeschränkt vergleichbar
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	0,89 543/611,91 (≤ 3,20; 95. Perzentil)	0,81 534/660,21	eingeschränkt vergleichbar
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt*	0,00 % 30/707621	0,01 % 41/757644	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe				
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen*	0,19 % 138/70771	0,21 % 161/76053	eingeschränkt vergleichbar
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen*	2,95 % 2415/81972	2,68 % 2382/88841	eingeschränkt vergleichbar
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen*	9,20 % 21264/231214	8,75 % 22310/255027	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

In der Tabelle 8 ist für alle Qualitätsindikatoren im Auswertungsmodul *PM-GEBH* der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2022 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 8: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) - PM-GEBH

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	2022	53 von 279	19,00	16
		2021	62 von 290	21,38	_*
50045	Perioperative Antibiotikaprofylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2022	2 von 640	0,31	1
		2021	6 von 652	0,92	_*
52249	Kaiserschnittgeburt	2022	72 von 649	11,09	33
		2021	70 von 657	10,65	_*
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	2022	19 von 609	3,12	0
		2021	16 von 622	2,57	_*

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung					
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	2022	31 von 627	4,94	4
		2021	36 von 641	5,62	-*
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	2022	87 von 447	19,46	31
		2021	98 von 474	20,68	-*
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	2022	17 von 644	2,64	5
		2021	19 von 654	2,91	-*
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	2022	31 von 640	4,84	2
		2021	31 von 648	4,78	-*

* Da das Verfahren erst seit dem EJ 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann an dieser Stelle kein Ergebnis ausgegeben werden.

Änderungen an den Qualitätsindikatoren im Vergleich zum Vorjahr

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* gab es bei den bestehenden Qualitätsindikatoren im Vergleich zum Vorjahr keine Änderungen an den Rechenregeln.

Im Folgenden werden die mit einem Referenzbereich ausgewiesenen Qualitätsindikatoren zur Ergebnis-, Prozess- und Indikationsqualität näher beschrieben.

Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität

Azidose bei frühgeborenen Einlingen (ID 51831)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Azidose bei frühgeborenen Einlingen“ (ID 51831) bei 1,06. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 1,03.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 5,62 % (EJ 2021) auf 4,94 % (EJ 2022) reduziert.

Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen (ID 51803)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) bei 1,01. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis ebenso 1,01.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 2,91 % (EJ 2021) auf 2,64 % (EJ 2022) reduziert.

Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV (ID 181800)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ (ID 181800) bei 0,89. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 0,81.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 4,78 % (EJ 2021) auf 4,84 % (EJ 2022) erhöht.

Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität

Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen (ID 330)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Qualitätsindikators „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330) bei 96,80 %. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 96,53 %.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 21,38 % (EJ 2021) auf 19,00 % (EJ 2022) reduziert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat aufgrund einer möglichen Fehlsteuerung beschlossen, den Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330) in der Richtlinie

zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)³ für das Erfassungsjahr 2022 und in der DeQS-RL für das Erfassungsjahr 2023 auszusetzen. In der DeQS-RL soll der Qualitätsindikator ab dem Erfassungsjahr 2023 als Transparenzkennzahl dargestellt werden. Aktuell betreibt das IQTIG zu diesem Qualitätsindikator Verfahrenspflege, die sich auf die Abbildung der Kortikosteroidgabe im optimalen Zeitfenster und zum empfohlenen Gestationsalter bezieht. Zudem soll geprüft werden, inwiefern bestimmte Indikationen für eine antenatale Kortikosteroidtherapie (z. B. vorzeitiger Blasensprung, vorzeitige Wehentätigkeit) im Qualitätsindikator bzw. in einer Kennzahl zukünftig berücksichtigt werden können.

Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung (ID 50045)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045) bei 99,01 %. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 98,93 %.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 0,92 % (EJ 2021: n = 6 von 652) auf 0,31 % (EJ 2022: n = 2 von 640) reduziert.

E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten (ID 1058)

Im Erfassungsjahr 2022 wurden im Sentinel-Event-Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058) auf Bundesebene 20 Fälle (0,21 %) identifiziert. Im Erfassungsjahr 2021 waren es 22 Fälle (0,22 %).

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 2,57 % (EJ 2021) auf 3,12 % (EJ 2022) erhöht.

Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten (ID 318)

Für das Erfassungsjahr 2022 wurde beim Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) ein besonders verbreitetes Qualitätsdefizit festgestellt. Die Ergebnisse werden daher in Abschnitt 2.5 detailliert dargestellt.

Qualitätsindikatoren zur Indikationsstellung

Kaiserschnittgeburt (ID 52249)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249) bei 1,03. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 1,02.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 10,65 % (EJ 2021) auf 11,09 % (EJ 2022) erhöht.

³ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am 06.06.2023).

Transparenzkennzahlen zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (ID 182020,182011,182014)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182010) bei 0,19 %. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 0,21 %.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl „Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182011) bei 2,95 %. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 2,68 %.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis der Transparenzkennzahl „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182014) bei 9,20 %. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 8,75 %.

Ab dem Erfassungsjahr 2023 werden die Transparenzkennzahlen zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe zu Qualitätsindikatoren. Die ID 182010 wird mit einem „Sentinel Event“ als Referenzwert belegt, da es sich bei Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen, jedoch in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, um eine Kollektiv mit besonders erhöhtem Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko handelt. Die IDs 182011 und 182014 werden mit einem perzentilbasierten Referenzbereich (\leq 95. Perzentil) dargestellt.

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Qualitätsindikatoren, bei denen vergleichsweise viele Leistungserbringer ein Qualitätsdefizit aufweisen, erfordern u. U. über die Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen der DeQS-RL hinaus weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Daher untersucht das IQTIG jährlich, bei welchen Qualitätsindikatoren die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung besonders verbreitete Qualitätsdefizite nahelegen. Dazu werden zwei Prüfgrößen herangezogen:

- Prüfgröße 1a: Mehr als 10 % der Leistungserbringer (mindestens aber 5 Leistungserbringer) wiesen in den jüngsten zwei Jahresauswertungen eine statistisch signifikante Abweichung des Indikatorwerts vom Referenzbereich auf. Voraussetzung ist, dass für den Indikator ein fester Referenzbereich definiert ist.
- Prüfgröße 1b: Mehr als 5 % der Leistungserbringer (mindestens aber 5 Leistungserbringer) wurden in den letzten zwei Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig (nach DeQS-RL) bzw. als qualitativ unzureichend (nach plan. QI-RL) in diesem Indikator bewertet.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurde für das Erfassungsjahr 2022 beim planungsrelevanten Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) ein besonders verbreitetes Qualitätsdefizit festgestellt.

Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten (ID 318)

Der Qualitätsindikator zielt darauf ab, dass bei der Geburt von lebend geborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Schwangerschaftswochen möglichst immer eine Pädiaterin oder ein Pädiater während der Geburt anwesend ist, da diese Kinder ein sehr hohes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko haben.

Für das Erfassungsjahr 2022 wird in Bezug auf die Versorgungsqualität des Qualitätsindikators „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ wiederholt ein Qualitätsdefizit gesehen.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators liegt im Erfassungsjahr 2022 bei 96,85 % und hat sich somit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 leicht verschlechtert (EJ 2021: 97,17 %). Der Anteil der Krankenhäuser, die statistisch signifikant vom Referenzbereich abweichen, ist weiterhin als hoch zu bewerten (EJ 2020: 13,74 %; EJ 2021: 14,56 %; EJ 2022: 13,65 %) – insbesondere vor dem Hintergrund der Darstellung des Qualitätsindikators als planungsrelevanter Qualitätsindikator gemäß plan. QI-RL und der bei diesem Qualitätsindikator über die Jahre wiederholten Feststellung eines Qualitätsdefizits. Da über 10 % der Krankenhäuser statistisch signifikant außerhalb des Referenzbereichs liegen, ist auch im Erfassungsjahr 2022 ein Kriterium zur Einstufung als Qualitätsindikator mit besonders verbreitetem Qualitätsdefizit erfüllt.

Nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene *Perinatalmedizin* sowie gemäß einer vom IQTIG durchgeführten Ursachenanalyse zu qualitativ auffälligen Ergebnissen liegt bei diesem Qualitätsindikator vor allem ein strukturelles Problem vor, da Auffälligkeiten hauptsächlich in Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV ohne angeschlossene Kinderklinik identifiziert werden. Hierbei handele es sich oftmals um Notfälle und von vornherein nicht planbare geburtshilfliche Einzelfälle, bei denen eine Verlegung vor der Geburt nicht mehr möglich und es nicht zu vermeiden sei, dass die Pädiaterin bzw. der Pädiater nach der Geburt eintreffe. Allerdings werden derartige Konstellationen bereits mit dem moderaten Referenzbereich des Qualitätsindikators berücksichtigt, da „nur“ in 90 % der Frühgeburten eine Pädiaterin oder ein Pädiater anwesend sein muss. Die vom IQTIG durchgeführte Ursachenanalyse zeigt weiterhin Defizite insbesondere bei der Organisation der stationären Versorgung sowie im Hinblick auf den verspäteten Ruf des pädiatrischen Dienstes.

Das Expertengremium auf Bundesebene *Perinatalmedizin* kritisiert, dass die bisherigen Anstrengungen bislang noch zu keiner adäquaten Verbesserung der Versorgungsqualität geführt haben, sodass stringenter Regelungen zur Reduzierung von Prozess- und Strukturmängeln erforderlich erscheinen. Dabei scheint auch eine Einbindung von Landesplanungsbehörden und rettungsmedizinischen Leitstellen zielführend und nötig.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL im Jahr 2022 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2021 beziehen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung (LAG) übermittelt.

Das Auswertungsmodul *PM-GEBH* wird seit dem Erfassungsjahr 2021 erstmalig unter der DeQS-RL geführt und dementsprechend erstmalig im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL behandelt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß Teil 1 § 16 der DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2021 wurden im Auswertungsmodul *PM-GEBH* insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 2.508 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden. Wie in Tabelle 9 wiedergegeben, lagen 68 rechnerisch auffällige Ergebnisse vor. 50-mal ist ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt worden, 18-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 31 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf die Anzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ($n = 68$) einem Anteil von 45,59 % entspricht. Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, beträgt 27,94 % ($n = 19$ von 68).

Tabelle 9: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL (AJ 2022) – PM-GEBH

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Moduls	2508	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	68	2,71
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	68	100
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	18	26,47
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	50	73,53
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	50	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	19	27,94
Bewertung als qualitativ auffällig	31	45,59
Sonstiges	0	0
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	0	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei den aktuell berichteten Ergebnissen zur Überdokumentation kann es im Vergleich zum Vorjahr für einzelne Verfahren zu minimalen Abweichungen kommen. Dies ist ursächlich auf eine technische Umsetzungsproblematik zurückzuführen. Durch die Automatisierung dieses Prozesses wurde die Problematik bereits in diesem Jahr behoben.

In Tabelle 10 werden für jedes Auffälligkeitskriterium die rechnerischen Auffälligkeiten und die Bewertungsergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens sowohl bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse als auch bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Auffälligkeitskriterium dargestellt.

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess (ID 850224)

Im Ergebnis wiesen im Auffälligkeitskriterium „Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) 31 der 654 Leistungserbringer (4,74 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. Bei 9 Leistungserbringern wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Als Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wurden 64,52 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig (n = 20 von 31) bewertet. Der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen, die in diesem Auffälligkeitskriterium als qualitativ unauffällig bewertet wurden, beträgt 6,45 % (n = 2 von 31).

Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten (ID 850318)

Im Ergebnis wiesen im Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) 34 der 622 Leistungserbringer (5,47 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. Bei 7 Leistungserbringern wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Als Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wurden 29,41 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als qualitativ auffällig (n = 10 von 34) und 50,00 % als qualitativ unauffällig (n = 17 von 34) bewertet. Bezogen auf alle Leistungserbringer wiesen bundesweit 1,61 % qualitativ auffällige Ergebnisse aufgrund fehlerhafter Dokumentationen auf (n = 10 von 622).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850082)

Im Ergebnis wiesen im Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation“ (ID 850082) 3 der 616 Leistungserbringer (0,49 %) eine rechnerische Auffälligkeit auf. Bei 2 Leistungserbringern wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Als Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wurden 33,33 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse auch als qualitativ auffällig bewertet (n = 1 von 3). Bezogen auf alle Leistungserbringer wiesen bundesweit 0,16 % qualitativ auffällige Ergebnisse aufgrund fehlerhafter Dokumentationen auf (n = 1 von 616).

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850226)

Beim Auffälligkeitskriterium „Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz“ (ID 850226) wurde bei keinem der 616 Leistungserbringer eine rechnerische Auffälligkeit ermittelt.

Tabelle 10: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	34 / 622 (5,47 %)	7	0 / 34 (0,00 %)	0 / 622 (0,00 %)	17 / 34 (50,00 %)	17 / 622 (2,73 %)	10 / 34 (29,41 %)	10 / 622 (1,61 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 622 (0,00 %)
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	31 / 654 (4,74 %)	9	0 / 31 (0,00 %)	0 / 654 (0,00 %)	2 / 31 (6,45 %)	2 / 654 (0,31 %)	20 / 31 (64,52 %)	20 / 654 (3,06 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 654 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	3 / 616 (0,49 %)	2	0 / 3 (0,00 %)	0 / 616 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 616 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 616 (0,16 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 616 (0,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 616 (0,00 %)	0	0 / - (-)	0 / 616 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 616 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 616 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 616 (0,00 %)

In Tabelle 11 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul *PM-GEBH* dargestellt. Insgesamt wiesen 66 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf, bei einem Leistungserbringer wurden mehr als 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Kein Leistungserbringer wies mehr als eine qualitative Auffälligkeit auf.

Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – *PM-GEBH*

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥3 qual. Auffälligkeiten
66	1	0	31	0	0

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 der DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2021 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 4.638 Qualitätsindikatorenergebnisse ermittelt wurden. Das Stellungnahmeverfahren kann mehrstufig sein, wozu neben der Einholung von schriftlichen Stellungnahmen insbesondere die Durchführung von Gesprächen und mit Einverständnis des Leistungserbringers auch Begehungen gehören. Seit dem Erfassungsjahr 2017 wird bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß plan. QI-RL zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Für das Erfassungsjahr 2021 fand für die rechnerischen Auffälligkeiten dieser Qualitätsindikatoren hingegen ein Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL statt. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL. Wie in Tabelle 12 wiedergegeben, lagen bei 338 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse vor. Davon wurden bei 106 rechnerischen Auffälligkeiten keine Ergebnisse im Rahmen des QSEB übermittelt. Somit lagen insgesamt 232 QSEB-Datensätze vor. Bei 188 Leistungserbringern wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen. Bei 6 Leistungserbringern wurde ein Gespräch durchgeführt, bei keinem Leistungserbringer hat eine Begehung stattgefunden. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 56 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (QSEB-Datensätze) einem Anteil von 24,14, % entspricht (n = 56 von 232). Bei 20 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert. Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (QSEB-Datensätze), die im Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, beträgt für das Erfassungsjahr 2021 48,28 % (n = 112 von 232). Im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 war bei 5,17 % (n = 12 von 232) aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich.

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Moduls	4638	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	338	7,29
davon ohne QSEB-Übermittlung	106	31,36
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	232	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	232	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	45	19,4
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	188	81,03
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	188	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	6	3,19
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	112	48,28
Bewertung als qualitativ auffällig	56	24,14
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	12	5,17
Sonstiges	8	3,45
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	20	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

In Tabelle 13 werden für jeden Qualitätsindikator die rechnerischen Auffälligkeiten und die Bewertungsergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens sowohl bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (QSEB-Datensätze) als auch bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator dargestellt.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zu den Qualitätsindikatoren „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249; n = 70), „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330; n = 39) und „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318; n = 35) ermittelt.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803; n = 10 von 19; 52,63 %), „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249; n = 27 von 70; 38,57 %) und „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318; n = 7 von 35; 20,00 %) ermittelt.

Zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) wurden in den Rückmeldungen der Bundesländer zum Stellungnahmeverfahren vor allem Prozessmängel im geburtshilflichen Management angegeben. So wurden die falschen klinischen Konsequenzen aus dem Befund zur Kardiotokografie (*cardiotocography*, CTG) gezogen. Zum Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249) werden als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig Prozessmängel bzw. Mängel bei der Indikationsstellung genannt. Insbesondere bei reifgeborenen Einlingen, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage geboren wurden (Robson-Score 1), und bei reifgeborenen Einlingen, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage geboren wurden (Robson-Score 2), wurde die Bewertung „qualitativ auffällig“ vorgenommen.

Zu den Qualitätsindikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318; n = 21 von 35; 60,00 %), „Azidose bei frühgeborenen Einlingen“ (ID 51831; n = 21 von 36; 58,33 %) und „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330; n = 20 von 39; 51,28 %) fanden sich für das Erfassungsjahr 2021 die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig.

Aus den Rückmeldungen der Bundesländer zum Stellungnahmeverfahren wurde ersichtlich, dass für den Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) ein optimales Management einer klinischen Notfallsituation durch den Leistungserbringer mit „qualitativ unauffällig“ bewertet wurde. Beim Qualitätsindikator „Azidose bei frühgeborenen Einlingen“ (ID 51831) wurden vermehrt Ausnahmesituationen aufgrund der COVID-19-Pandemie erwähnt, die u. a. auf die temporäre Schließung der Geburtsklinik zurückzuführen waren.

Der höchste Anteil an Dokumentationsfehler, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, wurden für das Erfassungsjahr 2022 in den Qualitätsindikatoren „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045; n = 2 von 2; 100,00 %) und „Antenatale Kortikosteroidthe-

rapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330; n = 5 von 39; 12,82 %) ermittelt. Begründungen zu den Dokumentationsfehlern wurden von den Bundesländern nicht genannt.

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent) ⁴	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	35 / 474 (7,38 %)	2	0 / 35 (0,00 %)	0 / 474 (0,00 %)	21 / 35 (60,00 %)	21 / 474 (4,43 %)	7 / 35 (20,00 %)	7 / 474 (1,48 %)	2 / 35 (5,71 %)	2 / 474 (0,42 %)	3 / 35 (8,57 %)	3 / 474 (0,63 %)
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	39 / 290 (13,45 %)	13	0 / 39 (0,00 %)	0 / 290 (0,00 %)	20 / 39 (51,28 %)	20 / 290 (6,90 %)	2 / 39 (5,13 %)	2 / 290 (0,69 %)	5 / 39 (12,82 %)	5 / 290 (1,72 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 290 (0,00 %)
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0 / 622 (0,00 %)	0	0 / - (-)	0 / 622 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 622 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 622 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 622 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 622 (0,00 %)

⁴ Für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gilt: Die auffälligen Ergebnisse basieren auf der Neuberechnung gem. Plan-QI-RL und können dementsprechend von den Ergebnissen der Bundesauswertung abweichen.

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent) ⁴	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2 / 652 (0,31 %)	0	0 / 2 (0,00 %)	0 / 652 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 652 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 652 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 652 (0,31 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 652 (0,00 %)
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	19 / 654 (2,91 %)	1	0 / 19 (0,00 %)	0 / 654 (0,00 %)	7 / 19 (36,84 %)	7 / 654 (1,07 %)	10 / 19 (52,63 %)	10 / 654 (1,53 %)	0 / 19 (0,00 %)	0 / 654 (0,00 %)	1 / 19 (5,26 %)	1 / 654 (0,15 %)
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	36 / 641 (5,62 %)	10	0 / 36 (0,00 %)	0 / 641 (0,00 %)	21 / 36 (58,33 %)	21 / 641 (3,28 %)	5 / 36 (13,89 %)	5 / 641 (0,78 %)	0 / 36 (0,00 %)	0 / 641 (0,00 %)	0 / 36 (0,00 %)	0 / 641 (0,00 %)
52249	Kaiserschnittgeburt	70 / 657 (10,65 %)	6	0 / 70 (0,00 %)	0 / 657 (0,00 %)	30 / 70 (42,86 %)	30 / 657 (4,57 %)	27 / 70 (38,57 %)	27 / 657 (4,11 %)	3 / 70 (4,29 %)	3 / 657 (0,46 %)	4 / 70 (5,71 %)	4 / 657 (0,61 %)
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	31 / 648 (4,78 %)	13	0 / 31 (0,00 %)	0 / 648 (0,00 %)	13 / 31 (41,94 %)	13 / 648 (2,01 %)	5 / 31 (16,13 %)	5 / 648 (0,77 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 648 (0,00 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 648 (0,00 %)

In Tabelle 14 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul PM-GEBH dargestellt. Insgesamt wiesen 21 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 4 Leistungserbringern wurden mehr als 3 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. 3 Leistungserbringer wiesen mehr als eine qualitative Auffälligkeit auf.

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – PM-GEBH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
178	21	4	50	3	0

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 13 (QSPM) § 2 Abs. 6 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss der G-BA in Zusammenarbeit mit dem IQTIG noch entscheiden.

Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse eines jeden Jahres sinnvoll für eine Bewertung des gesamten Verfahrens zum 30. Juni 2026 effizient nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen empfohlen. Für die fortlaufende Evaluation sollen der Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Bundesländern erfasst und berichtet werden. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anzupassen zu können. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgt für die LAG auf freiwilliger Basis.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern werden jährlich im Rahmen einer strukturierten Abfrage über eine vordefinierte Excel-Datei erfasst. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen auch die Rückmeldungen der jeweiligen Fachkommission auf Landesebene sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Die Evaluationsfragen beinhalten folgende Dimensionen:

- Einschätzung von **Prozessen** (Erfassung, Spezifikation, Export, Plausibilisierung etc.)
- Einschätzung zu **Indikatoren und Ergebnissen** (Indikatorergebnisse, qualitätssichernde Maßnahmen, Rechenregeln etc.)
- Einschätzungen zu **sonstigen Themen**

Die erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und die Rückmeldungen der Leistungserbringer und Fachkommissionen werden im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen diese Rückmeldungen der Landesebene dem IQTIG dazu, etwaigen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Prozesse des QS-Verfahrens zu erkennen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Für das Erfassungsjahr 2021 haben zum Auswertungsmodul *PM-GEBH*⁵ der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet; relevante und nicht bereits im Rahmen des QSEB an das IQTIG herangetragene Stellungnahmen werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

Eine LAG bemängelt, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren durch zwei unterschiedliche Richtlinien bearbeitet werden. So erfolgt das Stellungnahmeverfahren zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen (DeQS-RL) durch die LAG und das Stellungnahmeverfahren zu statistisch auffälligen Ergebnissen (plan. QI-RL) durch das IQTIG. Es erfolgen somit zwei getrennte Prozesse mit teils unterschiedlichen Bewertungsmethodiken, wodurch die eine Gesamtbeurteilung des Qualitätsindikators nur einschränkt möglich ist.

⁵ Bremen, Sachsen und Nordrhein-Westfalen (Westfalen-Lippe) haben den Evaluationsfragebogen übermittelt.

5 Fazit und Ausblick

Im Erfassungsjahr 2022 erfolgten etwa 50.000 weniger stationär durchgeführte Geburten als noch im Vorjahr (EJ 2022: 707.621; EJ 2021: 757.644). Die Versorgungssituation im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wird überwiegend als gut bzw. sehr gut erachtet. Beim Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (QI 318) wird allerdings abermals ein Qualitätsdefizit gesehen. Änderungen an bestehenden Qualitätsindikatoren gab es keine.

Die aktuell als Transparenzkennzahl ausgewiesene „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (ID 331) wird ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder als Sentinel-Event-Qualitätsindikator in die DeQS-RL eingeführt. Hierdurch ist vorgesehen, dass die LAG jeden im Rahmen der stationären Geburt aufgetretenen Müttersterbefall innerhalb eines Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 der DeQS-RL aufarbeiten.

Des Weiteren hat der G-BA aufgrund einer möglichen Fehlsteuerung beschlossen, dass der Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330) ab dem Erfassungsjahr 2023 nicht mehr als Qualitätsindikator, sondern als Transparenzkennzahl ausgewiesen werden soll. Parallel wird das IQTIG zu diesem Qualitätsparameter Verfahrenspflege betreiben. Diese bezieht sich insbesondere auf die Abbildung der Kortikosteroidgabe im optimalen Zeitfenster und zum empfohlenen Gestationsalter sowie auf die Berücksichtigung von Indikationen, die zur Kortikosteroidgabe geführt haben.

Ebenso werden die Transparenzkennzahlen zur „Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe“ (IDs 182010, 182011 und 182014) nach Sichtung erster Ergebnisse ab dem Erfassungsjahr 2023 in Qualitätsindikatoren überführt. Der Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV (ID 181800)“ wird ab dem Erfassungsjahr 2023 als Transparenzkennzahl dargestellt. In einer vom IQTIG durchgeführten systematischen Literaturrecherche wurde das Ziel verfolgt, vom Krankenhaus beeinflussbare Präventivmaßnahmen zu identifizieren, die das Auftreten von höhergradigen Dammrissen (Grad III und IV) verhindern können. Hierbei wurde festgestellt, dass aufgrund der geringen bzw. sehr geringen methodischen Qualität der eingeschlossenen systematischen Reviews (Bewertung nach AMSTAR 2 (A Measurement Tool to Assess systematic Reviews): low bzw. critically low) keine gesicherte Aussage getroffen werden kann, ob das Auftreten von schweren Dammrissen vom Krankenhaus beeinflusst werden kann. Da die Erfassung und Auswertung eines Dammrisses allerdings weiterhin als wichtig angesehen wird, empfiehlt das IQTIG und das Expertengremium auf Bundesebene *Perinatalmedizin*, den Indikator als eine Transparenzkennzahl auszuweisen.

Aufgrund der zahlreich belegten Vorteile des Stillens für Kurz- und Langzeitendpunkte bei früh- und reifgeborenen Kindern (geringere Mortalität und Morbidität, wie z. B. vermindertes Auftreten von Diabetes und Fettleibigkeit im späteren Kindes- oder Erwachsenenalter) und Müttern (z. B.

verringertes Risiko für Brust- und Eierstockkrebs und Diabetes) beschäftigt sich das Expertengremium auf Bundesebene *Perinatalmedizin* weiterhin mit der Operationalisierung eines entsprechenden Qualitätsindikators zur Stillförderung. Hierzu wurde ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V im Herbst des Jahres 2022 durchgeführt, das aktuell innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene *Perinatalmedizin* besprochen und aufgearbeitet wird.

Im Rahmen der angestrebten Zusammenführung der Perinatal- und Neonatalerhebung wurde vom IQTIG ein Abschlussbericht erstellt und Ende 2020 dem G-BA übermittelt. Darin werden die Möglichkeiten einer datenschutzwahrenden Verknüpfung und Auswertung der beiden Auswertungsmodule bei gegebener Datenlage detailliert dargestellt. Außerdem wurden Qualitätsindikatoren aus dem Bereich Perinatalmedizin für eine Verwendung mit verknüpften QS-Daten weiterentwickelt und anhand verknüpfter Daten der Erfassungsjahre 2018 und 2019 probeweise ausgewertet. Zur Vorbereitung auf ein mögliches bundesweites, verknüpftes QS-Verfahren im Bereich Perinatalmedizin schlägt das IQTIG weiterhin eine praktische Erprobung der weiterentwickelten Qualitätsindikatoren im Rahmen einer Machbarkeitsstudie sowie die Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen vor.

Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 15: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollständige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	7 / 34 (20,59 %)	27 / 34 (79,41 %)	0 / 34 (0,00 %)	0 / 34 (0,00 %)
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	9 / 31 (29,03 %)	22 / 31 (70,97 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 31 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit					
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2 / 3 (66,67 %)	1 / 3 (33,33 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) - PM-GEBH

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	13 / 39 (33,33 %)	27 / 39 (69,23 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	0 / 2 (0,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
52249	Kaiserschnittgeburt	6 / 70 (8,57 %)	64 / 70 (91,43 %)	4 / 70 (5,71 %)	0 / 70 (0,00 %)
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	10 / 36 (27,78 %)	26 / 36 (72,22 %)	0 / 36 (0,00 %)	0 / 36 (0,00 %)
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	2 / 35 (5,71 %)	33 / 35 (94,29 %)	1 / 35 (2,86 %)	0 / 35 (0,00 %)
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	1 / 19 (5,26 %)	18 / 19 (94,74 %)	1 / 19 (5,26 %)	0 / 19 (0,00 %)
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	13 / 31 (41,94 %)	18 / 31 (58,06 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 31 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvoll-zählige Dokumenta-tion wird bestätigt	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auf-fälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	34	9 / 34 (26,47 %)	1 / 34 (2,94 %)	0 / 34 (0,00 %)
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	31	19 / 31 (61,29 %)	0 / 31 (0,00 %)	1 / 31 (3,23 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit					
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	3	1 / 3 (33,33 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)

Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	A99	Der Stellungnahme war zu entnehmen, dass die fehlenden Werte des 5-Minuten-Apgar, des Nabelarterien-pH-Wertes sowie des Base Excess nicht in den QS-Bogen übertragen wurden, obwohl diese in der Patientenakte dokumentiert waren. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf die korrekte Dokumentation zu achten. (1x berichtet)

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	35	5 / 35 (14,29 %)	2 / 35 (5,71 %)	0 / 35 (0,00 %)
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	39	1 / 39 (2,56 %)	1 / 39 (2,56 %)	0 / 39 (0,00 %)
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	19	7 / 19 (36,84 %)	2 / 19 (10,53 %)	1 / 19 (5,26 %)
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	36	5 / 36 (13,89 %)	0 / 36 (0,00 %)	0 / 36 (0,00 %)
52249	Kaiserschnittgeburt	70	20 / 70 (28,57 %)	5 / 70 (7,14 %)	2 / 70 (2,86 %)
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	31	4 / 31 (12,90 %)	1 / 31 (3,23 %)	0 / 31 (0,00 %)

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - PM-GEBH

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präparatalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	A71	In einem Fall kein leitliniengerechtes Vorgehen. (1x berichtet)
52249	Kaiserschnittgeburt	A71	<p>Das geburtshilfliche Fachwissen bzgl. spontane Geburten ist nicht kontinuierlich vorhanden bzw. die Patientinnen profitieren davon nicht (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet)</p> <p>Die Kaiserschnitttrate des Leistungserbringers ist im Vergleich zum Bayerischen Durchschnitt als auch im Vergleich zur risikoadjustierten Erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten deutlich erhöht. Diese Erhöhung zeigt sich in fast allen Ausprägungen des Robson Scores. Die sonst nicht aussagekräftige Stellungnahme des Leistungserbringers lässt Rückschlüsse auf eine mangelnde Kommunikation mit den Belegärzt:innen zum Thema Kaiserschnittgeburt zu. (1x berichtet)</p> <p>Die Kaiserschnitttrate des Leistungserbringers ist im Vergleich zum Bayerischen Durchschnitt als auch im Vergleich zur risikoadjustierten Erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten deutlich erhöht. Diese Erhöhung zeigt sich vor Allem in den Robson Scores 1, 2, 4, und 8. Bei der Kaiserschnitttrate bei Mehrgebärenden ohne spontane Wehen liegt der Leistungserbringer bei über dem Dreifachen des Bayerischen Durchschnitts. Vor dem Hintergrund der hohen Gesamtfallzahl und der anhaltenden rechnerischen Auffälligkeit sieht die Fachkommission hier Handlungsbedarf als auch die Möglichkeit, positiv auf die Ergebnisentwicklung einwirken zu können. (1x berichtet)</p> <p>Die Kaiserschnitttrate des Leistungserbringers ist im Vergleich zum Bayerischen Durchschnitt als auch im Vergleich zur risikoadjustierten Erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten deutlich erhöht. Diese Erhöhung zeigt sich vor Allem in den Robson Scores 1, 2, und 4. (1x berichtet)</p> <p>Die Kaiserschnitttrate des Leistungserbringers ist im Vergleich zum Bayerischen Durchschnitt als auch im Vergleich zur risikoadjustierten Erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten deutlich erhöht. Diese Erhöhung zeigt sich vor Allem in den Robson Scores 1, 2, und 8. Der Leistungserbringer schildert in seiner Stellungnahme, dass er keine Möglichkeiten zur Verbesserung der Kaiserschnitttrate sieht. Die Fachkommission sieht hier Handlungsbedarf und</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>hofft über ein Kollegialgespräch mit dem Leistungserbringer die Ergebnisentwicklung verbessern zu können. (1x berichtet)</p> <p>Die Kaiserschnitttrate des Leistungserbringers ist im Vergleich zum Bayerischen Durchschnitt als auch im Vergleich zur risikoadjustierten Erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten deutlich erhöht. Diese Erhöhung zeigt sich vor Allem in den Robson Scores 1, und 8. (1x berichtet)</p> <p>Die Kaiserschnitttrate des Leistungserbringers ist im Vergleich zum Bayerischen Durchschnitt als auch im Vergleich zur risikoadjustierten Erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten deutlich erhöht. Diese Erhöhung zeigt sich vor Allem in den Robson Scores 2 und 4. Die Stellungnahme des Leistungserbringers enthält trotz Nachfrage über das Konzept zur Indikation bei Sectiones wenig Informationen zu diesem Thema. (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Mängel bei Indikationsstellung zur Kaiserschnittgeburt (2x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Prozessmängel (4x berichtet)</p> <p>Prozess der Indikationsstellung bleibt unklar (1x berichtet)</p> <p>Zu großzügige Sectioindikationen, defensive Geburtshilfe. (1x berichtet)</p> <p>knappe Darstellung der Stellungnahme (1x berichtet)</p> <p>mehrfach auffällig (1x berichtet)</p> <p>primäre Sectiones unterhalb SSW 37 in dieser Versorgungsstufe (1x berichtet)</p> <p>temporärer Prozessfehler in der Indikationsstellung (1x berichtet)</p>
52249	Kaiserschnittgeburt	A99	<p>Aufklärung zur Sectio Sectio vs. Spontangeburt (1x berichtet)</p> <p>Die Definitionen der primären und sekundären Sectio sind nicht sachgemäß genutzt. Daher ist die Stellungnahme nicht nachvollziehbar. (1x berichtet)</p>
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	A71	<p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet)</p> <p>Frühzeitigere Information der Neonatologen (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Prozessmängel im geburtshilflichen Management (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			Mängel der Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet) Nicht nachvollziehbare Indikation und Dauer der Einleitung. (1x berichtet)
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	A71	Eine rechtzeitige in utero-Verlegung in eine adäquate Versorgungsstufe fand nicht statt. (1x berichtet) Hinweise auf Prozessmängel (1x berichtet) Hinweise auf Prozessmängel. (1x berichtet) Klinik wurde trotz inadäquater Versorgungsstufe vom Rettungsdienst angefahren. (1x berichtet) zeitliche Abläufe Geburtsverlauf (1x berichtet)
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	A71	Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet) Die Fachkommission sieht Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. Es wurden die falschen klinischen Konsequenzen aus dem CTG Befund gezogen. (1x berichtet) Die Fachkommission sieht Prozessmängel (1x berichtet) Hinweise auf Mängel im geburtshilflichen Management. (1x berichtet) Hinweise auf Prozessmängel im geburtshilflichen Management. (1x berichtet) Mängel der Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet) Substandard care (1x berichtet)
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	A99	Neben einem Dokumentationsfehler und einem begründeten Einzelfall haben Mängel der Struktur- und Prozessqualität das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	A71	<p>Der Leistungserbringer hat ein Prozessproblem erkannt, aber nach Einschätzung der Fachkommission die falschen Schlüsse gezogen. Der Leistungserbringer wurde auf die Problematik hingewiesen. (1x berichtet)</p> <p>Eine Median Episiotomie ist in diesem Fall nicht leitliniengerecht. (1x berichtet)</p> <p>in mehreren Vorgangsnummern: Anwendung einer nicht zeitgemäßen Maßnahme (Kristellerhilfe) (1x berichtet)</p> <p>vorgelegte Erklärung ist nicht präzise dargestellt, um das Vorgehen zu verstehen. Angaben zu Dammschluss und Rektoskopie fehlen. (1x berichtet)</p>

Tabelle 22: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	34	14 / 34 (41,18 %)	3 / 34 (8,82 %)
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	31	1 / 31 (3,23 %)	1 / 31 (3,23 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	3	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0 / - (-)	0 / - (-)

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	U99	Es liegen vereinzelt Dokumentationsprobleme vor. (3x berichtet)
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	U99	Einzelfallanalyse aufgrund Hackerangriff sehr aufwendig (1x berichtet)

Tabelle 24: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelt Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	35	5 / 35 (14,29 %)	5 / 35 (14,29 %)	11 / 35 (31,43 %)	0 / 35 (0,00 %)
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	39	0 / 39 (0,00 %)	11 / 39 (28,21 %)	8 / 39 (20,51 %)	1 / 39 (2,56 %)
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	19	1 / 19 (5,26 %)	5 / 19 (26,32 %)	1 / 19 (5,26 %)	0 / 19 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	36	2 / 36 (5,56 %)	19 / 36 (52,78 %)	0 / 36 (0,00 %)	0 / 36 (0,00 %)
52249	Kaiserschnittgeburt	70	8 / 70 (11,43 %)	16 / 70 (22,86 %)	0 / 70 (0,00 %)	6 / 70 (8,57 %)
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	31	1 / 31 (3,23 %)	12 / 31 (38,71 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 31 (0,00 %)

Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - PM-GEBH

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	U63	Bei rechnerisch auffälligem Ergebnis nach PlanQI-RL wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Das Ergebnis wurde als qualitativ unauffällig gewertet. (1x berichtet)
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	U99	Der QS Bogen vom IQTIG bildet diese Dokumentation leider nicht ab. (1x berichtet)
52249	Kaiserschnittgeburt	U61	COVID 19 bedingten Ausnahmesituation, bei der elektive Sectiones von temporär geschlossenen Geburtshilfen in der Region in diesem Haus stattfanden. (1x berichtet) Chefarzt-/Philosophiewechsel Mitte des Jahres (1x berichtet) CoVID-19 bedingte besondere klinische Ausnahmesituation. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Der Leistungserbringer schildert mehrere vorübergehende Schließungen der Geburtshilfe, um die Kapazitäten als Corona-Schwerpunkt Krankenhaus während der COVID-19 Pandemie zu gewährleisten. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet)</p> <p>Die leichte Erhöhung der Kaiserschnitttrate lässt sich durch das spezielle Patientenkollektiv erklären. Ca. ein Viertel der Schwangeren sind US-Amerikanerinnen mit hoher Rate an Wunschkaiserschnitten und mütterlicher Adipositas. (1x berichtet)</p> <p>Nachvollziehbare COVID-19 bedingte besondere klinische Situation. (1x berichtet)</p> <p>Patienten_Patientinnenmix (geburtshilflich und neonatologisch) (1x berichtet)</p>
52249	Kaiserschnittgeburt	U99	<p>Die interne Analyse der vorliegenden Robson-Kriterien und entsprechende Aufarbeitung wird empfohlen. (2x berichtet)</p> <p>Empfehlung der konsentierten kritischen Auseinandersetzung bei mütterlichem Wunsch nach Sectio (1x berichtet)</p> <p>Fallmix (1x berichtet)</p> <p>Patientinnenmix, Indikationsstellungen plausibel erläutert (1x berichtet)</p> <p>Prozess der Indikationsstellung nachvollziehbar und unter Berücksichtigung der aktuellen Leitlinien (1x berichtet)</p> <p>plausibles Indikationskonzept (1x berichtet)</p>
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	U61	<p>Fall 2: Aufgrund der frühen Gestationszeit und der schweren IUGR war das klinische Vorgehen nachvollziehbar. Die anderen Fälle sind ebenfalls klinisch nachvollziehbar. (1x berichtet)</p> <p>Notfallsituation wurde nach Facharztstandard gemanaged. Die Azidose ist auf die Plazentalösung, die bereits Zuhause stattgefunden hat, zurückzuführen. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	U61	<p>Besondere klinische Situation einer Zwillingsgeburt im Notarztwagen die zu den rechnerischen Auffälligkeiten geführt hat und durch den Leistungserbringer angemessen gemanaged wurde. (1x berichtet)</p> <p>Das Problem ist strukturell und nicht durch Fehlverhalten des medizinischen Personals bedingt. (2x berichtet)</p> <p>Nachvollziehbare besondere klinische Notfallsituation mit bestätigtem Verdacht auf vorzeitige Plazentalösung, die gut durch den LE gemanaged wurde. (1x berichtet)</p> <p>Notfallsituation bei vorzeitiger Plazentalösung und akuter vitaler Bedrohung von Mutter und Fetus wurde vom Leistungserbringer nachvollziehbar gemanaged. (1x berichtet)</p>
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	U61	Medizinisch nachvollziehbare sehr detaillierte Erläuterungen bei leichter Überschreitung des Referenzbereichs. (1x berichtet)
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	U61	Medizinisch nachvollziehbare besondere klinische Situation die zu den rechnerischen Auffälligkeiten geführt hat. (1x berichtet)

Tabelle 26: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	34	0 / 34 (0,00 %)
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	31	0 / 31 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	3	0 / 3 (0,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0 / - (-)

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - PM-GEBH

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollzählige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	39	5 / 39 (12,82 %)	0 / 39 (0,00 %)	0 / 39 (0,00 %)
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
52249	Kaiserschnittgeburt	70	2 / 70 (2,86 %)	1 / 70 (1,43 %)	4 / 70 (5,71 %)
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	36	0 / 36 (0,00 %)	0 / 36 (0,00 %)	0 / 36 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	35	2 / 35 (5,71 %)	0 / 35 (0,00 %)	3 / 35 (8,57 %)
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	19	0 / 19 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)	1 / 19 (5,26 %)
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	31	0 / 31 (0,00 %)	0 / 31 (0,00 %)	0 / 31 (0,00 %)

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - PM-GEBH

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
52249	Kaiserschnittgeburt	S99	Abteilung geschlossen (1x berichtet) Aufgrund einer längeren Erkrankung des zuständigen Belegarztes konnte keine Stellungnahme eingereicht werden (1x berichtet) Die Abteilung wurde zum 30.06.2021 geschlossen. Die verantwortlichen Mitarbeiter:innen können keine Stellungnahme mehr abgeben. (1x berichtet) Geburtshilfliche Abteilung seit Dezember 2020 geschlossen. Drei Fälle von Notfallgeburten, davon zwei Kaiserschnittgeburten. (1x berichtet)
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	S99	Abteilung geschlossen (1x berichtet) Die Einrichtung wurde zwischenzeitlich geschlossen. (1x berichtet) zur Bewertung sind die bereitgestellten Informationen nicht zureichend, es gibt keine plausible Erklärung für die zeitlichen Abläufe (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	S99	Die Einrichtung wurde zwischenzeitlich geschlossen. (1x berichtet)

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	0 / 10 (0,00 %)	0 / 17 (0,00 %)	10 / 10 (100,00 %)
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	0 / 20 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	19 / 20 (95,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit				
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 1 (0,00 %)	0 / 0 (-)	1 / 1 (100,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	1 / 2 (50,00 %)	0 / 28 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	0 / - (-)	0 / 2 (0,00 %)	0 / - (-)
52249	Kaiserschnittgeburt	16 / 27 (59,26 %)	1 / 37 (2,70 %)	11 / 27 (40,74 %)
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	0 / 5 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	5 / 5 (100,00 %)
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	4 / 7 (57,14 %)	1 / 27 (3,70 %)	3 / 7 (42,86 %)
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	2 / 10 (20,00 %)	0 / 8 (0,00 %)	8 / 10 (80,00 %)
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	3 / 5 (60,00 %)	0 / 14 (0,00 %)	2 / 5 (40,00 %)

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – PM-GEBH

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	102	14 / 385 (3,64 %)	14 / 14 (100,00 %)	9 / 14 (64,29 %)	9 / 14 (64,29 %)
Brandenburg	25	3 / 95 (3,16 %)	3 / 3 (100,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	3 / 3 (100,00 %)
Berlin	20	4 / 66 (6,06 %)	4 / 4 (100,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	1 / 4 (25,00 %)
Baden-Württemberg	77	9 / 298 (3,02 %)	8 / 9 (88,89 %)	5 / 9 (55,56 %)	5 / 8 (62,50 %)
Bremen	5	0 / 20 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
Hessen	46	3 / 178 (1,69 %)	3 / 3 (100,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 3 (66,67 %)
Hamburg	11	4 / 46 (8,70 %)	3 / 4 (75,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	16	1 / 61 (1,64 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Niedersachsen	67	6 / 269 (2,23 %)	6 / 6 (100,00 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 6 (50,00 %)
Nordrhein-Westfalen	144	16 / 544 (2,94 %)	0 / 16 (0,00 %)	0 / 16 (0,00 %)	0 / - (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Rheinland-Pfalz	31	0 / 120 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
Schleswig-Holstein	22	1 / 80 (1,25 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Saarland	8	0 / 32 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
Sachsen	38	5 / 147 (3,40 %)	5 / 5 (100,00 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 5 (80,00 %)
Sachsen-Anhalt	21	0 / 78 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
Thüringen	23	2 / 89 (2,25 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 2 (100,00 %)	2 / 2 (100,00 %)
Gesamt	656	68 / 2508 (2,71 %)	50 / 68 (73,53 %)	31 / 68 (45,59 %)	31 / 50 (62,00 %)

Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – PM- GEBH

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	102	64 / 707 (9,05 %)	45 / 64 (70,31 %)	11 / 64 (17,19 %)	11 / 45 (24,44 %)

Brandenburg	25	15 / 176 (8,52 %)	12 / 15 (80,00 %)	3 / 15 (20,00 %)	3 / 12 (25,00 %)
Berlin	20	11 / 143 (7,69 %)	11 / 11 (100,00 %)	0 / 11 (0,00 %)	0 / 11 (0,00 %)
Baden-Württemberg	77	42 / 538 (7,81 %)	11 / 42 (26,19 %)	8 / 42 (19,05 %)	8 / 11 (72,73 %)
Bremen	5	2 / 39 (5,13 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Hessen	46	18 / 313 (5,75 %)	8 / 18 (44,44 %)	5 / 18 (27,78 %)	5 / 8 (62,50 %)
Hamburg	11	5 / 84 (5,95 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 0 (-)
Mecklenburg-Vorpommern	16	3 / 114 (2,63 %)	1 / 3 (33,33 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Niedersachsen	67	38 / 473 (8,03 %)	21 / 38 (55,26 %)	5 / 38 (13,16 %)	5 / 21 (23,81 %)
Nordrhein-Westfalen	144	78 / 1.013 (7,70 %)	37 / 78 (47,44 %)	13 / 78 (16,67 %)	13 / 37 (35,14 %)
Rheinland-Pfalz	31	15 / 217 (6,91 %)	9 / 15 (60,00 %)	4 / 15 (26,67 %)	4 / 9 (44,44 %)
Schleswig-Holstein	22	15 / 154 (9,74 %)	7 / 15 (46,67 %)	1 / 15 (6,67 %)	1 / 7 (14,29 %)
Saarland	8	2 / 59 (3,39 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 1 (100,00 %)

Sachsen	38	11 / 276 (3,99 %)	8 / 11 (72,73 %)	3 / 11 (27,27 %)	3 / 8 (37,50 %)
Sachsen-Anhalt	21	14 / 158 (8,86 %)	11 / 14 (78,57 %)	2 / 14 (14,29 %)	2 / 11 (18,18 %)
Thüringen	24	5 / 174 (2,87 %)	3 / 5 (60,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
Gesamt	657	338 / 4.638 (7,29 %)	187 / 338 (55,33 %)	56 / 338 (16,57 %)	56 / 187 (29,95 %)

Tabelle 33: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – PM-GEBH

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	1	0	0	0	0	1	0
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	1	0	0	0	0	0	4
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	0	0	0	0	0	0	1
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	1	0	0	1	0	0	0

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
52249	Kaiserschnittgeburt	1	0	3	0	0	2	4

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 34: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – PM-GEBH

Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – PM-GEBH Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-15)	65	52 (80.00 %)	9 (13.85 %)
2. Quintil (16-64)	51	39 (76.47 %)	4 (7.84 %)
3. Quintil (65-477)	40	31 (77.50 %)	14 (35.00 %)
4. Quintil (478-800)	36	34 (94.44 %)	16 (44.44 %)
5. Quintil (801-3603)	35	27 (77.14 %)	13 (37.14 %)
Gesamt	227	183 (80.62 %)	56 (24.67 %)

Neonatologie

1 Hintergrund

Bei der Neonatologie handelt es sich um einen Zweig der angewandten Kinderheilkunde, der sich mit der Versorgung und Behandlung von Neu- bzw. Frühgeborenen beschäftigt. Hierbei ist die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität, insbesondere die Vermeidung von Erkrankungen sowie die Durchführung einer adäquaten Therapie, von großer Bedeutung.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden alle Neugeborenen erfasst, die innerhalb der ersten 7 Lebensstage stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden und eine Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von über 12 Stunden haben oder die im Alter von 8 bis 120 Tagen von einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von weniger als 2.000 g
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung
- Beatmung länger als eine Stunde
- schwerwiegende Erkrankung bei einem Aufnahmegewicht ab 2.000 g

Dokumentationspflichtig sind darüber hinaus Kinder, die im Kreißsaal oder in den ersten 7 Lebensstagen versterben oder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt wurden und verstorben sind.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien werden pro Jahr aktuell über 100.000 Früh- oder Neugeborene erfasst. Bei ca. 10.000 von diesen Kindern handelt es sich um sehr kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g oder mit einem Gestationsalter von weniger als 32 vollendeten Schwangerschaftswochen. Ein Großteil der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Auswertungsmodul *PM-NEO* bezieht sich auf diese Hochrisikogruppe. Neben der Erfassung der Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei sehr kleinen Frühgeborenen (IDs 51832 und 51837) und Risiko-Lebendgeborenen (ID 51070) werden auch schwerwiegende Erkrankungen betrachtet, die Langzeitfolgen für diese Kinder nach sich ziehen können. Hierunter fallen höhergradige Hirnblutungen, die vermehrt mit späteren Behinderungen einhergehen (IDs 51076, 50050 und 222200 zur intra- und periventrikulären Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)), entzündliche Darmerkrankungen (IDs 51838, 51843 und 222201 zur nekrotisierenden Enterokolitis (NEK)) sowie schwerwiegende Schädigungen der weißen Hirnsubstanz (IDs 51077 und 50051 zur zystischen periventrikulären Leukomalazie (PVL)), der Lunge (IDs 51079 und 50053 zur bronchopulmonalen Dysplasie (BPD)) oder der Netzhaut des Auges (IDs 51078 und 50052 zur höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)). Zudem werden nosokomiale Infektionen – Infektionen, die im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts erworben werden und zu den häufigsten Ursachen der Sterblichkeit dieser Kinder gehören – erfasst (ID 50060). Darüber hinaus wird erhoben, ob sich bei beatmeten Kindern eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand gebildet hat (ID 50062 zum Pneumothorax). Ein Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901), in dem ver-

schiedene Kennzahlen der Ergebnisqualität für Frühgeborene verrechnet werden, wird ausgewiesen, da aufgrund der geringen Anzahl an Frühgeborenen zufällige statistische Schwankungen sehr ausgeprägt sind und oftmals keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mittels eines einzelnen Qualitätsindikators ermöglichen. Des Weiteren wird die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts erfasst (ID 52262), da sich hierdurch zusätzliche Rückschlüsse auf die Kindesentwicklung und mögliche Qualitätsprobleme ziehen lassen. Neben diesen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität werden auch Prozessindikatoren gemessen. Beispielsweise wird erhoben, ob die Körpertemperatur bei Aufnahme ins Krankenhaus unter 36,0 °C beträgt (IDs 50069 und 50074), da eine Unterkühlung schwerwiegende Komplikationen und Folgeerkrankungen hervorruft und sich somit auf die spätere Entwicklung der Kinder negativ auswirken kann. Zudem wird erfasst, ob ein Hörtest durchgeführt wurde (ID 50063), um frühestmöglich angeborene Hörstörungen diagnostizieren und eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 14 Transparenzkennzahlen ausgewiesen (siehe Tabelle 35).

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 35: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-NEO

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	QS-Dokumentation	2022
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2022
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)			
51076	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2022
50050	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)*	QS-Dokumentation	2022
222200	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus*	QS-Dokumentation	2022

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)			
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2022
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)*	QS-Dokumentation	2022
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)			
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2022
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)			
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2022
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)*	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)			
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2022
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)*	QS-Dokumentation	2022
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QS-Dokumentation	2022
50060	Nosokomiale Infektion	QS-Dokumentation	2022
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QS-Dokumentation	2022
52262	Zunahme des Kopfumfangs	QS-Dokumentation	2022
50063	Durchführung eines Hörtests	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C			
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QS-Dokumentation	2022
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QS-Dokumentation	2022

* Transparenzkennzahl

Zudem werden im Bericht die Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt, die gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien umfasst. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Unterschieden wird dabei zwischen Auffälligkeitskriterien zur

Plausibilität und Vollständigkeit und Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Auffälligkeitskriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (siehe Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist.

Im Auswertungsmodul PM-NEO werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	QS-Dokumentation
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	QS-Dokumentation
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	QS-Dokumentation
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	QS-Dokumentation
852001	Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Tabelle 37 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundesweit sowohl auf Ebene der Institutskennezeichennummer (IKNR) als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wiederum wird zwischen Auswertungsstandort und entlassendem Standort unterschieden. „Auswertungsstandort“ bedeutet, dass zu diesem Standort Qualitätsindikatorberechnungen erfolgten; „entlassender Standort“ bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Da die Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2022 nur für die entlassenden Standorte vorliegt, kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Für das Auswertungsmodul *PM-NEO* erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit entsprechend dem entlassenden Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2022 von 508 entlassenden Standorten 97.244 QS-Datensätze inklusive 716 Minimaldatensätze übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze bzw. die Anzahl der entlassenden Standorte auf Bundesebene unterscheidet sich von der Anzahl der erwarteten Datensätze bzw. der Anzahl der entlassenden Standorte auf Bundesebene. Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 wurden für das Auswertungsmodul *PM-NEO* zum Erfassungsjahr 2022 insgesamt weniger Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in etwa gleich geblieben. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger (mit Aufnahme im EJ 2020 und Entlassung im EJ 2021) im Datensatz enthalten, da aufgrund des Richtlinienwechsels von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)⁶ zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Überlieger sind nun im Datensatz des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten (3.542 Überlieger).

Es gab 2 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze, aber keine Sollstatistik geliefert haben.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul *PM-NEO* Basisdatensätze von insgesamt 96.528 behandlungsbedürftigen Früh- und Neugeborenen erfasst. Dies ist ein Rückgang um

⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am: 30.06.2023).

5,78 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2021: 102.450). Dieser Rückgang kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Geburtenzahl im Erfassungsjahr 2022 im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 insgesamt abgenommen hat (EJ 2022: 707.621; EJ 2021: 757.644).

Tabelle 37: Datengrundlage (AJ 2023) – PM-NEO

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	97244	96411	100,86
	Basisdatensatz	96528		
	MDS	716		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene (gesamt)		472		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		508		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		508	516	98,45

2.2 Risikoadjustierung

Im Erfassungsjahr 2022 werden im Auswertungsmodul *PM-NEO* 5 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen risikoadjustiert ausgewiesen. Bei diesen wird jeweils eine logistische Regression angewendet. Als Regressionsgewichte werden Risikofaktoren gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im statistischen Schätzmodell relevante Effekte für das betrachtete Outcome nachgewiesen werden konnten. Insbesondere das Gestationsalter findet hier Anwendung, da vor allem ein niedrigeres Gestationsalter bei Geburt das Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko unabhängig von anderen Faktoren erhöht. Die Überlebenswahrscheinlichkeit von Frühgeborenen sinkt ebenso mit abnehmendem Geburtsgewicht bzw. Aufnahmegewicht. Ein weiterer Risikofaktor ist das Geschlecht – Jungen weisen i. d. R. ein höheres Morbiditätsrisiko auf als Mädchen. Schwere angeborene oder letale angeborene Erkrankungen werden nicht im Rahmen der Risikoadjustierung berücksichtigt, da diese bereits aus der Grundgesamtheit aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausgeschlossen werden.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden die Risikokoeffizienten des aktuellen Erfassungsjahres i. d. R. auf der Datenbasis des Vorjahres neu berechnet.

In Tabelle 4 folgt eine Übersicht über die im Auswertungsmodul *PM-NEO* risikoadjustierten Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen unter Nennung der Methode der Risikoadjustierung und der potenziellen Einflussfaktoren im Risikoadjustierungsmodell.

Tabelle 38: Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-NEO

ID	Qualitätsindikator/Transparenzkennzahl	Methode der Risikoadjustierung	Potenzielle Einflussfaktoren im Risikomodell
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen*	Logistische Regression (O/E)	Geschlecht Gestationsalter
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)*	Logistische Regression (O/E)	Geschlecht Gestationsalter
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)*	Logistische Regression (O/E)	Geschlecht Gestationsalter
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)*	Logistische Regression (O/E)	Geschlecht Gestationsalter
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)*	Logistische Regression (O/E)	Geschlecht Gestationsalter
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)*	Logistische Regression (O/E)	Geschlecht Gestationsalter
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	Logistische Regression (O/E)	Geschlecht Gestationsalter
50060	Nosokomiale Infektion	Logistische Regression (O/E)	Geschlecht Gestationsalter
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	Logistische Regression (O/E)	Geschlecht Gestationsalter
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	Logistische Regression (O/E)	Aufnahmegewicht
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	Logistische Regression (O/E)	Aufnahmegewicht

* Transparenzkennzahl

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

In Tabelle 39 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 39: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	0,99 % 907/91937 (≤ 3,56 %; 95. Perzentil)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	0,76 % 100/13237 (≤ 3,37 %; 95. Perzentil)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	16,82 % 623/3703 (= 0)
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	60,72 % 609/1003 (≤ 80,00 %)
852001	Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	42,97 % 2042/4752 (≤ 70,43 %; 90. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,86 % 97244/96411 (≥ 95,00 %)
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,86 % 97244/96411 (≤ 110,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,74 % 716/96411 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 40 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Der Anteil umfasst alle Leistungserbringer, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums aufweisen. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden. Es weisen von insgesamt 518 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 154 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Tabelle 40: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	2022	18 von 478	3,77	4
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	52262: Zunahme des Kopfumfangs	2022	15 von 303	4,95	2
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	69 von 270	25,56	56
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2022	30 von 164	18,29	7
852001	Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2022	41 von 217	18,89	0

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	8 von 516	1,55	0
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	10 von 516	1,94	2
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	13 von 516	2,52	2

Im Folgenden werden die jeweiligen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bzw. zur Vollzähligkeit näher beschrieben.

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2022 werden im Auswertungsmodul *PM-NEO* 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen, im Erfassungsjahr 2021 wurden hingegen noch 6 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit erhoben.

Das Auffälligkeitskriterium **„Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab“ (ID 851800)** wird seit dem Erfassungsjahr 2022 nicht mehr erhoben, da ab der Spezifikation 2023 im Auswertungsmodul *PM-NEO* eine neue harte Plausibilitätsprüfung eingeführt wurde, welche abfragt, ob das Geburts- und Aufnahmegewicht um mehr als 500 g voneinander abweichen, obwohl der Geburts- und Aufnahmezeitpunkt identisch sind.

Das bereits seit dem Erfassungsjahr 2022 pausierte Auffälligkeitskriterium **„Gestationsalter erscheint zu niedrig oder zu hoch für das dokumentierte Geburtsgewicht“ (ID 851814)** soll aufgrund des nur sehr geringen Anteils an generierten rechnerischen Auffälligkeiten ab dem Erfassungsjahr 2023 gestrichen werden.

Aufnahmetemperatur nicht angegeben (ID 850206)

Das Auffälligkeitskriterium „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) prüft, ob die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Qualitätsindikatoren „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069) und „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074).

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 0,99 %. Das bedeutet, dass bei 907 von 91.937 lebendgeborenen Kindern in der Grundgesamtheit keine Aufnahmetemperatur dokumentiert wurde. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von $\leq 3,56$ % (95. Perzentil) und mindestens 10 Fällen im Nenner hatten insgesamt 3,77 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (18 von 478). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2021: 4,50 %).

Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme (ID 850207)

Das Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme“ (ID 850207) prüft, ob der Kopfumfang des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus geringer als bei Aufnahme des Kindes in das Krankenhaus war. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262).

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 0,76 %. Das bedeutet, dass bei 100 von 13.237 lebendgeborenen Kindern in der Grundgesamtheit ein geringerer Kopfumfang bei Entlassung als bei Aufnahme dokumentiert wurde. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von $\leq 3,37$ % (95. Perzentil) und mindestens 5 Fällen im Nenner hatten insgesamt

4,95 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (15 von 303). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2021: 4,26 %).

Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert (ID 851813)

Das Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) prüft, ob bei Kindern eine Diagnose nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD) dokumentiert wurde, die kein Bestandteil der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen ist, obwohl im Dokumentationsbogen angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu allen im Auswertungsmodul *PM-NEO* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 16,82 %. Das bedeutet, dass bei 623 von 3.703 lebendgeborenen Kindern in der Grundgesamtheit keine ICD-Diagnose angegeben wurde, die einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung entspricht. Bei einem Referenzbereich von 0 und mindestens 3 Fällen im Zähler hatten insgesamt 25,56 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (69 von 270). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr stark gesunken (EJ 2021: 61,79 %).

Die starke Reduktion der rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse ist darauf zurückzuführen, dass zum Erfassungsjahr 2022 eine Mindestfallzahl von 3 im Zähler des Auffälligkeitskriteriums eingeführt wurde. Hierdurch soll der Aufwand im Stellungnahmeverfahren reduziert werden, aber dennoch sollen die Standorte mit häufiger Angabe „schwere oder letale angeborene Erkrankung“ geprüft werden, bei denen kein ICD-Kode angegeben wurde, der Bestandteil der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen ist.

Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD (ID 851902)

Das Auffälligkeitskriterium „Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD“ (ID 851902) prüft, ob bei Kindern weder eine moderate noch eine schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD) angegeben wurde, obwohl das Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD gemäß Nennerdefinition zu vermuten wäre. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Kennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (ID 51079) und „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 50053) sowie zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901).

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 60,72 %. Das bedeutet, dass bei 609 von 1.003 lebendgeborenen Kindern in der Grundgesamtheit keine moderate oder schwere BPD dokumentiert wurde. Bei einem festen Referenzbereich von $\leq 80,00$ % und

mindestens 2 Fällen im Zähler hatten insgesamt 18,29 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (30 von 164). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken (EJ 2021: 20,37 %).

Im Zuge der ab der Spezifikation 2024 umfassenden Überarbeitung des Datenfeldes „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ und des damit angepassten Ausfüllhinweises wurde zum Erfassungsjahr 2022 die im Nenner des Auffälligkeitskriteriums in Hinblick auf die Beatmungsdauer enthaltene Zeitbeschränkung „mindestens 28 Tage“ aufgehoben.

Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums (ID 852001)

Das Auffälligkeitskriterium „Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) prüft, ob das Datum des ersten in der eigenen Einrichtung durchgeführten ROP-Screenings außerhalb des in der Leitlinie (Maier et al. 2020) empfohlenen Zeitraums dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Kennzahlen „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)“ (ID 51078) und „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)“ (ID 50052) sowie zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901).

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 42,97 %. Das bedeutet, dass bei 2.042 von 4.752 lebendgeborenen Kindern in der Grundgesamtheit das Datum des ersten ROP-Screenings nicht im gemäß Leitlinie empfohlenen Zeitraum dokumentiert wurde. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von $\leq 70,43\%$ (90. Perzentil) hatten insgesamt 18,89 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (41 von 217). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr stark gestiegen (EJ 2021: 2,34 %).

Der starke Anstieg kann mit den folgenden Anpassungen am Auffälligkeitskriterium begründet werden: Gemäß Empfehlung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ (Maier et al. 2020) sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42), aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen erfolgen. Auch bei extrem unreifen Frühgeborenen erfolge die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh. Für Kinder mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 24+6 Wochen wurde das Auffälligkeitskriterium allerdings nicht korrekt abgebildet. Gemäß Leitlinie sollte bei diesen Kindern die erste Augenuntersuchung mit einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen bis 31+6 Wochen bzw. in der 7. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 43 bis 49) durchgeführt werden. Daher wurde das Auffälligkeitskriterium zum Erfassungsjahr 2022 umfassend überarbeitet. Das Auffälligkeitskriterium wurde von „Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung“ in „Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ umbenannt. Zudem wurde die Bezeichnung „ophthalmologische Untersuchung“ in „ROP-Screening“ angepasst. Im Zähler und Nenner wurden gemäß Leitlinie neue Bedingungen für Kinder mit einem Gestationsalter unter 25+0 Wochen zugrunde gelegt (siehe oben). Darüber hinaus werden nun auch Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 23+6 Wochen im

Auffälligkeitskriterium eingeschlossen. Der feste Referenzbereich von $\leq 25,00\%$ wurde in einen perzentilbasierten Referenzbereich von $\leq 90.$ Perzentil geändert. Dabei wurde auf die Zugrundelegung einer Mindestfallzahl verzichtet (vorher Mindestfallzahl im Nenner von 50).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs erzielen. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit weisen nicht automatisch alle Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf, bei denen in keine 100 %ige Vollzähligkeit vorlag (siehe Datengrundlage in Abschnitt 2.1). Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungnahmeverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Unterdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten Minimaldatensätzen vorgelegen haben. Da – wie in Abschnitt 2.1 beschrieben – die Sollstatistik durch entlassende Standorte erstellt wird, beziehen sich folgende Ausführungen zu Leistungserbringern immer auf Ebene der entlassenden Standorte.

Das letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 geprüfte „Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation“ (ID 850199) wurde zum Erfassungsjahr 2022 wieder eingeführt. Ziel ist es, eine valide Datengrundlage für die Berechnung der Indikatorergebnisse zu gewährleisten und auch bei Unterdokumentation den Gründen nachzugehen. Die Wiedereinführung dieses Auffälligkeitskriteriums erfolgt in seiner letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 angewandten Form (Rechenregeln, Referenzbereiche).

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850199)

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850199) prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *PM-NEO* eine Dokumentationsrate von 100,86 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 8 von 516 Leistungserbringern (1,55 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Das Auffälligkeitskriterium wurde zum Erfassungsjahr 2022 wieder eingeführt.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850200)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850200) prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 110,00\%$ bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Auswertungsmodul *PM-NEO* eine Dokumentationsrate von 100,86 %, es besteht auf Bundesebene somit

eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 10 von 516 Leistungserbringern (1,94 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850208)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (ID 850208) prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 5,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,74 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz angelegt wurde. Auf Leistungserbringerebene hatten 13 von 516 Leistungserbringern (2,52 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

In Tabelle 41 werden die im Auswertungsmodul *PM-NEO* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen unter Angabe des Bundesergebnisses (und des Referenzbereichs bei Qualitätsindikatoren) dargestellt. Zusätzlich werden die Vorjahresergebnisse und die Vergleichbarkeit zum Vorjahr in der Tabelle ausgewiesen.

Tabelle 41: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2023) – PM-NEO

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Sterblichkeit im Krankenhaus				
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	0,21 % 170/80081 (Sentinel Event)	0,20 % 170/86311	eingeschränkt vergleichbar
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)*	3,67 % 332/9038	3,57 % 298/8348	eingeschränkt vergleichbar
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen*	0,93 332/357,92	1,00 298/298,00	eingeschränkt vergleichbar
Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)				
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)*	2,97 % 264/8882	2,81 % 230/8194	eingeschränkt vergleichbar
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)*	0,95 264/278,30	1,00 230/230,00	eingeschränkt vergleichbar
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus*	1,08 % 105/9695	- -/-	Kennzahl im Vorjahr nicht berechnet
Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)				
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)*	1,77 % 176/9923	1,93 % 178/9206	eingeschränkt vergleichbar
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)*	0,86 176/203,50	1,00 178/178,00	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK*	1,08 % 107/9923	- -/-	Kennzahl im Vorjahr nicht berechnet
Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)				
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)*	1,07 % 87/8139	1,36 % 102/7524	eingeschränkt vergleichbar
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)*	0,75 87/116,26	1,00 102/102,00	eingeschränkt vergleichbar
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)				
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)*	6,99 % 451/6452	5,40 % 318/5886	eingeschränkt vergleichbar
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)*	1,11 451/407,99	1,00 318/318,00	eingeschränkt vergleichbar
Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)				
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)*	4,57 % 207/4534	3,67 % 147/4001	eingeschränkt vergleichbar
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)*	1,08 207/192,09	1,00 147/147,00	eingeschränkt vergleichbar
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	1,00 1127/1130,76 (≤ 1,79; 95. Perzentil)	1,00 923/923,00	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
50060	Nosokomiale Infektion	1,04 963/929,67 (≤ 2,92; 95. Perzentil)	1,00 851/851,00	eingeschränkt vergleichbar
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	1,02 865/847,20 (≤ 2,68; 95. Perzentil)	1,00 834/834,00	eingeschränkt vergleichbar
52262	Zunahme des Kopfumfangs	9,79 % 1231/12575 (≤ 19,49 %; 95. Perzentil)	10,00 % 1229/12289	eingeschränkt vergleichbar
50063	Durchführung eines Hörtests	98,18 % 85661/87253 (≥ 95,00 %)	98,30 % 91168/92749	eingeschränkt vergleichbar
Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C				
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	0,98 397/406,14 (≤ 2,50; 95. Perzentil)	1,00 357/357,00	eingeschränkt vergleichbar
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	1,03 2723/2640,92 (≤ 2,13; 95. Perzentil)	1,00 2806/2806,00	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

In Tabelle 42 ist für alle Qualitätsindikatoren im Auswertungsmodul *PM-NEO* der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2022 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 42: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023) – PM-NEO

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	2022	111 von 472	23,52	48
		2021	107 von 482	22,20	–*
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2022	27 von 301	8,97	2
		2021	25 von 307	8,14	–*
50060	Nosokomiale Infektion	2022	18 von 407	4,42	4
		2021	18 von 422	4,27	–*
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	2022	19 von 354	5,37	2
		2021	21 von 364	5,77	–*
52262	Zunahme des Kopfumfangs	2022	17 von 297	5,72	1
		2021	15 von 301	4,98	–*
50063	Durchführung eines Hörtests	2022	23 von 411	5,60	5
		2021	26 von 426	6,10	–*

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C					
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	2022	23 von 298	7,72	5
		2021	22 von 303	7,26	_*
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	2022	21 von 437	4,81	6
		2021	25 von 459	5,45	_*

* Da das Verfahren erst seit dem EJ 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann an dieser Stelle kein Ergebnis ausgegeben werden.

Änderungen an den Qualitätsindikatoren/Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden zum Erfassungsjahr 2022 zwei neue Transparenzkennzahlen eingeführt: Zum einen wurde innerhalb der Kennzahlengruppe „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)“ die neue Kennzahl **„Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus“ (ID 222200)** aufgenommen. Ein post-hämorrhagischer Hydrozephalus ist die schwerwiegendste Komplikation einer IVH und tritt bei etwa der Hälfte der Kinder mit IVH auf. Zum anderen wurde innerhalb der Kennzahlengruppe „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)“ die neue Kennzahl **„Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK“ (ID 222201)** integriert. Bei der NEK und FIP/SIP handelt es sich um verschiedene, den entzündlichen Darmerkrankungen zuzuordnende Krankheitsbilder, denen eine spezifische Ätiologie und Pathophysiologie zugrunde liegt und die einer unterschiedlichen Behandlung/Therapie bedürfen. Kinder mit einer NEK bzw. einer FIP/SIP werden oftmals bzw. regelhaft aufgrund einer Operation weiterverlegt. Diese sollen ebenso miterfasst werden.

Im Folgenden werden die mit einem Referenzbereich ausgewiesenen Ergebnis- und Prozessindikatoren näher beschrieben.

Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität

Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 51070)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Sentinel-Event-Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) bei 0,21 % (170 Fälle). Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 0,20 % (170 Fälle).

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 22,20 % (EJ 2021) auf 23,52 % (EJ 2022) erhöht.

Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) bei 1,00. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis ebenso 1,00.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 8,14 % (EJ 2021) auf 8,97 % (EJ 2022) erhöht.

Nosokomiale Infektion (ID 50060)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Nosokomiale Infektion“ (ID 50060) bei 1,04. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 1,00.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 4,27 % (EJ 2021) auf 4,42 % (EJ 2022) erhöht.

Pneumothorax unter oder nach Beatmung (ID 50062)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Pneumothorax unter oder nach Beatmung“ (ID 50062) bei 1,02. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 1,00.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 5,77 % (EJ 2021) auf 5,37 % (EJ 2022) reduziert.

Zunahme des Kopfumfangs (ID 52262)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Qualitätsindikators „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) bei 9,79 %. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 10,00 %.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 4,98 % (EJ 2021) auf 5,72 % (EJ 2022) erhöht.

Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität***Durchführung eines Hörtests (ID 50063)***

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des Qualitätsindikators „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063) bei 98,18 %. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 98,30 %.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 6,10 % (EJ 2021) auf 5,60 % (EJ 2022) reduziert.

Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen (ID 50069)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069) bei 0,98. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 1,00.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 7,26 % (EJ 2021) auf 7,72 % (EJ 2022) erhöht.

Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 50074)

Im Erfassungsjahr 2022 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074) bei 1,03. Im Erfassungsjahr 2021 betrug das Bundesergebnis 1,00.

Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 5,45 % (EJ 2021) auf 4,81 % (EJ 2022) reduziert.

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für das Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2022 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2021 beziehen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

Das Auswertungsmodul *PM-NEO* wird seit dem Erfassungsjahr 2021 erstmalig unter der DeQS-RL geführt und dementsprechend erstmalig im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL behandelt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß Teil 1 § 16 der DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2021 wurden im Auswertungsmodul *PM-NEO* insgesamt 8 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollständigkeit geprüft, zu denen 2.829 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden. Wie in Tabelle 43 wiedergegeben, wurden 275 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 214 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 61-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 86 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse ($n = 275$) einem Anteil von 31,27 % entspricht. Bei einem Leistungserbringer wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert.

Tabelle 43: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL (AJ 2022) – PM-NEO

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des Moduls	2829	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	275	9,72
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	275	100
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	61	22,18
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	214	77,82
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	214	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	122	44,36
Bewertung als qualitativ auffällig	86	31,27
Sonstiges	6	2,18
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	1	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei den aktuell berichteten Ergebnissen zur Überdokumentation kann es im Vergleich zum Vorjahr für einzelne Verfahren zu minimalen Abweichungen kommen. Dies ist ursächlich auf eine technische Umsetzungsproblematik zurückzuführen. Durch die Automatisierung dieses Prozesses wurde die Problematik bereits in diesem Jahr behoben.

In Tabelle 44 werden für jedes Auffälligkeitskriterium die rechnerischen Auffälligkeiten und die Bewertungsergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens sowohl bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse als auch bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Auffälligkeitskriterium dargestellt.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) ermittelt (n = 186 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 301 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 61,79 %). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr erheblich gestiegen (EJ 2020: 15,04 %). Der starke Anstieg kann damit begründet werden, dass die im Auffälligkeitskriterium verwendete Liste mit letalen angeborenen Erkrankungen überarbeitet und um schwere angeborene Erkrankungen erweitert wurde. Somit werden im Auffälligkeitskriterium neben letalen angeborenen Erkrankungen ebenso schwere angeborene Erkrankungen berücksichtigt.

Insgesamt wurden 86 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (31,27 %). Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Auffälligkeitskriterium „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) festgestellt (n = 14 von 22). Demnach wurde bei 63,64 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bestätigt, dass innerhalb der QS-Dokumentation angegeben wurde, dass die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus nicht bekannt war.

Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, beträgt 44,36 % (n = 122 von 275). Im Auffälligkeitskriterium „Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD“ (ID 851902) fanden sich für das Erfassungsjahr 2021 die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig (51,52 %; n = 17 von 33 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Diesbezüglich kann angemerkt werden, dass das Datenfeld „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ ab der Spezifikation 2024 umfassend überarbeitet wird. Nach Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene *Perinatalmedizin* soll eine vereinfachte, einheitliche und eindeutige Definition angeboten werden, die sowohl aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung trägt als auch an der klinischen Praxis orientiert ist. Hierdurch soll eine einfach umsetzbare und damit validere Dokumentation sowie eine bessere Abbildung einer moderaten bzw. schweren BPD in den jeweiligen Qualitätsparametern ermöglicht werden. Ebenso wurde im Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen ermittelt (47,31 %; n = 88 von 186). Hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums 851813 wurde in den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren darauf verwiesen, dass die für die Berechnung des Auffälligkeitskriteriums herangezogene Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen nicht auf Vollständigkeit beruht bzw. dass gemäß Einschätzung der LAG Erkrankungen vorgelegen haben, die zwar kein Be-

standteil der o. g. Liste sind, allerdings als schwer oder letal anzusehen seien. Darüber hinaus lagen vereinzelt gemäß Liste als nicht schwer oder letal einzustufende angeborene Erkrankungen vor, die in Kombination insgesamt als schwer oder letal einzustufen waren. Es ist darauf hinzuweisen, dass Kinder, bei denen angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt, aktuell aus der Grundgesamtheit aller Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien ausgeschlossen werden. Die Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen wird bewusst als nicht final abgeschlossen, sondern als lernendes System angesehen. Das IQTIG prüft in regelmäßigen Abständen (auch auf Basis der Rückmeldungen der LAG und Leistungserbringer), inwieweit ICD-Kodes aus inhaltlicher Sicht eine schwere oder letale angeborene Erkrankung darstellen und ob diese mit einer signifikant erhöhten Mortalität einhergehen und dementsprechend in die o. g. Liste aufgenommen werden sollten.

Tabelle 44: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	22 / 489 (4,50 %)	2	0 / 22 (0,00 %)	0 / 489 (0,00 %)	6 / 22 (27,27 %)	6 / 489 (1,23 %)	14 / 22 (63,64 %)	14 / 489 (2,86 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 489 (0,00 %)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	13 / 305 (4,26 %)	3	0 / 13 (0,00 %)	0 / 305 (0,00 %)	6 / 13 (46,15 %)	6 / 305 (1,97 %)	4 / 13 (30,77 %)	4 / 305 (1,31 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 305 (0,00 %)
851800	Geburts- und Aufnahme-gewicht weichen voneinander ab	5 / 374 (1,34 %)	2	0 / 5 (0,00 %)	0 / 374 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 374 (0,00 %)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 374 (0,80 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 374 (0,00 %)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	186 / 301 (61,79 %)	40	0 / 186 (0,00 %)	0 / 301 (0,00 %)	88 / 186 (47,31 %)	88 / 301 (29,24 %)	53 / 186 (28,49 %)	53 / 301 (17,61 %)	5 / 186 (2,69 %)	5 / 301 (1,66 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	33 / 162 (20,37 %)	9	0 / 33 (0,00 %)	0 / 162 (0,00 %)	17 / 33 (51,52 %)	17 / 162 (10,49 %)	7 / 33 (21,21 %)	7 / 162 (4,32 %)	0 / 33 (0,00 %)	0 / 162 (0,00 %)
852001	Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	5 / 214 (2,34 %)	2	0 / 5 (0,00 %)	0 / 214 (0,00 %)	2 / 5 (40,00 %)	2 / 214 (0,93 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 214 (0,47 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 214 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2 / 492 (0,41 %)	1	0 / 2 (0,00 %)	0 / 492 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 492 (0,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 492 (0,20 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 492 (0,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	9 / 492 (1,83 %)	2	0 / 9 (0,00 %)	0 / 492 (0,00 %)	3 / 9 (33,33 %)	3 / 492 (0,61 %)	3 / 9 (33,33 %)	3 / 492 (0,61 %)	1 / 9 (11,11 %)	1 / 492 (0,20 %)

In Tabelle 45 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul *PM-NEO* dargestellt. Insgesamt wiesen 48 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 5 Leistungserbringern wurden mehr als 3 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. 7 Leistungserbringer wiesen mehr als ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf, ein Leistungserbringer hatte mehr als 3 qualitativ auffällige Ergebnisse.

Tabelle 45: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – *PM-NEO*

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
163	48	5	69	7	1

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 der DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2021 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 3.064 Qualitätsindikatorenergebnisse ermittelt wurden. Das Stellungnahmeverfahren kann mehrstufig sein, wozu neben der Einholung von schriftlichen Stellungnahmen insbesondere die Durchführung von Gesprächen und mit Einverständnis des Leistungserbringers auch Begehungen gehören. Wie in Tabelle 46 wiedergegeben, wurden 259 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 239 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen. Zu 2 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein Gespräch durchgeführt, bei keinem Leistungserbringer hat eine Begehung stattgefunden. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 39 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 259) einem Anteil von 15,06 % entspricht. Bei 12 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen initiiert.

Tabelle 46: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL (AJ 2022) – PM-NEO

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des Moduls	3064	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	259	8,45
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	259	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	259	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	20	7,72
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	239	92,28
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	239	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,84
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	188	72,59
Bewertung als qualitativ auffällig	39	15,06
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	4	1,54
Sonstiges	8	3,09
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	12	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

In Tabelle 47 werden für jeden Qualitätsindikator die rechnerischen Auffälligkeiten und die Bewertungsergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens sowohl bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse als auch bezogen auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator dargestellt.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) ermittelt (n = 107 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 482 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Qualitätsindikator).

Insgesamt wurden 39 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (15,06 %). Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074) festgestellt (n = 14 von 25; 56,00 %). Hinsichtlich dieses Qualitätsindikators wurden vonseiten der LAG Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel wie ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung (z. B. Raumtemperatur bei der Erstversorgung, Verwendung von Wärmetüchern, postnatales Bonding im Kreißsaal) genannt. Beim Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) wurde darüber hinaus kein Ergebnis als qualitativ auffällig bewertet (n = 0 von 15 rechnerisch auffälligen Ergebnissen).

Im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 war bei 1,54 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 4 von 259) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich. Die meisten Dokumentationsfehler (n = 2 von 26 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; 7,69 %) wurden im Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063) identifiziert.

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, beträgt 72,59 % (n = 188 von 259). Im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) fanden sich für das Erfassungsjahr 2021 die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig (89,72 %; n = 96 von 107 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren wurden unvermeidliche, schicksalhaft verlaufende und medizinisch begründete Einzelfälle, bei denen keine Mängel in der Qualität der medizinischen Leistungserbringung zu erkennen waren, als Begründung für eine Einstufung als qualitativ unauffällig genannt. Vielfach zeigten sich Hinweise auf Prozessmängel im geburtshilflichen Management (z. B. verzögerte Reaktion auf ein suspektes bzw. pathologisches Kardiotokogramm, verzögerte Feststellung der Lage des Kindes) bei z. T. aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern. Darüber hinaus waren bei zuverlegten Kindern teilweise relevante Informationen nicht verfügbar, sodass eine adäquate abschließende Bewertung im Stellungnahmeverfahren nicht immer möglich war.

Tabelle 47: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	107 / 482 (22,20 %)	0	0 / 107 (0,00 %)	0 / 482 (0,00 %)	96 / 107 (89,72 %)	96 / 482 (19,92 %)	5 / 107 (4,67 %)	5 / 482 (1,04 %)	1 / 107 (0,93 %)	1 / 482 (0,21 %)	5 / 107 (4,67 %)	5 / 482 (1,04 %)
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	25 / 307 (8,14 %)	4	0 / 25 (0,00 %)	0 / 307 (0,00 %)	18 / 25 (72,00 %)	18 / 307 (5,86 %)	3 / 25 (12,00 %)	3 / 307 (0,98 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 307 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 307 (0,00 %)
50060	Nosokomiale Infektion	18 / 422 (4,27 %)	1	0 / 18 (0,00 %)	0 / 422 (0,00 %)	12 / 18 (66,67 %)	12 / 422 (2,84 %)	3 / 18 (16,67 %)	3 / 422 (0,71 %)	1 / 18 (5,56 %)	1 / 422 (0,24 %)	1 / 18 (5,56 %)	1 / 422 (0,24 %)
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	21 / 364 (5,77 %)	1	0 / 21 (0,00 %)	0 / 364 (0,00 %)	15 / 21 (71,43 %)	15 / 364 (4,12 %)	4 / 21 (19,05 %)	4 / 364 (1,10 %)	0 / 21 (0,00 %)	0 / 364 (0,00 %)	1 / 21 (4,76 %)	1 / 364 (0,27 %)
52262	Zunahme des Kopfumfangs	15 / 301 (4,98 %)	4	0 / 15 (0,00 %)	0 / 301 (0,00 %)	10 / 15 (66,67 %)	10 / 301 (3,32 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 301 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 301 (0,00 %)	1 / 15 (6,67 %)	1 / 301 (0,33 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
50063	Durchführung eines Hörtests	26 / 426 (6,10 %)	4	0 / 26 (0,00 %)	0 / 426 (0,00 %)	14 / 26 (53,85 %)	14 / 426 (3,29 %)	6 / 26 (23,08 %)	6 / 426 (1,41 %)	2 / 26 (7,69 %)	2 / 426 (0,47 %)	0 / 26 (0,00 %)	0 / 426 (0,00 %)
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	22 / 303 (7,26 %)	3	0 / 22 (0,00 %)	0 / 303 (0,00 %)	15 / 22 (68,18 %)	15 / 303 (4,95 %)	4 / 22 (18,18 %)	4 / 303 (1,32 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 303 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 303 (0,00 %)
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	25 / 459 (5,45 %)	3	0 / 25 (0,00 %)	0 / 459 (0,00 %)	8 / 25 (32,00 %)	8 / 459 (1,74 %)	14 / 25 (56,00 %)	14 / 459 (3,05 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 459 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 459 (0,00 %)

In Tabelle 48 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul *PM-NEO* dargestellt. Insgesamt wiesen 35 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 7 Leistungserbringern wurden mehr als 3 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Drei Leistungserbringer wiesen mehr als ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf.

Tabelle 48: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022) – *PM-NEO*

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 rechn. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
168	35	7	33	3	0

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 13 (QS PM) § 2 Abs. 6 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen muss der G-BA in Zusammenarbeit mit dem IQTIG noch entscheiden.

Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse eines jeden Jahres sinnvoll für eine Bewertung des gesamten Verfahrens zum 30. Juni 2026 effizient nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen empfohlen. Für die fortlaufende Evaluation sollen der Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Bundesländern erfasst und berichtet werden. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anzupassen zu können. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgt für die LAG auf freiwilliger Basis.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern werden jährlich im Rahmen einer strukturierten Abfrage über eine vordefinierte Excel-Datei erfasst. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen auch die Rückmeldungen der jeweiligen Fachkommission auf Landesebene sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Die Evaluationsfragen beinhalten folgende Dimensionen:

- Einschätzung von **Prozessen** (Erfassung, Spezifikation, Export, Plausibilisierung etc.)
- Einschätzung zu **Indikatoren und Ergebnissen** (Indikatorergebnisse, qualitätssichernde Maßnahmen, Rechenregeln etc.)
- Einschätzungen zu **sonstigen Themen**

Die erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und die Rückmeldungen der Leistungserbringer und Fachkommissionen werden im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen diese Rückmeldungen der Landesebene dem IQTIG dazu, etwaigen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Prozesse des QS-Verfahrens zu erkennen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Für das Erfassungsjahr 2021 haben zum Auswertungsmodul *PM-NEO* 5⁷ der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt. Die an das IQTIG zurückgemeldeten Einschätzungen wurden im Anschluss aufbereitet; relevante und nicht bereits im Rahmen des QSEB an das IQTIG herangetragene Stellungnahmen werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

2 LAG wiesen darauf hin, dass der aktuell veröffentlichte Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) einen ungeeigneten Qualitätsparameter darstelle, da dieser z. B. durch Messungenauigkeiten und Einflüsse der medizinischen Versorgung (z. B. CPAP-Beatmung (*continuous positive airway pressure*) mit Befestigung durch eine Mütze) störanfällig sei. Die Messung des Schädelvolumens lasse darüber hinaus gegenüber der zweidimensionalen Messung des Kopfumfangs eine bessere Einschätzung des Hirnwachstums zu. Aufgrund der Streuung der Messergebnisse sei keine sinnvolle Beurteilung der medizinischen Qualität der Versorgung möglich. Darüber hinaus wurde der Qualitätsindikator 52262 in der Vergangenheit mit Blick auf die Beeinflussbarkeit des Kopfwachstums von Frühgeborenen während des stationären Aufenthalts und der damit einhergehenden Verantwortlichkeitszuschreibung diskutiert. Der Qualitätsindikator soll künftig im Rahmen des Eckpunktepapiers des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung hinsichtlich einer möglichen Überarbeitung, Aussetzung oder Aufhebung geprüft werden (G-BA 2023).

Zum Auffälligkeitskriterium „Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung“ (ID 852001) wurde von einer LAG angemerkt, dass die Empfehlung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ nicht korrekt für Kinder mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 24+6 Wochen abgebildet wird. Gemäß Leitlinie sollte bei diesen Kindern die erste Augenuntersuchung mit einem postnatalen Alter von 31+0 Wochen bis 31+6 Wochen bzw. in der 7. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 43 bis 49) durchgeführt werden. Dies habe zu Unrecht zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen insbesondere bei Perinatalzentren geführt. Wie in Abschnitt 2.3 wiedergegeben, wurde das Auffälligkeitskriterium bereits dahingehend ab der Datenvalidierung zum Erfassungsjahr 2022 angepasst.

⁷ Baden-Württemberg, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Schleswig-Holstein haben den Evaluationsfragebogen übermittelt.

5 Fazit und Ausblick

Im Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul *PM-NEO* Basisdatensätze von 96.528 behandlungsbedürftigen Früh- und Neugeborenen erfasst. Dies ist ein Rückgang um 5,78 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2021: 102.450). Dieser Rückgang kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Geburtenzahl im Erfassungsjahr 2022 im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 insgesamt abgenommen hat (EJ 2022: 707.621; EJ 2021: 757.644). Die Bundesergebnisse zum Erfassungsjahr 2022 bzw. die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität bzw. Dokumentationsqualität hin.

Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen soll auf Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene *Perinatalmedizin* ab dem Erfassungsjahr 2024 als perzentilbasierte und risikoadjustierte Rate (Einflussfaktoren im Risikomodell: Geschlecht, Gestationsalter, Asphyxie, hypoxisch ischämische Enzephalopathie) innerhalb der Qualitätsindikatoren- und Kennzahlengruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus“ im Rahmen eines neuen Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402) ausgewiesen werden. Da es u. a. zu Dopplungen im Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 der DeQS-RL mit dem bereits bestehenden Sentinel-Event-Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) kommen kann, soll der Qualitätsindikator 51070 ab dem Erfassungsjahr 2024 als Transparenzkennzahl ohne Referenzbereich dargestellt werden. Im Qualitätsindikator 51070 wurde innerhalb des Strukturierten Dialogs gemäß QSKH-RL der vergangenen Jahre ein sehr hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen (> 85 %) festgestellt. In einigen Fällen handelte es sich um perinatal aufgetretene Sterbefälle, die zumeist durch schwere im Rahmen der Geburt aufgetretene Asphyxien (bei z. T. aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern) verursacht wurden. Die künftige Ausweisung eines risikoadjustierten Qualitätsindikators mit perzentilbasiertem Referenzbereich anstelle eines Sentinel-Event-Qualitätsindikators erscheint daher – auch unter dem Aspekt, Qualitätsprobleme im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gezielter identifizieren zu können – sinnvoll.

Auf Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene *Perinatalmedizin* sollen – analog zu den Transparenzkennzahlen zur NEK (IDs 51838 und 51843) – ab dem Erfassungsjahr 2024 zwei neue Kennzahlen zur FIP/SIP, einmal als rohe (ID 222400) und einmal als risikoadjustierte (ID 222401) Rate, in die bereits bestehende Kennzahlengruppe zur NEK aufgenommen werden. Die FIP/SIP soll daher ebenso innerhalb der Ebene 3 „NEK“ (ID 51146_51901) des Qualitätsindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) berücksichtigt werden. Bei der NEK und FIP/SIP handelt es sich um verschiedene, den entzündlichen Darmerkrankungen zuzuordnende Krankheitsbilder, denen eine spezifische Ätiologie und Pathophysiologie zugrunde liegt und die einer unterschiedlichen Behandlung/Therapie bedürfen.

Die OP oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP soll ab dem Erfassungsjahr 2024 zusätzlich zur OP oder sonstigen invasiven Therapie einer NEK innerhalb der Kennzahl „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK“ (ID 222201) berücksichtigt werden. Darüber hinaus soll die Kennzahl 222201 ab dem Erfassungsjahr 2024 risikoadjustiert dargestellt werden.

Da Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 23+6 Schwangerschaftswochen gemäß S2k-Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“ (Bührer et al. 2020) mitunter kurativ bzw. zeitweise kurativ behandelt werden, sollen auch diese auf Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene *Perinatalmedizin* vorerst in den Prozessindikatoren qualitätsgesichert und ab dem Erfassungsjahr 2024 zusätzlich im Nenner der Qualitätsindikatoren „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063) und „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069) berücksichtigt werden.

Beim Auffälligkeitskriterium „Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) soll zukünftig erörtert werden, inwiefern der Qualitätsparameter „Durchführung des ersten ROP-Screenings gemäß Leitlinienempfehlung“ eher die Versorgungsqualität (und weniger die Dokumentationsqualität) abbildet und daher anstatt als Auffälligkeitskriterium als Qualitätsindikator/Kennzahl dargestellt werden sollte.

Aufgrund der zahlreich belegten Vorteile des Stillens auf Kurz- und Langzeitendpunkte bei früh- und reifgeborenen Kindern (geringere Mortalität und Morbidität, wie z. B. vermindertes Auftreten von Diabetes und Fettleibigkeit im späteren Kindes- oder Erwachsenenalter) soll das Thema Stillförderung – neben der geplanten Anwendung im Auswertungsmodul *PM-GEBH* – zukünftig auch im Auswertungsmodul *PM-NEO* Beachtung finden. Hierfür wird angestrebt, künftig einen neuen Qualitätsindikator für Frühgeborene im Auswertungsmodul *PM-NEO* zu entwickeln.

Im Rahmen der angestrebten Zusammenführung der Perinatal- und Neonatalerhebung wurde vom IQTIG ein Abschlussbericht erstellt und Ende 2020 dem G-BA übermittelt. Darin werden die Möglichkeiten einer datenschutzwahrenden Verknüpfung und Auswertung der beiden Auswertungsmodul bei gegebener Datenlage detailliert dargestellt. Außerdem wurden Qualitätsindikatoren aus dem Bereich Perinatalmedizin für eine Verwendung mit verknüpften QS-Daten weiterentwickelt und anhand verknüpfter Daten der Erfassungsjahre 2018 und 2019 probeweise ausgewertet. Zur Vorbereitung auf ein mögliches bundesweites, verknüpftes QS-Verfahren im Bereich Perinatalmedizin schlägt das IQTIG weiterhin eine praktische Erprobung der weiterentwickelten Qualitätsindikatoren im Rahmen einer Machbarkeitsstudie sowie die Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen vor.

Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 49: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollzählige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

Tabelle 50: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	2 / 22 (9,09 %)	20 / 22 (90,91 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	3 / 13 (23,08 %)	10 / 13 (76,92 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 13 (0,00 %)
851800	Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab	2 / 5 (40,00 %)	3 / 5 (60,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	40 / 186 (21,51 %)	146 / 186 (78,49 %)	0 / 186 (0,00 %)	0 / 186 (0,00 %)
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	9 / 33 (27,27 %)	24 / 33 (72,73 %)	0 / 33 (0,00 %)	0 / 33 (0,00 %)
852001	Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	2 / 5 (40,00 %)	3 / 5 (60,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit					
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	1 / 2 (50,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	2 / 9 (22,22 %)	7 / 9 (77,78 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 51: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	0 / 107 (0,00 %)	107 / 107 (100,00 %)	1 / 107 (0,93 %)	0 / 107 (0,00 %)
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	4 / 25 (16,00 %)	21 / 25 (84,00 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)
50060	Nosokomiale Infektion	1 / 18 (5,56 %)	17 / 18 (94,44 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 18 (0,00 %)
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	1 / 21 (4,76 %)	20 / 21 (95,24 %)	0 / 21 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)
52262	Zunahme des Kopfumfangs	4 / 15 (26,67 %)	11 / 15 (73,33 %)	1 / 15 (6,67 %)	0 / 15 (0,00 %)
50063	Durchführung eines Hörtests	4 / 26 (15,38 %)	22 / 26 (84,62 %)	0 / 26 (0,00 %)	0 / 26 (0,00 %)
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	3 / 22 (13,64 %)	19 / 22 (86,36 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	3 / 25 (12,00 %)	22 / 25 (88,00 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 52: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvollständige Dokumentation wird bestätigt	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	22	14 / 22 (63,64 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	13	4 / 13 (30,77 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 13 (0,00 %)
851800	Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab	5	3 / 5 (60,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	186	53 / 186 (28,49 %)	0 / 186 (0,00 %)	0 / 186 (0,00 %)
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	33	7 / 33 (21,21 %)	0 / 33 (0,00 %)	0 / 33 (0,00 %)
852001	Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	5	1 / 5 (20,00 %)	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit					
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2	1 / 2 (50,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	9	2 / 9 (22,22 %)	0 / 9 (0,00 %)	1 / 9 (11,11 %)

Tabelle 53: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	A99	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Klinik gehäuft Minimaldatensätze bei zuverlegten Kindern anlegt. Dabei wird davon ausgegangen, dass die QS-Pflicht bereits beim verlegenden Krankenhaus besteht, sodass seitens der Klinik kein zweiter NEO-Bogen angelegt wird. Da dieses Vorgehen nicht den Erläuterungen zum Minimaldatensatz entspricht und geplant ist, mit dem Krankenhaus eine Zielvereinbarung zu einem anderen Indikator abzuschließen, soll die Zielvereinbarung ebenfalls das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) miteinbeziehen. Dazu setzen wir uns gesondert mit Ihnen in Verbindung. (1x berichtet)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	A70	<p>Der Leistungserbringer bringt das nachvollziehbare Argument vor, dass Multimorbiditäten auch als schwere angeborene Erkrankung gewertet werden können. Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf die korrekte Dokumentation zu achten. (1x berichtet)</p> <p>Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (12x berichtet)</p> <p>Die Rubrik >Schwere oder letale Fehlbildung< ist reserviert für solche Fehlbildungen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit (>66 %) zum Tode führen, die tuberöse Sklerose gehört nicht dazu. (1x berichtet)</p>

Tabelle 54: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	107	3 / 107 (2,80 %)	2 / 107 (1,87 %)	0 / 107 (0,00 %)
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	25	2 / 25 (8,00 %)	1 / 25 (4,00 %)	0 / 25 (0,00 %)
50060	Nosokomiale Infektion	18	2 / 18 (11,11 %)	1 / 18 (5,56 %)	0 / 18 (0,00 %)
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	21	2 / 21 (9,52 %)	2 / 21 (9,52 %)	0 / 21 (0,00 %)
52262	Zunahme des Kopfumfangs	15	0 / 15 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)
50063	Durchführung eines Hörtests	26	4 / 26 (15,38 %)	1 / 26 (3,85 %)	1 / 26 (3,85 %)
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	22	3 / 22 (13,64 %)	1 / 22 (4,55 %)	0 / 22 (0,00 %)
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	25	11 / 25 (44,00 %)	3 / 25 (12,00 %)	0 / 25 (0,00 %)

Tabelle 55: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - PM-NEO

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	A71	Hinsichtlich der neonatologischen Versorgung fanden sich keine Hinweise auf medizinische Mängel. In einem Fall wurde jedoch von Seiten der Geburtshilfe zu spät auf ein pathologisches CTG reagiert. Es werden eine Fallbesprechung, grundsätzlich die frühzeitige Feststellung der Lage und deren Dokumentation sowie regelmäßige CTG-Schulungen empfohlen. (1x berichtet) Hinweise auf Prozessmängel (2x berichtet)
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	A72	Wiedervorlage im nächsten Jahr (1x berichtet)
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	A71	Aus Sicht der Fachkommission Verdacht auf Struktur- und Prozessmängel im Bereich des Sauerstoffmanagements bei Frühgeborenen. (1x berichtet) Aus Sicht der Fachkommission Verdacht auf Struktur- und Prozessmängel möglicherweise bedingt durch unzureichende Personalausstattung. (1x berichtet)
50060	Nosokomiale Infektion	A71	Mängel der Prozessqualität (1x berichtet) Mängel der Struktur- und Prozessqualität (1x berichtet)
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	A71	Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet) Die Fachkommission sieht Prozessmängel (1x berichtet)
50063	Durchführung eines Hörtests	A71	Das Krankenhaus wurde erneut in dem Indikator NEO_50063 (Durchführung eines Hörtests) auffällig. Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Klinik keine eigene Geburtsstation hat, sodass es sich umzuverlegte Kinder handelt. Der Hörtest wird dann zumeist von der Geburtsklinik durchgeführt. Die Fachkommission hatte bereits in früheren Stellungnahmeverfahren (Jahre 2014 - 2016, 2020) insbesondere auf die Notwendigkeit der Abstimmung der Informationen mit der Geburtsklinik hingewiesen. Zudem wurde auf den Ausfüllhinweis zum Datenfeld - Neugeborenen-Hörscreening - verwiesen ...Wurde in einem vorherigen Aufenthalt ein Hörtest im Sinne des Neugeborenen-Hörscreenings durchgeführt, dokumen-

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>tieren Sie bitte ja, in einem vorherigen Aufenthalt. Sofern im aktuellen als auch im vorherigen Aufenthalt ein Hörtest durchgeführt wurde, dokumentieren Sie bitte ja, im aktuellen Aufenthalt. Um zukünftig das Qualitätsziel erreichen zu können, empfiehlt die Fachkommission mit dem Krankenhaus eine Zielvereinbarung abzuschließen. Dazu setzen wir uns gesondert mit Ihnen in Verbindung. (1x berichtet)</p> <p>Hörtest muss sichergestellt werden (1x berichtet)</p> <p>Mängel der Strukturqualität (1x berichtet)</p> <p>Personalengpässe (1x berichtet)</p>
50063	Durchführung eines Hörtests	A99	Das Problem wurde behoben. (1x berichtet)
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	A71	<p>Mängel der Struktur- und Prozessqualität (2x berichtet)</p> <p>Vermeidung von Hypothermie bei Früh- und Neugeborenen (1x berichtet)</p>
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	A71	<p>Aus Sicht der Fachkommission organisatorische Probleme im Wärmemanagement für Neugeborene. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme waren Defizite bezüglich des Wärmemanagements bei der Neugeborenenversorgung zu entnehmen. Die Fachkommission bittet, die Raumtemperatur bei der Erstversorgung entsprechend anzupassen. So ist eine Raumtemperatur von 26°C angemessen. Zudem bittet die Fachkommission um die Verbesserung der neonatalen Wärmeregulation (z.B. durch vorgewärmte Handtücher) und um Schulung der Mitarbeiter bezüglich des Temperaturmanagements. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (3x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission übermittelte einen ausführlichen Kommentar zur Bewertung. Sie beobachtet die Entwicklung im Folgejahr. (1x berichtet)</p> <p>Eine Hypothermie geht mit einem erhöhten Risiko für das Neugeborene einher. Die Anpassung der Prozesse des postnatalen Bondings wird durch die Fachkommission empfohlen. (1x berichtet)</p> <p>Hypothermie vermeiden (1x berichtet)</p> <p>Mängel der Struktur- und Prozessqualität (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
			<p>Temperaturverlust v.a. während des Bondings im Kreissaal. Es wird erwartet, dass die von der Klinik genannten Aktionen zur Wärmevorsorge umgesetzt werden und Wirkung zeigen. (1x berichtet)</p> <p>Unterkühlung v.a. beim Bonding im Kreissaal. Es wird erwartet, dass die angekündigten Aktionen zur Vermeidung des Temperaturverlustes während des Bondens Wirkung zeigen. (1x berichtet)</p>

Tabelle 56: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	22	1 / 22 (4,55 %)	5 / 22 (22,73 %)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	13	3 / 13 (23,08 %)	3 / 13 (23,08 %)
851800	Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab	5	0 / 5 (0,00 %)	0 / 5 (0,00 %)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	186	65 / 186 (34,95 %)	23 / 186 (12,37 %)
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	33	15 / 33 (45,45 %)	2 / 33 (6,06 %)
852001	Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	5	2 / 5 (40,00 %)	0 / 5 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	9	2 / 9 (22,22 %)	1 / 9 (11,11 %)

Tabelle 57: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	U99	Es liegen vereinzelt Dokumentationsprobleme vor. (4x berichtet) Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (1x berichtet)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	U99	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle. (1x berichtet) Es liegen vereinzelt Dokumentationsprobleme vor. (1x berichtet) medizinisch nachvollziehbar (1x berichtet)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	U60	Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (8x berichtet) Hinweis an IQTIG (1x berichtet) Wir bitten darum die schwere angeborene Erkrankung ICD C04.3 mit in die Liste der Fehlbildungen aufzunehmen. Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
			<p>Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (1x berichtet)</p> <p>Wir bitten darum die schwere angeborene Erkrankung ICD E84.- mit in die Liste der Fehlbildungen aufzunehmen. Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (1x berichtet)</p> <p>Wir bitten darum die schwere angeborene Erkrankung ICD Q04.0 mit in die Liste der Fehlbildungen aufzunehmen. Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (1x berichtet)</p> <p>Wir bitten darum die schwere angeborene Erkrankung ICD Q25.4 mit in die Liste der Fehlbildungen aufzunehmen. Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (1x berichtet)</p> <p>Wir bitten darum die schwere angeborene Erkrankung ICD Q43.1, und Q21.2 mit in die Liste der Fehlbildungen aufzunehmen. Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (1x berichtet)</p> <p>Wir bitten darum die schwere angeborene Erkrankungen ICDs C80.9, Q25.4, und P83.2 mit in die Liste der Fehlbildungen aufzunehmen. Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (1x berichtet)</p> <p>Wir bitten darum die schwere angeborene Erkrankungen ICDs Q41.0, Q04.3, und Q04.0 mit in die Liste der Fehlbildungen aufzunehmen. Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (1x berichtet)</p> <p>Wir bitten darum die schwere angeborene Erkrankungen ICDs Q64.7, P29.1, Q23.8, und Q25.4 mit in die Liste der Fehlbildungen aufzunehmen. Die Liste der angeborenen letalen bzw. schweren Erkrankungen des IQTIG ist unvollständig. Wir</p>

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
			würden begrüßen, dass Sie die Liste selbstständig vervollständigen anstatt diese Arbeit an die Leistungserbringer, durch ständige "Auffälligkeiten" in diesem Auffälligkeitskriterium, zu delegieren. (1x berichtet)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	U99	<p>Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass bei dem Kind eine Malrotation Q43.3 (Angeborene Fehlbildungen, die die Darmfixation betreffen) vorlag. Die entsprechende Diagnose fehlt in der ICD-Liste zur Berechnung des Auffälligkeitskriteriums. Da diese Diagnose bei der Berechnung des Zählers nicht berücksichtigt wird, führt sie zu einer rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass schwere angeborene Erkrankungen (Ichthyosis congenita und Prader-Willi-Syndrom) vorlagen, die in der ICD-Liste zur Berechnung des Auffälligkeitskriteriums fehlen. Da diese Diagnosen bei der Berechnung des Zählers nicht berücksichtigt werden, führen sie zu einer rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme war zu entnehmen, dass in einem Fall eine Fehldokumentation vorlag. Bei dem zweiten Fall wurde das Prader-Willi-Syndrom Q87.1 (Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen) festgestellt. Die entsprechende Diagnose fehlt in der ICD-Liste zur Berechnung des Auffälligkeitskriteriums. Da diese Diagnose bei der Berechnung des Zählers nicht berücksichtigt wird, führt sie zu einer rechnerischen Auffälligkeit. (1x berichtet)</p> <p>Es liegen vereinzelt Dokumentationsprobleme vor. (12x berichtet)</p> <p>Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (6x berichtet)</p> <p>medizinisch nachvollziehbar (1x berichtet)</p>
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	U99	Es wird bestätigt, dass korrekt dokumentiert wurde. (2x berichtet)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	U99	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (1x berichtet)

Tabelle 58: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	107	5 / 107 (4,67 %)	86 / 107 (80,37 %)	5 / 107 (4,67 %)	0 / 107 (0,00 %)
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	25	1 / 25 (4,00 %)	14 / 25 (56,00 %)	3 / 25 (12,00 %)	0 / 25 (0,00 %)
50060	Nosokomiale Infektion	18	0 / 18 (0,00 %)	6 / 18 (33,33 %)	6 / 18 (33,33 %)	0 / 18 (0,00 %)
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	21	0 / 21 (0,00 %)	13 / 21 (61,90 %)	2 / 21 (9,52 %)	0 / 21 (0,00 %)
52262	Zunahme des Kopfumfangs	15	0 / 15 (0,00 %)	6 / 15 (40,00 %)	4 / 15 (26,67 %)	0 / 15 (0,00 %)
50063	Durchführung eines Hörtests	26	2 / 26 (7,69 %)	3 / 26 (11,54 %)	9 / 26 (34,62 %)	0 / 26 (0,00 %)
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	22	2 / 22 (9,09 %)	11 / 22 (50,00 %)	1 / 22 (4,55 %)	1 / 22 (4,55 %)
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	25	0 / 25 (0,00 %)	5 / 25 (20,00 %)	1 / 25 (4,00 %)	2 / 25 (8,00 %)

Tabelle 59: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - PM-NEO

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	U61	<p>Die Fachkommission bedankt sich für die Analyse, sieht die besondere klinische Situation und wertet wie angegeben. (1x berichtet)</p> <p>Nachgewiesenes Syndrom. Das erklärt jedoch die Klinik nicht und sollte zumindest gemeldet werden (1x berichtet)</p> <p>Von neonatologischer Seite ist der Verlauf stimmig erklärt. (1x berichtet)</p> <p>Wir danken für die Hinweise und freuen uns über die eigeleiteten Maßnahmen. Ist sichergestellt, dass die Frauen schon während der Schwangerschaft und im Kreißaal bezüglich der Vermeidung des Krippentods (sichere Schlafumgebung) aufgeklärt werden? (1x berichtet)</p> <p>offenbar unbekannter MCAD-Mangel. Über weitere Umstände (war der Patient stationär in einer Kinderklinik, gab es Hypoglykämien, wie war das Laktat) etc. wird nichts berichtet, sodass eine definitive Einschätzung schwer fällt. (1x berichtet)</p>
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	U62	<p>Die Fachkommission bedankt sich für den kollegialen Dialog. (1x berichtet)</p> <p>Die Stellungnahme ist nachvollziehbar. Das Aufnahme CTG hätte Hinweise auf fetale Anämie liefern können. Bitte reichen Sie das zukünftig mit ein. (1x berichtet)</p> <p>Es wäre wünschenswert gewesen, dass die zeitlichen Abläufe und die Uhrzeiten dargestellt gewesen wären. (1x berichtet)</p>
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	U61	weiterbehandelnde Rehabilitationseinrichtung, Beeinflussung der Entstehung des Krankheitsbildes nicht möglich (1x berichtet)
50063	Durchführung eines Hörtests	U61	<p>Der Stellungnahme war zu entnehmen, dass zeitweise ein Defekt bei dem Hörscreening-Gerät vorlag. Den Eltern wurde angeboten, das Screening ambulant nachzuholen. Dem kamen jedoch nicht alle Eltern nach. Einige waren bereits in anderen Praxen vorstellig. Mittlerweile wurde ein neues Gerät angeschafft. (1x berichtet)</p> <p>Im Großteil der Fälle erfolgte die Aufnahme/Zuverlegung der Kinder aus einer anderen Geburtsklinik erst später (5. bis 6. Lebenstag) zur weiteren Abklärung oder chirurgischen Versorgung. Die Verantwortung für die Durchführung des Hörtests liegt aus Sicht der Fachkommission in solchen Fällen nicht beim aufnehmenden Leistungserbringer (Ungenauigkeit in den Rechenregeln). (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	U61	Nachvollziehbare besondere klinische Situation die zu den rechnerischen Auffälligkeiten geführt hat. Der Leistungserbringer hat mit der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen begonnen. (1x berichtet) Nachvollziehbare besondere klinische Situation die zu den rechnerischen Auffälligkeiten geführt hat. Die baulichen Umstände erklären teils lange Wege, Verbesserungsmaßnahmen wurden eingeleitet. (1x berichtet)
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	U99	Die Fachkommission erwartet, dass die Aufnahmetemperaturen routinemäßig erfasst werden. (1x berichtet)
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	U99	Die Überprüfung des neonatologischen Wärmemanagements wird empfohlen. (2x berichtet)

Tabelle 60: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	22	0 / 22 (0,00 %)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	13	0 / 13 (0,00 %)
851800	Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab	5	0 / 5 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	186	5 / 186 (2,69 %)
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	33	0 / 33 (0,00 %)
852001	Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	5	0 / 5 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	2	0 / 2 (0,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	9	1 / 9 (11,11 %)

Tabelle 61: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	S99	Die Einrichtung wurde zwischenzeitlich geschlossen. (1x berichtet) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht. (1x berichtet) medizinisch nachvollziehbar, in der Kodierung nicht abbildbar (3x berichtet)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	S99	Die Einrichtung wurde zwischenzeitlich geschlossen. (1x berichtet)

Tabelle 62: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	107	1 / 107 (0,93 %)	0 / 107 (0,00 %)	5 / 107 (4,67 %)
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	25	0 / 25 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)
50060	Nosokomiale Infektion	18	1 / 18 (5,56 %)	0 / 18 (0,00 %)	1 / 18 (5,56 %)
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	21	0 / 21 (0,00 %)	0 / 21 (0,00 %)	1 / 21 (4,76 %)
52262	Zunahme des Kopfumfangs	15	0 / 15 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)	1 / 15 (6,67 %)
50063	Durchführung eines Hörtests	26	2 / 26 (7,69 %)	0 / 26 (0,00 %)	0 / 26 (0,00 %)
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	22	0 / 22 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)	0 / 22 (0,00 %)
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	25	0 / 25 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)	0 / 25 (0,00 %)

Tabelle 63: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) - PM-NEO

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	S99	Einzelfälle aus neonatologischer Sicht. Gesamtverlauf wäre zu betrachten (1x berichtet) Geburtshilfliche Vorgehen bei Beckenendlage sollte reevaluiert werden. (1x berichtet) Geburtshilfliches Vorgehen (1x berichtet) Management in auswärtiger Geburtsklinik in einem der beiden Fälle (1x berichtet) ergänzende Informationen gewünscht (1x berichtet)
50060	Nosokomiale Infektion	S99	Maßnahmenkatalog aus dem Vorjahr in Umsetzung (1x berichtet)
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	S99	Klärung einer medizinischen Fragestellung (1x berichtet)
52262	Zunahme des Kopfumfangs	S99	auf Grund der Streuung der Messergebnisse keine sinnvolle Beurteilung der medizinischen Qualität möglich, ungeeigneter Parameter (1x berichtet)

Tabelle 64: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) - PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	0 / 14 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	14 / 14 (100,00 %)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	0 / 4 (0,00 %)	0 / 7 (0,00 %)	4 / 4 (100,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
851800	Geburts- und Aufnahmegewicht weichen voneinander ab	0 / 3 (0,00 %)	0 / 0 (-)	3 / 3 (100,00 %)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	0 / 53 (0,00 %)	0 / 93 (0,00 %)	53 / 53 (100,00 %)
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	0 / 7 (0,00 %)	0 / 17 (0,00 %)	7 / 7 (100,00 %)
852001	Häufig auffällige Angabe bei der Dokumentation des Datums zur Augenuntersuchung	0 / 1 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 1 (0,00 %)	0 / 0 (-)	1 / 1 (100,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 4 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)

Tabelle 65: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	0 / 5 (0,00 %)	4 / 102 (3,92 %)	5 / 5 (100,00 %)
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	0 / 3 (0,00 %)	0 / 20 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)
50060	Nosokomiale Infektion	1 / 3 (33,33 %)	0 / 14 (0,00 %)	2 / 3 (66,67 %)
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	1 / 4 (25,00 %)	0 / 16 (0,00 %)	3 / 4 (75,00 %)
52262	Zunahme des Kopfumfangs	0 / - (-)	0 / 11 (0,00 %)	0 / - (-)
50063	Durchführung eines Hörtests	1 / 6 (16,67 %)	0 / 18 (0,00 %)	5 / 6 (83,33 %)
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	2 / 4 (50,00 %)	0 / 15 (0,00 %)	2 / 4 (50,00 %)
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	2 / 14 (14,29 %)	0 / 8 (0,00 %)	12 / 14 (85,71 %)

Tabelle 66: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – PM-NEO

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rechn. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	64	41 / 393 (10,43 %)	41 / 41 (100,00 %)	22 / 41 (53,66 %)	22 / 41 (53,66 %)
Brandenburg	24	7 / 129 (5,43 %)	7 / 7 (100,00 %)	1 / 7 (14,29 %)	1 / 7 (14,29 %)
Berlin	17	10 / 92 (10,87 %)	10 / 10 (100,00 %)	3 / 10 (30,00 %)	3 / 10 (30,00 %)
Baden-Württemberg	55	36 / 301 (11,96 %)	35 / 36 (97,22 %)	11 / 36 (30,56 %)	11 / 35 (31,43 %)
Bremen	6	0 / 36 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
Hessen	30	15 / 169 (8,88 %)	12 / 15 (80,00 %)	6 / 15 (40,00 %)	6 / 12 (50,00 %)
Hamburg	15	20 / 87 (22,99 %)	19 / 20 (95,00 %)	0 / 20 (0,00 %)	0 / 19 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	14	6 / 78 (7,69 %)	6 / 6 (100,00 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 6 (50,00 %)
Niedersachsen	52	25 / 279 (8,96 %)	25 / 25 (100,00 %)	19 / 25 (76,00 %)	19 / 25 (76,00 %)
Nordrhein-Westfalen	97	56 / 592 (9,46 %)	0 / 56 (0,00 %)	0 / 56 (0,00 %)	0 / - (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Rheinland-Pfalz	25	15 / 132 (11,36 %)	15 / 15 (100,00 %)	6 / 15 (40,00 %)	6 / 15 (40,00 %)
Schleswig-Holstein	14	6 / 81 (7,41 %)	6 / 6 (100,00 %)	2 / 6 (33,33 %)	2 / 6 (33,33 %)
Saarland	6	2 / 36 (5,56 %)	2 / 2 (100,00 %)	1 / 2 (50,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
Sachsen	41	18 / 199 (9,05 %)	18 / 18 (100,00 %)	7 / 18 (38,89 %)	7 / 18 (38,89 %)
Sachsen-Anhalt	25	13 / 123 (10,57 %)	13 / 13 (100,00 %)	0 / 13 (0,00 %)	0 / 13 (0,00 %)
Thüringen	17	5 / 102 (4,90 %)	5 / 5 (100,00 %)	5 / 5 (100,00 %)	5 / 5 (100,00 %)
Gesamt	502	275 / 2829 (9,72 %)	214 / 275 (77,82 %)	86 / 275 (31,27 %)	86 / 214 (40,19 %)

Tabelle 67: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – PM-NEO

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	63	37 / 395 (9,37 %)	37 / 37 (100,00 %)	5 / 37 (13,51 %)	5 / 37 (13,51 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Brandenburg	24	16 / 157 (10,19 %)	16 / 16 (100,00 %)	4 / 16 (25,00 %)	4 / 16 (25,00 %)
Berlin	16	9 / 94 (9,57 %)	9 / 9 (100,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)
Baden-Württemberg	51	24 / 298 (8,05 %)	24 / 24 (100,00 %)	7 / 24 (29,17 %)	7 / 24 (29,17 %)
Bremen	6	3 / 42 (7,14 %)	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)
Hessen	29	12 / 164 (7,32 %)	12 / 12 (100,00 %)	2 / 12 (16,67 %)	2 / 12 (16,67 %)
Hamburg	15	12 / 97 (12,37 %)	8 / 12 (66,67 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 8 (0,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	14	8 / 98 (8,16 %)	8 / 8 (100,00 %)	2 / 8 (25,00 %)	2 / 8 (25,00 %)
Niedersachsen	50	27 / 307 (8,79 %)	27 / 27 (100,00 %)	5 / 27 (18,52 %)	5 / 27 (18,52 %)
Nordrhein-Westfalen	94	49 / 622 (7,88 %)	33 / 49 (67,35 %)	1 / 49 (2,04 %)	1 / 33 (3,03 %)
Rheinland-Pfalz	24	11 / 139 (7,91 %)	11 / 11 (100,00 %)	4 / 11 (36,36 %)	4 / 11 (36,36 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Schleswig-Holstein	14	9 / 92 (9,78 %)	9 / 9 (100,00 %)	1 / 9 (11,11 %)	1 / 9 (11,11 %)
Saarland	6	2 / 36 (5,56 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)
Sachsen	41	19 / 244 (7,79 %)	19 / 19 (100,00 %)	7 / 19 (36,84 %)	7 / 19 (36,84 %)
Sachsen-Anhalt	25	12 / 154 (7,79 %)	12 / 12 (100,00 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)
Thüringen	17	9 / 125 (7,20 %)	9 / 9 (100,00 %)	1 / 9 (11,11 %)	1 / 9 (11,11 %)
Gesamt	489	259 / 3.064 (8,45 %)	239 / 259 (92,28 %)	39 / 259 (15,06 %)	39 / 239 (16,32 %)

Tabelle 68: Auffälligkeitskriterien: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1*					Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews		
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0	0	0	0	0	0	1

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 69: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – PM-NEO

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*					Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews		
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	0	0	1	0	1	0	2
50060	Nosokomiale Infektion	1	0	0	0	0	0	0
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	0	0	0	0	0	0	1
50063	Durchführung eines Hörtests	0	0	0	0	0	0	2

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	1	0	0	0	0	0	1
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	1	0	0	0	0	1	0

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 70: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022) – PM-NEO

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-8)	46	37 (80,43 %)	4 (8,70 %)
2. Quintil (9-20)	36	31 (86,11 %)	3 (8,33 %)
3. Quintil (21-73)	40	37 (92,50 %)	13 (32,50 %)
4. Quintil (74-260)	57	54 (94,74 %)	9 (15,79 %)
5. Quintil (261-949)	80	80 (100,00 %)	10 (12,50 %)
Gesamt	259	239 (92,28 %)	39 (15,06 %)

Literatur

Bührer, C; Felderhoff-Müser, U; Gembruch, U; Hecher, K; Kainer, F; Kehl, S; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-019. S2k-Leitlinie: Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit [Langfassung]. 4. Auflage. Versions-Nummer: 4.1. [Stand:] 24.06.2022, Erstveröffentlichung: 12/1998, Überarbeitung von: 05/2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-019l_S2k_Fr%C3%BChgeburt_Grenze_Lebensf%C3%A4higkeit_2021-01.pdf (abgerufen am: 06.07.2022).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren. [Stand:] 19.01.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5841/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Ueberarbeitung-aller-QS-Verfahren-DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 11.07.2023).

Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand: 24.03.2020], Erstveröffentlichung: 06/1998, Überarbeitung von: 03/2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-010l_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2020-07.pdf (abgerufen am: 06.04.2022).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Perinatalmedizin: Geburtshilfe

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	6
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	7
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	9
Einleitung.....	11
Datengrundlagen.....	13
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	13
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	15
330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen.....	15
50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung.....	17
52249: Kaiserschnittgeburt.....	19
Details zu den Ergebnissen.....	22
1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten.....	24
Details zu den Ergebnissen.....	26
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.....	27
321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate).....	27
51397: Azidose bei reifen Einlingen.....	29
51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen.....	32
Details zu den Ergebnissen.....	35
318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten.....	36
51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen.....	38
Details zu den Ergebnissen.....	41
181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV.....	43
Details zu den Ergebnissen.....	46
331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt.....	47
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe.....	49
182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen.....	49
182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen.....	51

182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen.....	53
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	55
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	55
850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten.....	55
850224: Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess.....	57
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	59
850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	59
850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	61
850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	63
Basisauswertung.....	65
Datenbasis: Anzahl der Mütter und Kinder.....	65
Informationen zur Schwangeren.....	67
Vorausgegangene Schwangerschaften.....	67
Informationen zur jetzigen Schwangerschaft.....	69
Untersuchungen in der jetzigen Schwangerschaft.....	70
Präpartale Diagnostik/Therapie.....	70
Antenatale Kortikosteroidtherapie.....	71
Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und nach der Geburt des Kindes erfolgte.....	71
Abstand zwischen Geburt und Kortikosteroidgabe (in Stunden) bei Müttern, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik erfolgte.....	72
Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Schwangerschaftswochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten, bei denen die begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und nicht im optimalen Zeitfenster zwischen 24 und 168 Stunden erfolgte.....	72
Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Schwangerschaftswochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten, bei denen die begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und ab einem Gestationsalter von mindestens 34+0 Schwangerschaftswochen erfolgte.....	73
Informationen zur Entbindung.....	74
Aufnahme.....	74
Geburtseinleitung.....	75

Entbindungsmodus und Lage des Kindes.....	75
Entbindungsmodus bei Kindern < 1500 g.....	77
Entbindungsmodus bei Kindern ≥ 1500 g.....	79
Sectiomanagement bei Beckenendlage.....	80
Sectiomanagement bei Schädellage.....	81
Indikation zur Sectio.....	82
Allgemeinanästhesie bei Sectio.....	82
E-E-Zeit.....	83
Zeitpunkt der Geburt.....	85
Diagnostik/Therapie.....	86
Befunde und Risiken.....	89
Befunde während der Schwangerschaft.....	90
Geburtsrisiken.....	92
Informationen zum Kind.....	94
Kindliche Morbidität.....	101
Risikokollektivbildung.....	102
Verlegung des Kindes.....	104
Mortalität.....	105
Informationen zur Mutter.....	109
Komplikationen.....	109
Verweildauer.....	111
Entlassung.....	112

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) übersichtlich zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zum Auswertungsmodul PM-GEBH finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/> . Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %	96,80 % O = 6.269 N = 6.476	96,35 % - 97,21 %
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %	99,01 % O = 226.814 N = 229.072	98,97 % - 99,05 %
52249	Kaiserschnittgeburt	≤ 1,26 (90. Perzentil)	1,03 227.352 / 219.725,90 N = 702.514	1,03 - 1,04
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	0,21 % O = 20 N = 9.745	0,13 % - 0,32 %
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	0,23 % O = 1.468 N = 642.482	0,22 % - 0,24 %
51397	Azidose bei reifen Einlingen	Transparenzkennzahl	0,97 1.468 / 1.510,96 N = 642.482	0,92 - 1,02
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	≤ 4,40 (95. Perzentil)	1,06 301 / 284,33 N = 39.637	0,95 - 1,18
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %	96,85 % O = 21.063 N = 21.749	96,61 % - 97,07 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32	1,01 4.671 / 4.646,21 N = 658.350	0,98 - 1,03
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	≤ 3,20 (95. Perzentil)	0,89 543 / 611,91 N = 474.861	0,82 - 0,97
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 30 N = 707.621	0,00 % - 0,01 %

Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe

182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Transparenzkennzahl	0,19 % O = 138 N = 70.771	0,17 % - 0,23 %
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Transparenzkennzahl	2,95 % O = 2.415 N = 81.972	2,83 % - 3,06 %
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	Transparenzkennzahl	9,20 % O = 21.264 N = 231.214	9,08 % - 9,32 %

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	0,42 % 41 / 9.745	6,08 % 37 / 609
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	≤ 2,58 % (95. Perzentil)	0,79 % 5.191 / 657.464	4,82 % 31 / 643

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,28 % 708.027 / 706.051	1,39 % 9 / 647
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,28 % 708.027 / 706.051	0,93 % 6 / 647
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,06 % 406 / 706.051	0,00 % 0 / 647

Einleitung

Die Perinatalmedizin umfasst die Versorgung von Mutter und Kind im Zeitraum kurz vor bis kurz nach der Geburt. Die Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) und die daraus hervorgegangene Perinatalerhebung gelten allgemein als Ausgangspunkt der heutigen gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin. Deren Ziel ist es, beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung zu erfassen und die Qualität kontinuierlich zu verbessern. Seit 2001 ist der Bereich der Geburtshilfe in einem bundeseinheitlichen QS-Verfahren etabliert, in dem alle Geburten in der Bundesrepublik, die in einem Krankenhaus stattgefunden haben, erfasst werden. Verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität vor, während und nach der Geburt werden mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abgebildet und beziehen sich auf die adäquate medizinische Versorgung sowohl der Mutter als auch des Kindes. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der mütterlichen Versorgung zielen unter anderem auf die Vermeidung von Infektionen nach einer Kaiserschnittentbindung (ID 50045), auf die Vermeidung von höhergradigen Dammrissen (ID 181800) wie auch auf die Vermeidung von mütterlichen Sterbefällen (ID 331) ab. Des Weiteren beziehen sich Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der kindlichen Versorgung sowohl auf medizinisch sinnvolle Maßnahmen und Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung als auch auf die Erfassung von Aspekten des Behandlungsergebnisses des Kindes. So ist der Säure-Basen-Status im Nabelschnurblut (IDs 321, 51397 und 51831) ein wichtiger Hinweis auf einen Sauerstoffmangel des Neugeborenen unter der Geburt. Mit dem Prozessindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) wird ermittelt, ob Frühgeborene bei ihrer Geburt durch Kinderärztinnen oder -ärzte adäquat medizinisch betreut wurden. Dies verbessert die Prognose der Frühgeborenen erheblich und gehört daher zur Standardisierung. Zusätzlich wird erfasst, ob kranke Reif- und Frühgeborene in einem für ihre Krankheitsschwere und den Grad der Unreife geeigneten Krankenhaus (Perinatalzentren) geboren wurden (IDs 182010, 182011 und 182014). Außerdem wird die regelhafte Behandlung der Mutter mit Kortikosteroiden (Kortison) bei drohender Frühgeburt (ID 330) erfasst, da diese Maßnahme die Lungenreifung beim Frühgeborenen fördert. Darüber hinaus ermöglicht der „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) durch die Kombination klinischer Messwerte (Apgar-Scores, pH-Werte und Base Excess) sowie der Angabe zur Sterblichkeit eine umfassende Einschätzung zum Zustand des Kindes unter bzw. kurz nach der Geburt. Schließlich adressieren zwei Qualitätsindikatoren die mütterliche und kindliche medizinische Versorgung gemeinsam: So wird bei einem Notfallkaiserschnitt (Notsectio), der aufgrund einer Gefährdung der mütterlichen oder kindlichen Gesundheit durchgeführt wird, erhoben, ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeit zwischen der Entscheidung zur Notsectio und der Entwicklung (Geburt) des Kindes, unter den maximal tolerablen 20 Minuten liegt (ID 1058). Liegt die Zeitspanne darüber, kann dies beispielsweise zu einem schwerwiegenden Sauerstoffmangel beim Kind mit dem Risiko schwerer bleibender Schäden führen. In gleicher Weise bezieht sich der Indikator zur risikoadjustierten Kaiserschnitttrate (ID 52249) sowohl auf

die Mutter als auch auf das Kind, weil bei nicht indizierten Kaiserschnitten von Nachteilen für die Mutter und für das Kind auszugehen ist.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Leistungserbringer-/Landes-/Bundesebene dar. Im stationären Sektor können die Daten auf verschiedenen Ebenen ausgewertet werden (Standortebene, IKNR-Ebene).

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundes-/landesweit sowohl auf IKNR-Ebene als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort QI-Berechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für den entlassenen Standort vor und es kann auch nur für diesen in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Zusätzlich wird die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte ermittelt und entsprechend ausgegeben.

Für das Auswertungsmodul PM-GEBH erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen entsprechend dem behandelnden (OPS, ICD-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene / BSNR-Ebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 berechnet

wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen geführt. Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer im Unterschied zum entlassenden Standort nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Vollständigkeitsanalyse wird ausschließlich anhand von entlassenen Fällen durchgeführt. Daher sind die in der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ als „gelieferte“ QS-Daten aufgeführten Fälle nur diejenigen, die am entsprechenden Standort entlassen wurden.

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	708.027	706.051	100,28
	Basisdatensatz	707.621		
	MDS	406		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	605		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	651		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	645	647	99,69

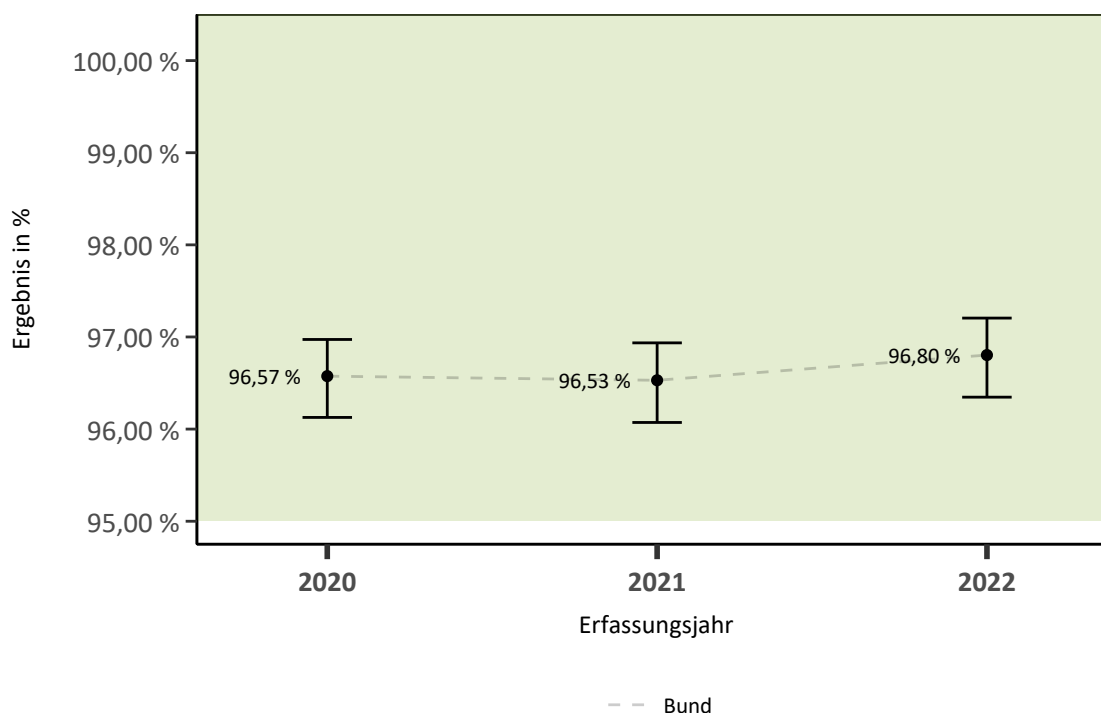
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

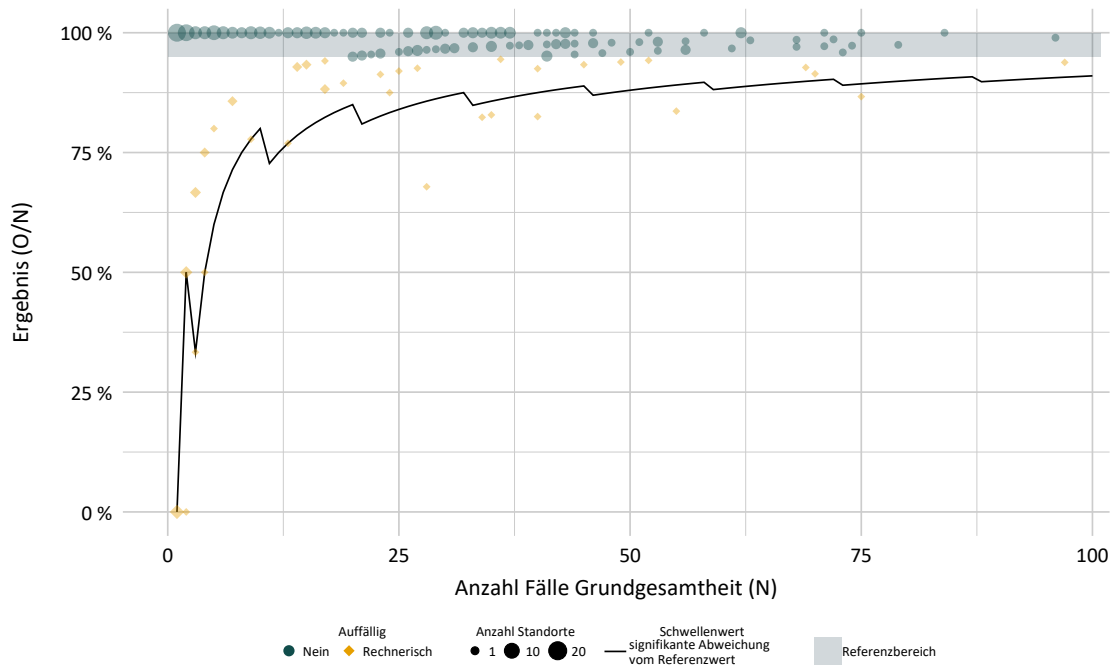
Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
ID	330
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Zähler	Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

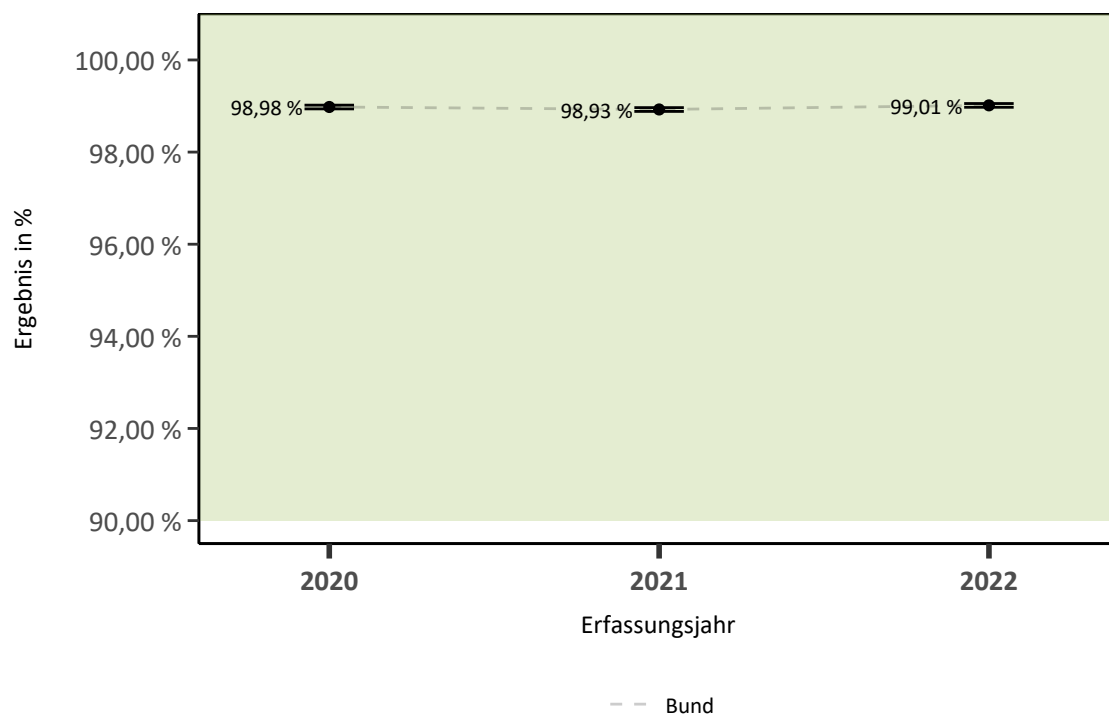
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	6.880 / 7.124	96,57 %	96,13 % - 96,97 %
	2021	6.676 / 6.916	96,53 %	96,07 % - 96,94 %
	2022	6.269 / 6.476	96,80 %	96,35 % - 97,21 %

50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

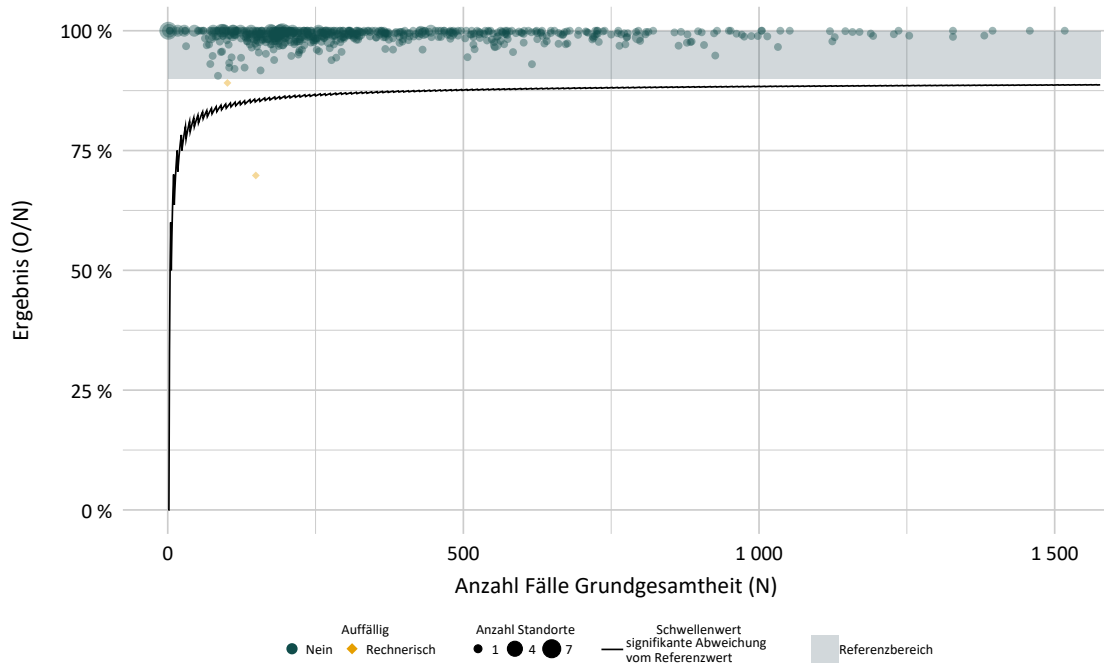
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
ID	50045
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung
Zähler	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

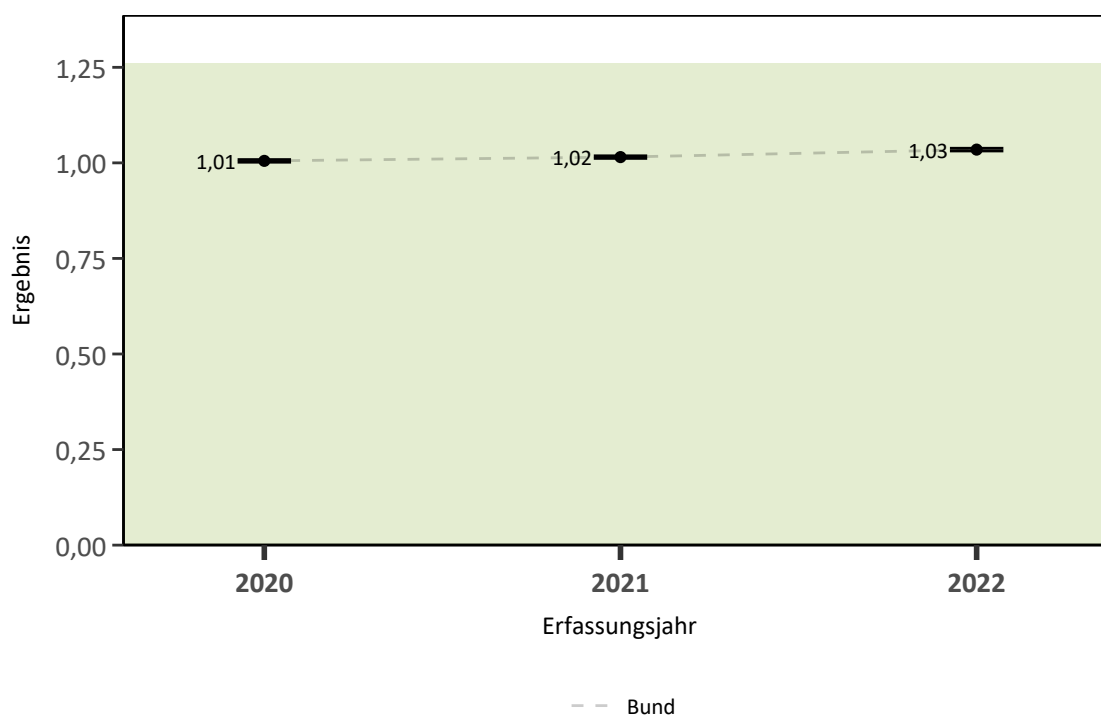
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	232.000 / 234.393	98,98 %	98,94 % - 99,02 %
	2021	237.992 / 240.578	98,93 %	98,88 % - 98,97 %
	2022	226.814 / 229.072	99,01 %	98,97 % - 99,05 %

52249: Kaiserschnittgeburt

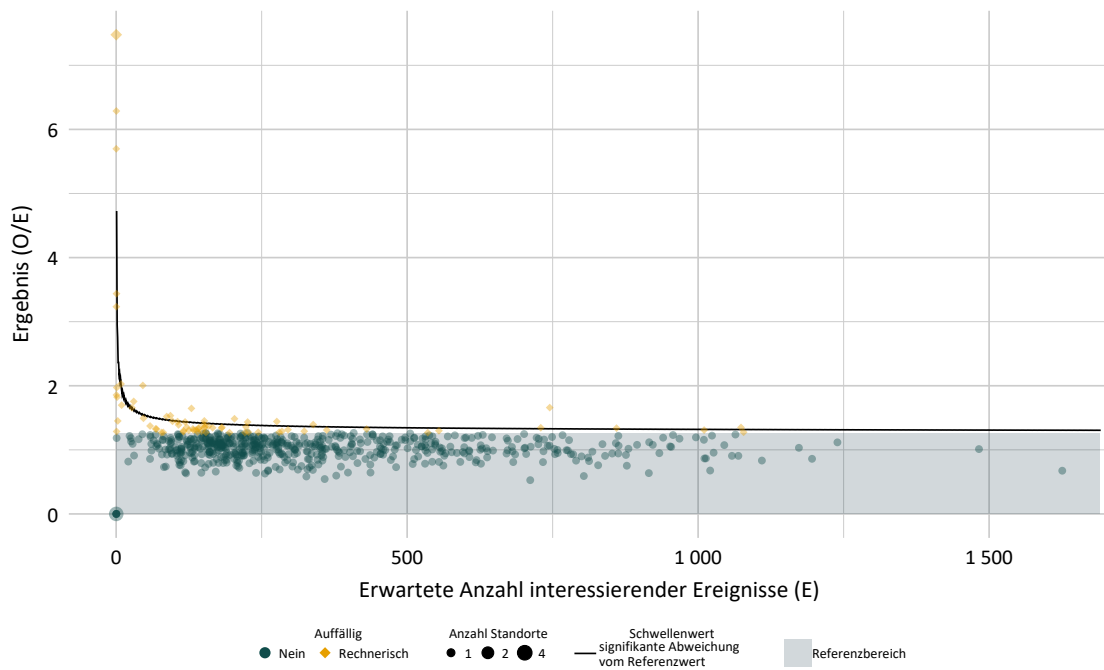
Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten
ID	52249
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Mütter, die eine Geburt mindestens eines Kindes (24+0 bis unter 42+0 Wochen) hatten
Zähler	Kaiserschnittgeburten
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kaiserschnittgeburten
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kaiserschnittgeburten, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 52249
Referenzbereich	≤ 1,26 (90. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

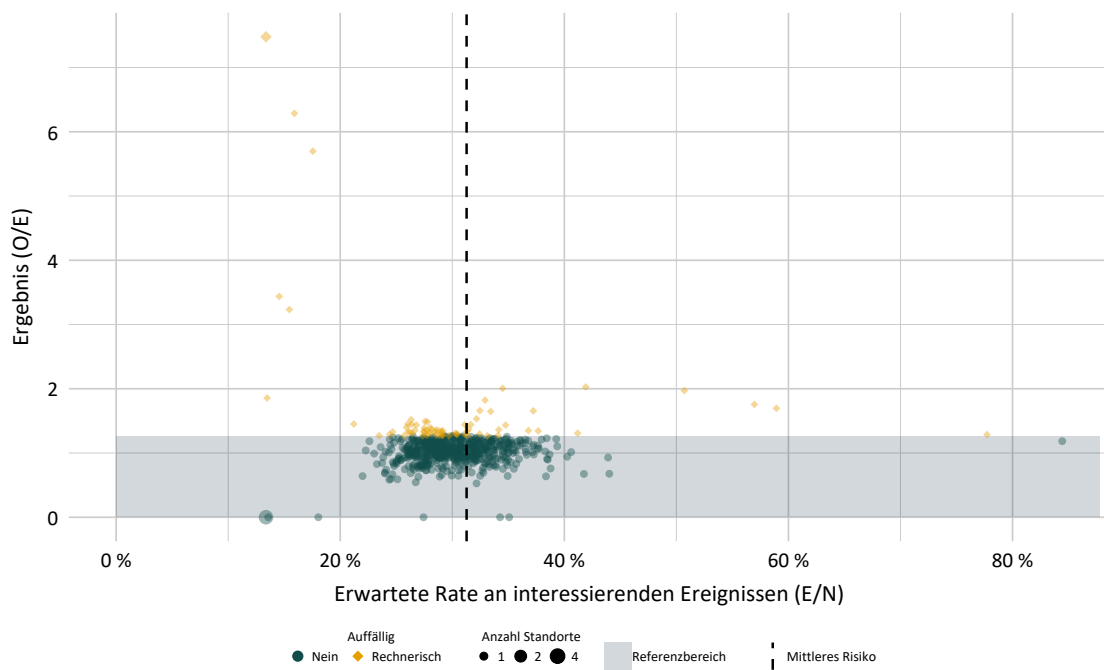
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	740.827	232.710 / 231.498,75	1,01	1,00 - 1,01
	2021	752.325	238.770 / 235.204,82	1,02	1,01 - 1,02
	2022	702.514	227.352 / 219.725,90	1,03	1,03 - 1,04

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 18_22001 Kaiserschnittgeburten	32,36 % 227.352/702.514

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹	
3.2.1	ID: O_52249 O/N (observed, beobachtet)	32,36 % 227.352/702.514
3.2.2	ID: E_52249 E/N (expected, erwartet)	31,28 % 219.725,90/702.514
3.2.3	ID: 52249 O/E	1,03
3.2.3.1	ID: 182000_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 1: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage geboren wurden	18,94 % 35.166/185.664
3.2.3.2	ID: 182001_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 2: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage geboren wurden	45,90 % 44.968/97.970
3.2.3.3	ID: 182002_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 3: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio mit spontanen Wehen in Schädellage geboren wurden	3,88 % 6.962/179.371
3.2.3.4	ID: 182003_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 4: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio ohne spontane Wehen in Schädellage geboren wurden	21,45 % 13.090/61.013
3.2.3.5	ID: 182004_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 5: Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern mit Zustand nach Sectio in Schädellage geboren wurden	71,72 % 71.993/100.387
3.2.3.6	ID: 182005_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 6: Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage geboren wurden	93,01 % 17.859/19.201
3.2.3.7	ID: 182006_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 7: Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage geboren wurden	86,60 % 9.729/11.235

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2.3.8	ID: 182007_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 8: Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden	75,59 % 19.358/25.609
3.2.3.9	ID: 182008_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 9: Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage geboren wurden	100,00 % 2.767/2.767
3.2.3.10	ID: 182009_52249 Robson-Klassifikation - Ebene 10: Frühgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt in Schädellage geboren wurden	44,42 % 16.099/36.242

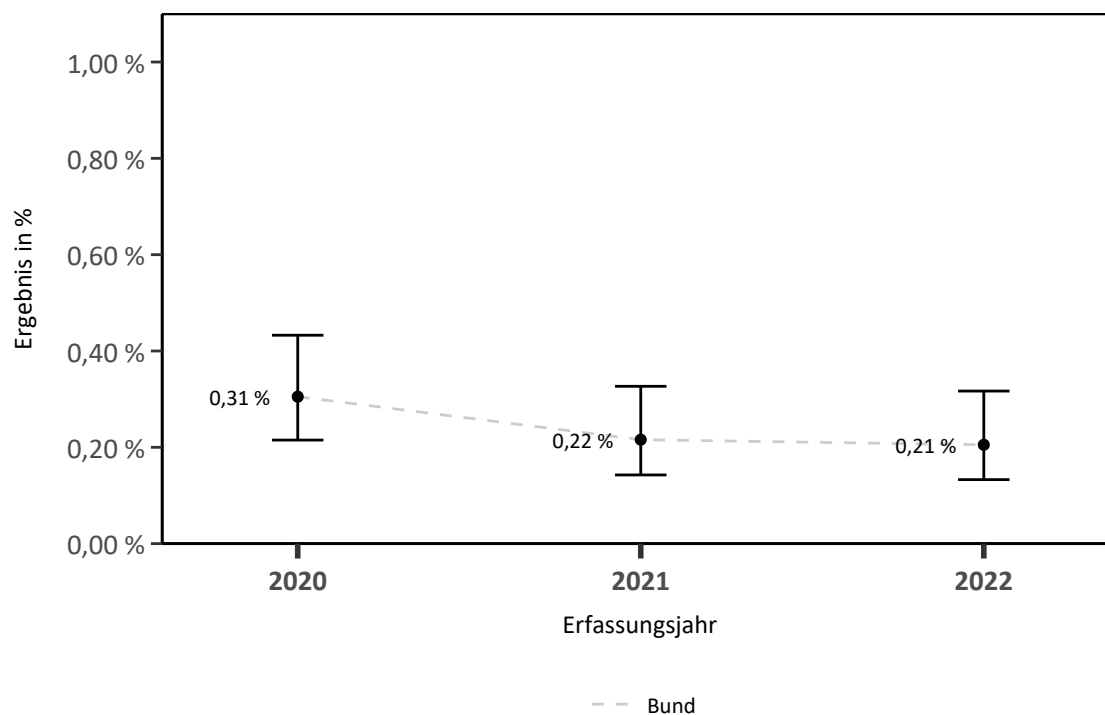
¹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

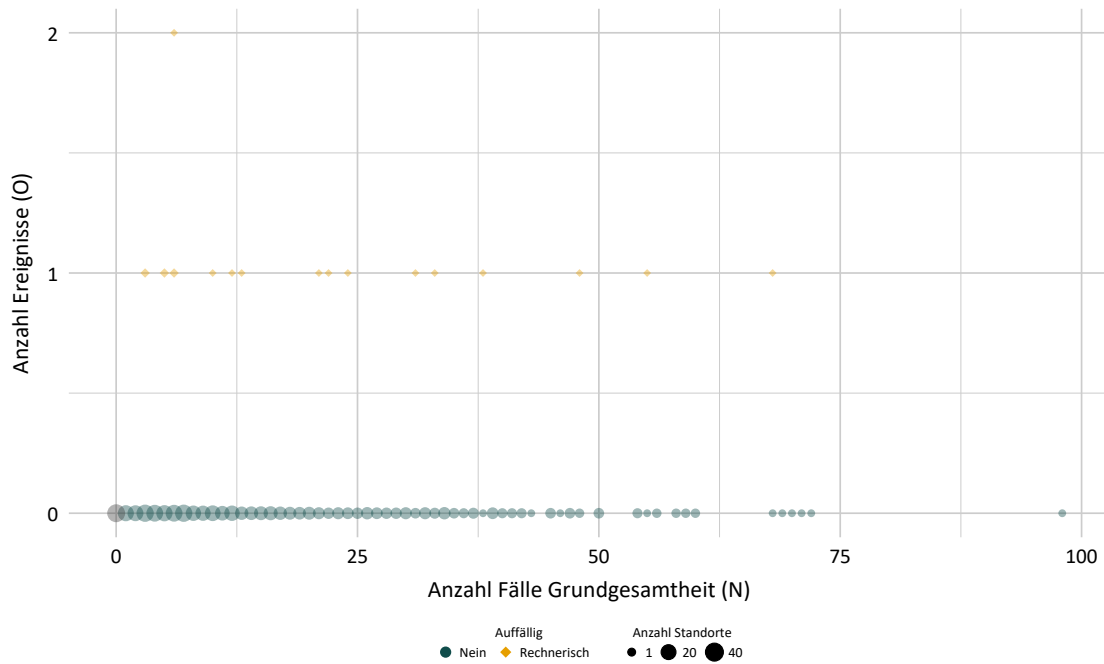
Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
ID	1058
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden
Zähler	E-E-Zeit > 20 min
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	31 / 10.161	0,31 %	0,22 % - 0,43 %
	2021	22 / 10.190	0,22 %	0,14 % - 0,33 %
	2022	20 / 9.745	0,21 %	0,13 % - 0,32 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 60681 E-E-Zeit	
4.1.1	ID: 18_22003 ≤ 20 Minuten	99,79 % 9.725/9.745
4.1.2	ID: 1058 > 20 Minuten	0,21 % 20/9.745

Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

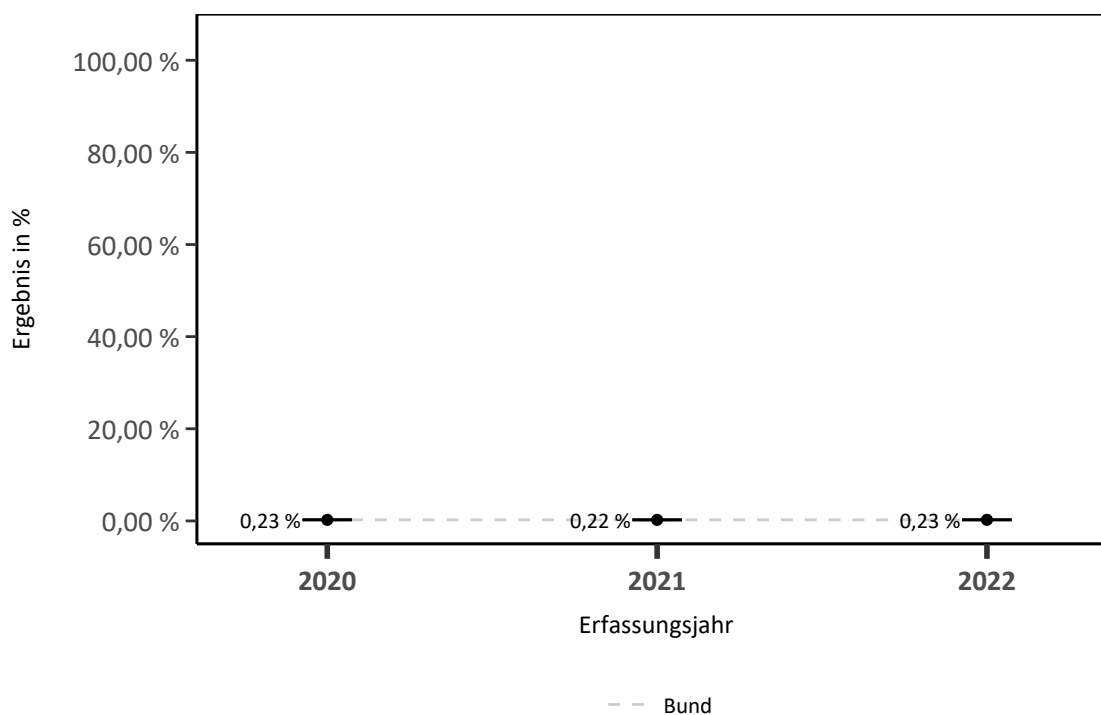
Qualitätsziel	Geringe Azidose rate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
---------------	--

321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)

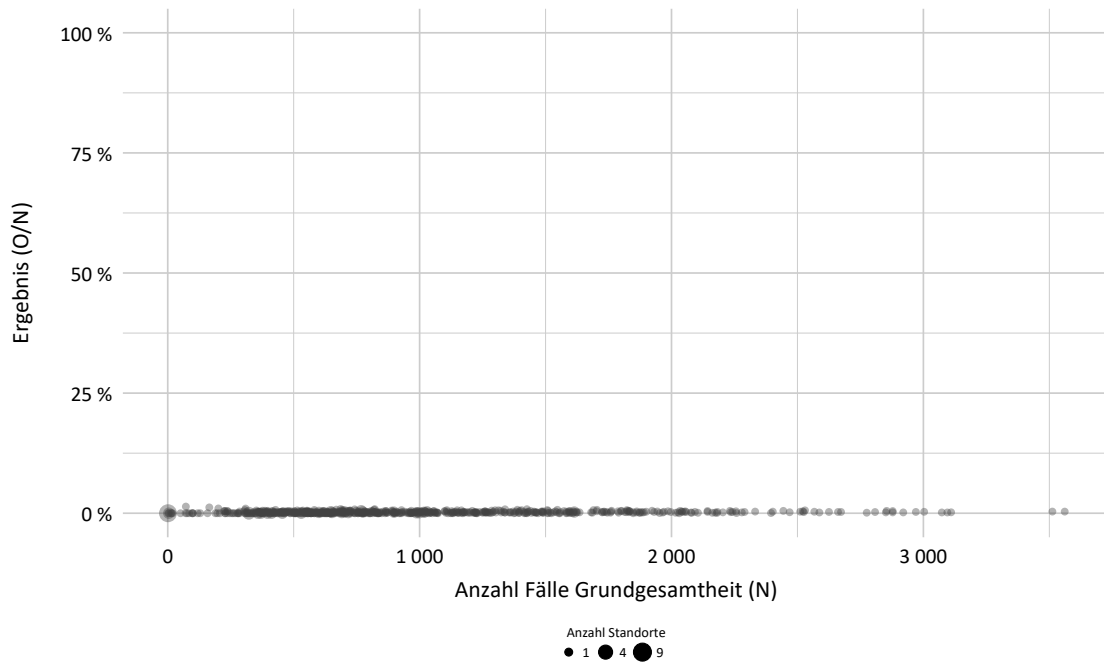
ID	321
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebendgeborenen reifen Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

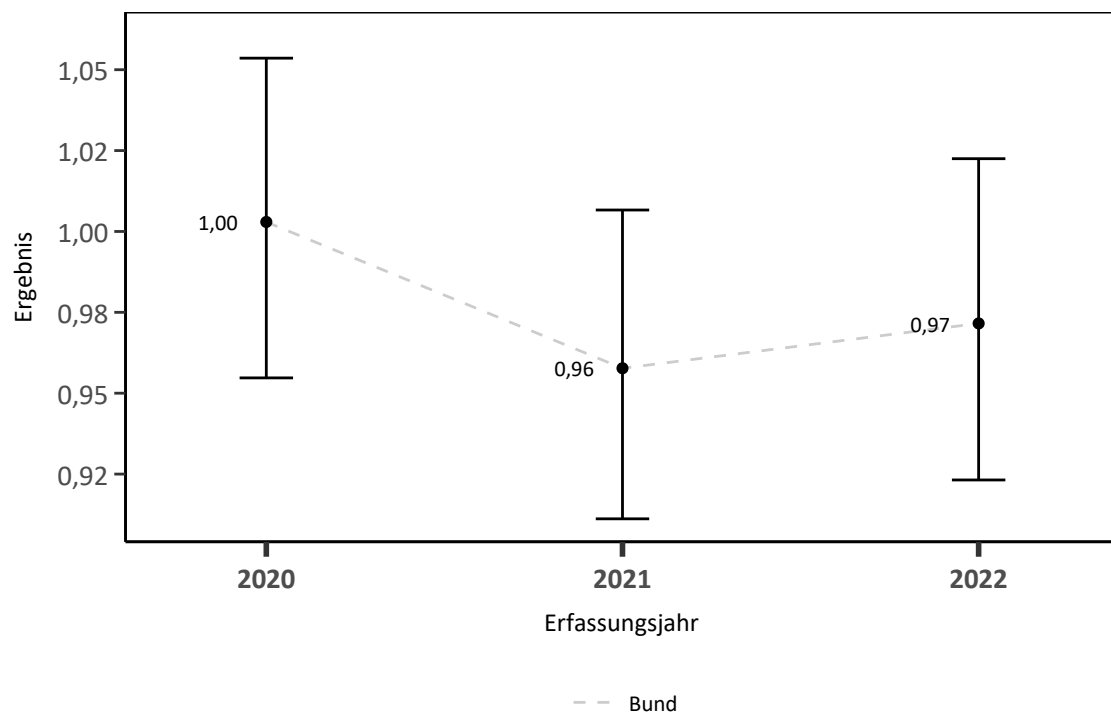
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	1.579 / 677.629	0,23 %	0,22 % - 0,24 %
	2021	1.544 / 688.803	0,22 %	0,21 % - 0,24 %
	2022	1.468 / 642.482	0,23 %	0,22 % - 0,24 %

51397: Azidose bei reifen Einlingen

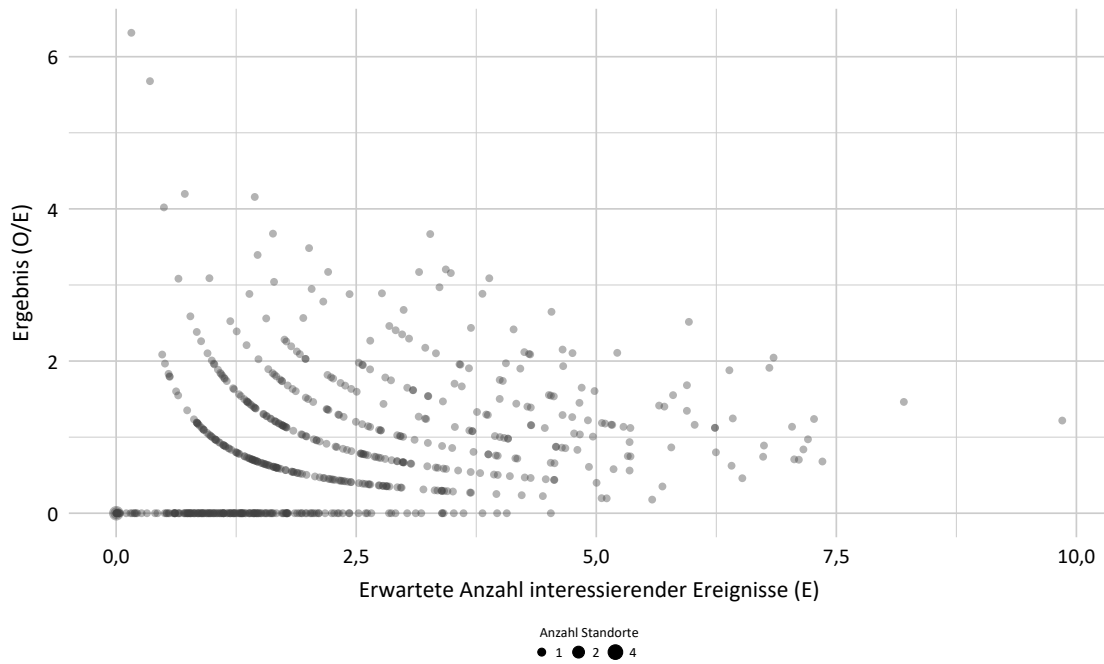
ID	51397
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle lebendgeborenen reifen Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 51397
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

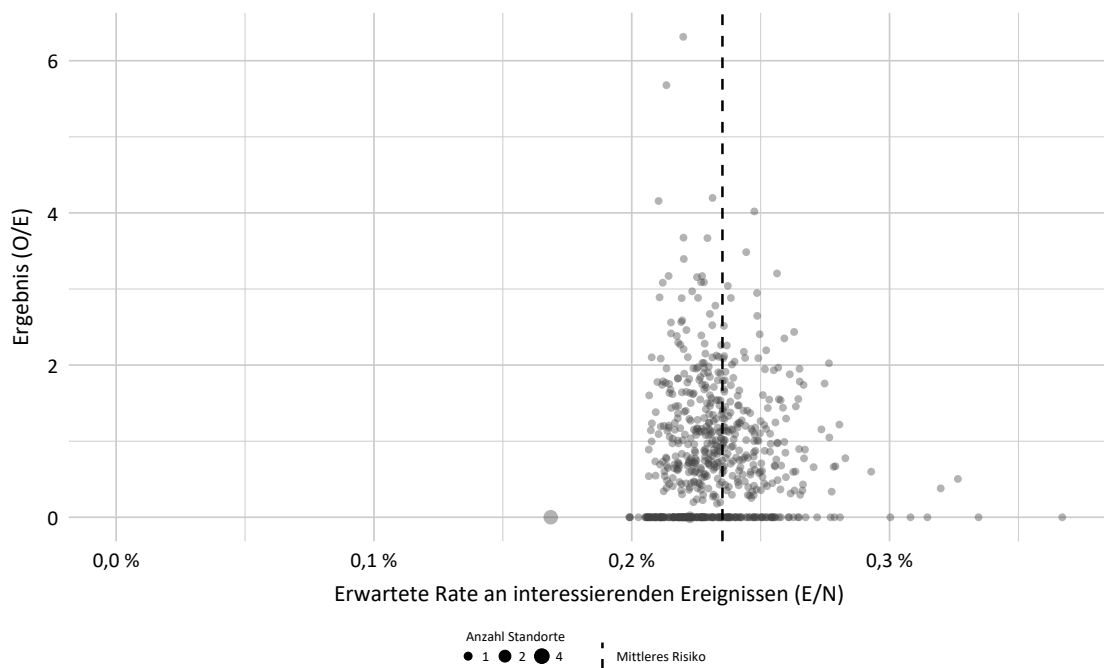
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	677.629	1.579 / 1.574,38	1,00	0,95 - 1,05
	2021	688.803	1.544 / 1.612,17	0,96	0,91 - 1,01
	2022	642.482	1.468 / 1.510,96	0,97	0,92 - 1,02

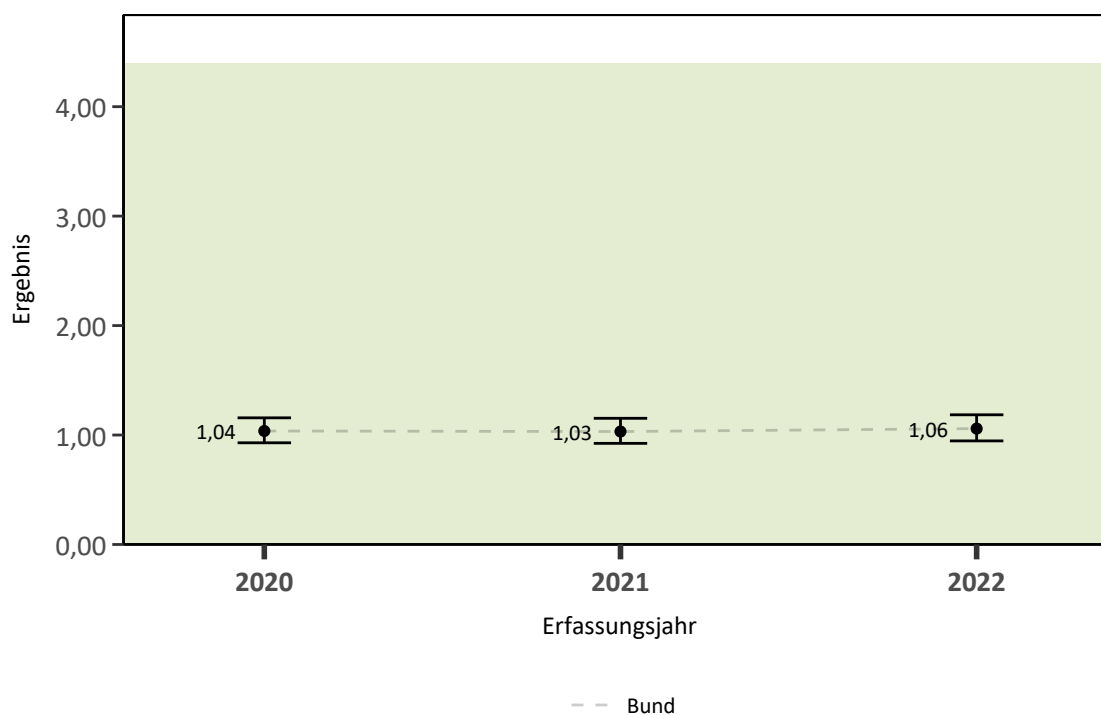
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen

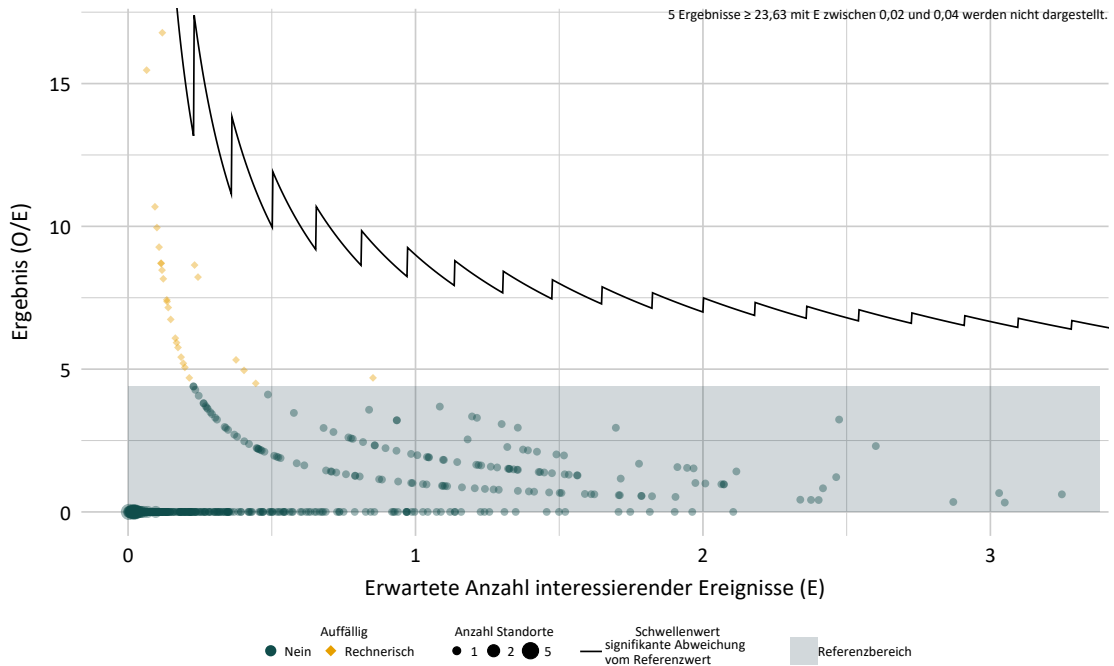
ID	51831
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle früh- und lebendgeborenen Einlinge (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für ID 51831
Referenzbereich	≤ 4,40 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

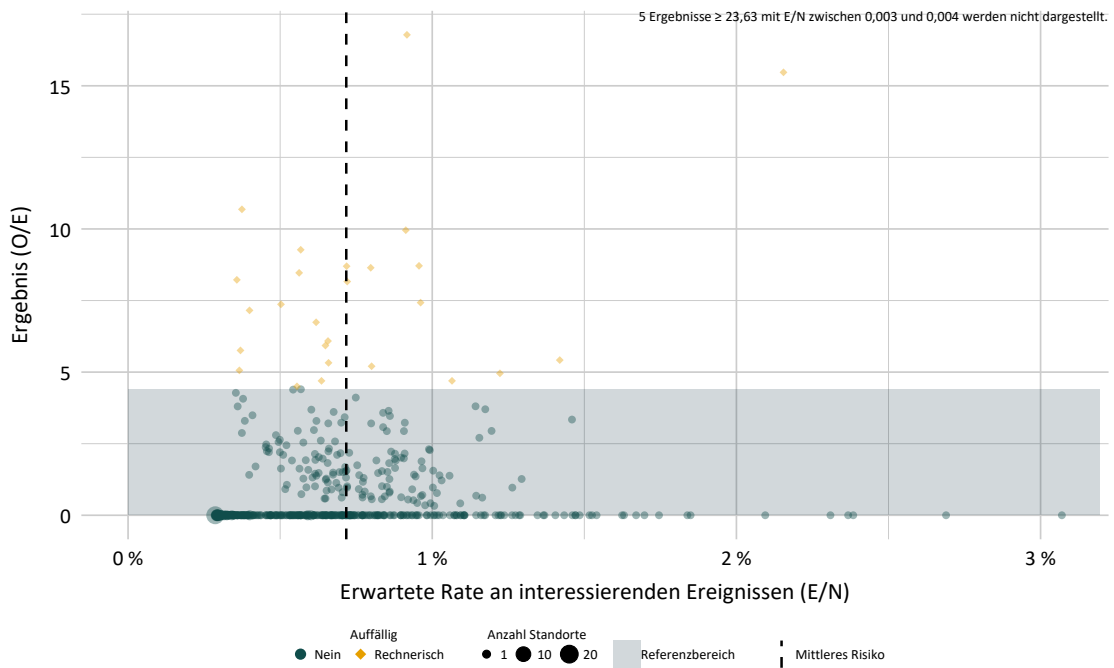
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	41.974	316 / 304,81	1,04	0,93 - 1,16
	2021	41.693	310 / 300,42	1,03	0,92 - 1,15
	2022	39.637	301 / 284,33	1,06	0,95 - 1,18

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 18_22004 Lebend geborene reife Einlinge mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	89,17 % 642.482/720.527
5.1.1	ID: 18_22005 pH-Wert < 7,1	2,36 % 15.157/642.482
5.1.2	ID: 321 pH-Wert < 7,0	0,23 % 1.468/642.482
5.1.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ²	
5.1.2.1.1	ID: O_51397 O/N (observed, beobachtet)	0,23 % 1.468/642.482
5.1.2.1.2	ID: E_51397 E/N (expected, erwartet)	0,24 % 1.510,96/642.482
5.1.2.1.3	ID: 51397 O/E	0,97

² nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	ID: 18_22034 Früh und lebend geborene Einlinge mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	5,50 % 39.637/720.527
5.2.1	ID: 18_22007 pH-Wert < 7,1	2,53 % 1.004/39.637
5.2.2	ID: 18_22033 pH-Wert < 7,0	0,76 % 301/39.637
5.2.2.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ³	
5.2.2.1.1	ID: O_51831 O/N (observed, beobachtet)	0,76 % 301/39.637
5.2.2.1.2	ID: E_51831 E/N (expected, erwartet)	0,72 % 284,33/39.637
5.2.2.1.3	ID: 51831 O/E	1,06

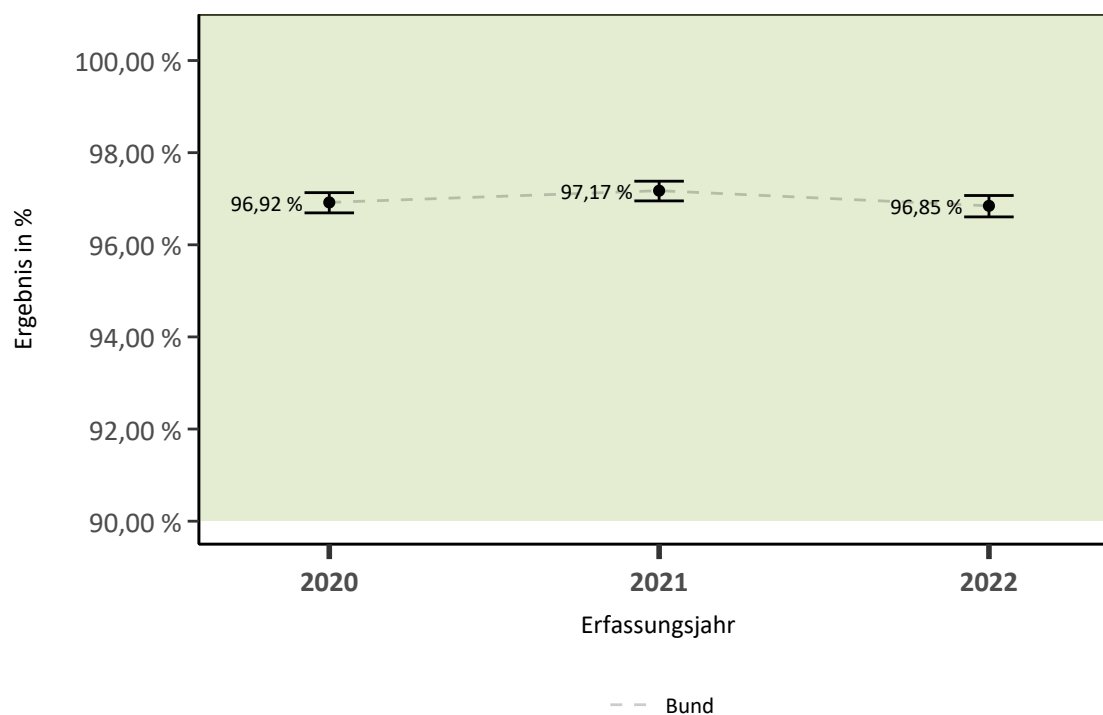
³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

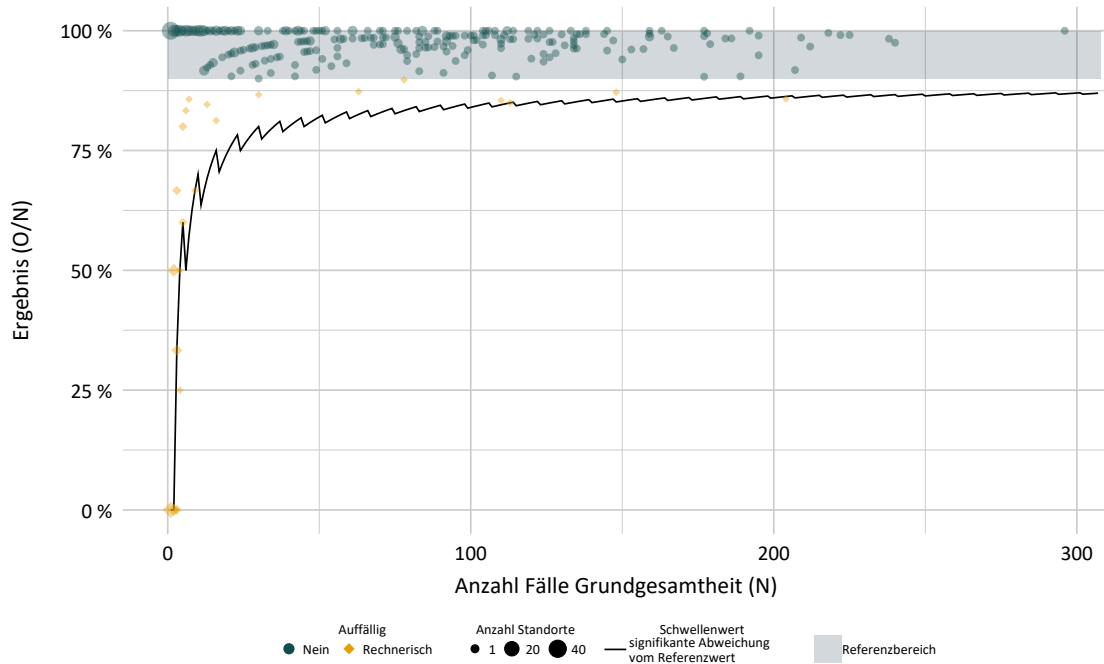
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
ID	318
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden
Zähler	Pädiater bei Geburt anwesend
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

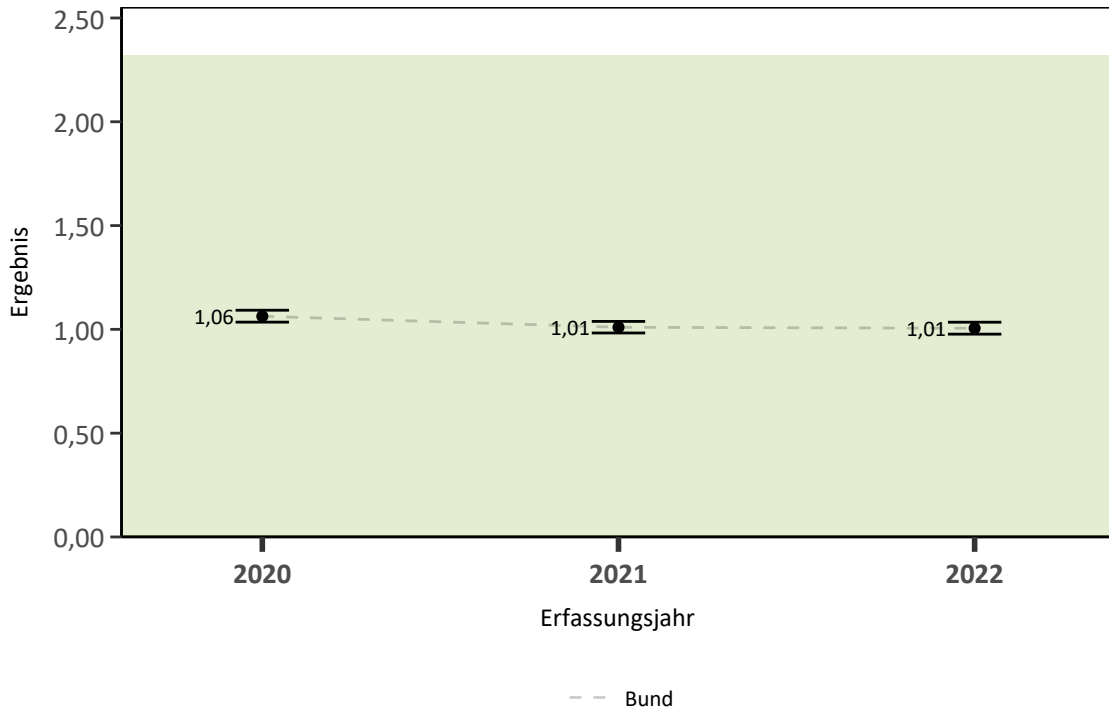
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	23.063 / 23.796	96,92 %	96,69 % - 97,13 %
	2021	22.424 / 23.076	97,17 %	96,95 % - 97,38 %
	2022	21.063 / 21.749	96,85 %	96,61 % - 97,07 %

51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

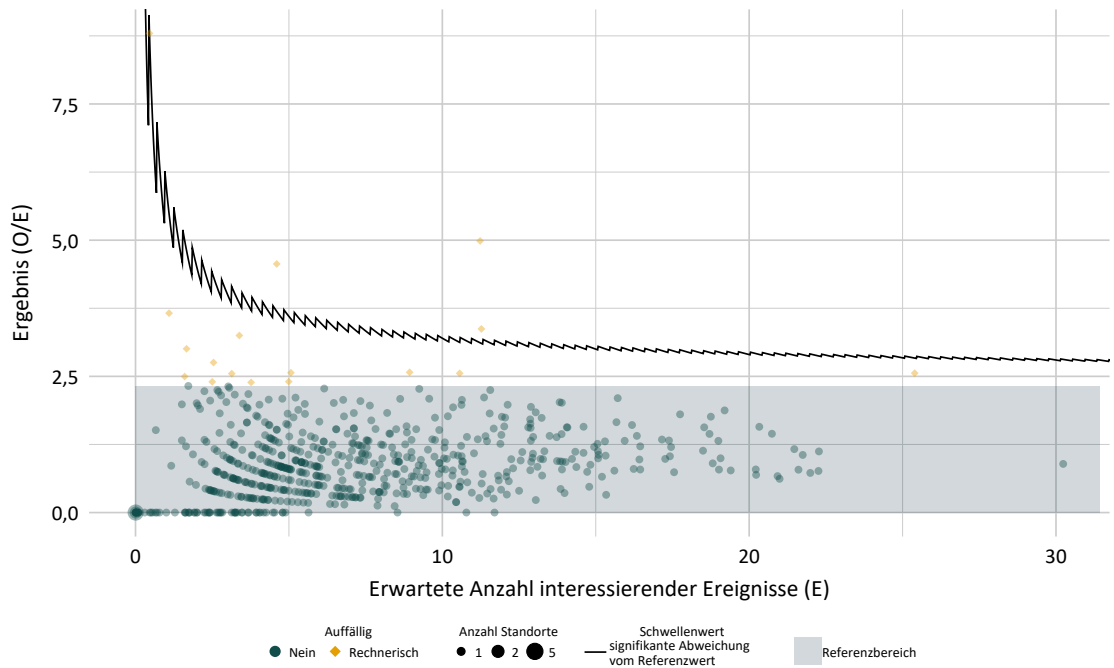
Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen
ID	51803
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	<p>Ebene 1: Alle reifen Kinder (37+0 bis unter 42+0 Wochen) unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme verstorben sind UND Ebene 2: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar UND Ebene 3: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum Base Excess UND Ebene 4: Alle reifen Lebendgeborenen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit gültigen Angaben zum pH-Wert</p>
Zähler	<p>Ebene 1: Verstorbene Kinder UND Ebene 2: Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Kinder mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Kinder mit Azidose (pH < 7,00)</p>
O (observed)	<p>Ebene 1: Beobachtete Anzahl an verstorbenen Kindern UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5 UND Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16 UND Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)</p>
E (expected)	<p>Ebene 1: Erwartete Anzahl an verstorbenen Kindern, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit Base Excess unter -16, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803 UND Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Azidose (pH < 7,00), risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51803</p>
Referenzbereich	≤ 2,32
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

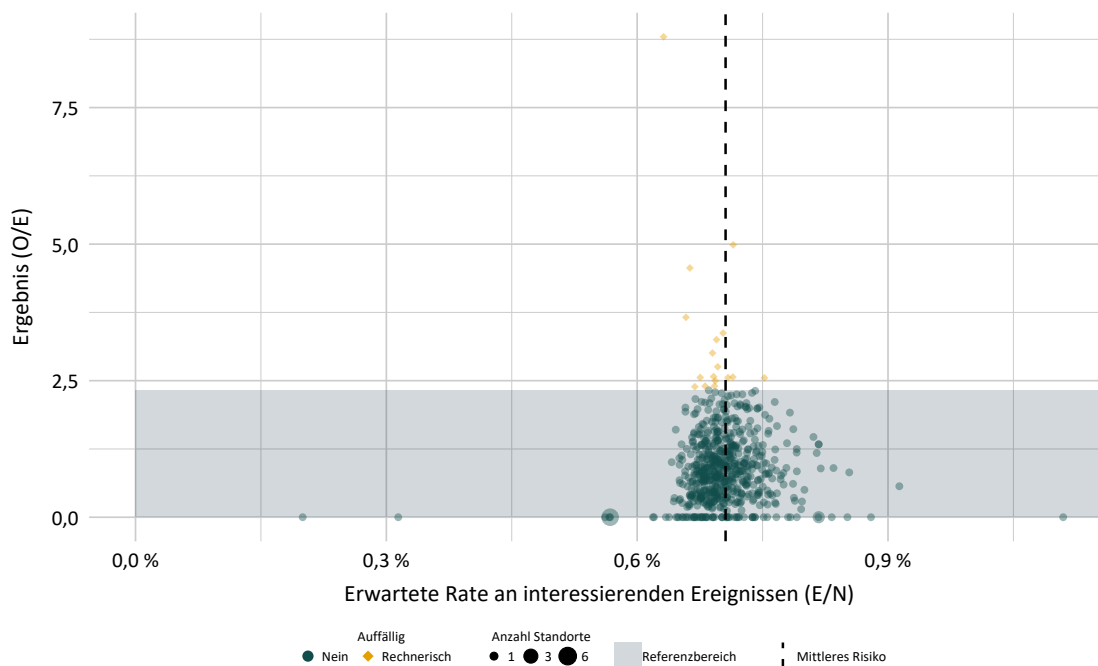
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	694.500	5.213 / 4.903,49	1,06	1,03 - 1,09
	2021	705.663	5.023 / 4.972,95	1,01	0,98 - 1,04
	2022	658.350	4.671 / 4.646,21	1,01	0,98 - 1,03

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 51799 Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	
7.1.1	ID: 51800 Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁴	
7.1.1.1	ID: O_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,71 % 4.671/658.350
7.1.1.2	ID: E_51803 E/N (expected, erwartet)	0,71 % 4.646,21/658.350
7.1.1.3	ID: 51803 O/E	1,01

⁴ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	ID: 51804 Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern	
7.2.1	ID: O_51808_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,03 % 209/658.350
7.2.2	ID: E_51808_51803 E/N (expected, erwartet)	0,03 % 176,60/658.350
7.2.3	ID: 51808_51803 O/E	1,18

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	ID: 51809 Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5	
7.3.1	ID: O_51813_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,21 % 1.360/657.149
7.3.2	ID: E_51813_51803 E/N (expected, erwartet)	0,20 % 1.344,11/657.149
7.3.3	ID: 51813_51803 O/E	1,01

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.4	ID: 51814 Ebene 3: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16	
7.4.1	ID: O_51818_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,24 % 1.589/653.053
7.4.2	ID: E_51818_51803 E/N (expected, erwartet)	0,26 % 1.697,00/653.053
7.4.3	ID: 51818_51803 O/E	0,94

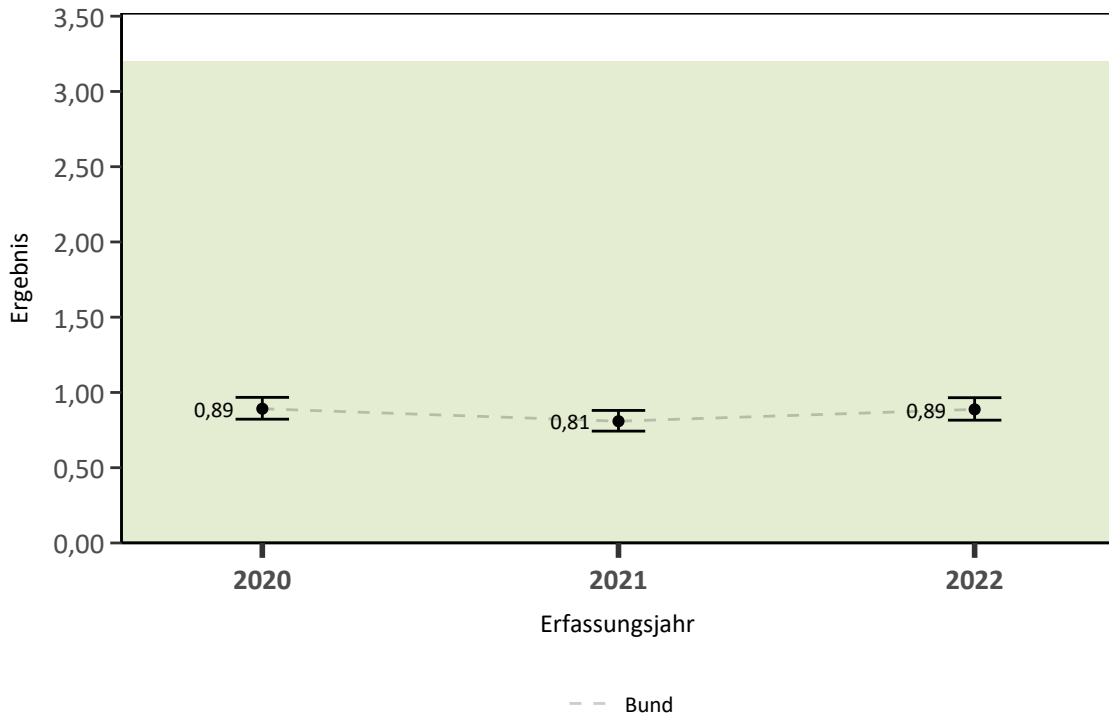
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.5	ID: 51819 Ebene 4: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)	
7.5.1	ID: O_51823_51803 O/N (observed, beobachtet)	0,23 % 1.513/653.471
7.5.2	ID: E_51823_51803 E/N (expected, erwartet)	0,22 % 1.428,51/653.471
7.5.3	ID: 51823_51803 O/E	1,06

181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV

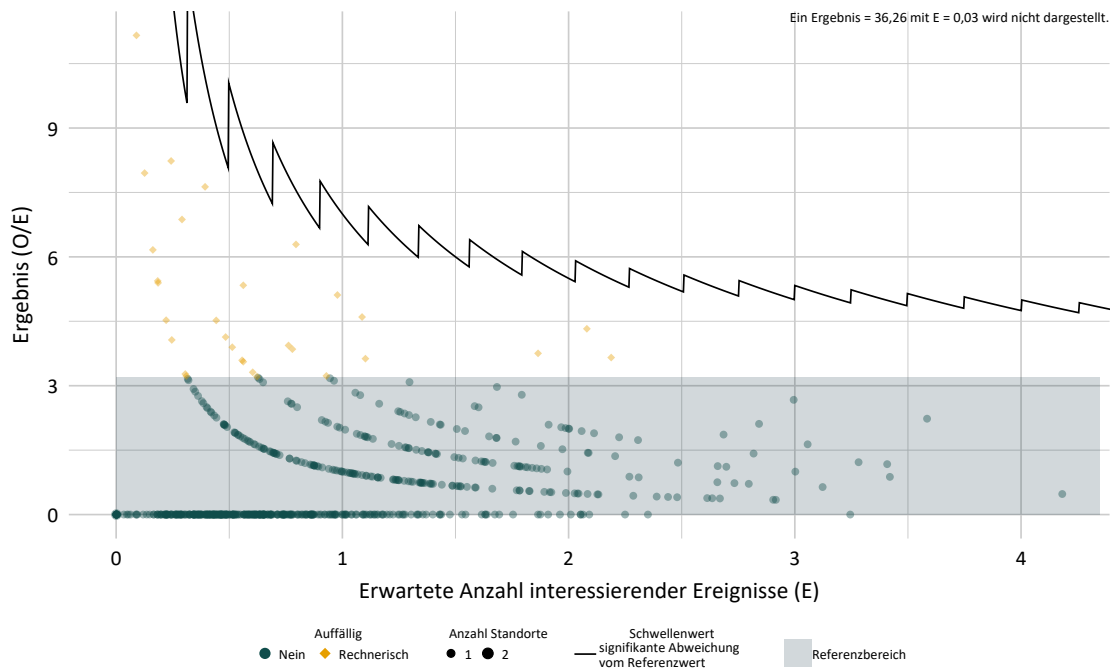
Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten
ID	181800
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Ebene 1: Alle spontanen Einlingsgeburten UND Ebene 2: Alle vaginal-operativen Einlingsgeburten
Zähler	Ebene 1: Dammriss Grad IV UND Ebene 2: Dammriss Grad IV
O (observed)	Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV UND Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Dammrissen Grad IV
E (expected)	Ebene 1: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 1. Ebene des Index mit der ID 181800 UND Ebene 2: Erwartete Anzahl an Dammrissen Grad IV, risikoadjustiert nach logistischem Geburtshilfe-Score für die 2. Ebene des Index mit der ID 181800
Referenzbereich	≤ 3,20 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

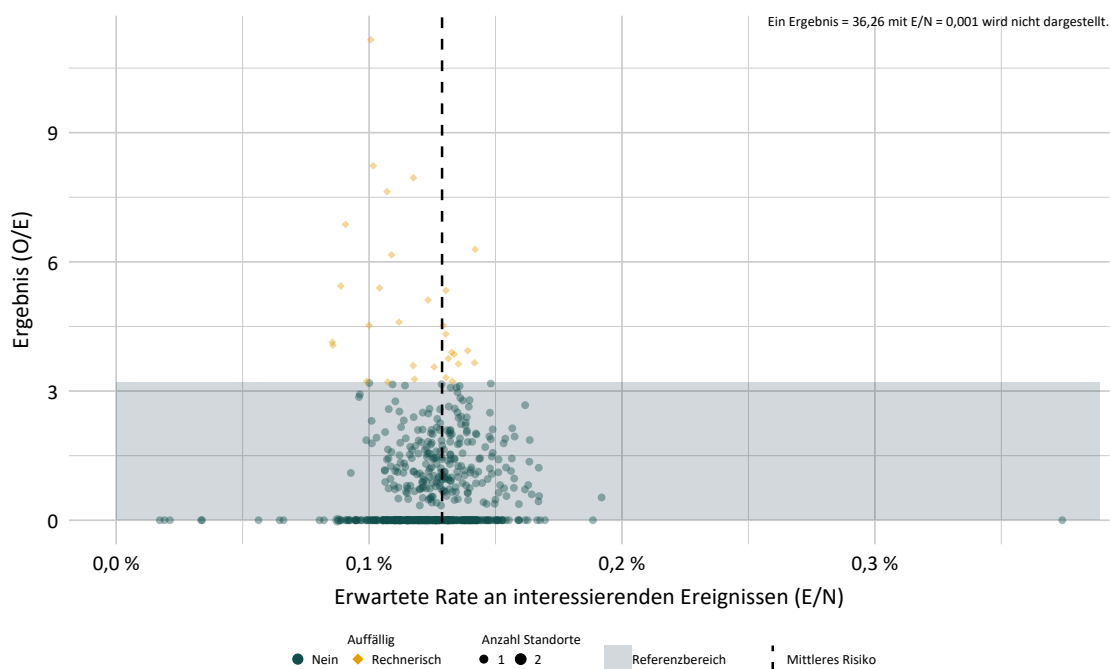
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	506.469	583 / 653,76	0,89	0,82 - 0,97
	2021	513.155	534 / 660,21	0,81	0,74 - 0,88
	2022	474.861	543 / 611,91	0,89	0,82 - 0,97

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 18_22024 Alle Geburten	100,00 % 707.621/707.621
8.1.1	ID: 18_22025 davon spontane Einlingsgeburten	60,07 % 425.074/707.621
8.1.1.1	ID: 18_22026 Dammriss Grad IV	0,08 % 327/425.074
8.1.1.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁵	
8.1.1.2.1	ID: O_181800 O/N (observed, beobachtet)	0,11 % 543/474.861
8.1.1.2.2	ID: E_181800 E/N (expected, erwartet)	0,13 % 611,91/474.861
8.1.1.2.3	ID: 181800 O/E	0,89

⁵ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	Ebene 1: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	
8.2.1	ID: O_181801_181800 O/N (observed, beobachtet)	0,08 % 327/425.074
8.2.2	ID: E_181801_181800 E/N (expected, erwartet)	0,09 % 383,50/425.074
8.2.3	ID: 181801_181800 O/E	0,85

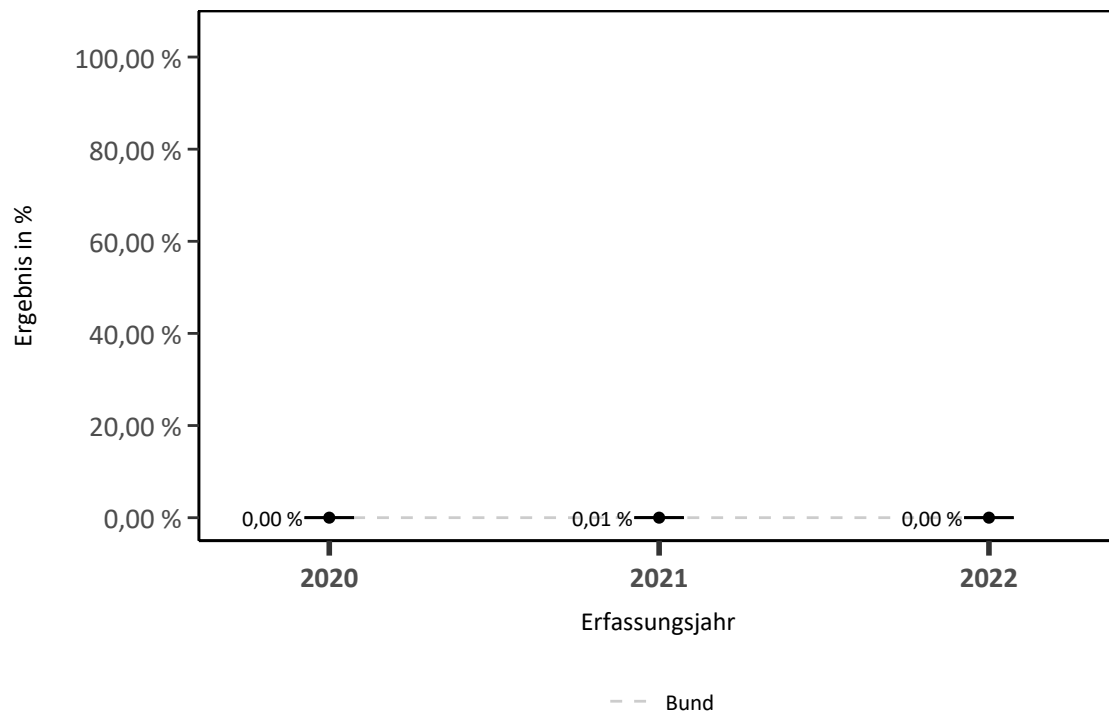
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.3	Ebene 2: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	
8.3.1	ID: O_181802_181800 O/N (observed, beobachtet)	0,43 % 216/49.787
8.3.2	ID: E_181802_181800 E/N (expected, erwartet)	0,46 % 228,41/49.787
8.3.3	ID: 181802_181800 O/E	0,95

331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt

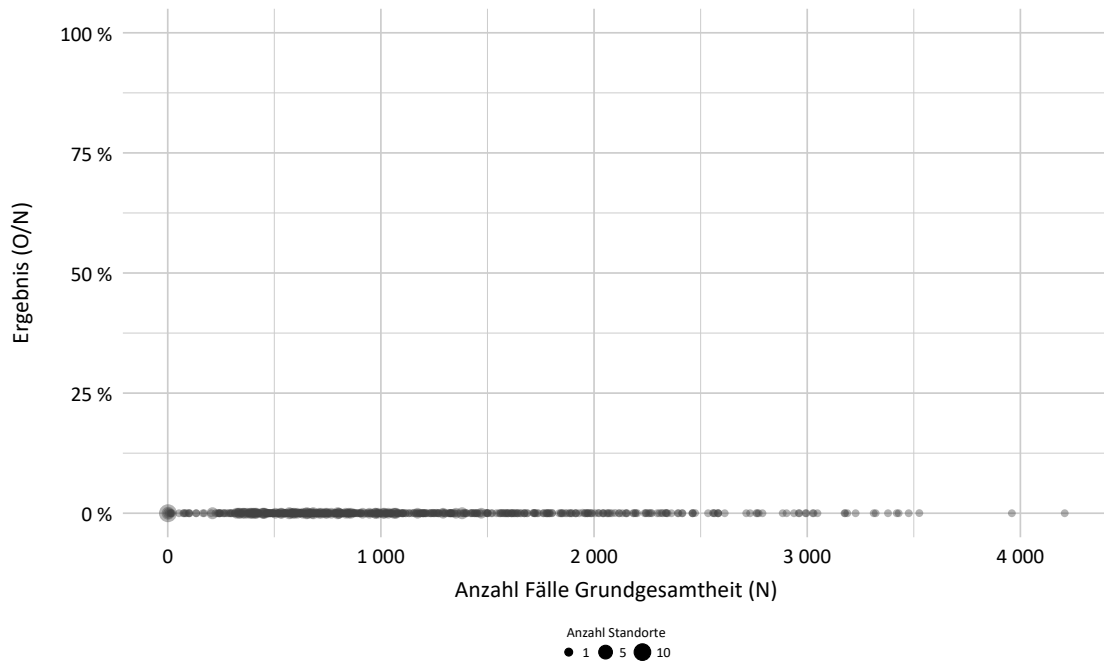
Qualitätsziel	Selten mütterliche Todesfälle
ID	331
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Geburten
Zähler	Mütterliche Todesfälle
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	24 / 745.804	0,00 %	0,00 % - 0,00 %
	2021	41 / 757.644	0,01 %	0,00 % - 0,01 %
	2022	30 / 707.621	0,00 %	0,00 % - 0,01 %

Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe

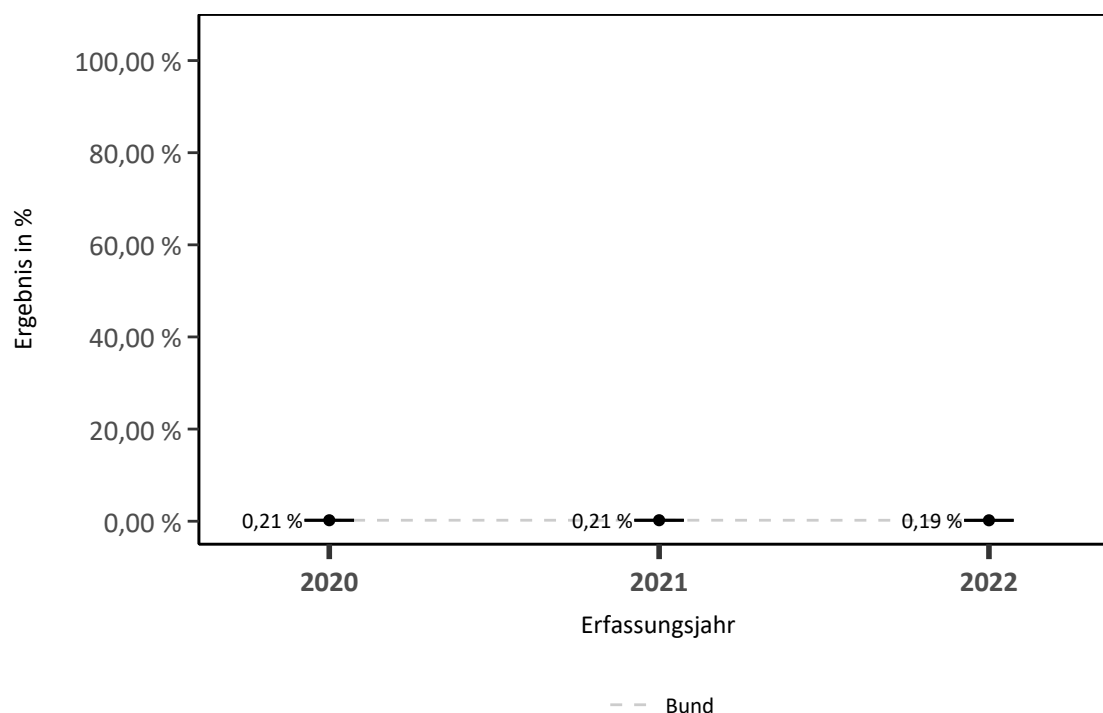
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
---------------	---

182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

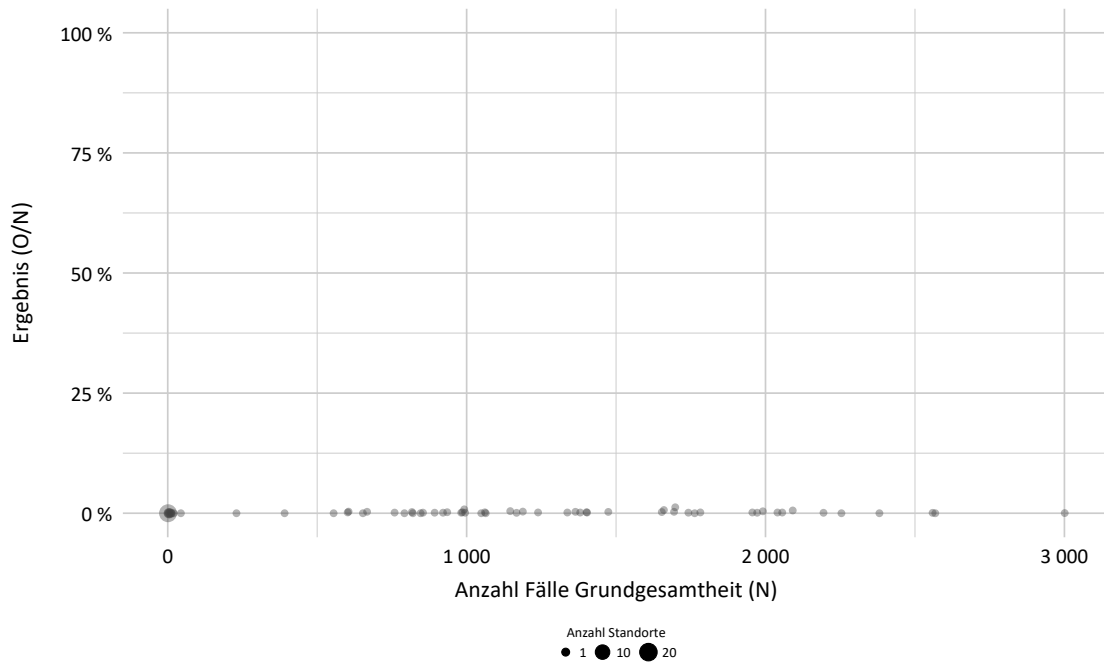
ID	182010
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen
Zähler	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

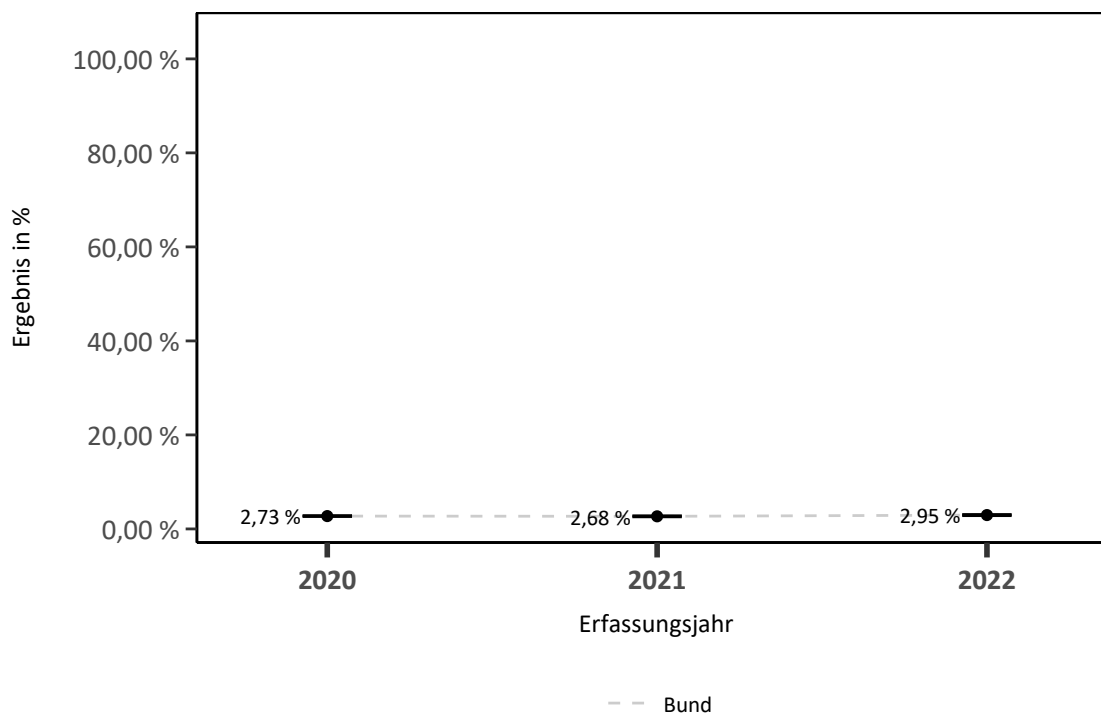
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	154 / 73.910	0,21 %	0,18 % - 0,24 %
	2021	161 / 76.053	0,21 %	0,18 % - 0,25 %
	2022	138 / 70.771	0,19 %	0,17 % - 0,23 %

182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

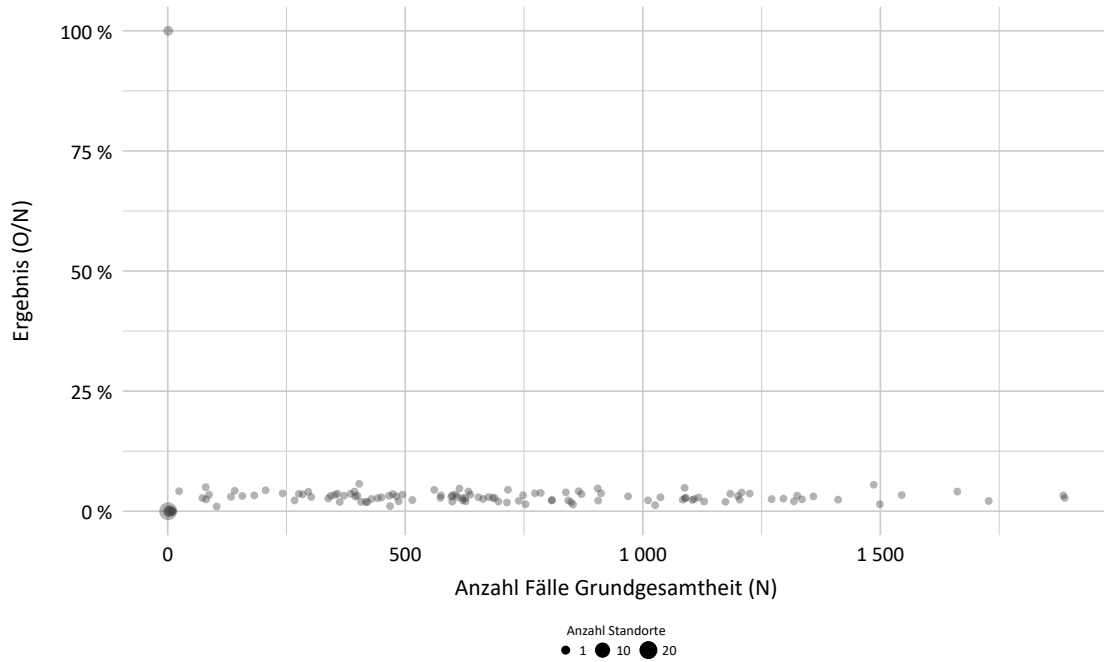
ID	182011
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen
Zähler	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 hätten geboren werden müssen
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

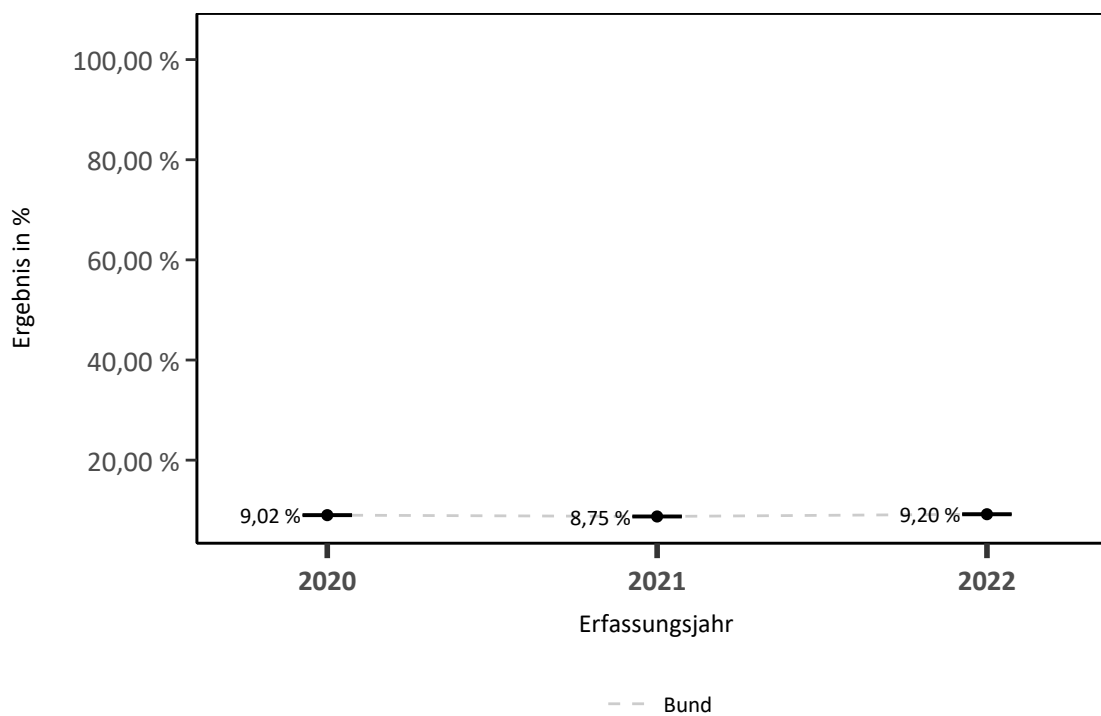
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	2.636 / 96.412	2,73 %	2,63 % - 2,84 %
	2021	2.382 / 88.841	2,68 %	2,58 % - 2,79 %
	2022	2.415 / 81.972	2,95 %	2,83 % - 3,06 %

182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

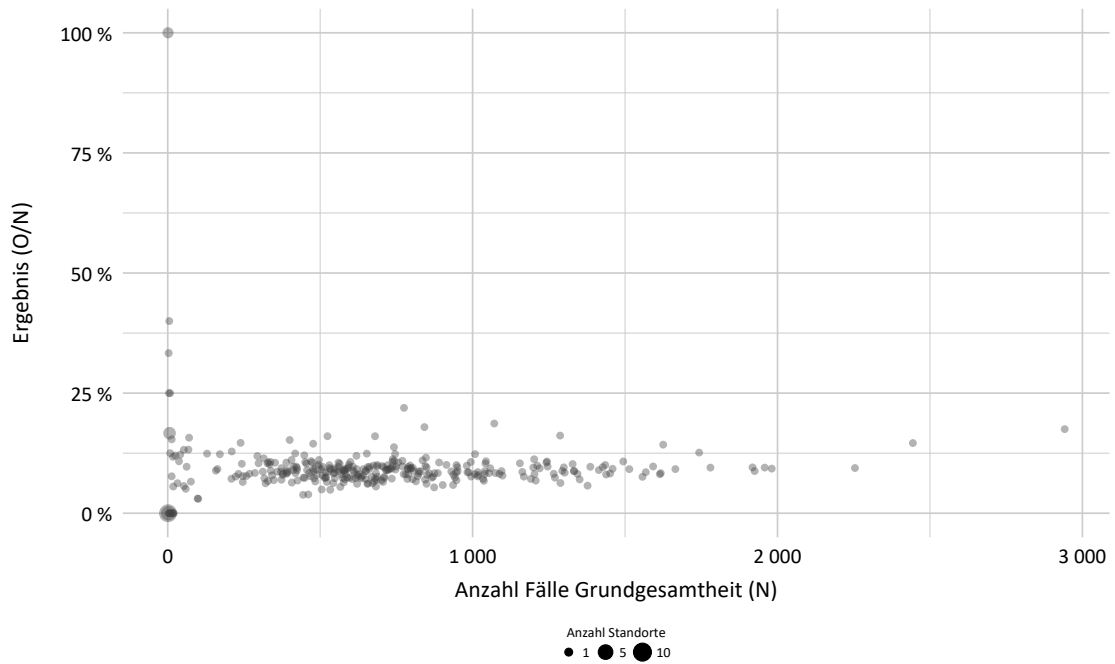
ID	182014
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen
Zähler	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 oder in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt hätten geboren werden müssen
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	22.983 / 254.879	9,02 %	8,91 % - 9,13 %
	2021	22.310 / 255.027	8,75 %	8,64 % - 8,86 %
	2022	21.264 / 231.214	9,20 %	9,08 % - 9,32 %

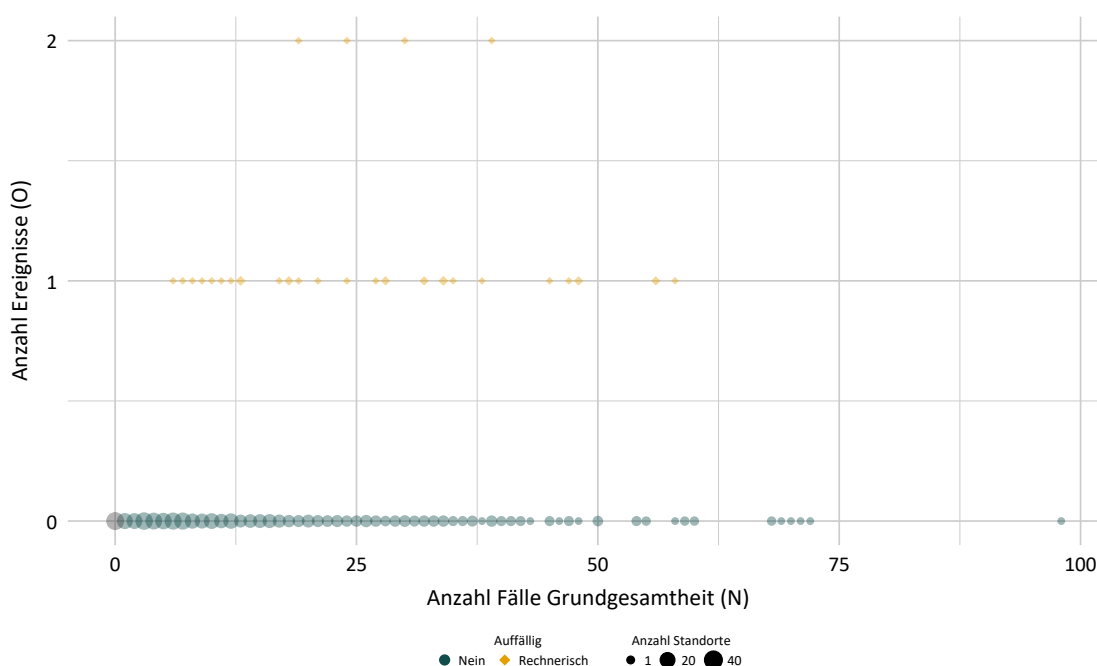
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

ID	850318
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Die Angabe einer korrekten E-E-Zeit ist relevant für den planungsrelevanten Qualitätsindikator 1058. Die Durchführung eines Notfallkaiserschnitts unter 3 Minuten kann als unrealistisch angesehen werden.</p> <p>Hypothese Fehldokumentation der E-E-Zeit durch Angabe unplausibler Werte.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Grundgesamtheit	Alle Kinder, die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden
Zähler	E-E-Zeit < 3 Minuten
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		41 / 9.745	0,42 %	6,08 % 37 / 609

850224: Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess

ID	850224
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die betrachteten kritischen Outcomes sind relevant für den planungsrelevanten Qualitätsindikator 51803. Der 5-Minuten-Apgar-, Nabelarterien-pH-Wert und Base Excesswert sind wichtige Angaben zum klinischen Zustand des Kindes und sollten somit korrekt dokumentiert werden. Fehlende Angaben führen zum Ausschluss aus der Grundgesamtheit des QI. Hypothese Unterdokumentation der Parameter zum kritischen Outcome.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Grundgesamtheit	Alle reifen Lebendgeborenen unter Ausschluss von Kindern, bei denen als Aufnahmegrund „Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme“ dokumentiert wurde
Zähler	Kinder mit fehlender Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlender Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlender Angabe des Base Excess
Referenzbereich	≤ 2,58 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

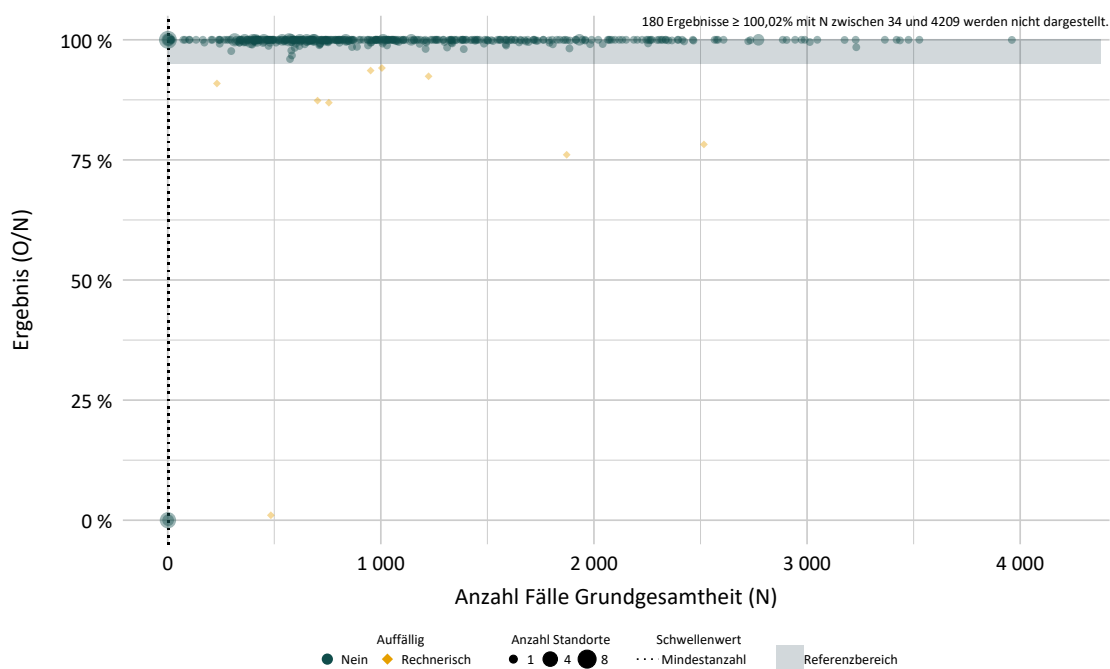
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	5.191 / 657.464	0,79 %	4,82 % 31 / 643

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850081
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



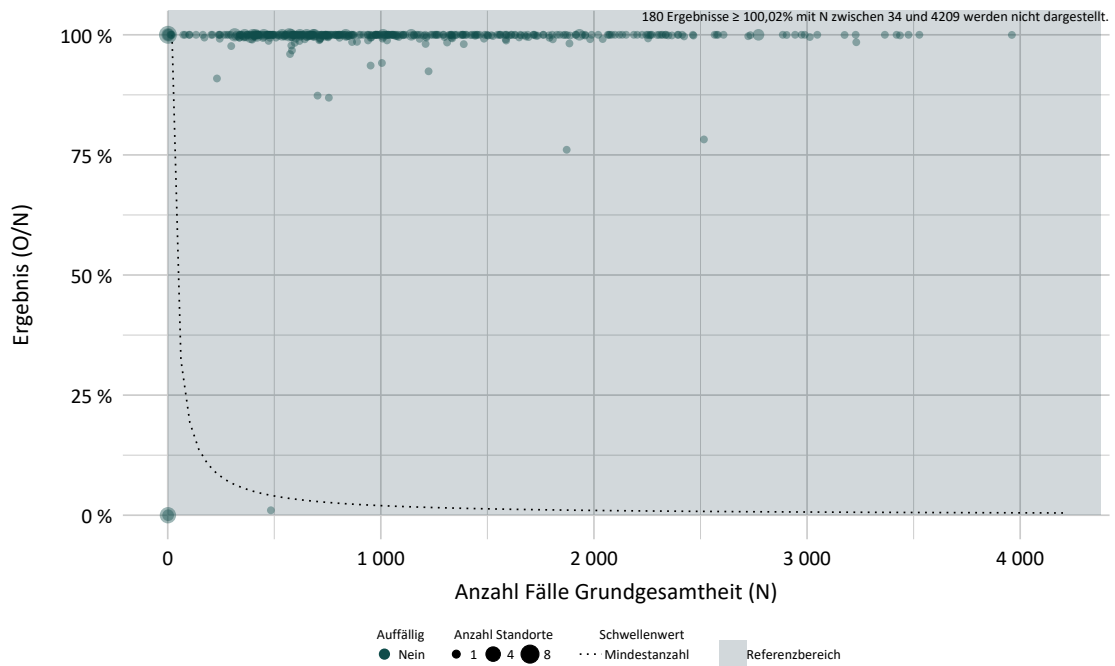
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	708.027 / 706.051	100,28 %	1,39 % 9 / 647

850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850082
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



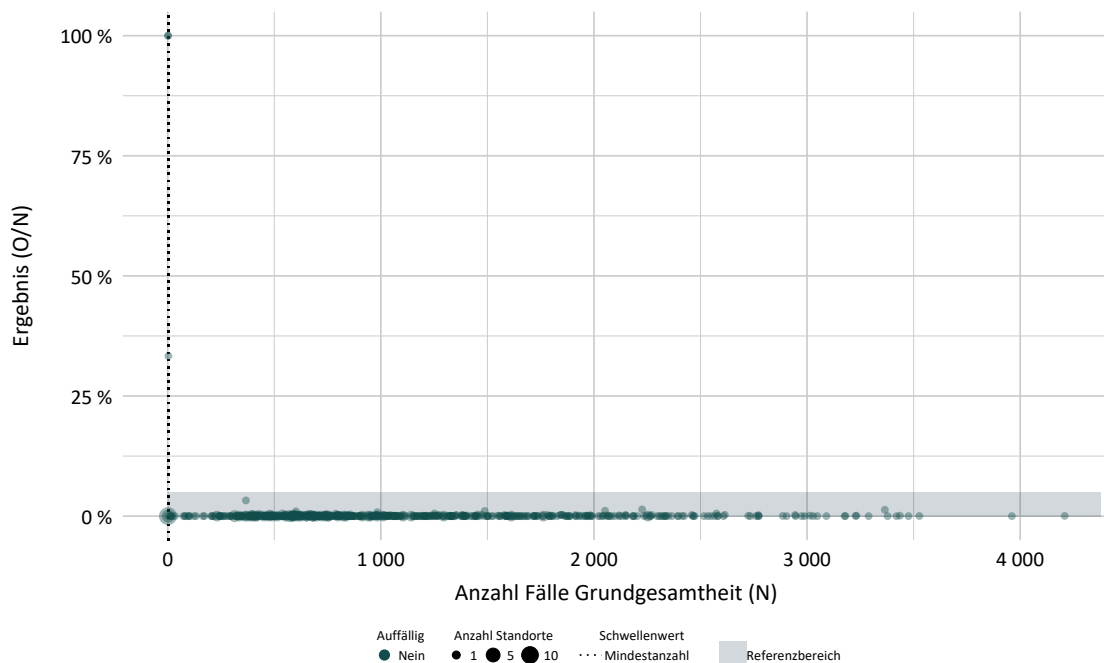
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	708.027 / 706.051	100,28 %	0,93 % 6 / 647

850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850226
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		406 / 706.051	0,06 %	0,00 % 0 / 647

Basisauswertung

Datenbasis: Anzahl der Mütter und Kinder

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl der Mütter		
Alle Mütter	707.621	100,00
davon		
Erstgebärende	328.921	46,48
Mehrgebärende	378.700	53,52
davon		
Einlingsschwangerschaften	694.918	98,20
Mehrlingsschwangerschaften	12.703	1,80

	Bund (gesamt)	
	n	%
Anzahl der Kinder		
Alle Kinder	720.527	100,00
davon		
Einlinge	694.918	96,45
Zwillinge	24.967	3,47
Drillinge	601	0,08
Höhergradige Mehrlinge	41	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Zeitliche Verteilung der Geburten		
Januar	56.884	7,89
Februar	52.390	7,27
März	56.831	7,89
April	56.145	7,79
Mai	63.576	8,82
Juni	63.002	8,74
Juli	66.669	9,25
August	66.398	9,22
September	65.154	9,04
Oktober	61.474	8,53
November	56.110	7,79
Dezember	55.894	7,76

Informationen zur Schwangeren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	N = 707.621	
Alter		
< 18	2.959	0,42
18 - 29	249.216	35,22
30 - 34	268.662	37,97
35 - 39	151.347	21,39
≥ 40	35.437	5,01

Vorausgegangene Schwangerschaften

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	N = 707.621	
Vorausgegangene Schwangerschaften		
0	262.543	37,10
1	223.200	31,54
2	116.486	16,46
3 und mehr	105.392	14,89

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vorausgegangenen Schwangerschaften	N = 445.078	
Lebendgeburten		
0	68.279	15,34
1	243.894	54,80
2	86.807	19,50
3	28.137	6,32
4	10.127	2,28
5 und mehr	7.834	1,76
Totgeburten		
0	437.858	98,38
1	6.449	1,45
2 und mehr	771	0,17

Informationen zur jetzigen Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Gestationsalter (in vollendeten Wochen)		
< 28 SSW	4.310	0,60
28 - 31 SSW	5.859	0,81
32 - 36 SSW	47.231	6,56
37 - 41 SSW	659.095	91,47
> 41 SSW	4.032	0,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Angaben zu Körpergröße von ≥ 50 cm bis ≤ 250 cm und Körpergewicht von ≥ 30 kg bis ≤ 230 kg	N = 653.221	
BMI bei Erstuntersuchung (BMI-Klassifikation nach WHO)		
Untergewicht (< 18,5)	22.702	3,48
Normalgewicht ($\geq 18,5$ - < 25)	344.288	52,71
leichtes Übergewicht (≥ 25 - < 30)	164.992	25,26
Übergewicht Klasse I (≥ 30 - < 35)	74.626	11,42
Übergewicht Klasse II (≥ 35 - < 40)	30.382	4,65
Übergewicht Klasse III (≥ 40)	16.231	2,48

Untersuchungen in der jetzigen Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	N = 707.621	
Anzahl Vorsorgeuntersuchungen		
≤ 4 (Unterversorgung)	12.524	1,77
5 - 7	37.773	5,34
8 - 11	300.694	42,49
≥ 12 (Überversorgung)	221.877	31,36
ohne Angabe	134.753	19,04

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	N = 707.621	
Befunde während der Schwangerschaft		
Schwangere ohne Befund	151.345	21,39
Schwangere mit Befund	556.276	78,61
Geburtsrisiken		
Schwangere ohne Geburtsrisiken	142.305	20,11
Schwangere mit Geburtsrisiken	565.316	79,89

Präpartale Diagnostik/Therapie

Antenatale Kortikosteroidtherapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	N = 707.621	
Antenatale Kortikosteroidtherapie		
(0) nein	689.116	97,38
(1) ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik	15.412	2,18
(2) ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	3.093	0,44

Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und nach der Geburt des Kindes erfolgte

	Bund (gesamt)	
	N	
Alle Mütter	N = 707.621	
Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik erfolgte	15.412	
Begonnene Kortikosteroidtherapie erfolgte nach der Geburt des Kindes	101	

Abstand zwischen Geburt und Kortikosteroidgabe (in Stunden) bei Müttern, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik erfolgte

Bund (gesamt)	
Abstand zwischen Geburt und Kortikosteroidgabe (in Stunden)	
Anzahl der Mütter, bei denen die begonnene Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik erfolgte mit Angabe von Werten	15.412
5. Perzentil	2,02
25. Perzentil	54,28
Mittelwert	578,97
Median	254,21
75. Perzentil	931,47
95. Perzentil	1.995,95

Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Schwangerschaftswochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten, bei denen die begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und nicht im optimalen Zeitfenster zwischen 24 und 168 Stunden erfolgte

Bund (gesamt)	
N	
Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Schwangerschaftswochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten, bei denen die begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik erfolgte	N = 15.120
Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie erfolgte nicht im optimalen Zeitfenster zwischen 24 und 168 Stunden	10.945

Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Schwangerschaftswochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten, bei denen die begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik und ab einem Gestationsalter von mindestens 34+0 Schwangerschaftswochen erfolgte

	Bund (gesamt) N
Mütter, die mindestens ein Kind mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Schwangerschaftswochen geboren haben, unter Ausschluss von Totgeburten, bei denen die begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie in der eigenen Klinik erfolgte	N = 15.120
Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie bei Kindern mit einem Gestationsalter von mindestens 34+0 Schwangerschaftswochen	6.241

Informationen zur Entbindung

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	N = 707.621	
Aufnahmeart⁶		
(1) Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt	703.819	99,46
(2) Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde	2.901	0,41
(3) Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	901	0,13
Aufnahmediagnose (ICD 10)⁷		
(O42.-) Vorzeitiger Blasensprung	70.834	10,01
(O43.-) Pathologische Zustände der Plazenta	673	0,10
(O44.-) Placenta praevia	1.234	0,17
(O45.-) Vorzeitige Plazentalösung	474	0,07
(O48) Übertragene Schwangerschaft	25.100	3,55
(O80) Spontangeburt eines Einlings	162.876	23,02
(O82) Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung	35.364	5,00

⁶ Aufgrund eines Softwarefehlers sind die Angaben (insbesondere Schlüsselwert 2) als nicht valide einzuschätzen

⁷ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vaginaler Entbindung	N = 478.823	
Muttermundsweite bei Aufnahme		
0 - 2 cm	203.028	42,40
3 - 5 cm	109.193	22,80
> 5 cm	54.738	11,43
ohne Angabe	111.864	23,36

Geburtseinleitung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	N = 707.621	
Geburtseinleitung		
eingeleitete Geburten	151.488	21,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	N = 707.621	
Wehentherapie		
Wehenmittel s.p.	193.995	27,42

Entbindungsmodus und Lage des Kindes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Lage des Kindes		
(1) regelrechte Schädellage	640.664	88,92
(2) regelwidrige Schädellage	36.641	5,09
(3) Beckenendlage	37.562	5,21
(4) Querlage	4.455	0,62
(9) nicht bestimmt	1.205	0,17

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Entbindungsmodus		
Spontangeburt	430.501	59,75
Sectio caesarea	238.711	33,13
davon		
primär	101.553	42,54
sekundär	116.418	48,77
nicht näher bezeichnet	20.740	8,69
vaginal-operativ	50.396	6,99
davon		
Vakuumentbindung	48.793	96,82
Forzepsentbindung	1.572	3,12
sonstige	31	0,06
sonstige	919	0,13

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	N = 586.125	
Entbindungsmodus		
Spontangeburt	389.971	66,53
Sectio caesarea	152.575	26,03
davon		
primär	66.906	43,85
sekundär	68.989	45,22
nicht näher bezeichnet	16.680	10,93
vaginal-operativ	43.435	7,41
davon		
Vakuumentbindung	42.296	97,38
Forzepsentbindung	1.128	2,60
sonstige	11	0,03
sonstige	144	0,02

Entbindungsmodus bei Kindern < 1500 g

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g	N = 9.826	
Entbindungsmodus		
Spontangeburt	2.620	26,66
primäre Sectio caesarea	2.238	22,78
sekundäre Sectio caesarea	4.601	46,82
vaginal-operativ	28	0,28
sonstige	339	3,45

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g in Schädellage	N = 6.099	
Entbindungsmodus bei Schädellage		
Spontangeburt	1.820	29,84
primäre Sectio caesarea	1.437	23,56
sekundäre Sectio caesarea	2.636	43,22
vaginal-operativ	21	0,34
sonstige	185	3,03

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g in Beckenendlage	N = 2.991	
Entbindungsmodus bei Beckenendlage		
Spontangeburt	710	23,74
primäre Sectio caesarea	609	20,36
sekundäre Sectio caesarea	1.541	51,52
Extraktion/Sonstiges	131	4,38

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder < 1500 g in Querlage	N = 548	
Entbindungsmodus bei Querlage		
primäre Sectio caesarea	154	28,10
sekundäre Sectio caesarea	372	67,88
sonstige	22	4,01

Entbindungsmodus bei Kindern ≥ 1500 g

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g	N = 710.701	
Entbindungsmodus		
Spontangeburt	427.881	60,21
primäre Sectio caesarea	99.315	13,97
sekundäre Sectio caesarea	111.817	15,73
vaginal-operativ	50.368	7,09
sonstige	21.320	3,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g in Schädellage	N = 671.206	
Entbindungsmodus bei Schädellage		
Spontangeburt	425.424	63,38
primäre Sectio caesarea	77.253	11,51
sekundäre Sectio caesarea	99.383	14,81
vaginal-operativ	50.325	7,50
sonstige	18.821	2,80

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder ≥ 1500 g in Beckenendlage	N = 34.571	
Entbindungsmodus bei Beckenendlage		
Spontangeburt	2.206	6,38
primäre Sectio caesarea	19.648	56,83
sekundäre Sectio caesarea	10.563	30,55
Extraktion/Sonstiges	2.154	6,23

	Bund (gesamt)	
	n	%
Kinder \geq 1500 g in Querlage	N = 3.907	
Entbindungsmodus bei Querlage		
primäre Sectio caesarea	2.186	55,95
sekundäre Sectio caesarea	1.395	35,71
sonstige	326	8,34

Sectionmanagement bei Beckenendlage

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW)	N = 647.934	
Sectionmanagement bei Beckenendlage⁸		
Beckenendlage (87)	24.614	3,80
davon		
primäre Sectio	15.858	64,43

⁸ Geburtrisiken nach Schlüssel 2

Sectionmanagement bei Schädellage

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	N = 586.125	
Sectionmanagement bei Schädellage⁹		
absolutes oder relatives Missverhältnis (84)	13.282	2,27
davon		
Sectio	11.519	86,73
protrahierte Geburt: Eröffnungsperiode (82)	19.123	3,26
davon		
sekundäre Sectio	13.385	69,99
pathologisches CTG (77)	92.419	15,77
davon		
sekundäre Sectio	26.734	28,93
Z. n. Sectio oder anderen Uterus-OP (69)	105.959	18,08
davon		
Sectio	71.962	67,91

⁹ Geburtsrisiken nach Schlüssel 2, Mehrfachnennung möglich

Indikation zur Sectio

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge	N = 694.918	
Indikation zur Sectio		
Sectio	219.353	31,57
davon Indikation¹⁰		
absolutes oder relatives Missverhältnis (84)	13.799	6,29
pathologisches CTG (77)	39.974	18,22
Z. n. Sectio oder anderen Uterus-OP (69)	73.504	33,51
primäre Sectio (> 36 SSW)	84.889	12,22
davon Indikation¹¹		
Beckenendlage (87)	15.105	17,79
sekundäre Sectio	107.334	15,45
davon Indikation¹²		
protrahierte Geburt: Eröffnungsperiode (82)	20.635	19,23

¹⁰ Indikation zur operativen Entbindung nach Schlüssel 2, Mehrfachnennung möglich

¹¹ Indikation zur operativen Entbindung nach Schlüssel 2

¹² Indikation zur operativen Entbindung nach Schlüssel 2

Allgemeinanästhesie bei Sectio

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder, die per Sectio geboren wurden	N = 238.711	
Allgemeinanästhesie bei Sectio		
Allgemeinanästhesie	31.031	13,00

E-E-Zeit

	Bund (gesamt)	
	n	%
Notsectiones	N = 9.745	
E-E-Zeit		
< 21 Minuten	9.725	99,79
21 - 30 Minuten	13	0,13
> 30 Minuten	7	0,07

	Bund (gesamt)	
	n	%
Notsectiones bei Einlingen	N = 8.983	
Hauptindikation bei Notsectio¹³		
(60) vorzeitiger Blasensprung	40	0,45
(61) Übertragung des Termins	11	0,12
(62) Fehlbildung	5	0,06
(63) Frühgeburt	101	1,12
(64) Mehrlingsschwangerschaft	0	0,00
(65) Plazentainsuffizienz	23	0,26
(66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung	92	1,02
(67) Rh-Inkompatibilität	0	0,00
(68) Diabetes mellitus	6	0,07
(69) Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen	89	0,99
(70) Placenta praevia	99	1,10
(71) vorzeitige Plazentalösung	944	10,51
(72) sonstige uterine Blutungen	119	1,32
(73) Amnioninfektionssyndrom	19	0,21
(74) Fieber unter der Geburt	≤3	x
(75) mütterliche Erkrankung	62	0,69
(76) mangelnde Kooperation der Mutter	6	0,07
(77) pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	5.818	64,77
(78) grünes Fruchtwasser	5	0,06

	Bund (gesamt)	
	n	%
Notsectiones bei Einlingen	N = 8.983	
(79) Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	360	4,01
(80) Nabelschnurvorfal	261	2,91
(81) sonstige Nabelschnurkomplikationen	15	0,17
(82) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode	22	0,24
(83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode	84	0,94
(84) absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken	30	0,33
(85) Uterusruptur	161	1,79
(86) Querlage/Schräglage	34	0,38
(87) Beckenendlage	153	1,70
(88) hintere Hinterhauptslage	5	0,06
(89) Vorderhauptslage	≤3	x
(90) Gesichtslage/Stirnlage	28	0,31
(91) tiefer Querstand	≤3	x
(92) hoher Geradstand	16	0,18
(93) sonstige regelwidrige Schädellagen	25	0,28
(95) HELLP-Syndrom	18	0,20
(96) intrauteriner Fruchttod	8	0,09
(97) pathologischer Dopplerbefund	17	0,19
(98) Schulterdystokie	7	0,08
(94) sonstige	296	3,30

¹³ nach Schlüssel 2

Zeitpunkt der Geburt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit risikofreien Geburten	N = 142.305	
Wochentag der Geburt		
Montag	20.227	14,21
Dienstag	20.558	14,45
Mittwoch	20.455	14,37
Donnerstag	20.748	14,58
Freitag	20.609	14,48
Samstag	20.010	14,06
Sonntag	19.698	13,84

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Sectio	N = 229.072	
Wochentag der Geburt		
Montag	38.667	16,88
Dienstag	37.309	16,29
Mittwoch	38.056	16,61
Donnerstag	38.243	16,69
Freitag	40.275	17,58
Samstag	18.376	8,02
Sonntag	18.154	7,93

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit primärer Sectio	N = 96.803	
Zeitpunkt der Geburt		
Montag - Freitag: 7 - 18 Uhr	88.565	91,49
Montag - Freitag: sonstige Uhrzeit	3.978	4,11
Samstag, Sonntag, Feiertag	5.972	6,17

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit sekundärer Sectio	N = 112.000	
Zeitpunkt der Geburt		
Montag - Freitag: 7 - 18 Uhr	44.233	39,49
Montag - Freitag: sonstige Uhrzeit	37.303	33,31
Samstag, Sonntag, Feiertag	33.155	29,60

Diagnostik/Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vaginaler Geburt	N = 478.823	
Episiotomie		
(0) nein	409.412	85,50
(1) median	4.509	0,94
(2) mediolateral	63.009	13,16
(3) sonstige	1.893	0,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Blutgasanalyse Fetalblut		
(1) ja	36.256	5,03
davon pH-Wert		
< 7,000	71	0,20
7,000 - 7,099	381	1,05
7,100 - 7,199	2.366	6,53
≥ 7,200	33.438	92,23
davon Base Excess		
< -16	113	0,31
-16 bis < -10	1.140	3,14
-10 bis < -5	6.478	17,87
-5 bis < 0	21.322	58,81
≥ 0	7.203	19,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge mit pathologischem CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen	N = 111.473	
Blutgasanalyse Fetalblut		
(1) ja	21.390	19,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge mit pathologischem CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen und sekundärer Sectio	N = 36.673	
Blutgasanalyse Fetalblut		
(1) ja	7.635	20,82

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Aufnahme-CTG		
(1) ja	653.404	90,68
CTG-Kontrolle		
(1) ja	693.528	96,25
davon		
(1) intermittierend	266.315	38,40
(2) kontinuierlich bis Geburt	345.734	49,85
(3) kontinuierlich bis Desinfektion	96.250	13,88

Befunde und Risiken

Verteilung von Befunden und Risiken

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Befunde während der Schwangerschaft	ohne Geburtsrisiko	mit Geburtsrisiko	Gesamt
Schwangere mit Mutterpass erschienen			
Bund (gesamt)			
ohne Befund	46.985 6,66 %	102.769 14,57 %	149.754 21,24 %
mit Befund	94.884 13,46 %	460.541 65,31 %	555.425 78,76 %
Gesamt	141.869 20,12 %	563.310 79,88 %	705.179 100,00 %

Befunde während der Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Befund	N = 556.276	
Befunde (Schlüssel 1)¹⁴		
(01) Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)	191.101	34,35
(02) Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)	126.826	22,80
(03) Blutungs-/Thromboseneigung	17.130	3,08
(04) Allergie	147.527	26,52
(05) Frühere Bluttransfusionen	5.449	0,98
(06) Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)	25.011	4,50
(07) Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)	21.537	3,87
(08) Rhesus-Inkompatibilität (bei vorausgegangenen Schwangerschaften)	2.378	0,43
(09) Diabetes mellitus	7.963	1,43
(10) Adipositas	87.312	15,70
(11) Kleinwuchs	5.458	0,98

Befunde während der Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Befund	N = 556.276	
(12) Skelettanomalien	11.947	2,15
(13) Schwangere unter 18 Jahren	3.161	0,57
(14) Schwangere über 35 Jahren	134.854	24,24
(15) Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)	7.393	1,33
(16) Z. n. Sterilitätsbehandlung	23.984	4,31
(17) Z. n. Frühgeburt (< 37 SSW)	16.155	2,90
(18) Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht < 2500 g)	3.499	0,63
(19) Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen	44.390	7,98
(20) Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese	11.264	2,02
(21) Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen	32.788	5,89
(22) Komplikationen post partum	9.219	1,66
(23) Z. n. Sectio caesarea	112.420	20,21
(24) Z. n. anderen Uterusoperationen	26.151	4,70
(25) rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)	22.298	4,01
(26) sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde	47.346	8,51
(27) Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankung	16.085	2,89
(28) Dauermedikation	34.575	6,22
(29) Abusus	15.802	2,84
(30) Besondere psychische Belastung	3.286	0,59
(31) Besondere soziale Belastung	1.946	0,35
(32) Blutungen < 28 SSW	5.878	1,06
(33) Blutungen ≥ 28 SSW	1.372	0,25
(34) Placenta praevia	2.050	0,37
(35) Mehrlingsschwangerschaft	11.038	1,98
(36) Hydramnion	1.648	0,30
(37) Oligohydramnie	2.871	0,52
(38) Terminunklarheit	1.612	0,29
(39) Plazentainsuffizienz	4.368	0,79

Befunde während der Schwangerschaft

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Befund	N = 556.276	
(40) Isthmozervikale Insuffizienz	5.287	0,95
(41) Vorzeitige Wehentätigkeit	5.133	0,92
(42) Anämie	12.917	2,32
(43) Harnwegsinfektion	1.394	0,25
(44) Indirekter Coombstest positiv	185	0,03
(45) Risiko aus anderen serologischen Befunden	2.033	0,37
(46) Hypertonie (Blutdruck über 140/90)	9.502	1,71
(47) Eiweißausscheidung über 1000 mg/l Urin	817	0,15
(48) Mittelgradige - schwere Ödeme	1.231	0,22
(49) Hypotonie	521	0,09
(50) Gestationsdiabetes	52.365	9,41
(51) Lageanomalie	8.508	1,53
(52) sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf	38.213	6,87
(53) Hyperemesis	1.577	0,28
(54) Z. n. HELLP-Syndrom	639	0,11
(55) Z. n. Eklampsie	250	0,04
(56) Z. n. Hypertonie	413	0,07

¹⁴ Mehrfachnennung möglich

Geburtsrisiken

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit einem Risiko zur Geburt (Schlüssel 2)	N = 565.316	
Geburtsrisiken (Schlüssel 2)¹⁵		
(60) vorzeitiger Blasensprung	121.101	21,42
(61) Übertragung des Termins	37.370	6,61

Geburtsrisiken

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit einem Risiko zur Geburt (Schlüssel 2)	N = 565.316	
(62) Fehlbildung	2.590	0,46
(63) Frühgeburt	25.709	4,55
(64) Mehrlingsschwangerschaft	12.280	2,17
(65) Plazentainsuffizienz	13.250	2,34
(66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung	15.930	2,82
(67) Rh-Inkompatibilität	2.143	0,38
(68) Diabetes mellitus	36.781	6,51
(69) Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen	126.542	22,38
(70) Placenta praevia	3.206	0,57
(71) vorzeitige Plazentalösung	3.693	0,65
(72) sonstige uterine Blutungen	4.809	0,85
(73) Amnioninfektionssyndrom	6.122	1,08
(74) Fieber unter der Geburt	4.457	0,79
(75) mütterliche Erkrankung	34.793	6,15
(76) mangelnde Kooperation der Mutter	4.286	0,76
(77) pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne	112.702	19,94
(78) grünes Fruchtwasser	59.103	10,45
(79) Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)	1.762	0,31
(80) Nabelschnurvorfall	633	0,11
(81) sonstige Nabelschnurkomplikationen	68.272	12,08
(82) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode	25.350	4,48
(83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode	49.983	8,84
(84) absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken	16.122	2,85
(85) Uterusruptur	2.885	0,51
(86) Querlage/Schräglage	3.989	0,71
(87) Beckenendlage	34.957	6,18
(88) hintere Hinterhauptslage	17.243	3,05

Geburtsrisiken

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit einem Risiko zur Geburt (Schlüssel 2)	N = 565.316	
(89) Vorderhauptslage	2.090	0,37
(90) Gesichtslage/Stirnlage	1.067	0,19
(91) tiefer Querstand	1.078	0,19
(92) hoher Geradstand	6.200	1,10
(93) sonstige regelwidrige Schädellagen	8.678	1,54
(95) HELLP-Syndrom	2.830	0,50
(96) intrauteriner Fruchttod	1.743	0,31
(97) pathologischer Dopplerbefund	3.850	0,68
(98) Schulterdystokie	4.003	0,71
(94) sonstige	163.044	28,84

¹⁵ Mehrfachnennung möglich

Informationen zum Kind

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Gestationsalter (in vollendeten Wochen)		
< 28 SSW	4.310	0,60
28 - 31 SSW	5.859	0,81
32 - 36 SSW	47.231	6,56
37 - 41 SSW	659.095	91,47
> 41 SSW	4.032	0,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Geschlecht		
(1) männlich	369.416	51,27
(2) weiblich	350.875	48,70
(3) divers	17	0,00
(8) unbestimmt	219	0,03
Geburtsgewicht		
< 500 g	1.103	0,15
500 - 749 g	1.897	0,26
750 - 999 g	2.003	0,28
1000 - 1499 g	4.823	0,67
1500 - 1999 g	9.130	1,27
2000 - 2499 g	28.245	3,92
2500 - 2999 g	110.573	15,35
3000 - 3999 g	488.156	67,75
4000 - 4499 g	65.846	9,14
≥ 4500 g	8.751	1,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 717.449	
Kopfumfang des Kindes		
< 31 cm	13.741	1,92
31 bis < 33 cm	44.116	6,15
33 bis < 35 cm	253.418	35,32
35 bis < 37 cm	317.177	44,21
≥ 37 cm	69.401	9,67
ohne Angabe	19.596	2,73

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 717.449	
Apgar nach 1 Minute		
0	563	0,08
1 - 3	7.156	1,00
4 - 6	25.325	3,53
7 - 9	608.401	84,80
10	74.024	10,32
ohne Angabe	1.980	0,28
Apgar nach 5 Minuten		
0	281	0,04
1 - 3	1.413	0,20
4 - 6	7.562	1,05
7 - 9	152.483	21,25
10	553.736	77,18
ohne Angabe	1.974	0,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 717.449	
Apgar nach 10 Minuten		
0	552	0,08
1 - 3	778	0,11
4 - 6	1.711	0,24
7 - 9	66.164	9,22
10	646.141	90,06
ohne Angabe	2.103	0,29

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit durchgeführter Blutgasanalyse der Nabelschnurarterie	N = 711.188	
pH-Wert Nabelschnurarterie		
< 7,00	1.868	0,26
7,00 - 7,09	14.878	2,09
7,10 - 7,19	108.395	15,24
≥ 7,20	586.047	82,40
Base Excess Nabelschnurarterie		
< -16	1.866	0,26
-16 bis < -10	34.195	4,81
-10 bis < -5	204.737	28,79
-5 bis 0	381.626	53,66

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	N = 586.125	
5-Minuten-Apgar		
Spontangeburt	389.971	66,53
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	2.313	0,59
7 - 8	11.505	2,95
9 - 10	375.432	96,27
primäre Sectio caesarea	66.906	11,41
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	514	0,77
7 - 8	3.820	5,71
9 - 10	62.449	93,34
sekundäre Sectio caesarea	68.989	11,77
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	1.618	2,35
7 - 8	6.137	8,90
9 - 10	61.066	88,52
vaginal-operativ	43.435	7,41
davon 5-Minuten-Apgar		
< 7	698	1,61
7 - 8	3.872	8,91
9 - 10	38.811	89,35
sonstige	16.824	2,87

		Bund (gesamt)	
		n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage		N = 586.125	
Blutgasanalyse (Nabelschnurarterie)			
pH-Wert 6,01 bis 7,09		13.641	2,33
davon Base Excess			
< -16		1.081	7,92
-16 bis < -10		7.799	57,17
-10 bis < -5		4.281	31,38
-5 bis 0		344	2,52
pH-Wert 7,10 bis 7,19		95.008	16,21
davon Base Excess			
< -16		157	0,17
-16 bis < -10		15.819	16,65
-10 bis < -5		60.599	63,78
-5 bis 0		17.470	18,39

		Bund (gesamt)	
		n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage		N = 586.125	
Entbindungsmodus und Blutgasanalyse (Nabelschnurarterie)			
Spontangeburt		389.971	66,53
davon			
pH-Wert 6,01 bis 7,09		8.623	2,21
davon Base Excess			
< -16		604	7,00
-16 bis < -10		5.005	58,04
-10 bis < -5		2.747	31,86
-5 bis 0		184	2,13
pH-Wert 7,10 bis 7,19		73.446	18,83
davon Base Excess			
< -16		108	0,15

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädellage	N = 586.125	
-16 bis < -10	11.843	16,12
-10 bis < -5	47.166	64,22
-5 bis 0	13.605	18,52
primäre Sectio caesarea	66.906	11,41
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	339	0,51
davon Base Excess		
< -16	21	6,19
-16 bis < -10	117	34,51
-10 bis < -5	169	49,85
-5 bis 0	25	7,37
pH-Wert 7,10 bis 7,19	1.550	2,32
davon Base Excess		
< -16	0	0,00
-16 bis < -10	50	3,23
-10 bis < -5	764	49,29
-5 bis 0	710	45,81
sekundäre Sectio caesarea	68.989	11,77
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	1.491	2,16
davon Base Excess		
< -16	197	13,21
-16 bis < -10	730	48,96
-10 bis < -5	486	32,60
-5 bis 0	62	4,16
pH-Wert 7,10 bis 7,19	4.999	7,25
davon Base Excess		
< -16	11	0,22
-16 bis < -10	593	11,86

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW) aus regelrechter Schädelage	N = 586.125	
-10 bis < -5	3.033	60,67
-5 bis 0	1.289	25,79
vaginal-operativ	43.435	7,41
davon		
pH-Wert 6,01 bis 7,09	3.057	7,04
davon Base Excess		
< -16	246	8,05
-16 bis < -10	1.889	61,79
-10 bis < -5	831	27,18
-5 bis 0	64	2,09
pH-Wert 7,10 bis 7,19	14.507	33,40
davon Base Excess		
< -16	35	0,24
-16 bis < -10	3.294	22,71
-10 bis < -5	9.397	64,78
-5 bis 0	1.653	11,39
sonstige	16.824	2,87

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge	N = 694.918	
Gestationsalter (in vollendeten Wochen) und Geburtsgewicht¹⁶		
Einlinge < 37 SSW	42.954	6,18
davon Neugeborene		
< 10. Perzentile	4.512	10,50
> 90. Perzentile	3.701	8,62
Einlinge ≥ 37 SSW	651.964	93,82
davon Neugeborene		
< 10. Perzentile	60.188	9,23
> 90. Perzentile	65.710	10,08

¹⁶ Für die Perzentilberechnung wurden die geschlechtsspezifischen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht von Jungen und Mädchen für vollendete Schwangerschaftswochen nach Voigt et al. (2014) verwendet. Dabei werden Fälle mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 43+0 SSW und Fälle mit bestimmtem Geschlecht berücksichtigt. Die Gesamtzahl kann aufgrund dessen von der ursprünglichen Gesamtzahl abweichen.

Grundlage zur Perzentilberechnung: Voigt, M; Rochow, N; Schneider, KTM; Hagenah, HP; Straube, S; Scholz, R; et al. (2014): Neue Perzentilwerte für die Körpermaße neugeborener Einlinge: Ergebnisse der deutschen Perinatalerhebung der Jahre 2007–2011 unter Beteiligung aller 16 Bundesländer. Z Geburtshilfe Neonatol 218(05): 210-217. DOI: 10.1055/s-0034-1385857.

Kindliche Morbidität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 717.449	
Kindliches Outcome		
5-Minuten-Apgar < 7	9.256	1,29
Nabelschnur-Arterien-pH < 7,10	16.746	2,33
Akute postpartale Therapie¹⁷		
Maskenbeatmung	22.775	3,17
Pufferung	1.762	0,25
Volumensubstitution	5.546	0,77
O2-Anreicherung	21.901	3,05

¹⁷ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 717.449	
Fehlbildungen		
(0) keine	710.575	99,04
(1) leichte	4.891	0,68
(3) schwere	1.844	0,26
(4) letale	139	0,02
Frühgeburten		
Kinder < 37 SSW	55.137	7,69

Risikokollektivbildung

Nach den Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin sollte bei den aufgeführten Risiken die Entbindung in einem Perinatalzentrum erfolgen.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Schwangeren	N = 707.621	
Risikokollektivbildung		
Frühgeburt < 1500 g	8.668	1,22
Frühgeburt < 32 SSW	8.680	1,23
Frühgeburt 32 - 33 SSW mit sonstigen Risiken ¹⁸	2.972	0,42
(73) Amnion-Infektionssyndrom oder (74) Fieber unter der Geburt ¹⁹	9.402	1,33
(66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung ²⁰	15.930	2,25
(09) Diabetes mellitus ²¹	7.963	1,13

¹⁸ Sonstige Risiken (Geburtsrisiken nach Schlüssel 2):

(60) vorzeitiger Blasensprung, (66) hypertensive Schwangerschaftserkrankung, (67) Rh-Inkompatibilität, (70) Placenta praevia, (72) sonstige uterine Blutungen, (83) protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode

¹⁹ Geburtsrisiken nach Schlüssel 2

²⁰ Geburtsrisiken nach Schlüssel 2

²¹ Befunde im Mutterpass nach Schlüssel 1

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Risikokollektivbildung Mehrlinge		
Zwillinge < 34 SSW	4.725	0,66
Höhergradige Mehrlinge	642	0,09

Verlegung des Kindes

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Kind in Kinderklinik verlegt		
(0) nein	643.118	89,26
(1) ja	77.409	10,74
davon Verlegungszeitpunkt		
< 1 Stunde	37.209	48,07
1 bis < 2 Stunden	7.652	9,89
2 bis < 4 Stunden	5.430	7,01
4 bis < 24 Stunden	8.375	10,82
≥ 24 Stunden	18.743	24,21
ohne Angabe	0	0,00
davon Verlegungsdiagnosen (ICD 10)²²		
(P05.-) Intrauterine Mangelernährung und fetale Mangelernährung	2.415	3,12
(P08.-) Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	902	1,17
(P20.-) Intrauterine Hypoxie oder (P21,-) Asphyxie unter der Geburt	1.962	2,53
(P22.-) Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	8.924	11,53
(P23.-) Angeborene Pneumonie	103	0,13
(P28.-) Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode	4.480	5,79
(P29.-) Kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode	521	0,67
(P36.-) Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	817	1,06
(P57.- bis P59.-) Ikterus	2.000	2,58
(P77) Enterocolitis necroticans (NEC) beim Fetus und Neugeborenen	10	0,01

²² Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Reifgeborene Einlinge (37 - 41 SSW)	N = 647.934	
Geburtsrisiken		
(0) nein	139.712	21,56
davon Kind in Kinderklinik verlegt		
(0) nein	134.912	96,56
(1) ja	4.800	3,44
davon Verlegungsgrund (ICD 10)²³		
(P20.-, P21.-, P22.-) Atemstörungen	681	14,19
(P35.- bis P39.-) Infektionen	893	18,60
(P57.-, P58.-, P59.-) Ikterus	235	4,90

²³ Mehrfachnennung möglich

Mortalität

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Mortalität		
Totgeborene gesamt	3.078	0,43
davon		
(1) Tod ante partum	2.065	67,09
(2) Tod sub partu	150	4,87
(3) Todeszeitpunkt unbekannt	863	28,04
Tod vor Klinikaufnahme	2.429	0,34
Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	903	0,13
fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	468.314	65,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Einlinge	N = 694.918	
Mortalität		
Totgeborene gesamt	2.747	0,40
davon		
(1) Tod ante partum	1.844	67,13
(2) Tod sub partu	136	4,95
(3) Todeszeitpunkt unbekannt	767	27,92
Tod vor Klinikaufnahme	2.156	0,31
Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	726	0,10
fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage	454.480	65,40

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Entlassungsgrund = Tod	N = 930	
Todesursachen (ICD 10)²⁴		
(P02.-) Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten	7	0,75
(P07.0-) Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht	44	4,73
(P07.1-) Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht	9	0,97
(P07.2) Neugeborenes mit extremer Unreife	232	24,95
(P07.3) sonstige vor dem Termin Geborene	94	10,11
(P20.-) Intrauterine Hypoxie oder (P21.-) Asphyxie unter der Geburt	45	4,84
(Q-) Fehlbildung	166	17,85
(P95) Fetal Tod nicht näher bezeichneter Ursache	32	3,44

²⁴ Mehrfachnennung möglich

Mortalität und Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Gewichtsgruppen	Totgeburt	Tod ≤ 7 Tage	Gesamt	Fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage
Alle Kinder				
Bund (gesamt)				
< 500 g	336 0,05 %	355 0,05 %	1.103 0,15 %	518 0,07 %
500 - 749 g	572 0,08 %	193 0,03 %	1.897 0,26 %	894 0,12 %
750 - 999 g	320 0,04 %	46 0,01 %	2.003 0,28 %	952 0,13 %
1000 - 1499 g	402 0,06 %	54 0,01 %	4.823 0,67 %	2.195 0,30 %
1500 - 1999 g	319 0,04 %	70 0,01 %	9.130 1,27 %	4.120 0,57 %
2000 - 2499 g	314 0,04 %	60 0,01 %	28.245 3,92 %	15.154 2,10 %
2500 - 2999 g	308 0,04 %	40 0,01 %	110.573 15,35 %	70.902 9,84 %
3000 - 3999 g	427 0,06 %	71 0,01 %	488.156 67,75 %	324.162 44,99 %
4000 - 4499 g	52 0,01 %	8 0,00 %	65.846 9,14 %	43.598 6,05 %
≥ 4500 g	28 0,00 %	6 0,00 %	8.751 1,21 %	5.819 0,81 %
Gesamt	3.078 0,43 %	903 0,13 %	720.527 100,00 %	468.314 65,00 %

Mortalität und Tragzeit

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Gestationsalter (in vollendeten Wochen)	Totgeburt	Tod ≤ 7 Tage	Gesamt	Fehlende Angaben beim Tod innerhalb der ersten 7 Lebenstage
Alle Kinder				
Bund (gesamt)				
< 28 SSW	1.014 0,14 %	590 0,08 %	4.310 0,60 %	1.963 0,27 %
28 - 31 SSW	502 0,07 %	76 0,01 %	5.859 0,81 %	2.692 0,37 %
32 - 36 SSW	747 0,10 %	106 0,01 %	47.231 6,56 %	25.077 3,48 %
37 - 41 SSW	805 0,11 %	131 0,02 %	659.095 91,47 %	435.724 60,47 %
> 41 SSW	10 0,00 %	0 0,00 %	4.032 0,56 %	2.858 0,40 %
Gesamt	3.078 0,43 %	903 0,13 %	720.527 100,00 %	468.314 65,00 %

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 720.527	
Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		
(1) ausschließlich mit Frauenmilch ernährt	472.028	65,51
(2) mindestens teilweise mit Frauenmilch ernährt	136.248	18,91
(3) ausschließlich mit Formula ernährt	47.246	6,56
ohne Angabe	65.005	9,02

Informationen zur Mutter

Komplikationen

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	N = 707.621	
Wochenbettkomplikationen²⁵		
Mütter mit Komplikationen gesamt	318.113	44,96
Dammriss Grad I bis IV	206.132	29,13
Blutung > 1000 ml	15.274	2,16
Hysterektomie/Laparotomie	573	0,08
Sepsis ²⁶	238	0,03
Fieber im Wochenbett ²⁷	1.137	0,16
Anämie ²⁸	144.647	20,44
allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen	8.825	1,25

²⁵ Mehrfachnennung möglich

²⁶ nach den KISS-Definitionen

²⁷ > 38 °C > 2 Tage

²⁸ Hb < 10 g/dl

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit vaginal-operativer Entbindung	N = 50.271	
Dammrisse		
Dammriss Grad I	4.878	9,70
Dammriss Grad II	13.633	27,12
Dammriss Grad III	2.879	5,73
Dammriss Grad IV	216	0,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Schwangere mit Spontangeburt	N = 428.125	
Dammrisse		
Dammriss Grad I	81.535	19,04
Dammriss Grad II	96.602	22,56
Dammriss Grad III	5.889	1,38
Dammriss Grad IV	328	0,08

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	N = 707.621	
Allgemeine Komplikationen²⁹		
Mütter mit allgemeinen behandlungsbedürftigen postpartalen Komplikationen	8.825	1,25
Pneumonie ³⁰	176	0,02
Kardiovaskuläre Komplikation(en)	485	0,07
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	43	0,01
Lungenembolie	35	0,00
Harnwegsinfektion ³¹	331	0,05
Wundinfektion/Abszessbildung	178	0,03
Wundhämatom/Nachblutung	1.540	0,22
sonstige Komplikation	6.461	0,91

²⁹ Mehrfachnennung möglich

³⁰ nach den KISS-Definitionen

³¹ nach den KISS-Definitionen

Verweildauer

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	N = 707.621	
Präpartale Verweildauer		
0 Tage	411.162	58,10
1 Tag	201.451	28,47
> 1 Tag	94.737	13,39
Postpartale Verweildauer		
0 Tage	30.332	4,29
1 - 2 Tage	279.076	39,44
3 - 6 Tage	389.922	55,10
7 - 13 Tage	7.481	1,06
14 - 21 Tage	523	0,07
> 21 Tage	322	0,05
Gesamtverweildauer		
1 Tag	38.889	5,50
2 - 3 Tage	395.860	55,94
4 - 6 Tage	215.532	30,46
7 - 13 Tage	31.342	4,43
14 - 21 Tage	3.809	0,54
> 21 Tage	3.586	0,51

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Mütter	N = 707.621	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	670.746	94,79
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	17.508	2,47
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	3.491	0,49
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	12.083	1,71
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	13	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	2.632	0,37
(07) Tod	30	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ³²	472	0,07
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	30	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	19	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	48	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	10	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	74	0,01
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	222	0,03
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ³³	165	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	30	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ³⁴	29	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	9	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	6	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	4	0,00

³² § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

³³ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

³⁴ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Perinatalmedizin: Neonatologie

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	6
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022.....	7
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	11
Einleitung.....	13
Datengrundlagen.....	15
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	15
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	17
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus.....	17
51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen.....	17
51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate).....	19
51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen.....	21
Details zu den Ergebnissen.....	24
Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH).....	25
51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate).....	25
50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH).....	27
222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus.....	30
Details zu den Ergebnissen.....	32
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK).....	33
51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate).....	33
51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK).....	35
222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK.....	38
Details zu den Ergebnissen.....	40
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL).....	41
51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate).....	41
50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL).....	43
Details zu den Ergebnissen.....	46
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD).....	47
51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate).....	47

50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD).....	49
Details zu den Ergebnissen.....	52
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP).....	53
51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate).....	53
50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP).....	55
Details zu den Ergebnissen.....	58
51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung.....	59
Details zu den Ergebnissen.....	63
50060: Nosokomiale Infektion.....	65
Details zu den Ergebnissen.....	68
50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung.....	69
Details zu den Ergebnissen.....	72
52262: Zunahme des Kopfumfangs.....	73
50063: Durchführung eines Hörtests.....	75
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C.....	77
50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen.....	77
50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen.....	80
Details zu den Ergebnissen.....	83
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	84
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	84
850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben.....	84
850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme.....	86
851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD- Diagnose dokumentiert.....	88
851902: Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD.....	90
852001: Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums.....	92
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	94
850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	94
850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	96
850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	98
Basisauswertung.....	100
Gesamtauswertung (Alle Kinder).....	100

Basisdokumentation	100
Primär palliative Therapie (ab Geburt)	101
Angaben zur Geburt	101
Aufnahme	103
Diagnostik und Therapie	105
ROP-Screening nicht durchgeführt	107
Durchführung des ersten ROP-Screenings vor dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum	108
Durchführung des ersten ROP-Screenings nach dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum	109
Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie	110
Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen bzw. nach Hause entlassene Kinder)	111
Operation(en) und Prozeduren	116
Entlassung	117
VLBW-Auswertung (Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g)	118
Primärer Verzicht auf kurative Therapie	118
Aufnahme	119
Diagnostik und Therapie	130
Dauer der Beatmungsart nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)	134
ROP-Screening nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)	142
Entlassung	145

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum der Patientin oder des Patienten liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des RL-Wechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringermapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen finden Sie im Kapitel „Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“. Weitere Informationen zum Auswertungsmodul PM-NEO finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-pm/> . Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu den methodischen als auch biometrischen Grundlagen des IQTIG zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	Sentinel Event	0,21 % O = 170 N = 80.081	0,18 % - 0,25 %
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	3,67 % O = 332 N = 9.038	3,30 % - 4,08 %
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	Transparenzkennzahl	0,93 332 / 357,92 N = 9.038	0,83 - 1,03
Gruppe: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)				
51076	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	2,97 % O = 264 N = 8.882	2,64 % - 3,35 %
50050	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	Transparenzkennzahl	0,95 264 / 278,30 N = 8.882	0,84 - 1,07
222200	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus	Transparenzkennzahl	1,08 % O = 105 N = 9.695	0,90 % - 1,31 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)				
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	1,77 % O = 176 N = 9.923	1,53 % - 2,05 %
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	Transparenzkennzahl	0,86 176 / 203,50 N = 9.923	0,75 - 1,00
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK	Transparenzkennzahl	1,08 % O = 107 N = 9.923	0,89 % - 1,30 %
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)				
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	1,07 % O = 87 N = 8.139	0,87 % - 1,32 %
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	Transparenzkennzahl	0,75 87 / 116,26 N = 8.139	0,61 - 0,92
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)				
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	6,99 % O = 451 N = 6.452	6,39 % - 7,64 %
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	Transparenzkennzahl	1,11 451 / 407,99 N = 6.452	1,01 - 1,21

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)				
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	4,57 % O = 207 N = 4.534	4,00 % - 5,21 %
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	Transparenzkennzahl	1,08 207 / 192,09 N = 4.534	0,94 - 1,23
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	≤ 1,79 (95. Perzentil)	1,00 1.127 / 1.130,76 N = 9.923	0,94 - 1,05
50060	Nosokomiale Infektion	≤ 2,92 (95. Perzentil)	1,04 963 / 929,67 N = 77.829	0,97 - 1,10
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	≤ 2,68 (95. Perzentil)	1,02 865 / 847,20 N = 32.952	0,96 - 1,09
52262	Zunahme des Kopfumfangs	≤ 19,49 % (95. Perzentil)	9,79 % O = 1.231 N = 12.575	9,28 % - 10,32 %
50063	Durchführung eines Hörtests	≥ 95,00 %	98,18 % O = 85.661 N = 87.253	98,08 % - 98,26 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C				
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	≤ 2,50 (95. Perzentil)	0,98 397 / 406,14 N = 9.879	0,89 - 1,08
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	≤ 2,13 (95. Perzentil)	1,03 2.723 / 2.640,92 N = 80.362	0,99 - 1,07

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	≤ 3,56 % (95. Perzentil)	0,99 % 907 / 91.937	3,77 % 18 / 478
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	≤ 3,37 % (95. Perzentil)	0,76 % 100 / 13.237	4,95 % 15 / 303
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	= 0	16,82 % 623 / 3.703	25,56 % 69 / 270
851902	Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD	≤ 80,00 %	60,72 % 609 / 1.003	18,29 % 30 / 164
852001	Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	≤ 70,43 % (90. Perzentil)	42,97 % 2.042 / 4.752	18,89 % 41 / 217
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	≥ 95,00 %	100,86 % 97.244 / 96.411	1,55 % 8 / 516
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,86 % 97.244 / 96.411	1,94 % 10 / 516
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,74 % 716 / 96.411	2,52 % 13 / 516

Einleitung

Bei der Neonatologie handelt es sich um einen Zweig der angewandten Kinderheilkunde, der sich mit der Versorgung und Behandlung von Neu- bzw. Frühgeborenen beschäftigt. Hierbei ist die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität, insbesondere die Vermeidung von Erkrankungen sowie die Durchführung einer adäquaten Therapie, von großer Bedeutung.

Im Auswertungsmodul PM-NEO werden alle Neugeborenen erfasst, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden und eine Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von über 12 Stunden haben oder die im Alter von 8 bis 120 Tagen von einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von weniger als 2.000 g
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung
- Beatmung länger als eine Stunde
- schwerwiegende Erkrankung bei einem Aufnahmegewicht ab 2.000 g

Dokumentationspflichtig sind darüber hinaus Kinder, die im Kreißsaal oder in den ersten 7 Lebenstagen versterben oder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt wurden und verstorben sind.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien werden pro Jahr aktuell über 100.000 Früh- oder Neugeborene erfasst. Bei ca. 10.000 von diesen Kindern handelt es sich um sehr kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g oder mit einem Gestationsalter von weniger als 32 vollendeten Schwangerschaftswochen. Ein Großteil der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen im Auswertungsmodul PM-NEO bezieht sich auf diese Hochrisikogruppe. Neben der Erfassung der Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei sehr kleinen Frühgeborenen (IDs 51832 und 51837) und Risiko-Lebendgeborenen (ID 51070) werden auch schwerwiegende Erkrankungen betrachtet, die Langzeitfolgen für diese Kinder nach sich ziehen können. Hierunter fallen höhergradige Hirnblutungen, die vermehrt mit späteren Behinderungen einhergehen (IDs 51076, 50050 und 222200 zur intra- und periventrikulären Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)), entzündliche Darmerkrankungen (IDs 51838, 51843 und 222201 zur nekrotisierenden Enterokolitis (NEK)) sowie schwerwiegende Schädigungen der weißen Hirnsubstanz (IDs 51077 und 50051 zur zystischen periventrikulären Leukomalazie (PVL)), der Lunge (IDs 51079 und 50053 zur bronchopulmonalen Dysplasie (BPD)) oder der Netzhaut des Auges (IDs 51078 und 50052 zur höhergradigen Frühgeborenenretinopathie (ROP)). Zudem werden nosokomiale Infektionen – Infektionen, die im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts erworben werden und zu den häufigsten Ursachen der Sterblichkeit dieser Kinder gehören – erfasst (ID 50060). Ein Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901), in dem verschiedene Kennzahlen der Ergebnisqualität

für Frühgeborene verrechnet werden, wird ausgewiesen, da aufgrund der geringen Anzahl an Frühgeborenen zufällige statistische Schwankungen sehr ausgeprägt sind und oftmals keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mittels eines einzelnen Qualitätsindikators ermöglichen. Des Weiteren wird die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts erfasst (ID 52262), da sich hierdurch zusätzliche Rückschlüsse auf die Kindesentwicklung und mögliche Qualitätsprobleme ziehen lassen. Neben diesen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität werden auch Prozessindikatoren gemessen. Beispielsweise wird erhoben, ob die Körpertemperatur bei Aufnahme ins Krankenhaus unter 36,0 °C beträgt (IDs 50069 und 50074), da eine Unterkühlung schwerwiegende Komplikationen und Folgeerkrankungen hervorruft und sich somit auf die spätere Entwicklung der Kinder negativ auswirken kann. Zudem wird erfasst, ob ein Hörtest durchgeführt wurde (ID 50063), um frühestmöglich angeborene Hörstörungen diagnostizieren und eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Leistungserbringer-/Landes-/Bundesebene dar. Im stationären Sektor können die Daten auf verschiedenen Ebenen ausgewertet werden (Standortebene, IKNR-Ebene).

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundes-/landesweit sowohl auf IKNR-Ebene als auch auf Standortebene ausgegeben. Auf Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort QI-Berechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für den entlassenen Standort vor und es kann auch nur für diesen in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Zusätzlich wird die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte ermittelt und entsprechend ausgegeben.

Für das Auswertungsmodul PM-NEO erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen entsprechend dem entlassenden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ befindet sich der Datenstand, auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 berechnet

wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen geführt. Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer im Unterschied zum entlassenden Standort nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Vollständigkeitsanalyse wird ausschließlich anhand von entlassenen Fällen durchgeführt. Daher sind die in der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ als „gelieferte“ QS-Daten aufgeführten Fälle nur diejenigen, die am entsprechenden Standort entlassen wurden.

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	97.244	96.411	100,86
	Basisdatensatz	96.528		
	MDS	716		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	472		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	508		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	508	516	98,45

Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus

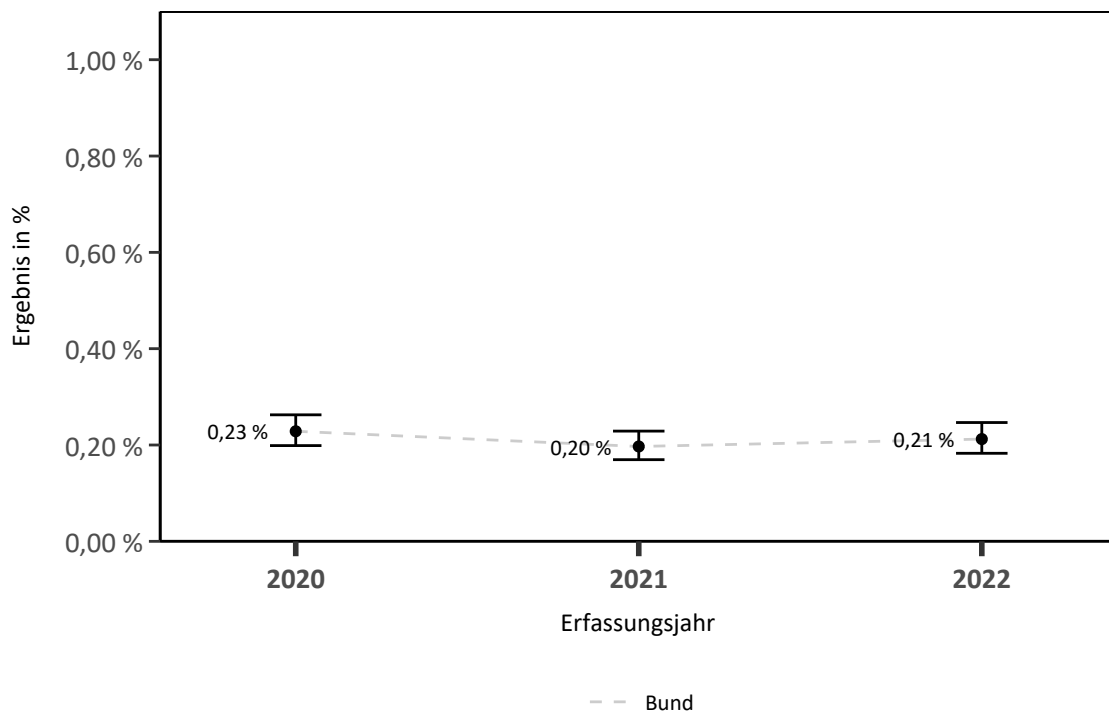
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
---------------	------------------------

51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen

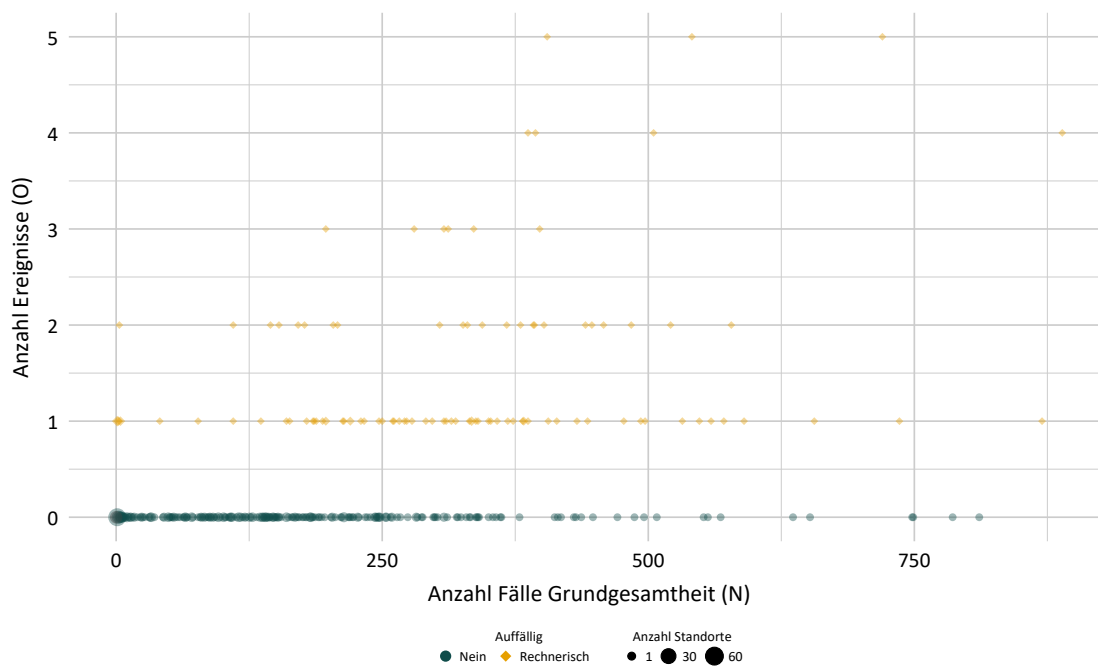
ID	51070
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g
Zähler	Verstorbene Kinder
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

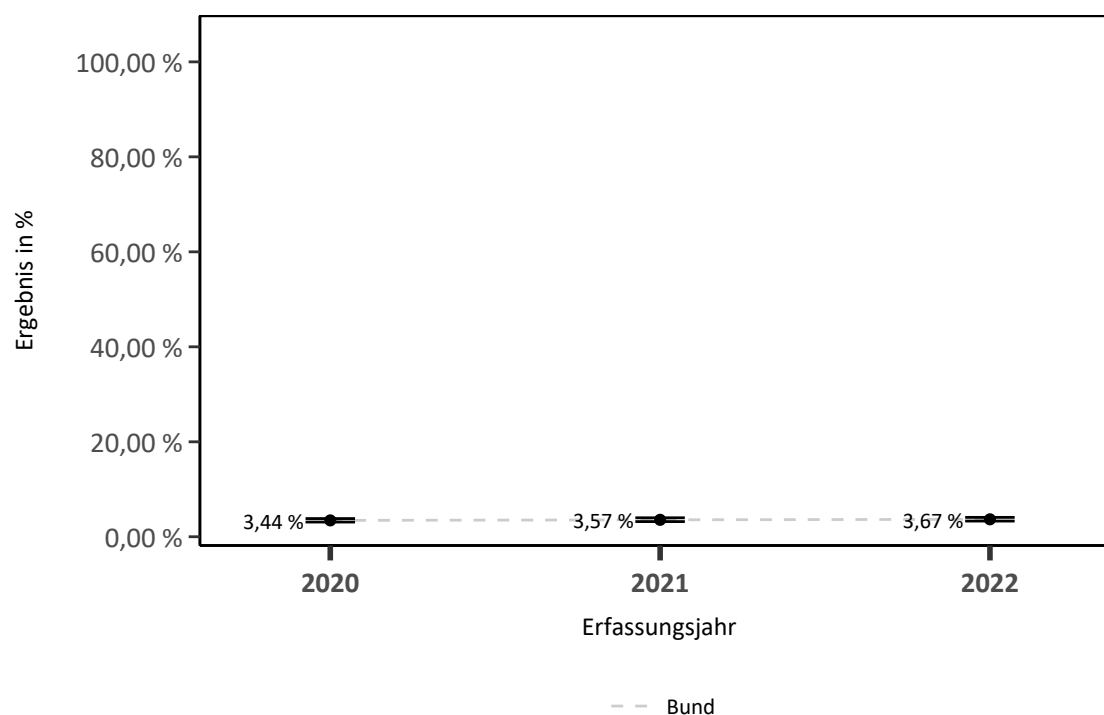
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	197 / 86.220	0,23 %	0,20 % - 0,26 %
	2021	170 / 86.311	0,20 %	0,17 % - 0,23 %
	2022	170 / 80.081	0,21 %	0,18 % - 0,25 %

51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)

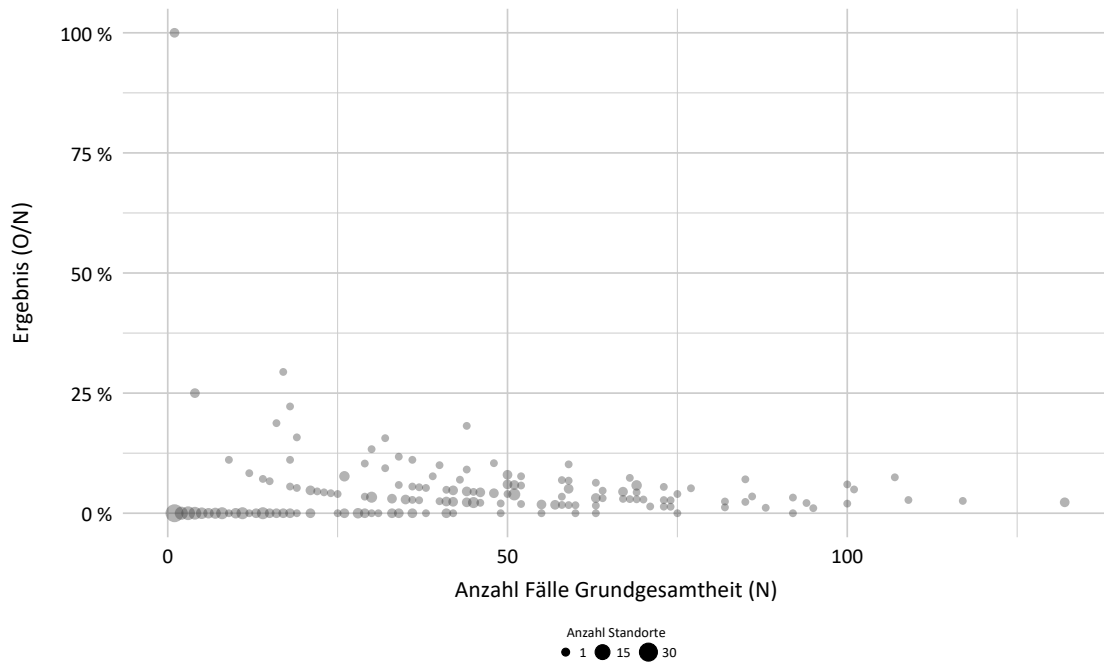
ID	51832
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Verstorbene Kinder
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

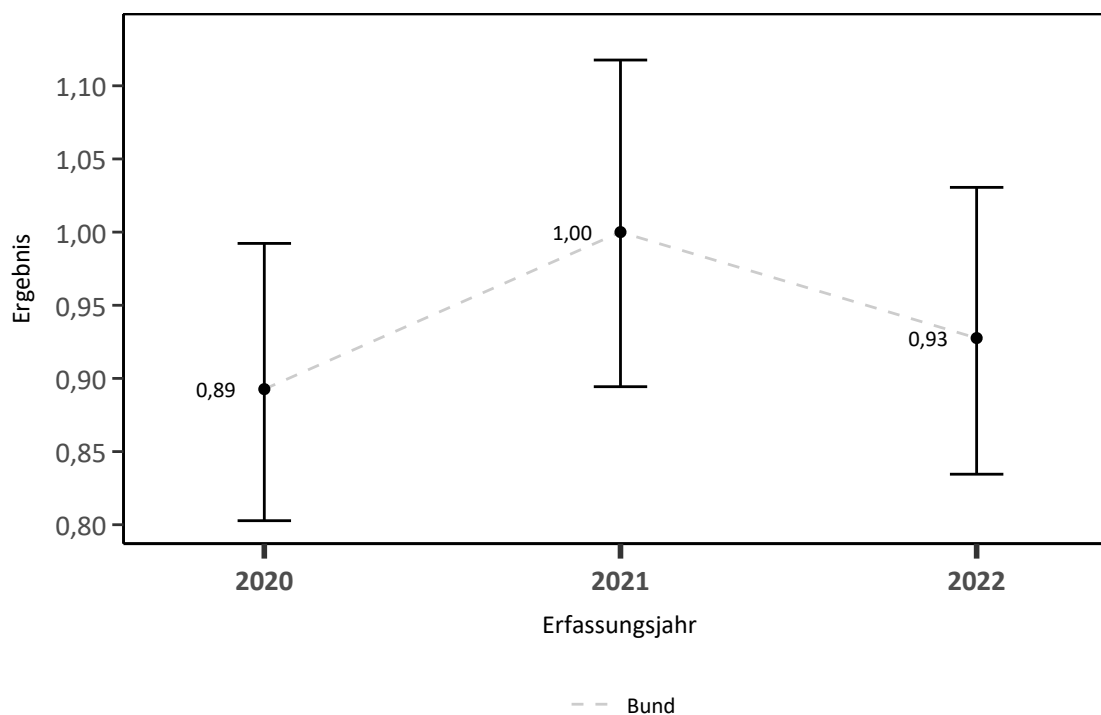
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	330 / 9.584	3,44 %	3,10 % - 3,83 %
	2021	298 / 8.348	3,57 %	3,19 % - 3,99 %
	2022	332 / 9.038	3,67 %	3,30 % - 4,08 %

51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen

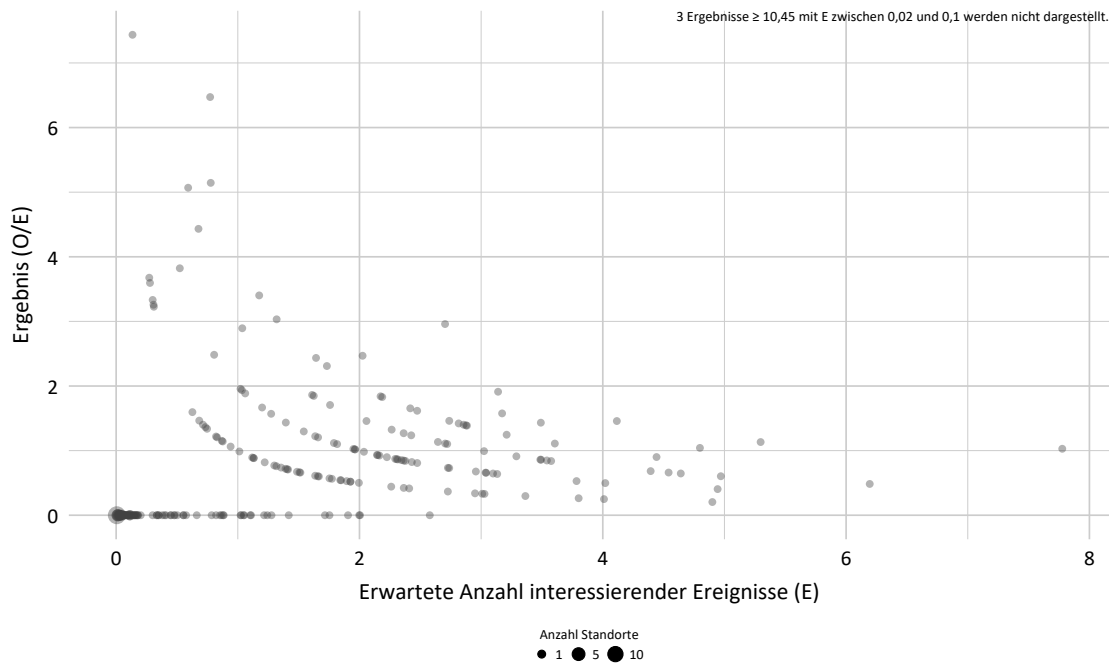
ID	51837
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Verstorbene Kinder
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 51837
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

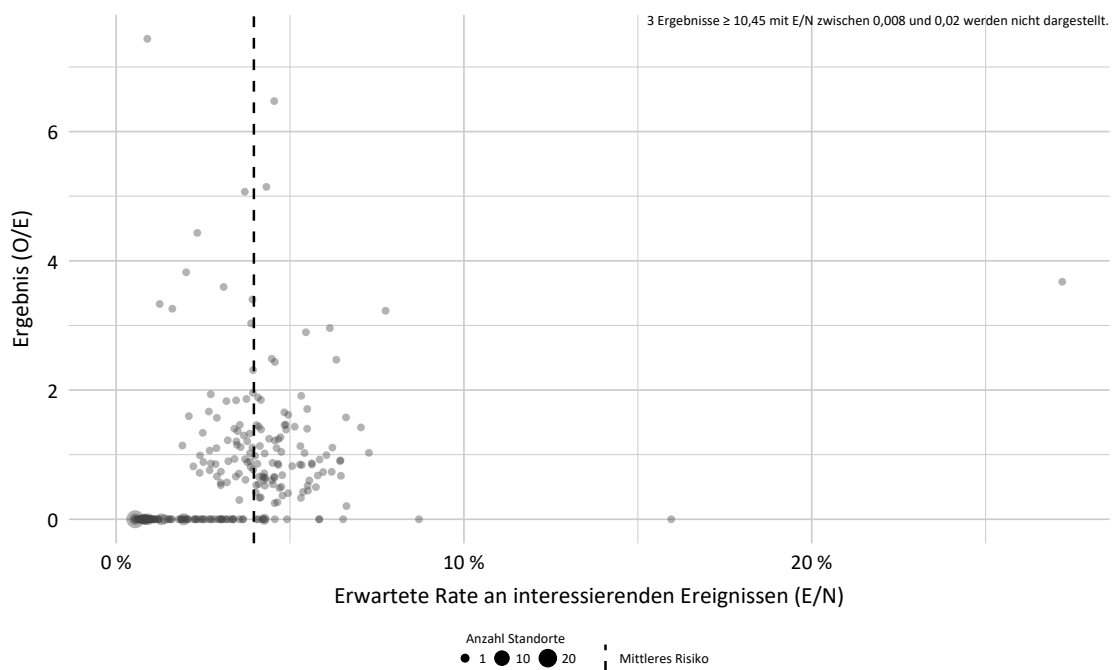
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	9.584	330 / 369,67	0,89	0,80 - 0,99
	2021	8.348	298 / 298,00	1,00	0,89 - 1,12
	2022	9.038	332 / 357,92	0,93	0,83 - 1,03

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 22_22000 Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen	0,61 % 562/91.937

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 51070 Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	0,21 % 170/80.081

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.3	ID: 51832 Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	3,67 % 332/9.038

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.4	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹	
1.4.1	ID: O_51837 O/N (observed, beobachtet)	3,67 % 332/9.038
1.4.2	ID: E_51837 E/N (expected, erwartet)	3,96 % 357,92/9.038
1.4.3	ID: 51837 O/E	0,93

¹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Gruppe: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

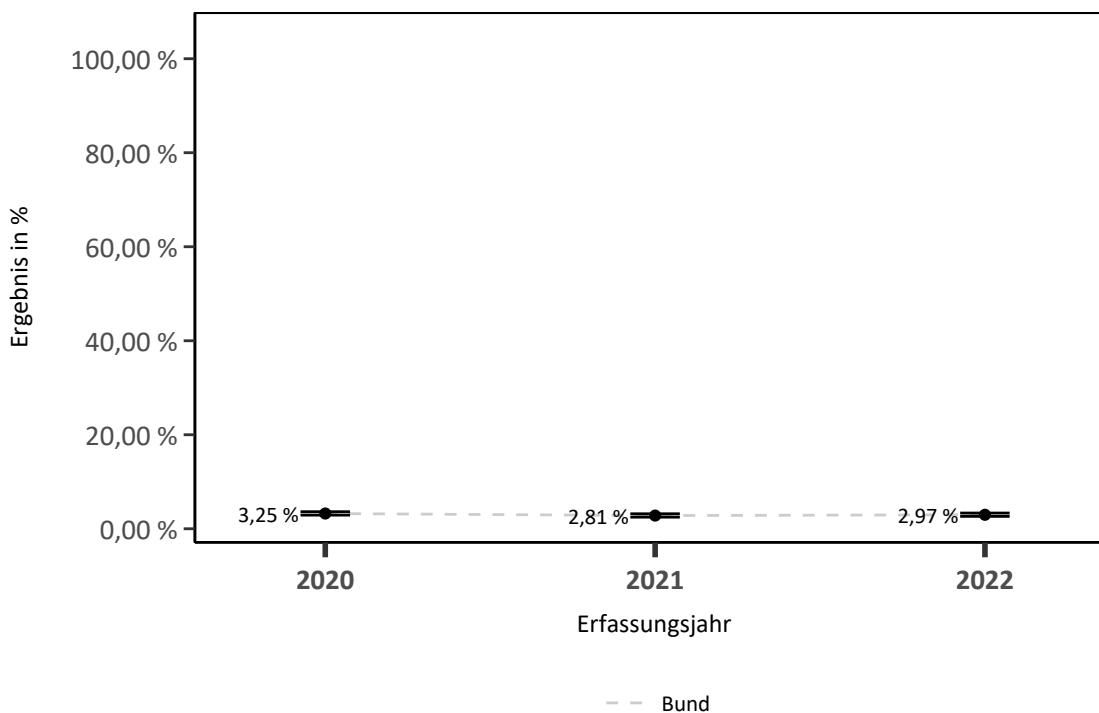
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
---------------	--

51076: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)

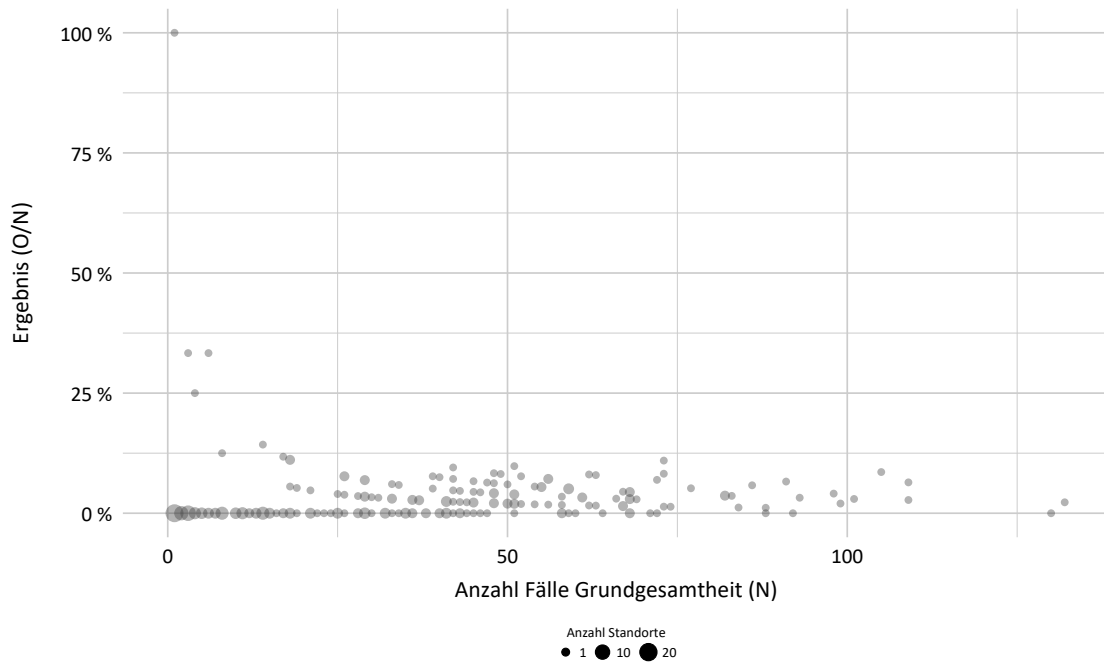
ID	51076
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

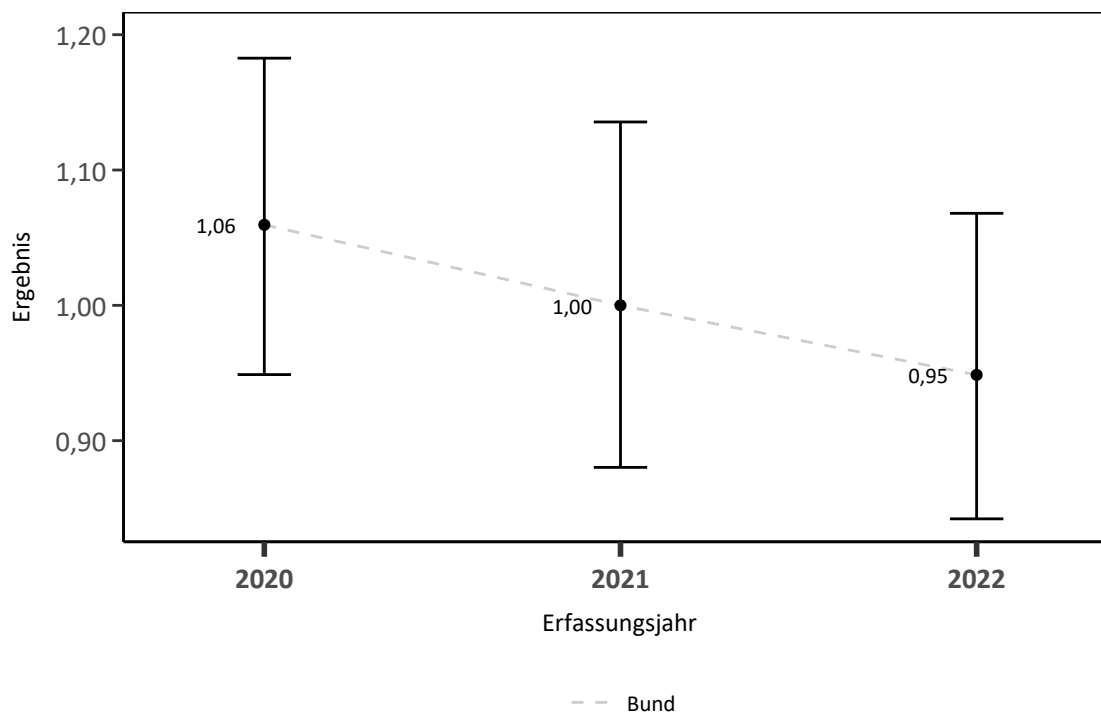
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	306 / 9.428	3,25 %	2,91 % - 3,62 %
	2021	230 / 8.194	2,81 %	2,47 % - 3,19 %
	2022	264 / 8.882	2,97 %	2,64 % - 3,35 %

50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

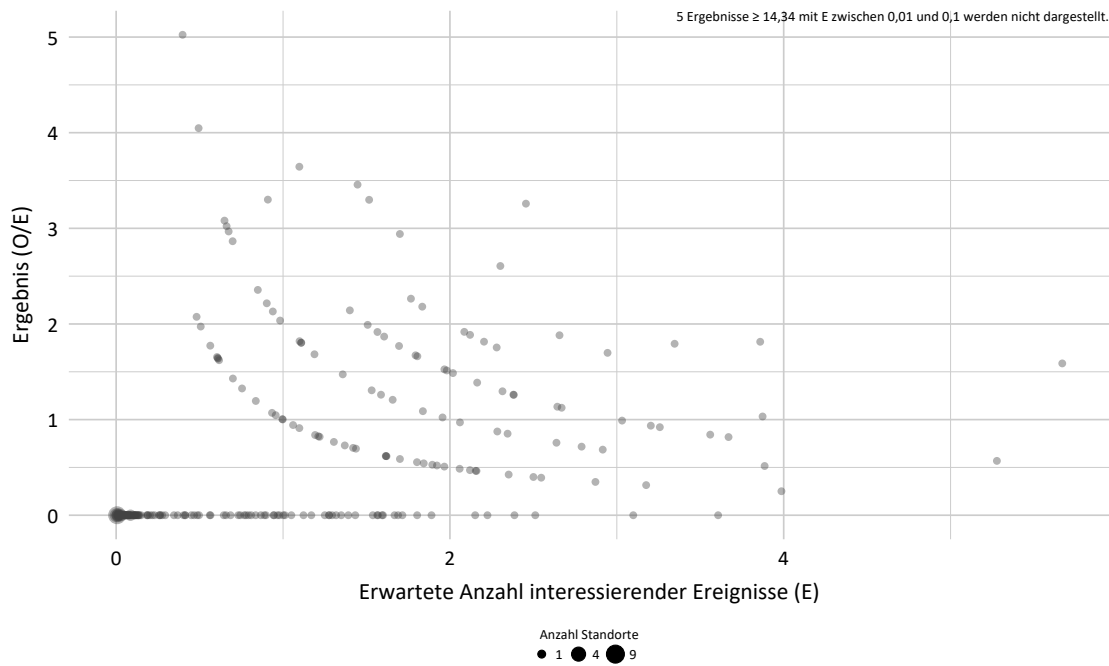
ID	50050
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50050
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

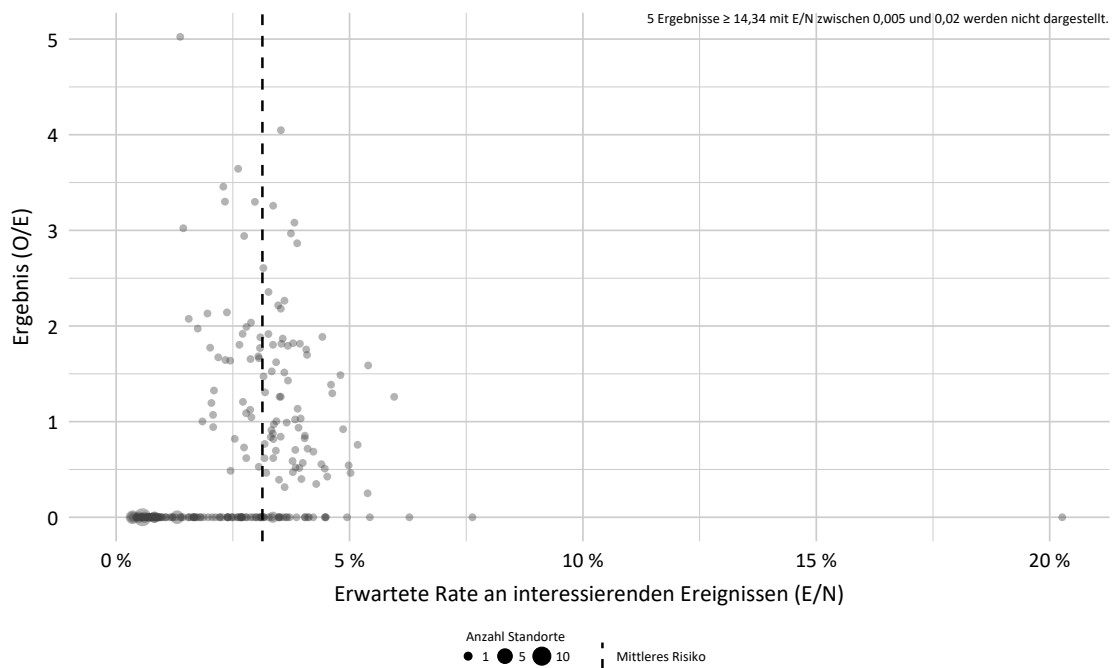
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	9.428	306 / 288,81	1,06	0,95 - 1,18
	2021	8.194	230 / 230,00	1,00	0,88 - 1,14
	2022	8.882	264 / 278,30	0,95	0,84 - 1,07

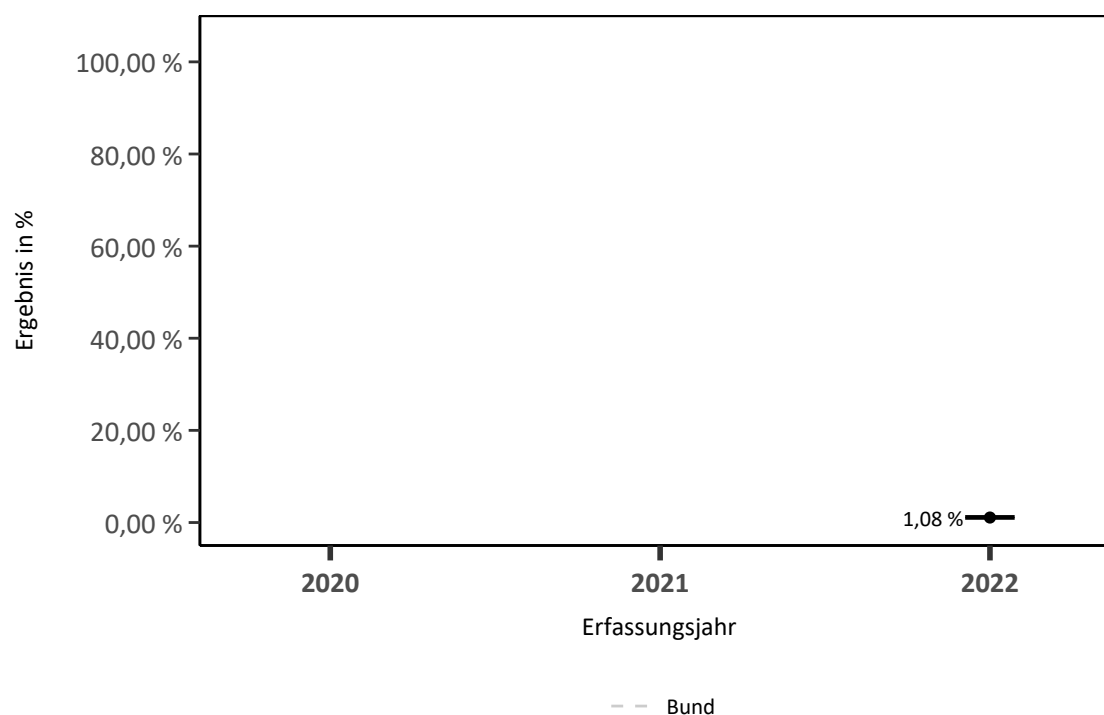
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus

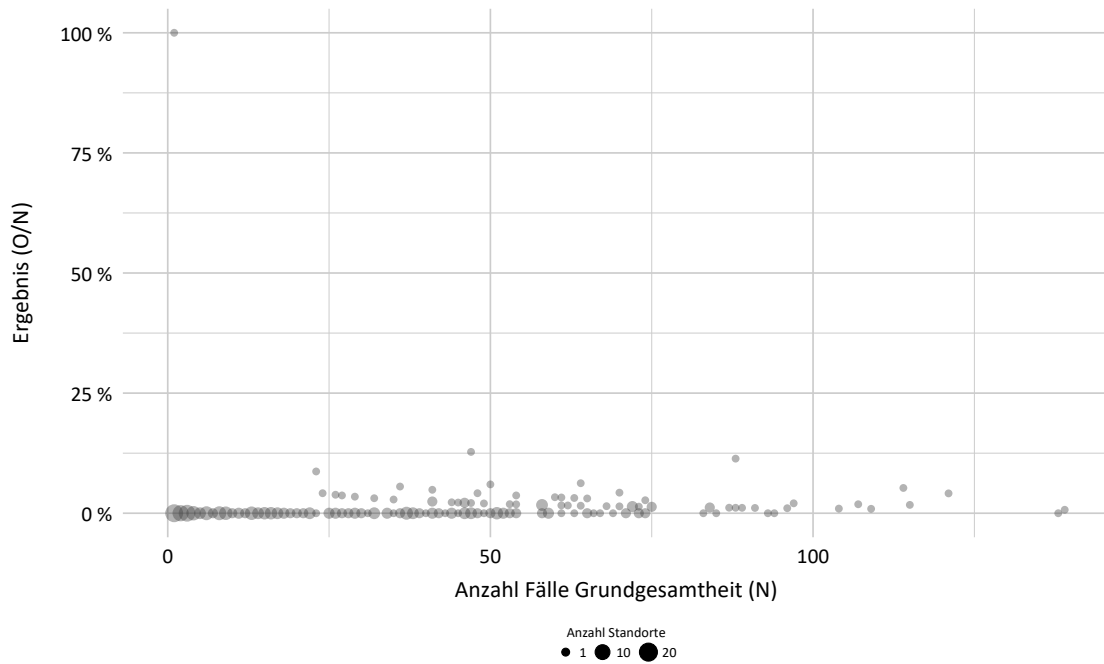
ID	222200
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	105 / 9.695	1,08 %	0,90 % - 1,31 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	ID: 51076 Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	2,97 % 264/8.882

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ²	
2.2.1	ID: O_50050 O/N (observed, beobachtet)	2,97 % 264/8.882
2.2.2	ID: E_50050 E/N (expected, erwartet)	3,13 % 278,30/8.882
2.2.3	ID: 50050 O/E	0,95

² nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.3	ID: 222200 Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus	1,08 % 105/9.695

Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

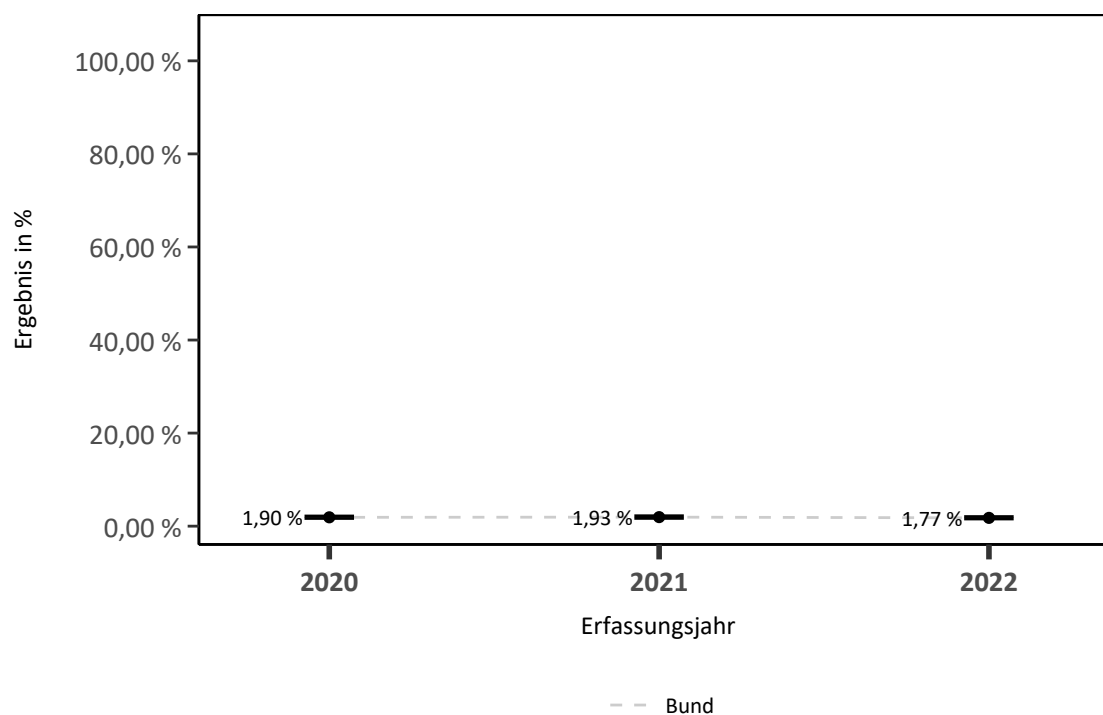
Qualitätsziel	Selten Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)
---------------	--

51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)

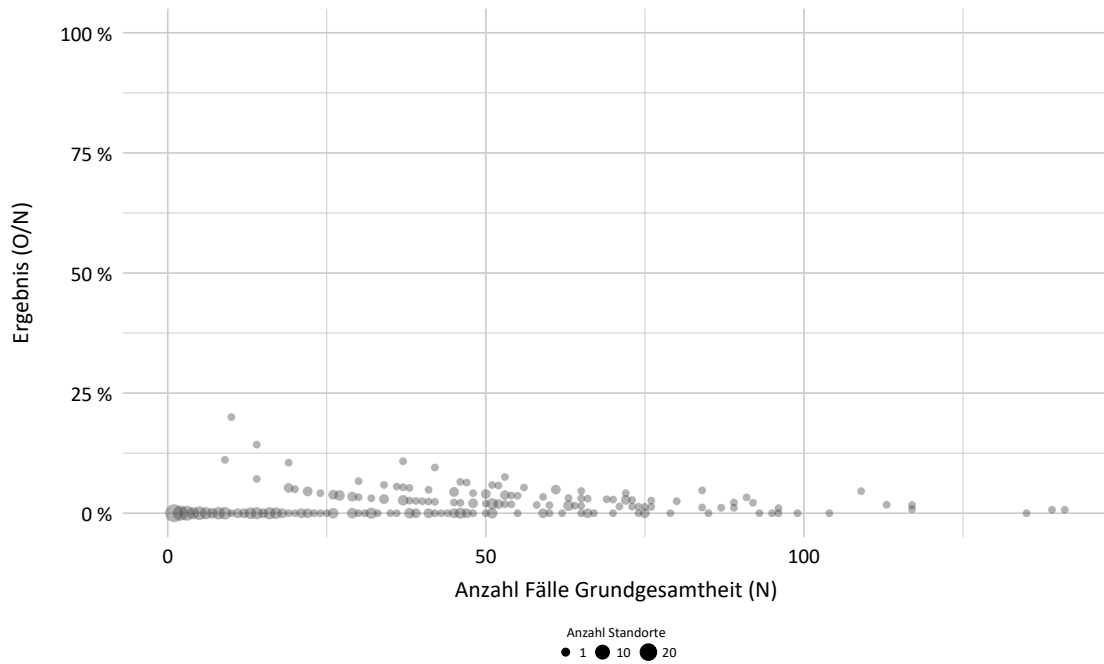
ID	51838
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

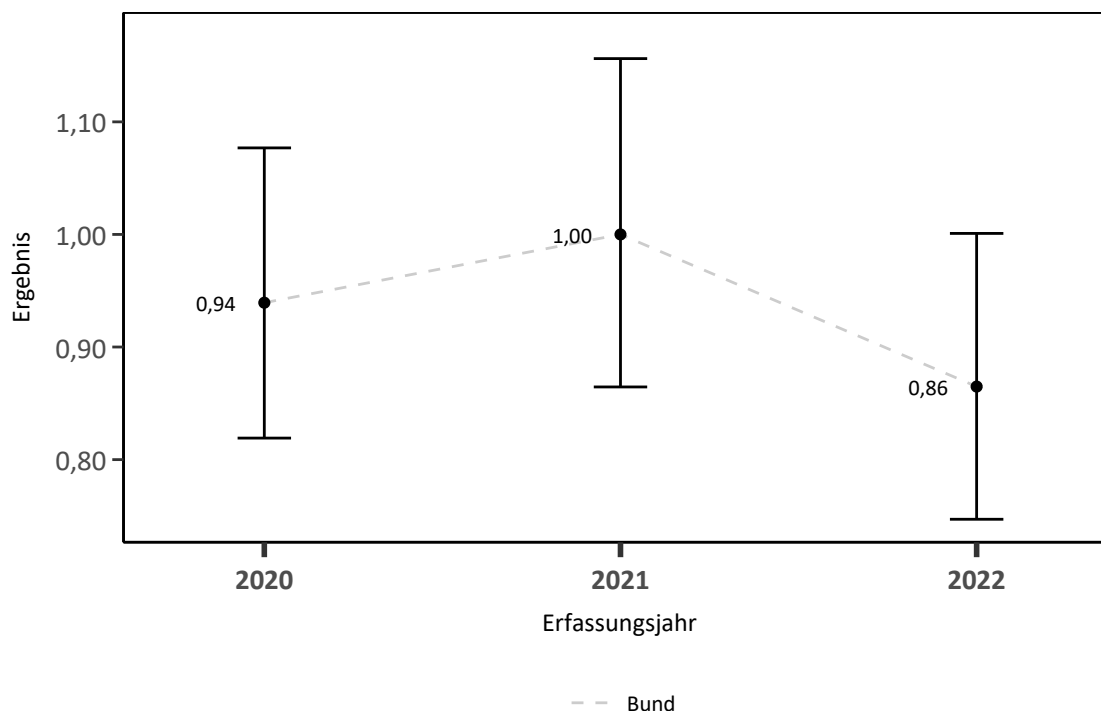
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	201 / 10.593	1,90 %	1,65 % - 2,18 %
	2021	178 / 9.206	1,93 %	1,67 % - 2,24 %
	2022	176 / 9.923	1,77 %	1,53 % - 2,05 %

51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

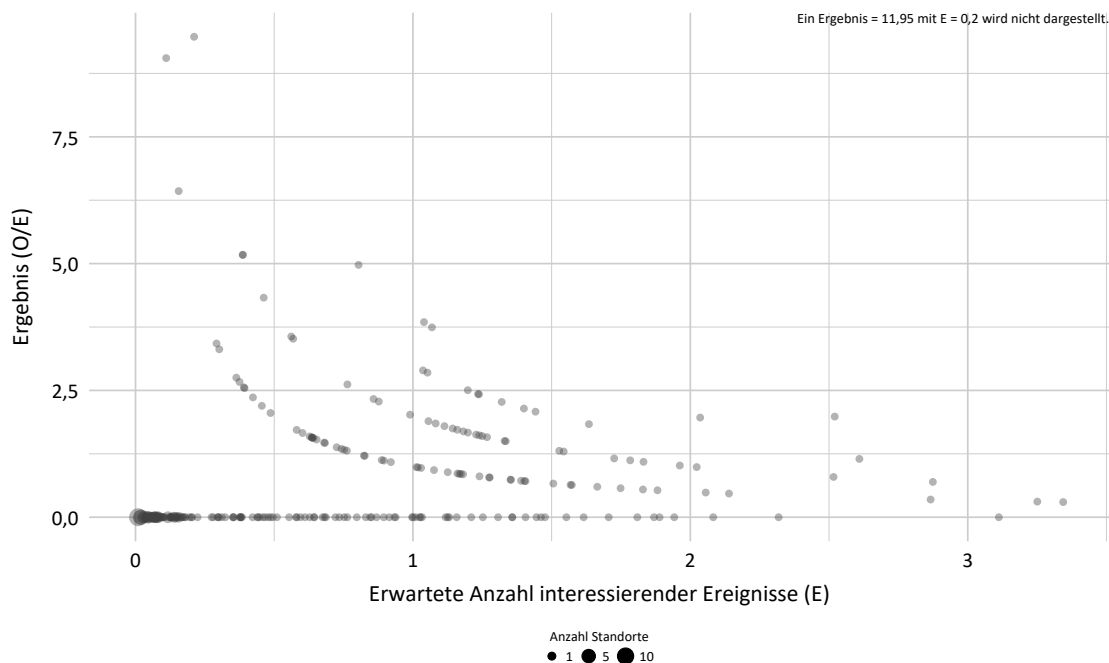
ID	51843
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 51843
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

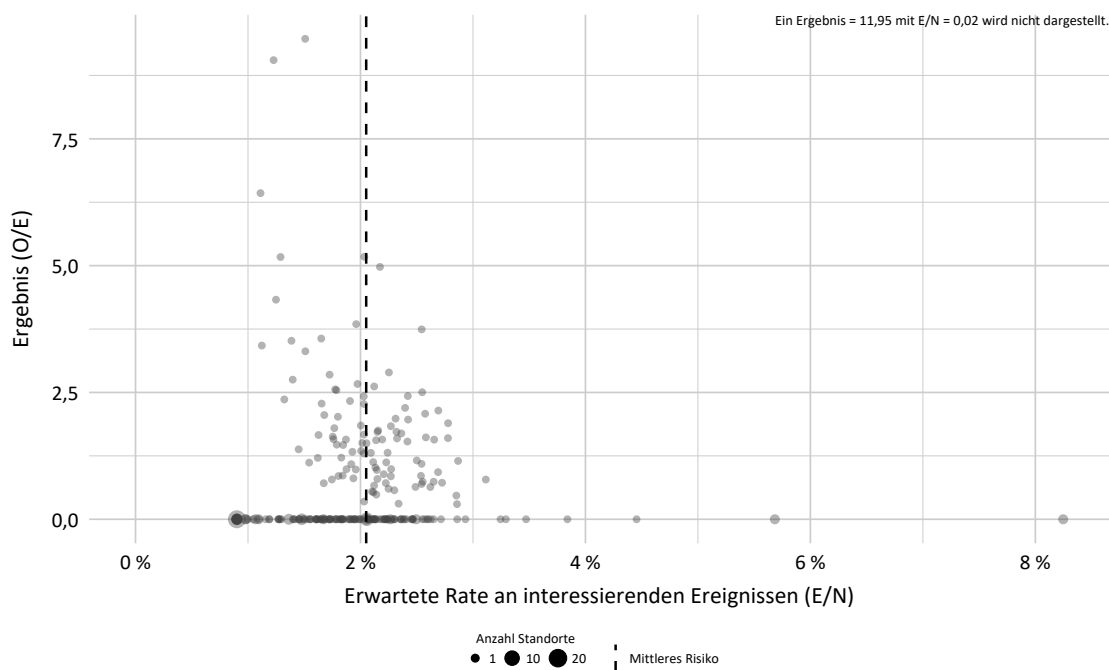
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	10.593	201 / 213,98	0,94	0,82 - 1,08
	2021	9.206	178 / 178,00	1,00	0,86 - 1,16
	2022	9.923	176 / 203,50	0,86	0,75 - 1,00

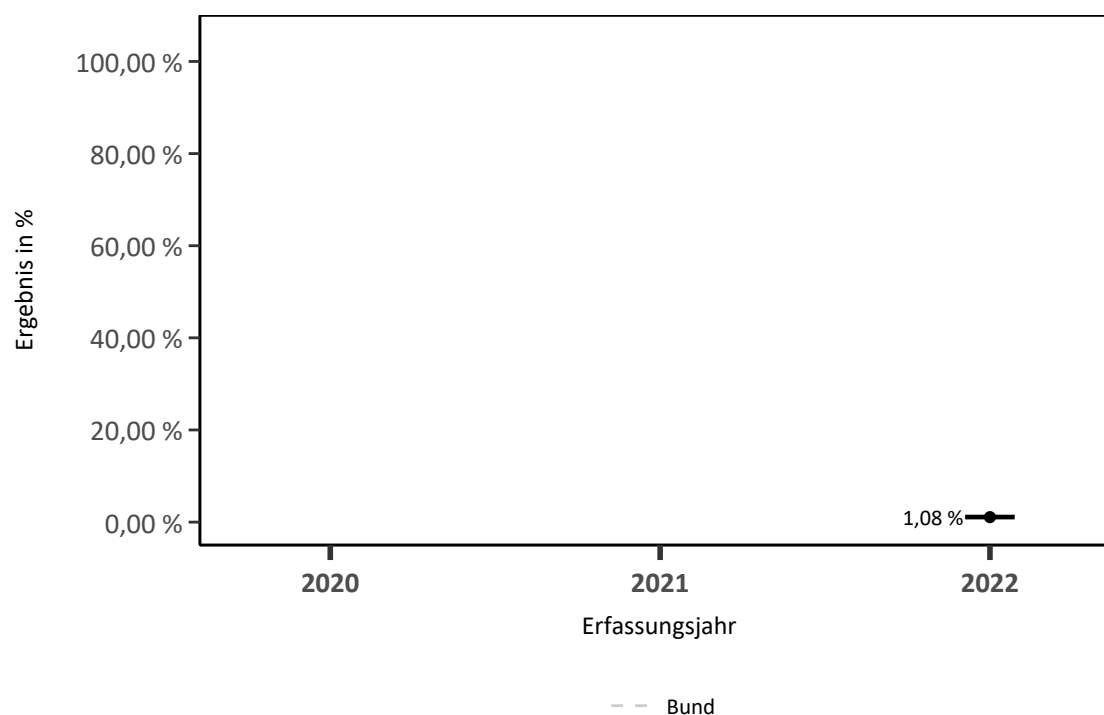
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK

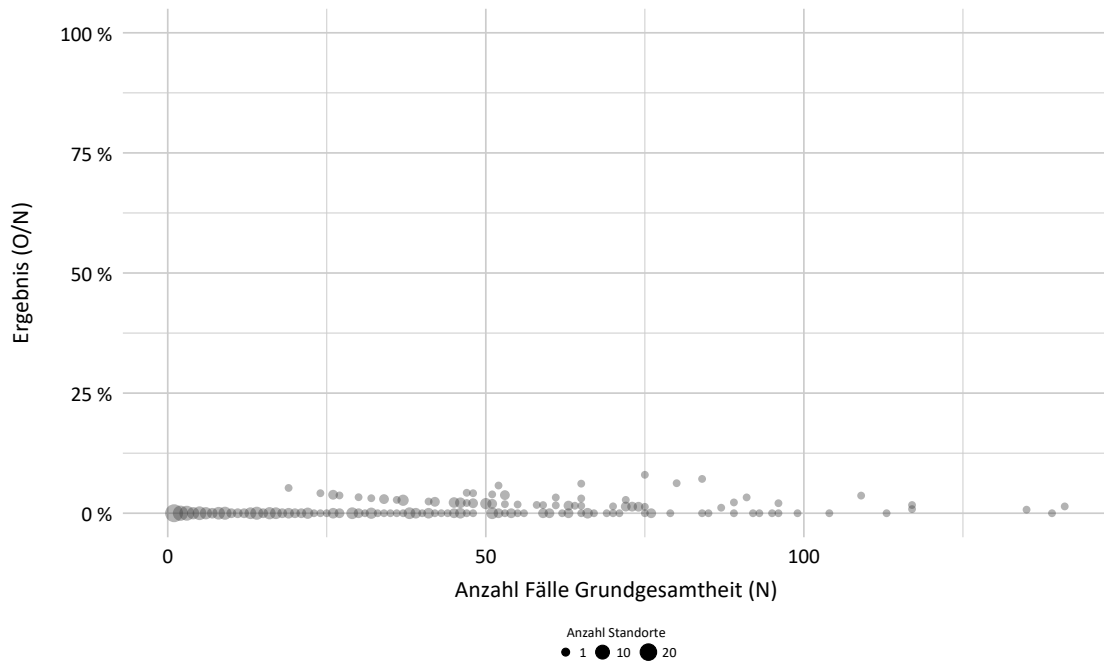
ID	222201
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit einer fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP), die eine OP oder Therapie einer NEK erhalten haben
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	- / -	-	-
	2021	- / -	-	-
	2022	107 / 9.923	1,08 %	0,89 % - 1,30 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.1	ID: 51838 Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	1,77 % 176/9.923

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ³	
3.2.1	ID: O_51843 O/N (observed, beobachtet)	1,77 % 176/9.923
3.2.2	ID: E_51843 E/N (expected, erwartet)	2,05 % 203,50/9.923
3.2.3	ID: 51843 O/E	0,86

³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
3.3	ID: 222201 Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK	1,08 % 107/9.923

Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

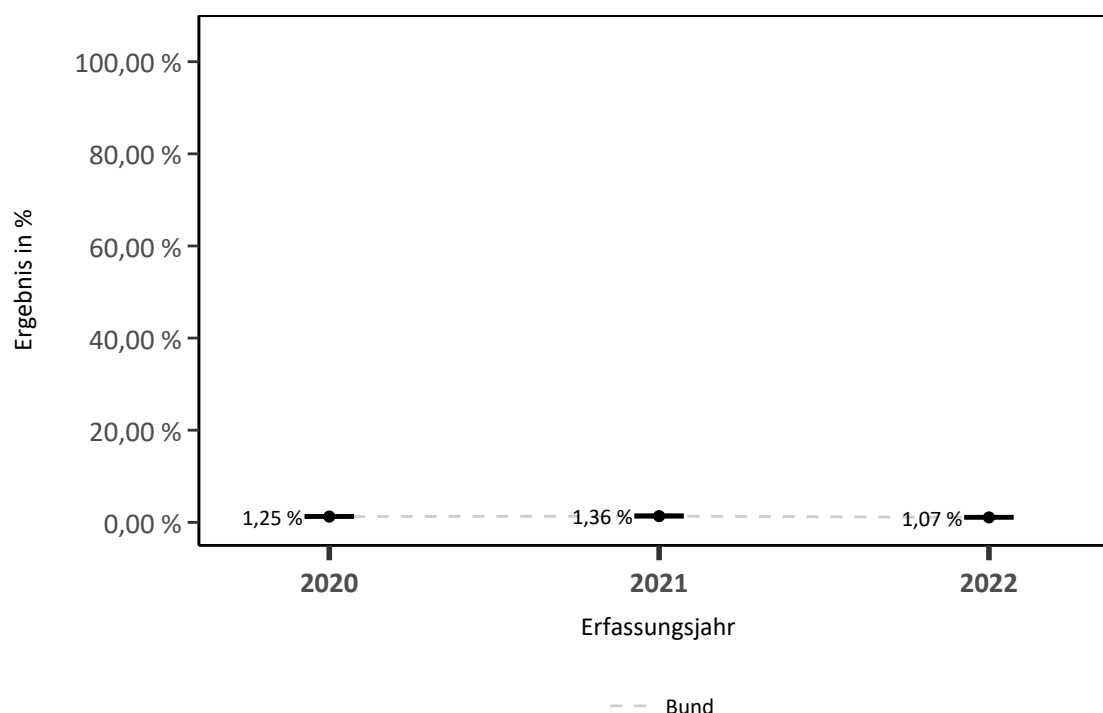
Qualitätsziel	Selten zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
---------------	--

51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)

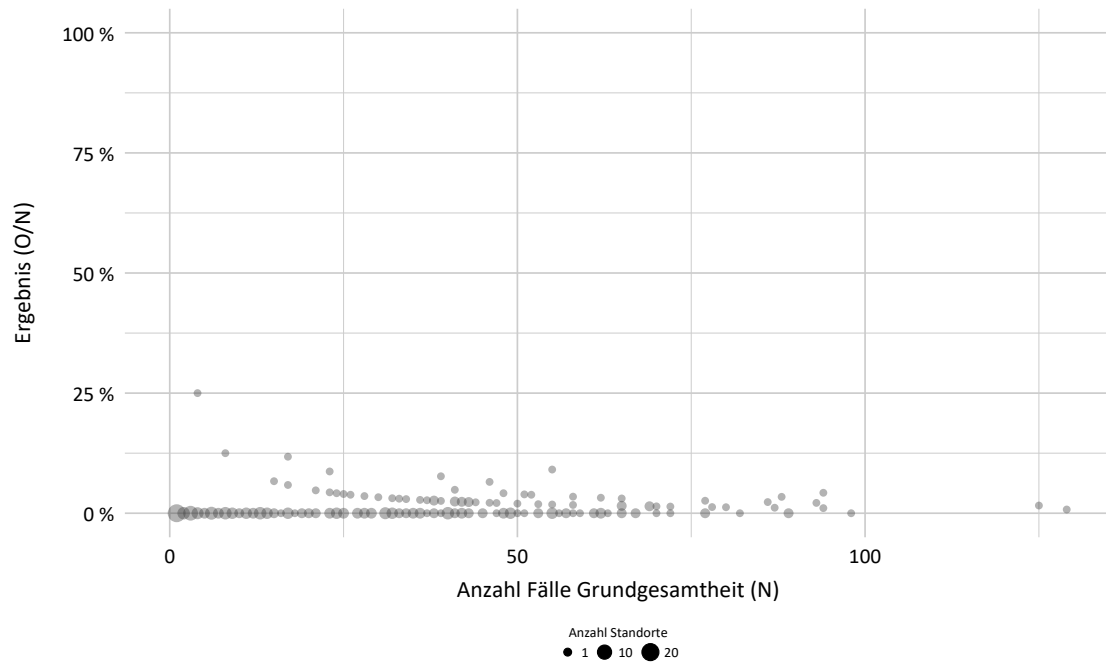
ID	51077
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen
Zähler	Kinder mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

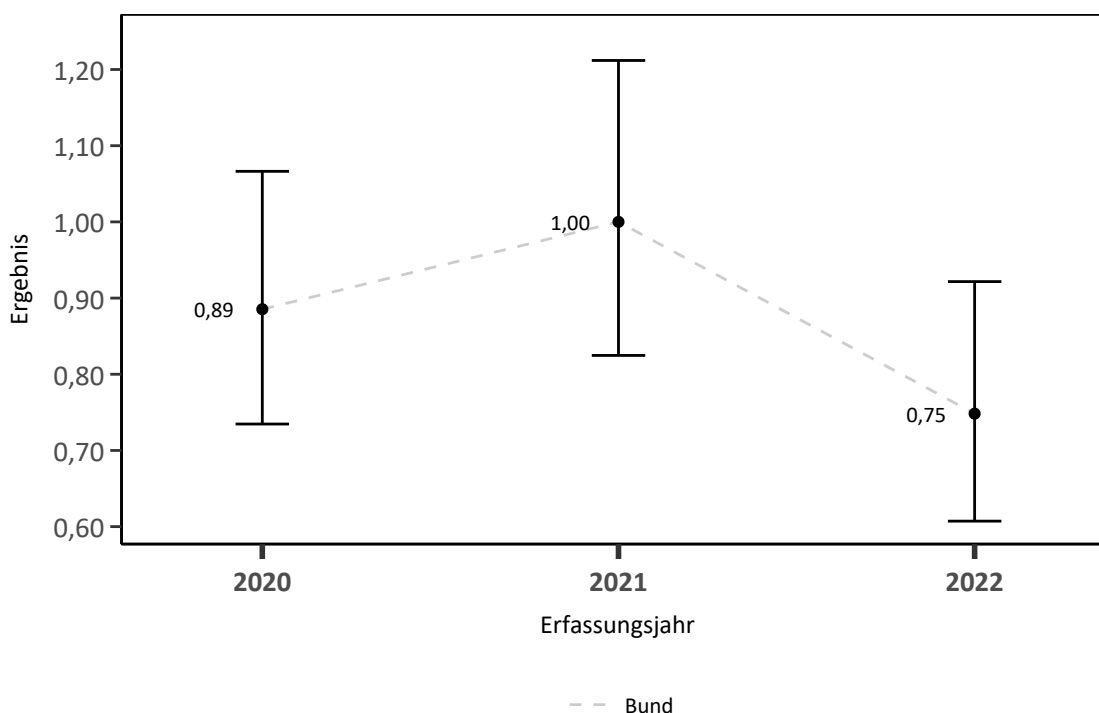
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	109 / 8.705	1,25 %	1,04 % - 1,51 %
	2021	102 / 7.524	1,36 %	1,12 % - 1,64 %
	2022	87 / 8.139	1,07 %	0,87 % - 1,32 %

50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

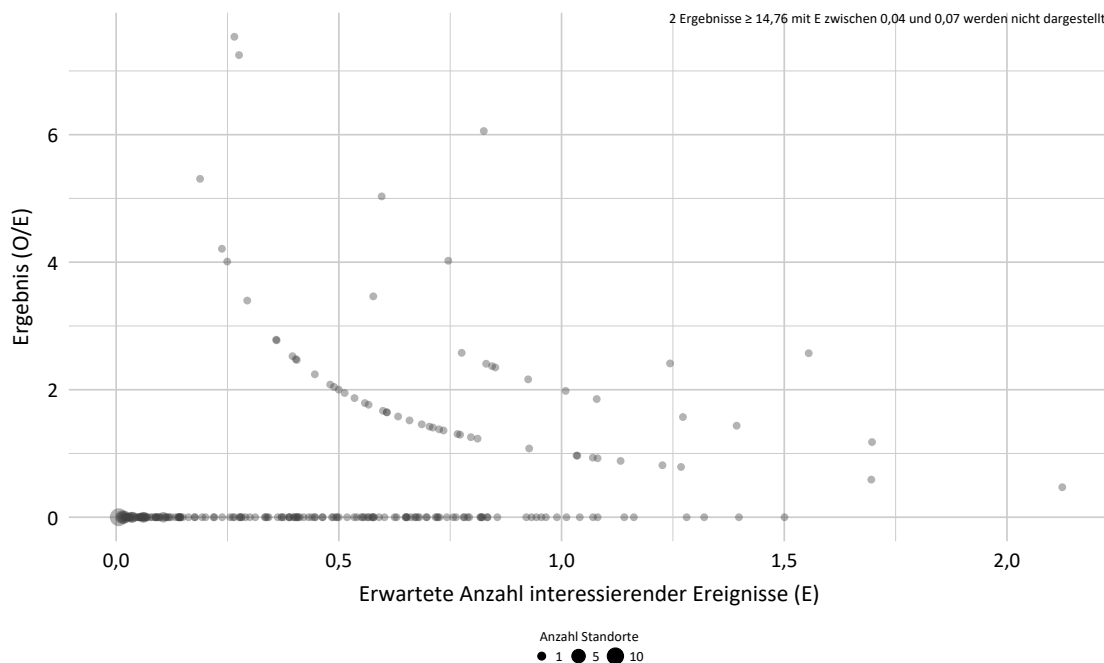
ID	50051
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen
Zähler	Kinder mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50051
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

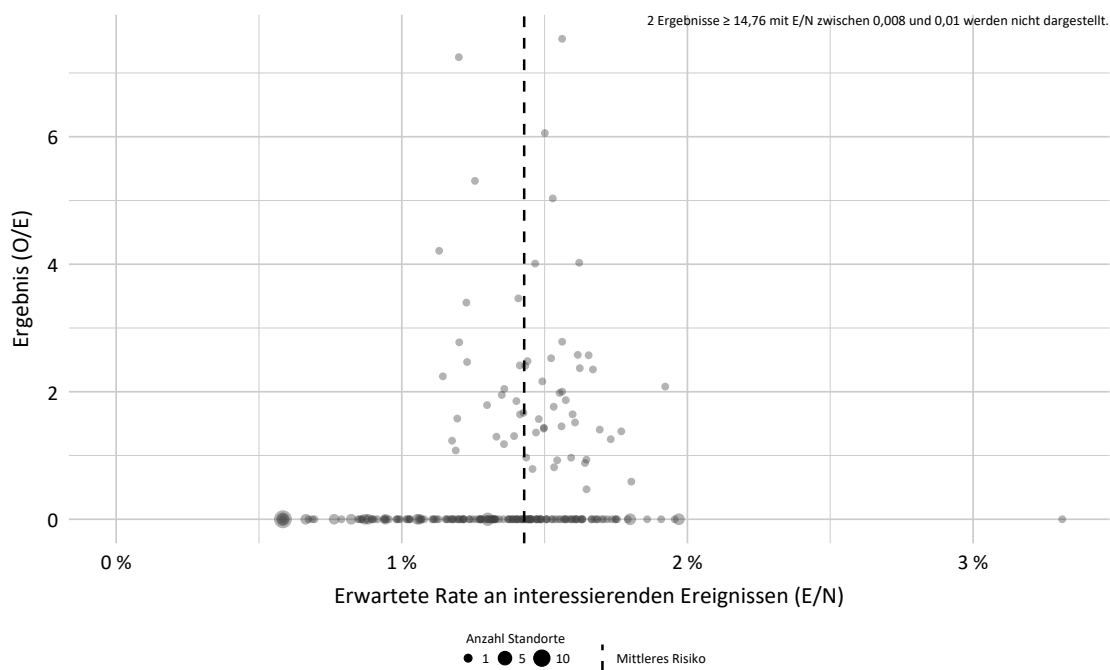
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	8.705	109 / 123,12	0,89	0,73 - 1,07
	2021	7.524	102 / 102,00	1,00	0,82 - 1,21
	2022	8.139	87 / 116,26	0,75	0,61 - 0,92

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 51077 Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	1,07 % 87/8.139

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁴	
4.1.1	ID: O_50051 O/N (observed, beobachtet)	1,07 % 87/8.139
4.1.2	ID: E_50051 E/N (expected, erwartet)	1,43 % 116,26/8.139
4.1.3	ID: 50051 O/E	0,75

⁴ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

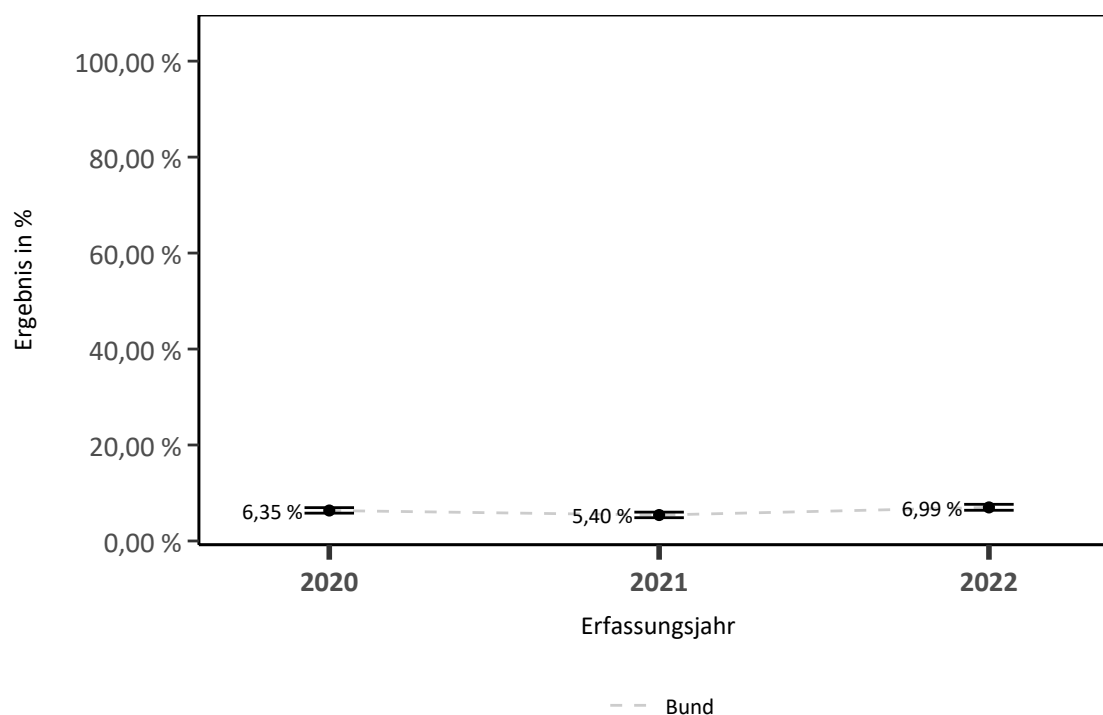
Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
---------------	---

51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)

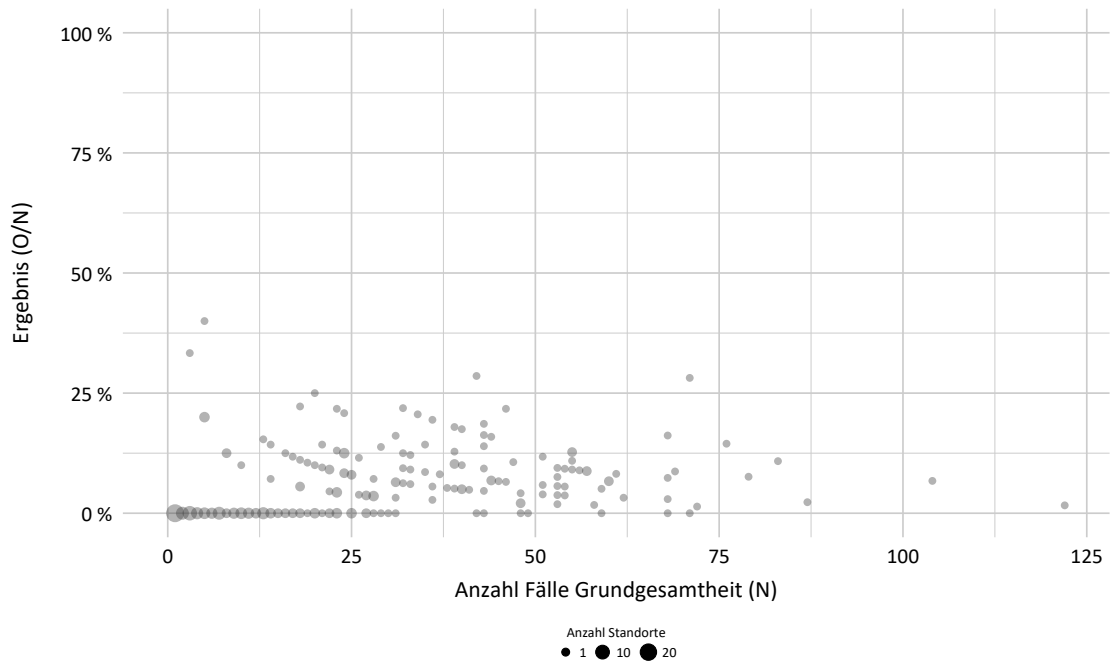
ID	51079
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren
Zähler	Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillierergebnisse

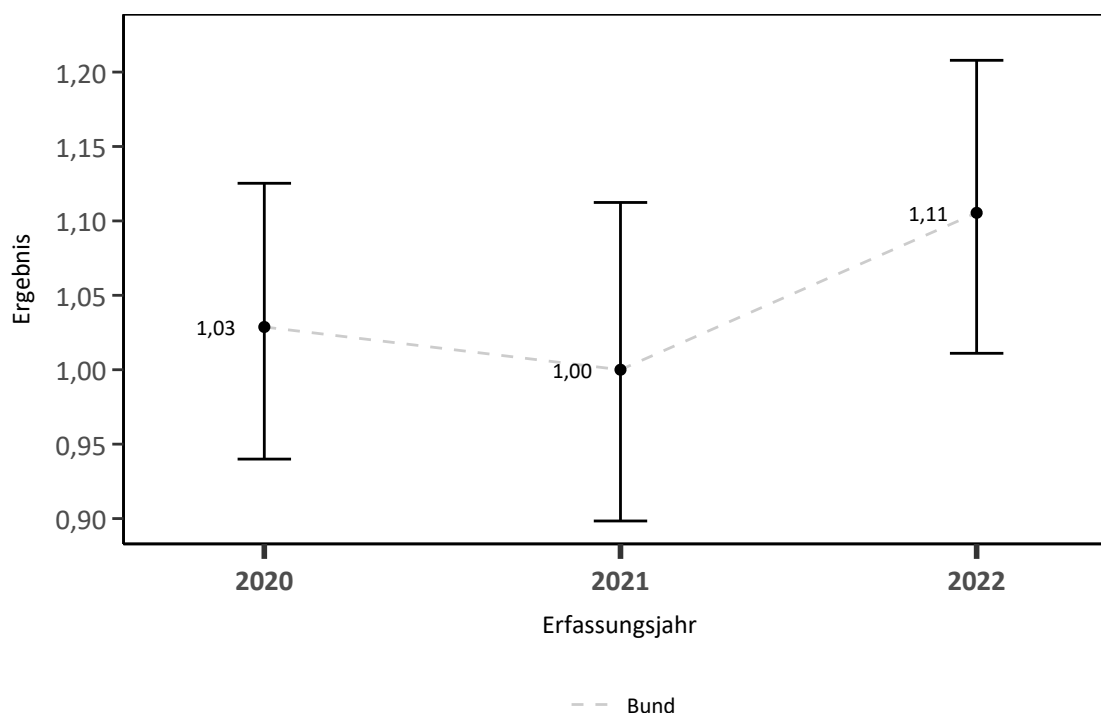
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	444 / 6.995	6,35 %	5,80 % - 6,94 %
	2021	318 / 5.886	5,40 %	4,85 % - 6,01 %
	2022	451 / 6.452	6,99 %	6,39 % - 7,64 %

50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

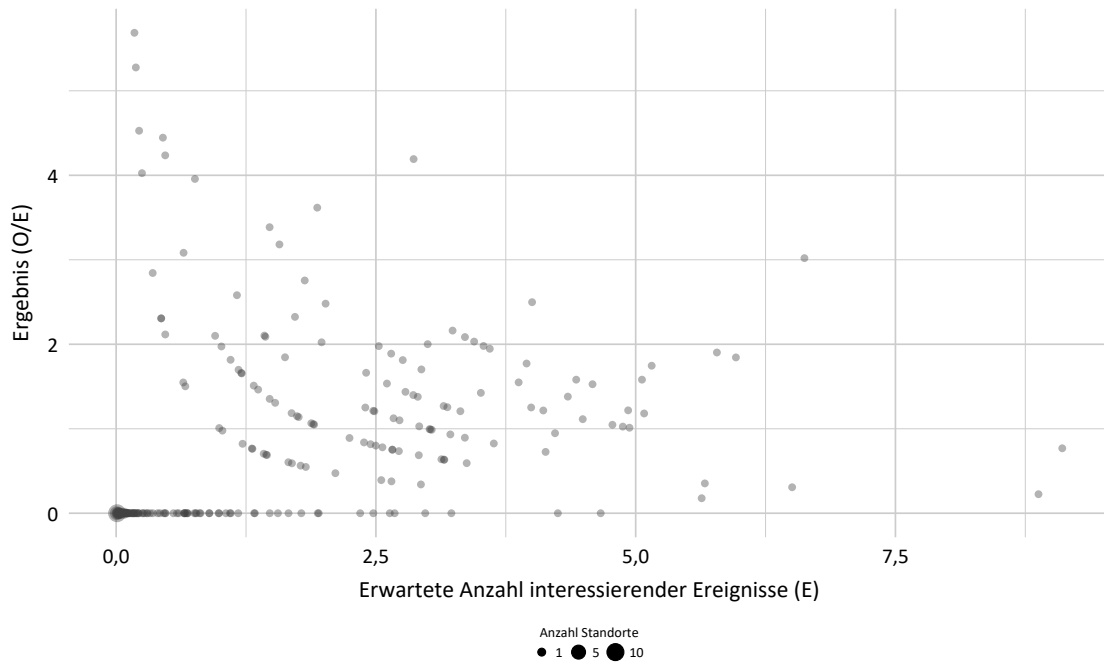
ID	50053
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. und bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren
Zähler	Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD)
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50053
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

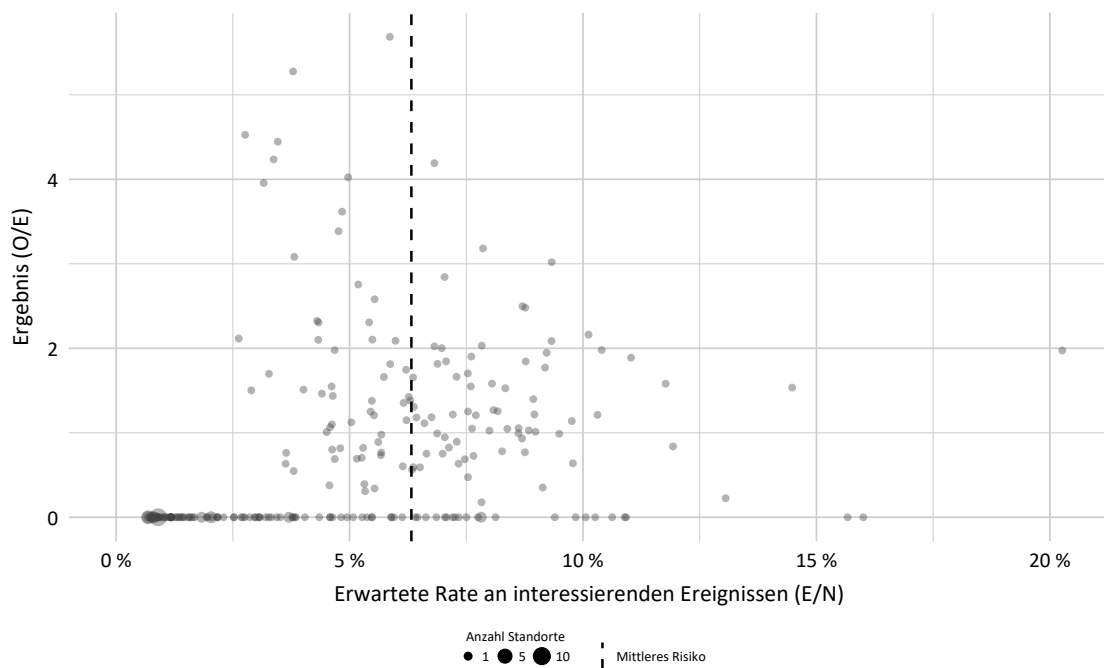
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	6.995	444 / 431,60	1,03	0,94 - 1,13
	2021	5.886	318 / 318,00	1,00	0,90 - 1,11
	2022	6.452	451 / 407,99	1,11	1,01 - 1,21

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 51079 Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	6,99 % 451/6.452

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁵	
5.2.1	ID: O_50053 O/N (observed, beobachtet)	6,99 % 451/6.452
5.2.2	ID: E_50053 E/N (expected, erwartet)	6,32 % 407,99/6.452
5.2.3	ID: 50053 O/E	1,11

⁵ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

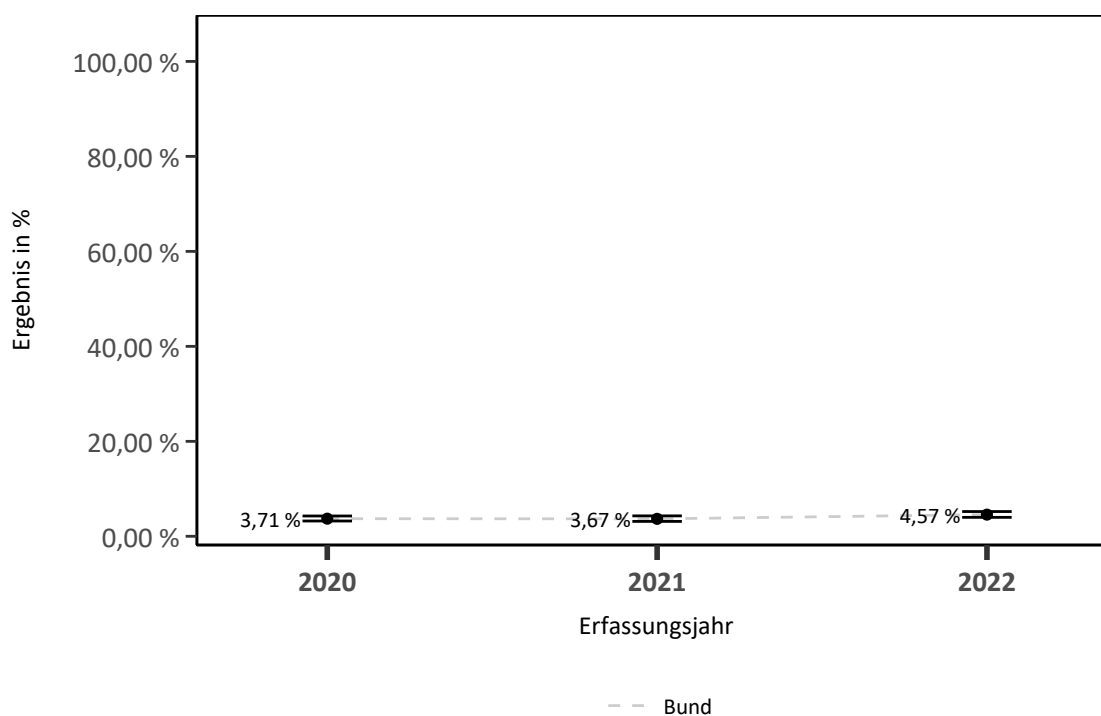
Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
---------------	---

51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)

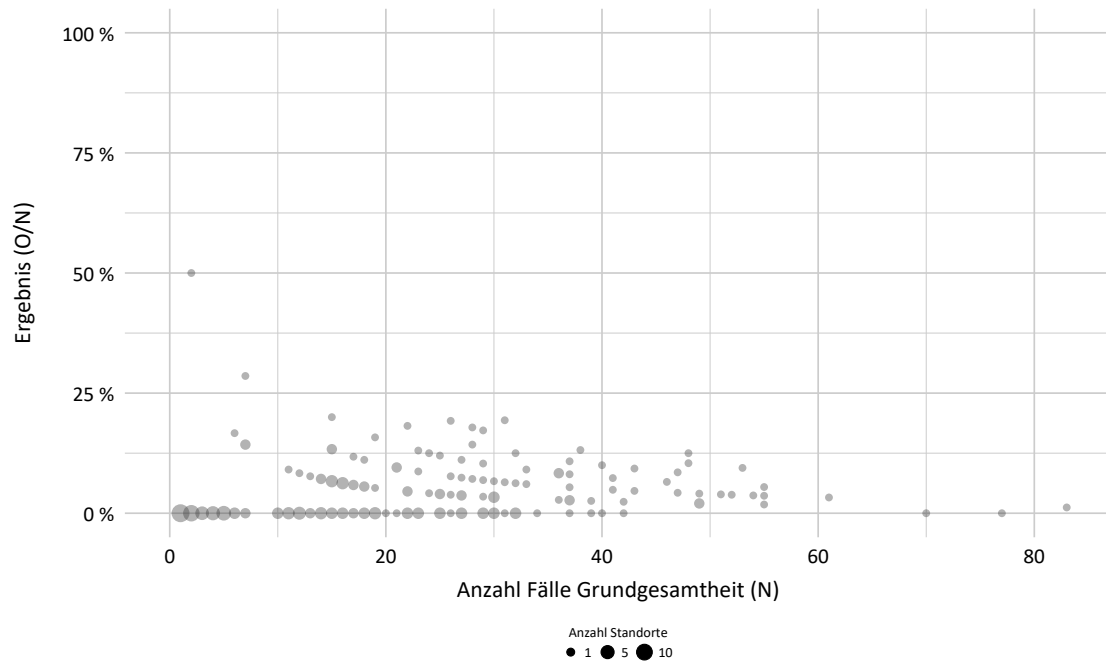
ID	51078
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage haben und bei denen eine ophthalmologische Untersuchung im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

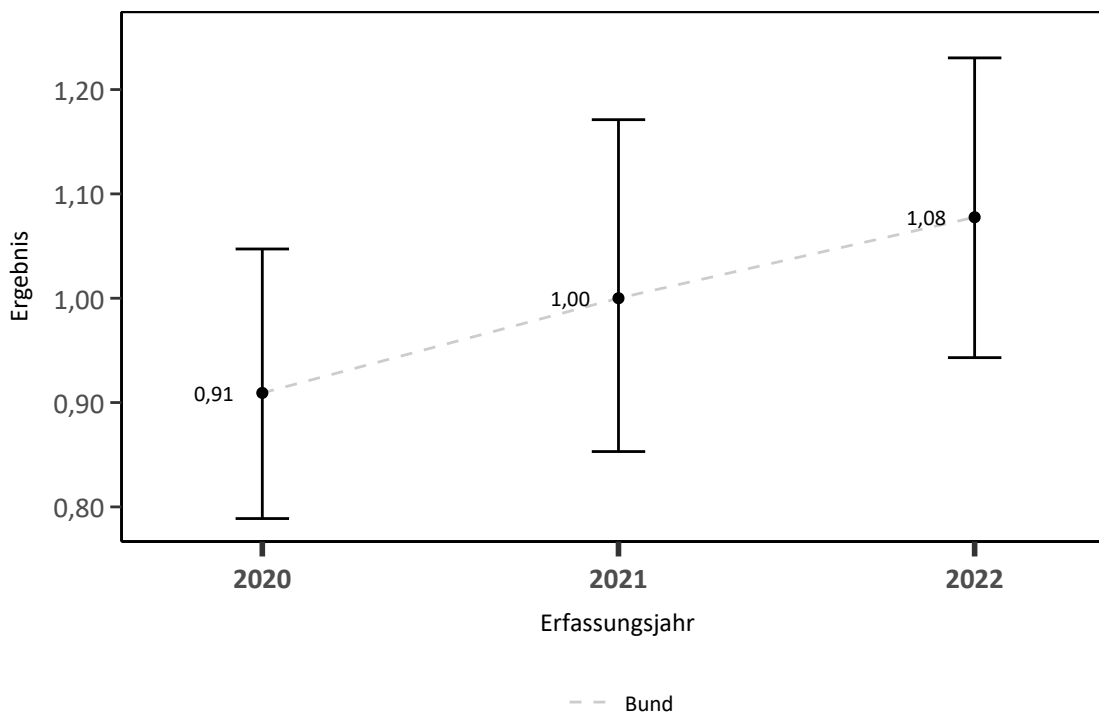
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	184 / 4.955	3,71 %	3,22 % - 4,28 %
	2021	147 / 4.001	3,67 %	3,13 % - 4,30 %
	2022	207 / 4.534	4,57 %	4,00 % - 5,21 %

50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

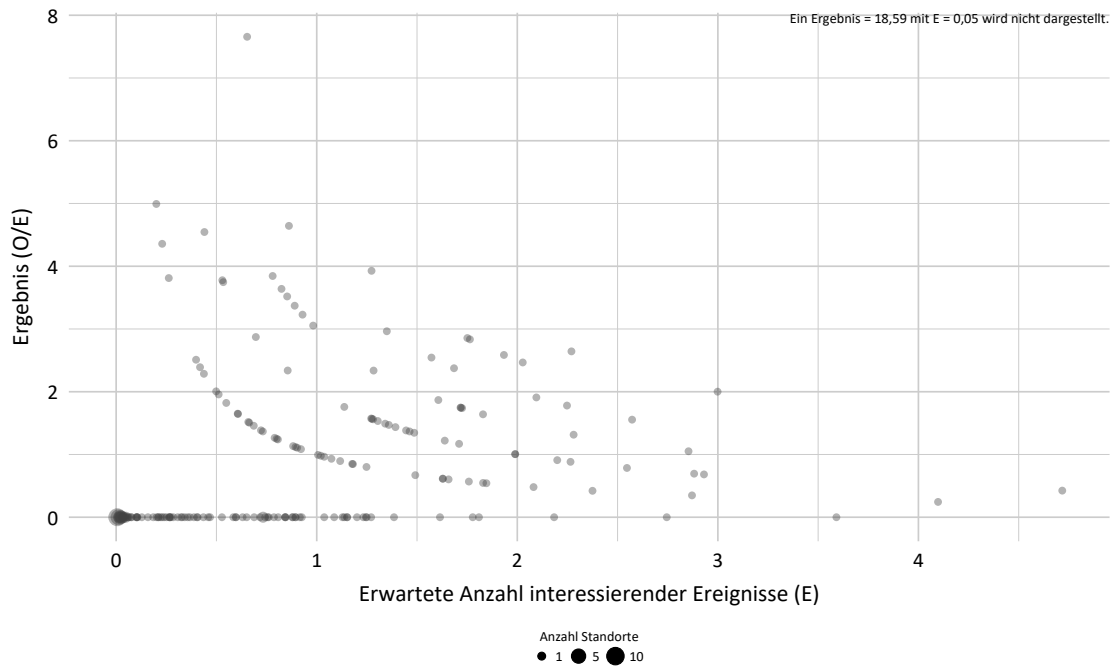
ID	50052
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage haben und bei denen eine ophthalmologische Untersuchung im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde
Zähler	Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP)
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50052
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

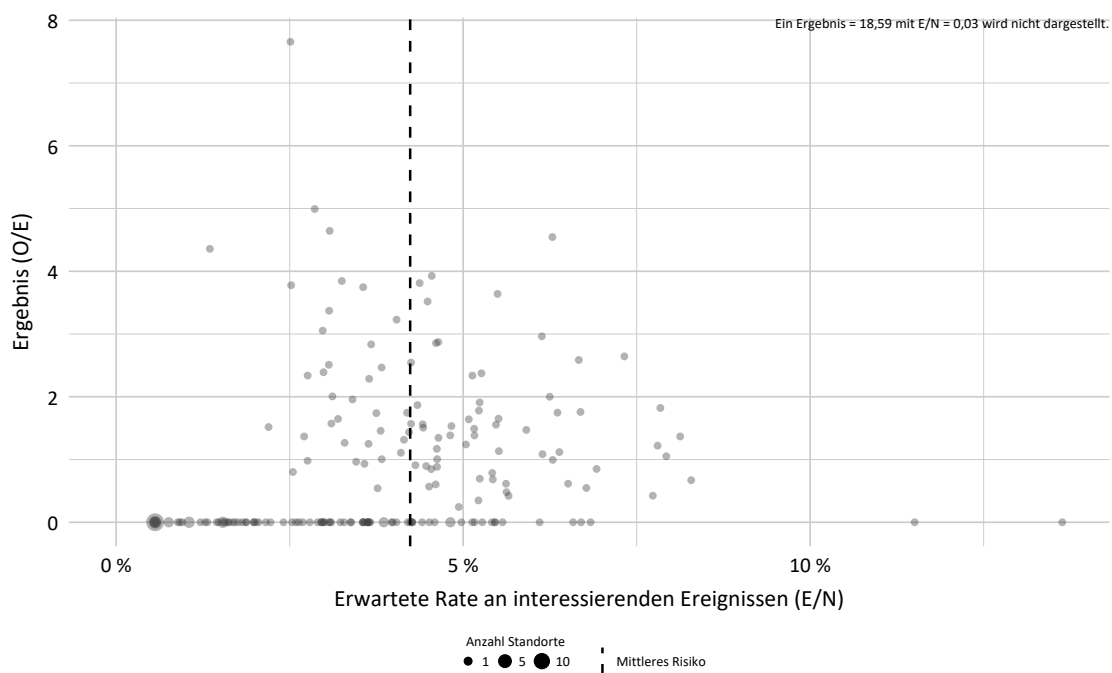
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	4.955	184 / 202,37	0,91	0,79 - 1,05
	2021	4.001	147 / 147,00	1,00	0,85 - 1,17
	2022	4.534	207 / 192,09	1,08	0,94 - 1,23

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	ID: 51078 Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	4,57 % 207/4.534

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁶	
6.2.1	ID: O_50052 O/N (observed, beobachtet)	4,57 % 207/4.534
6.2.2	ID: E_50052 E/N (expected, erwartet)	4,24 % 192,09/4.534
6.2.3	ID: 50052 O/E	1,08

⁶ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

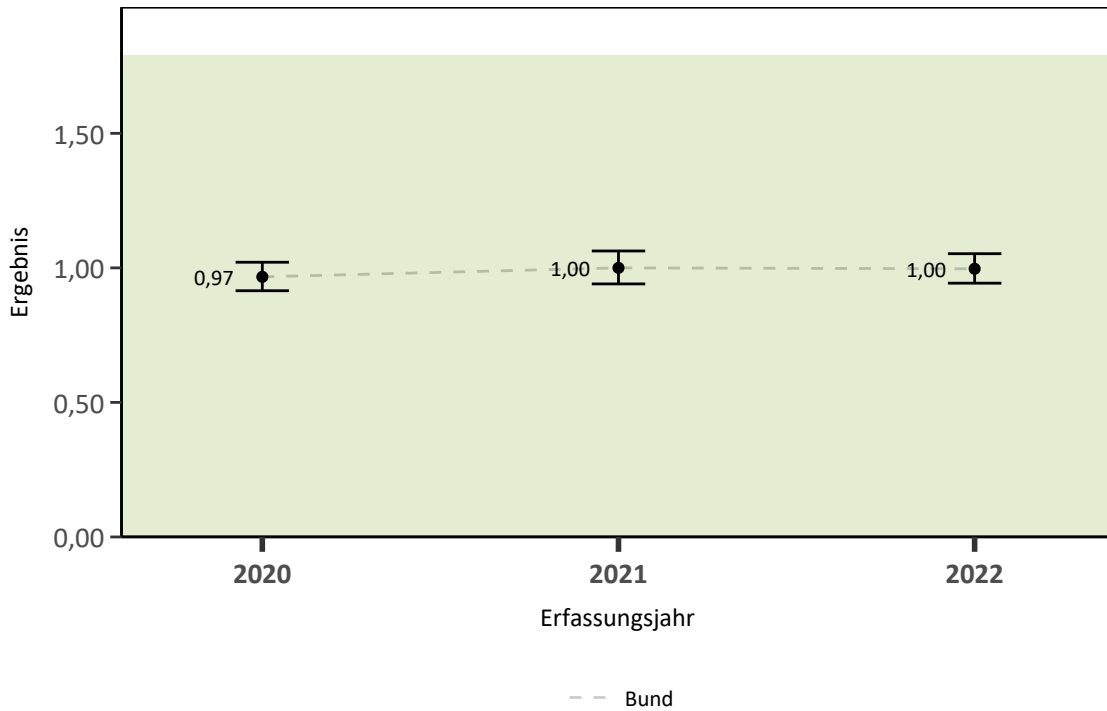
51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis, selten bronchopulmonale Dysplasie und selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie
ID	51901
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	<p>Ebene 1: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.</p> <p>ODER</p> <p>Ebene 2: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1. Ebene</p> <p>ODER</p> <p>Ebene 3: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., unter Ausschluss des Zählers der 1. und 2. Ebene</p> <p>ODER</p> <p>Ebene 4: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2. und 3. Ebene</p> <p>ODER</p> <p>Ebene 5: Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Klinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage haben und bei denen eine ophthalmologische Untersuchung im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde, unter Ausschluss des Zählers der 1., 2., 3. und 4. Ebene</p>
Zähler	<p>Ebene 1: Verstorbene Kinder</p> <p>ODER</p> <p>Ebene 2: Kinder mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist</p> <p>ODER</p> <p>Ebene 3: Kinder mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist</p> <p>ODER</p> <p>Ebene 4: Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD)</p> <p>ODER</p> <p>Ebene 5: Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2</p>

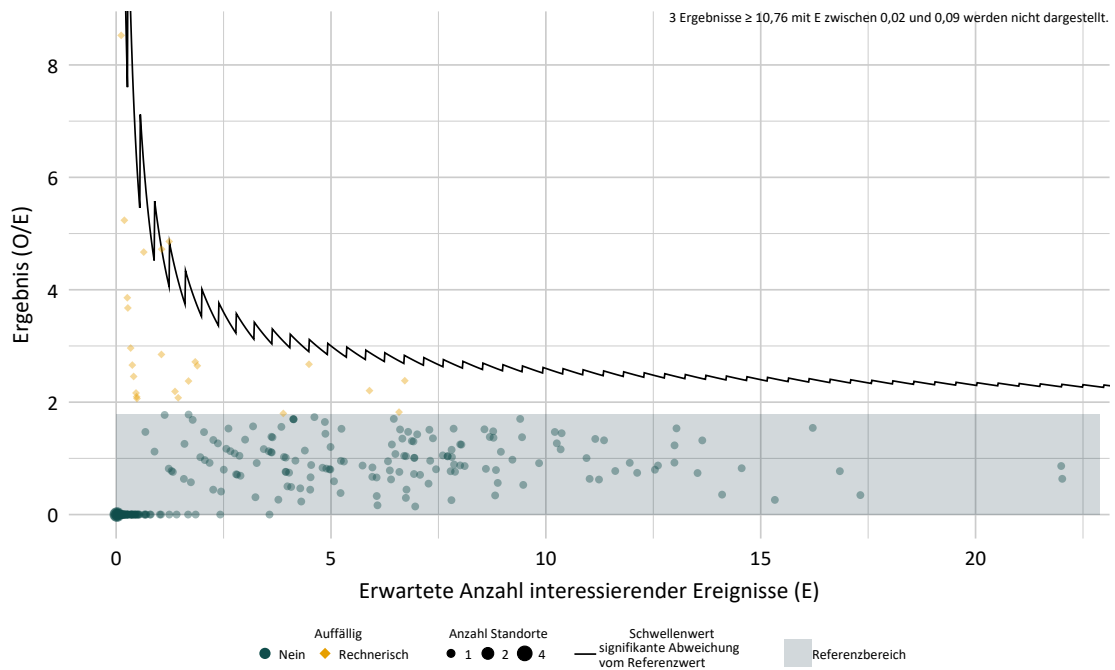
O (observed)	<p>Ebene 1: Beobachtete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen ODER</p> <p>Ebene 2: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER</p> <p>Ebene 3: Beobachtete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist ODER</p> <p>Ebene 4: Beobachtete Anzahl an Kindern mit Bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) ODER</p> <p>Ebene 5: Beobachtete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP)</p>
E (expected)	<p>Ebene 1: Erwartete Anzahl an Sterbefällen bei sehr kleinen Frühgeborenen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 1. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND</p> <p>Ebene 2: Erwartete Anzahl an Kindern mit Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 2. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND</p> <p>Ebene 3: Erwartete Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 3. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND</p> <p>Ebene 4: Erwartete Anzahl an Kindern mit Bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 4. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901 UND</p> <p>Ebene 5: Erwartete Anzahl an Kindern mit höhergradiger Frühgeborenenretinopathie (ROP), risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für die 5. Ebene des Qualitätsindex mit der ID 51901</p>
Referenzbereich	≤ 1,79 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

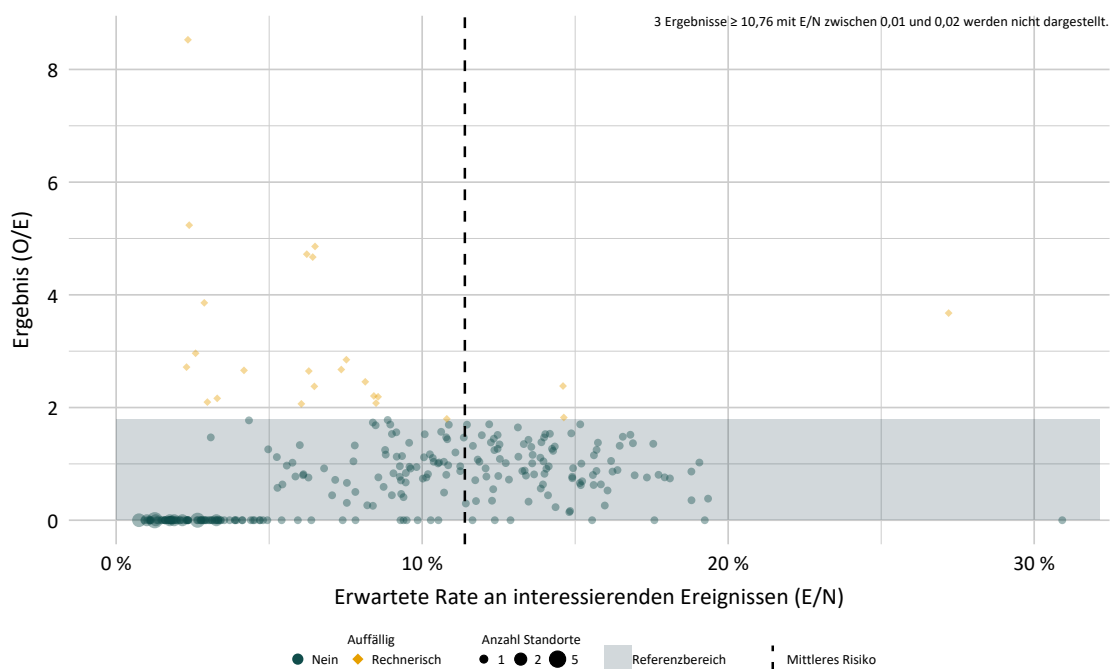
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	10.593	1.142 / 1.181,27	0,97	0,92 - 1,02
	2021	9.206	923 / 923,00	1,00	0,94 - 1,06
	2022	9.923	1.127 / 1.130,76	1,00	0,94 - 1,05

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁷	
7.1.1	ID: O_51901 O/N (observed, beobachtet)	11,36 % 1.127/9.923
7.1.2	ID: E_51901 E/N (expected, erwartet)	11,40 % 1.130,76/9.923
7.1.3	ID: 51901 O/E	1,00

⁷ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	Ebene 1: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	
7.2.1	ID: O_51136_51901 O/N (observed, beobachtet)	3,67 % 332/9.038
7.2.2	ID: E_51136_51901 E/N (expected, erwartet)	3,96 % 357,92/9.038
7.2.3	ID: 51136_51901 O/E	0,93

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.3	Ebene 2: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	
7.3.1	ID: O_51141_51901 O/N (observed, beobachtet)	2,23 % 191/8.584
7.3.2	ID: E_51141_51901 E/N (expected, erwartet)	2,20 % 188,43/8.584
7.3.3	ID: 51141_51901 O/E	1,01

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.4	Ebene 3: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	
7.4.1	ID: O_51146_51901 O/N (observed, beobachtet)	1,29 % 121/9.400
7.4.2	ID: E_51146_51901 E/N (expected, erwartet)	1,46 % 137,62/9.400

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.4.3	ID: 51146_51901 O/E	0,88

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.5	Ebene 4: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	
7.5.1	ID: O_51156_51901 O/N (observed, beobachtet)	6,18 % 382/6.181
7.5.2	ID: E_51156_51901 E/N (expected, erwartet)	5,53 % 342,01/6.181
7.5.3	ID: 51156_51901 O/E	1,12

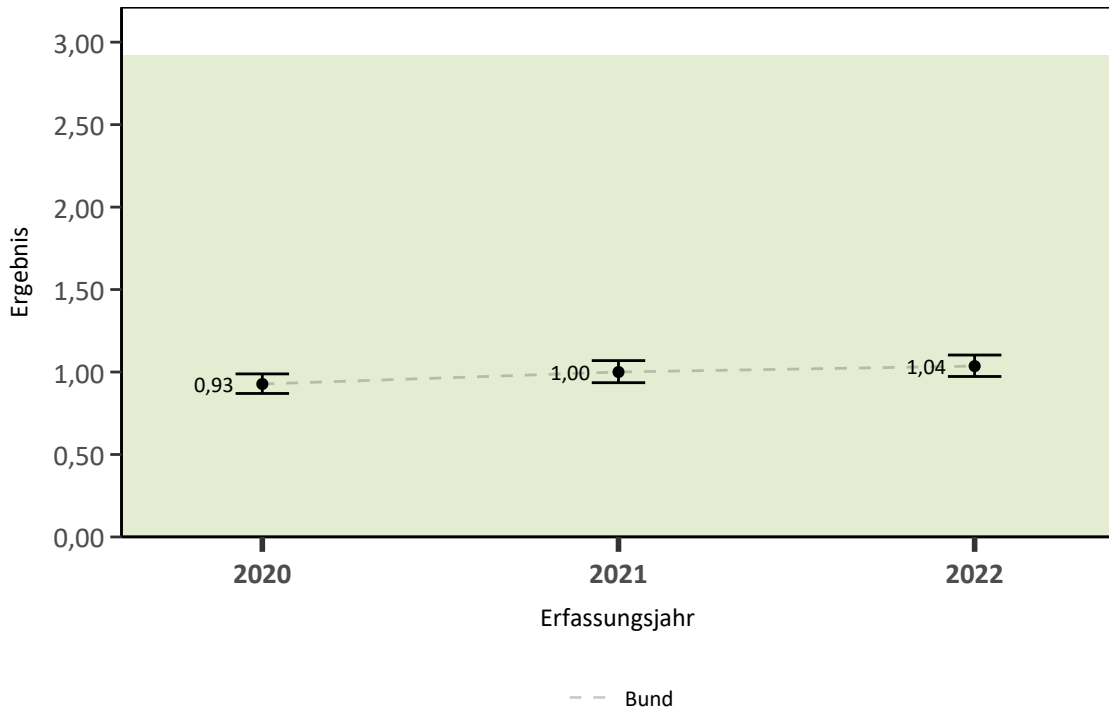
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.6	Ebene 5: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	
7.6.1	ID: O_51161_51901 O/N (observed, beobachtet)	2,57 % 101/3.923
7.6.2	ID: E_51161_51901 E/N (expected, erwartet)	2,67 % 104,78/3.923
7.6.3	ID: 51161_51901 O/E	0,96

50060: Nosokomiale Infektion

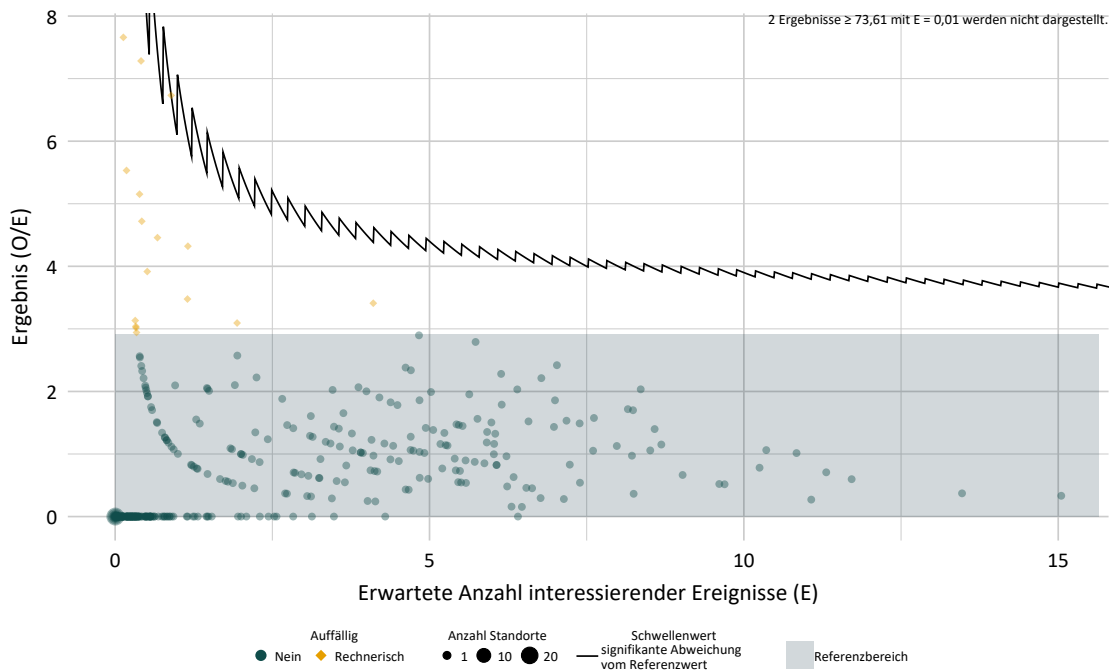
Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektion
ID	50060
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt und nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt sind und am Tag der Geburt aufgenommen wurden
Zähler	Kinder mit Sepsis später als 3 Tage nach Geburt oder einer Pneumonie später als 3 Tage nach Geburt
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit nosokomialen Infektionen, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50060
Referenzbereich	≤ 2,92 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

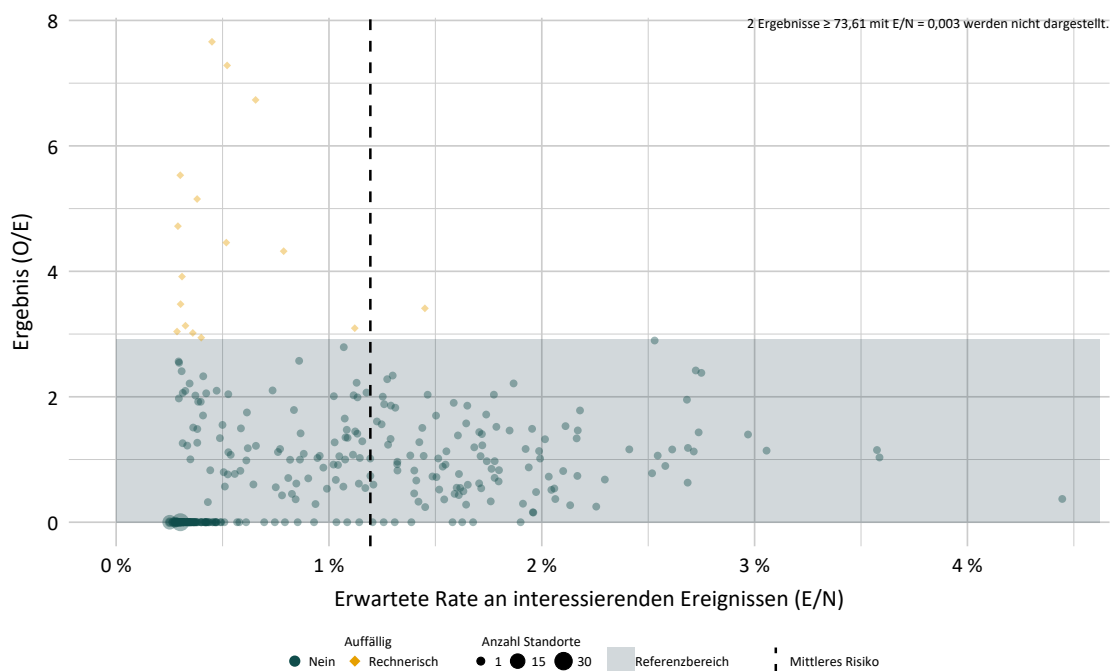
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	85.051	928 / 1.000,76	0,93	0,87 - 0,99
	2021	82.882	851 / 851,00	1,00	0,94 - 1,07
	2022	77.829	963 / 929,67	1,04	0,97 - 1,10

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	ID: 22_22017 Kinder mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	1,24 % 963/77.829

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁸	
8.2.1	ID: O_50060 O/N (observed, beobachtet)	1,24 % 963/77.829
8.2.2	ID: E_50060 E/N (expected, erwartet)	1,19 % 929,67/77.829
8.2.3	ID: 50060 O/E	1,04

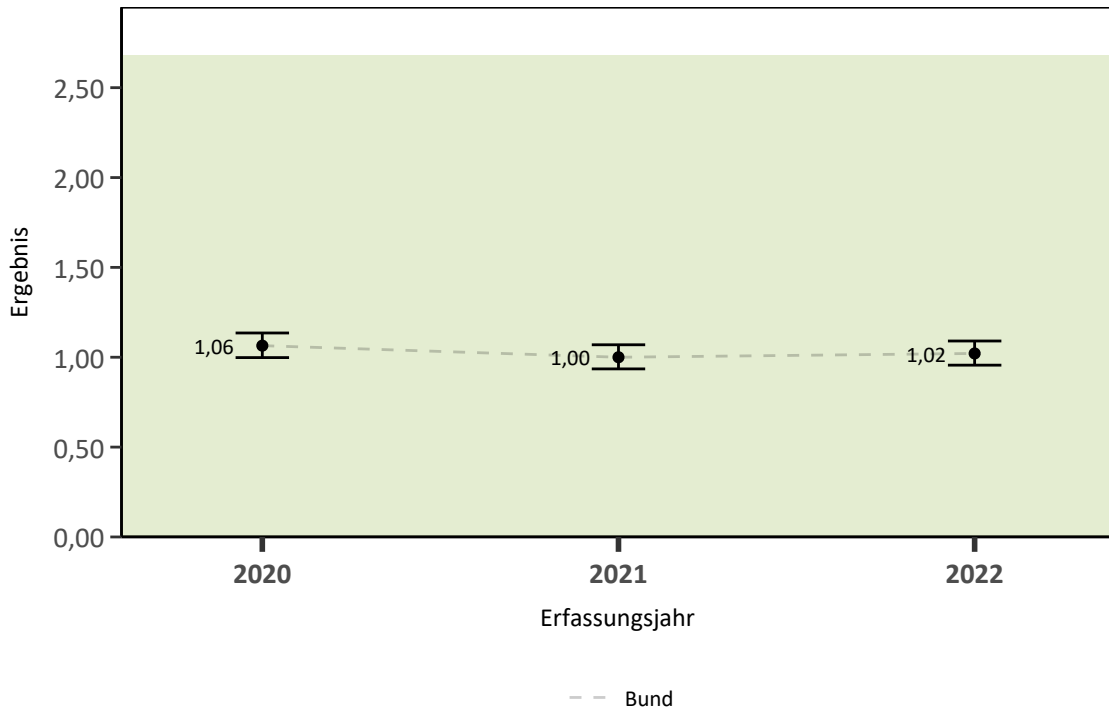
⁸ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung

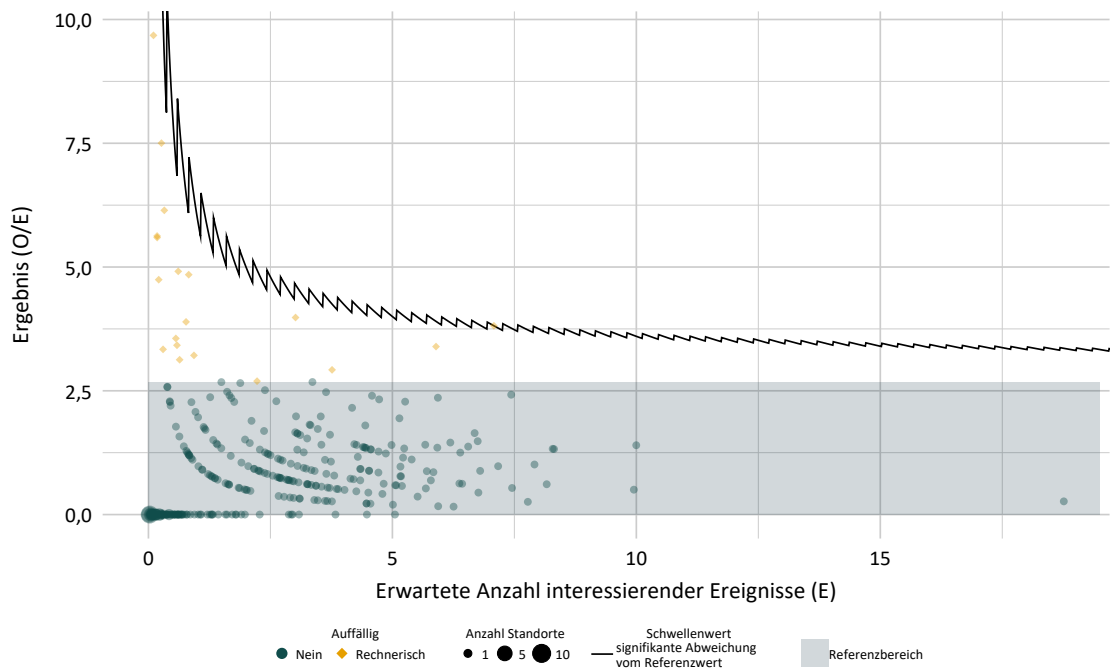
Qualitätsziel	Selten Pneumothorax
ID	50062
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit nasaler/pharyngealer Atemhilfe und/oder intratrachealer Beatmung
Zähler	Kinder mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50062
Referenzbereich	≤ 2,68 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

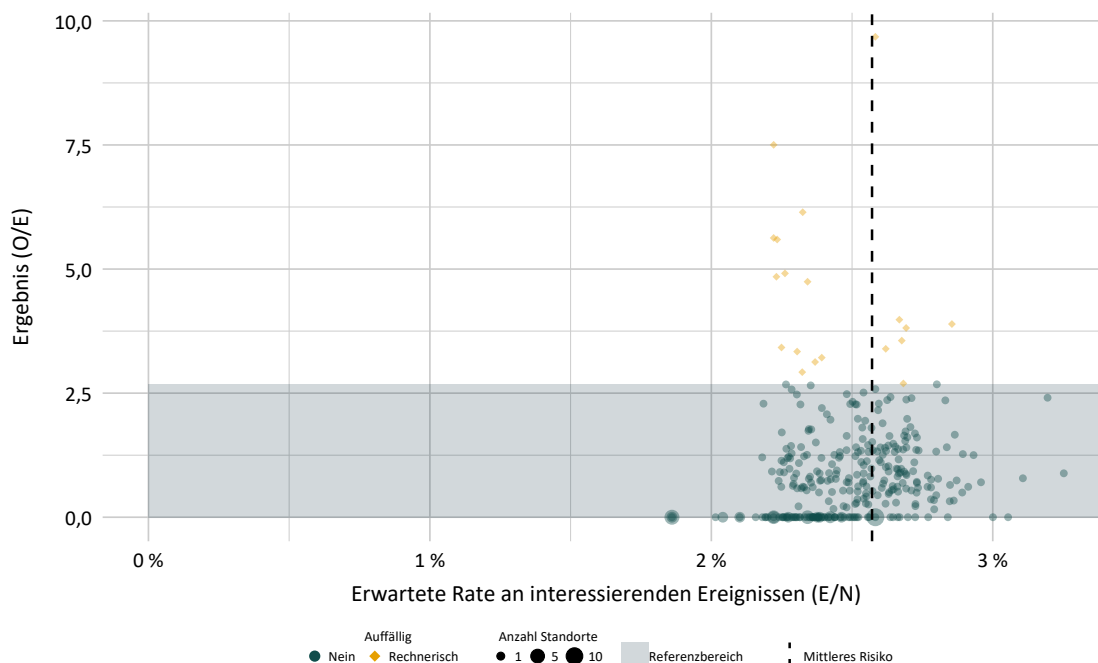
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	32.889	906 / 851,14	1,06	1,00 - 1,13
	2021	32.947	834 / 834,00	1,00	0,94 - 1,07
	2022	32.952	865 / 847,20	1,02	0,96 - 1,09

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 22_22020 Pneumothorax bei Kindern unter oder nach Beatmung	2,63 % 865/32.952

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ⁹	
9.2.1	ID: O_50062 O/N (observed, beobachtet)	2,63 % 865/32.952
9.2.2	ID: E_50062 E/N (expected, erwartet)	2,57 % 847,20/32.952
9.2.3	ID: 50062 O/E	1,02
9.2.3.3	ID: 222000_50062 Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax	0,99 % 327/32.952
9.2.3.4	ID: 222001_50062 Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion	0,18 % 60/32.952
9.2.3.5	ID: 222002_50062 Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage	1,45 % 478/32.952

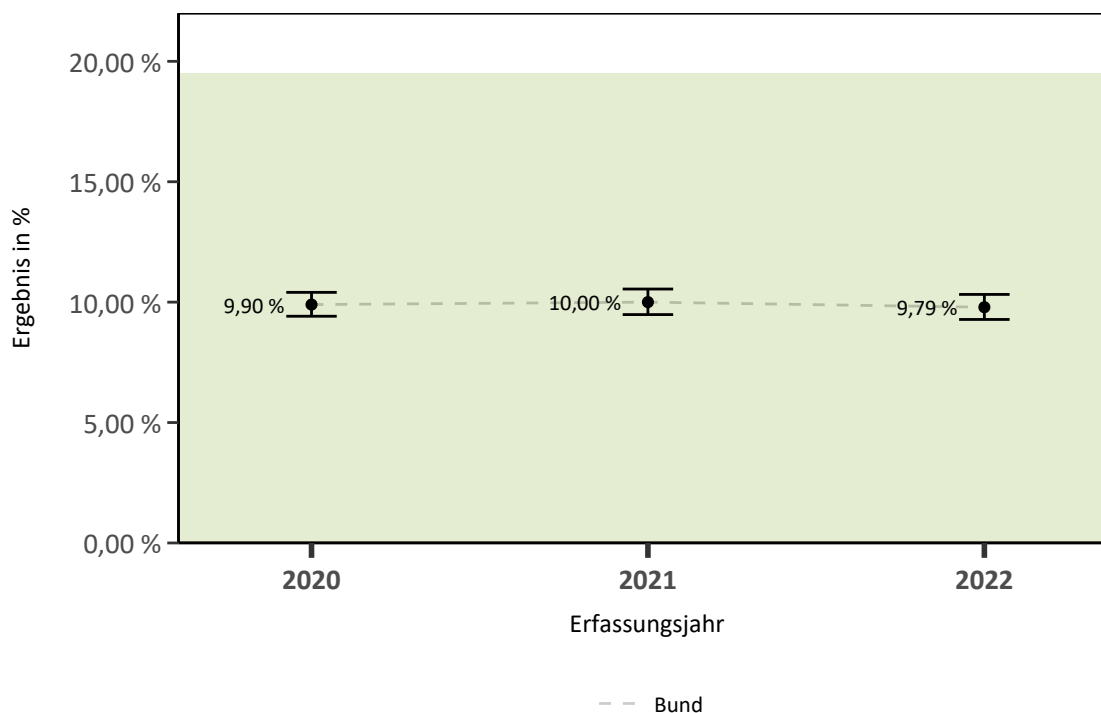
⁹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

52262: Zunahme des Kopfumfanges

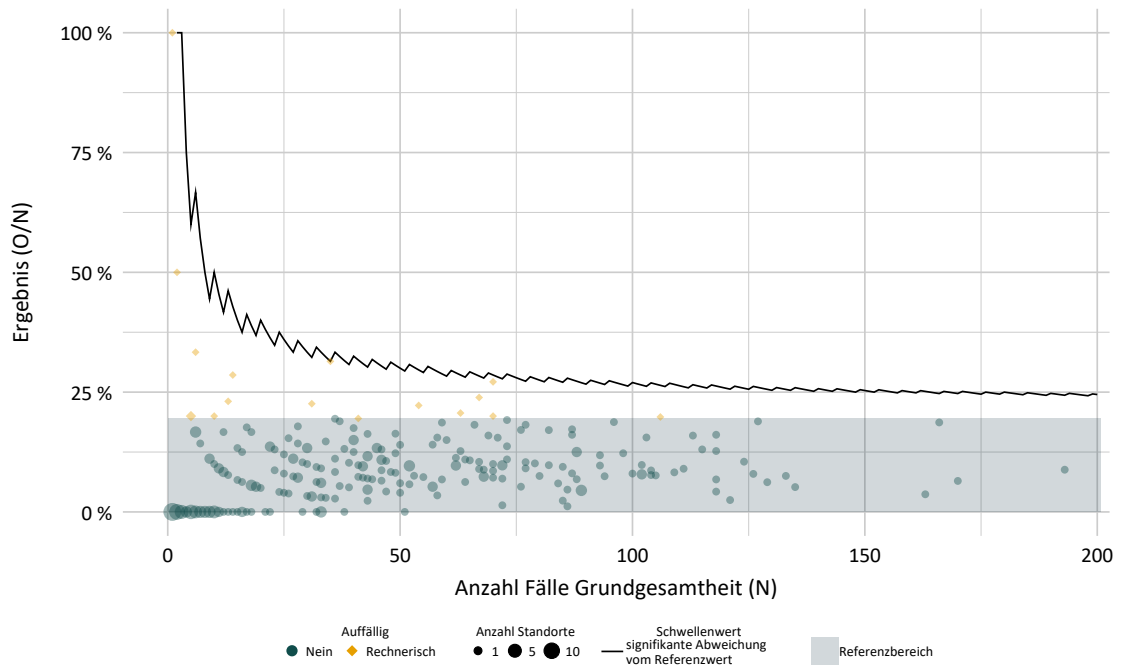
Qualitätsziel	Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfanges während des stationären Aufenthalts
ID	52262
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, sowie mit einer Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat
Zähler	Kinder, bei denen die Differenz aus der relativen und der erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfanges bei Entlassung (unter Verwendung einer linearen Regression) unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt
Referenzbereich	≤ 19,49 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

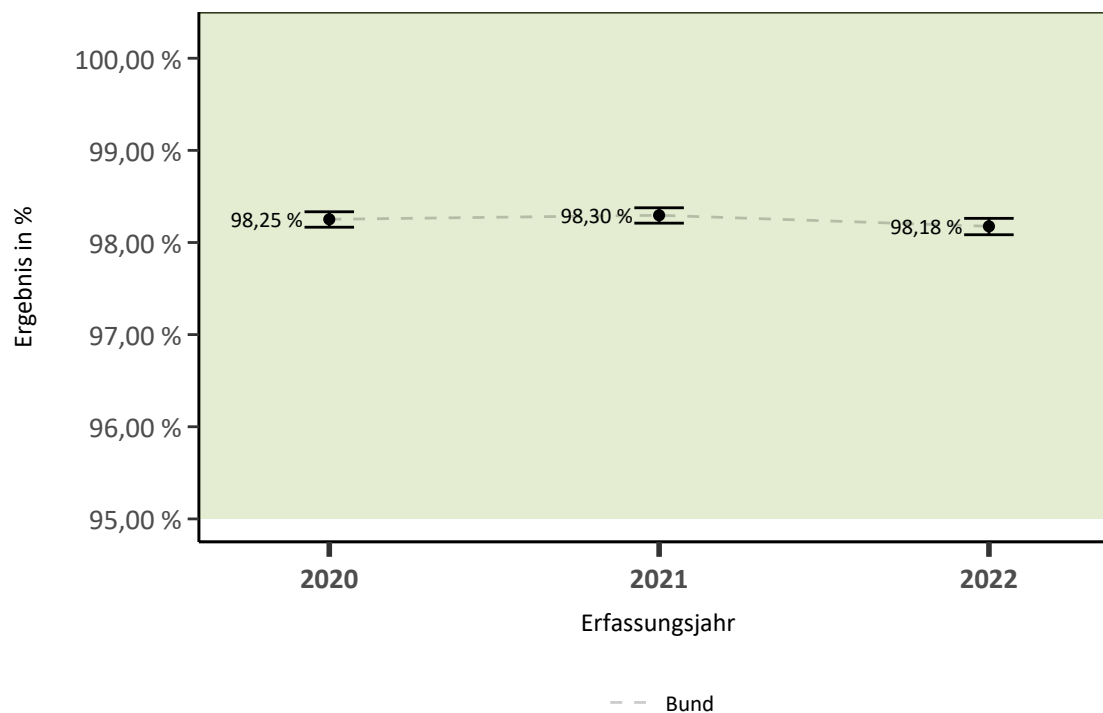
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	1.379 / 13.929	9,90 %	9,42 % - 10,41 %
	2021	1.229 / 12.289	10,00 %	9,48 % - 10,54 %
	2022	1.231 / 12.575	9,79 %	9,28 % - 10,32 %

50063: Durchführung eines Hörtests

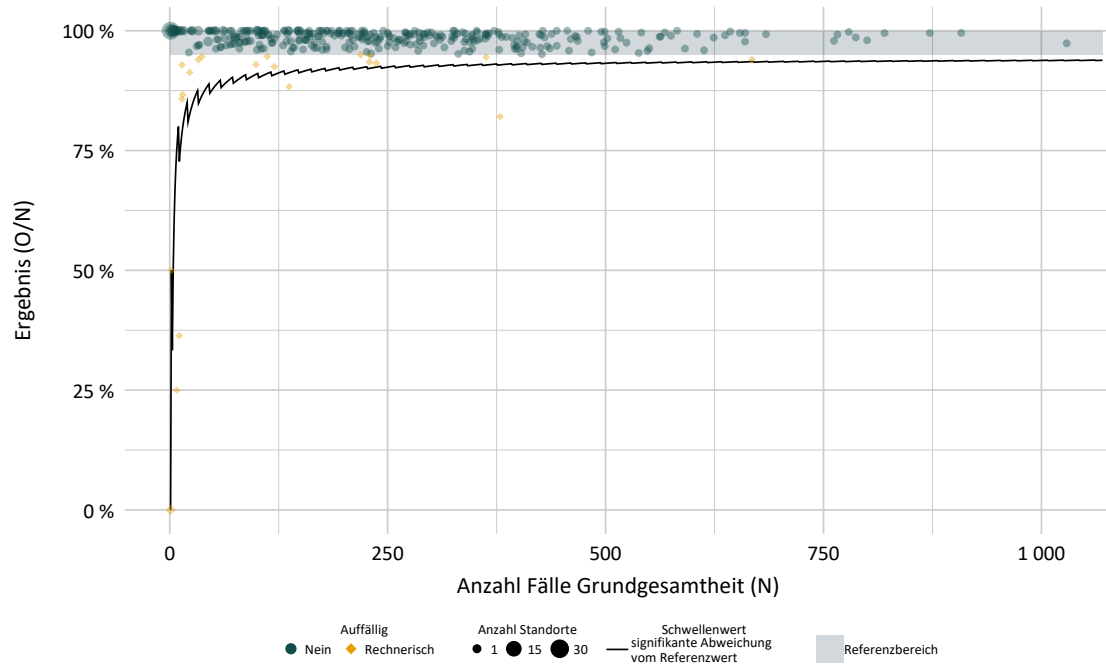
Qualitätsziel	Häufig Durchführung eines Hörtests
ID	50063
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle lebend nach Hause entlassenen Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit durchgeführtem Hörtest
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	92.626 / 94.274	98,25 %	98,17 % - 98,33 %
	2021	91.168 / 92.749	98,30 %	98,21 % - 98,38 %
	2022	85.661 / 87.253	98,18 %	98,08 % - 98,26 %

Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

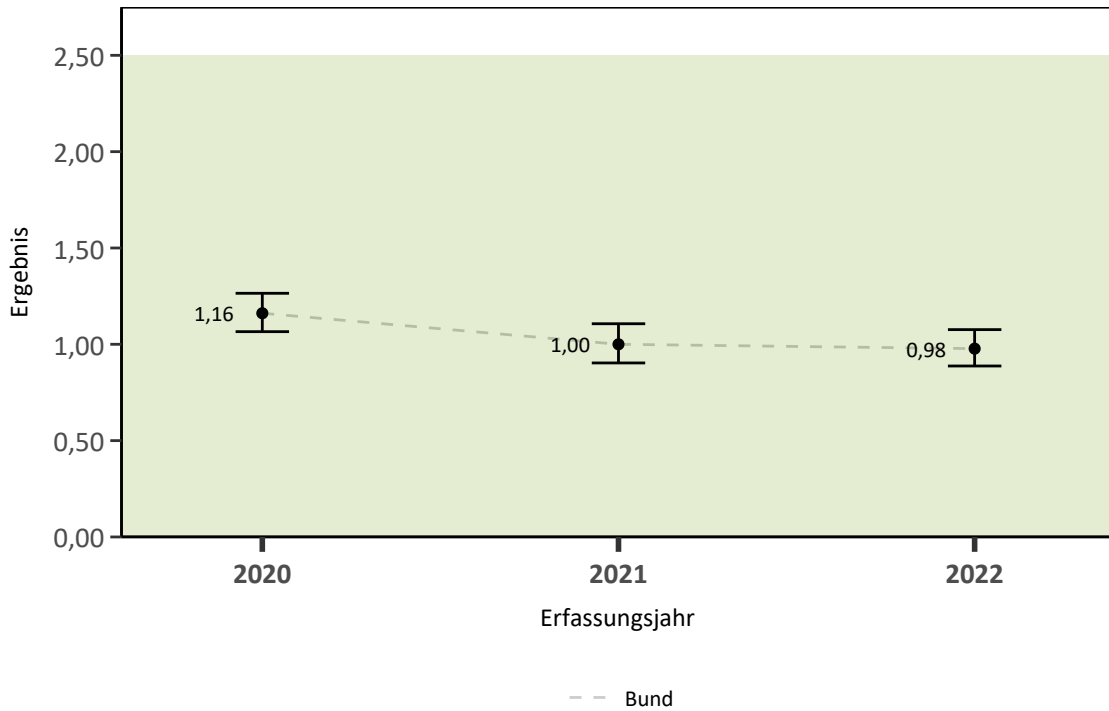
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
---------------	---

50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen

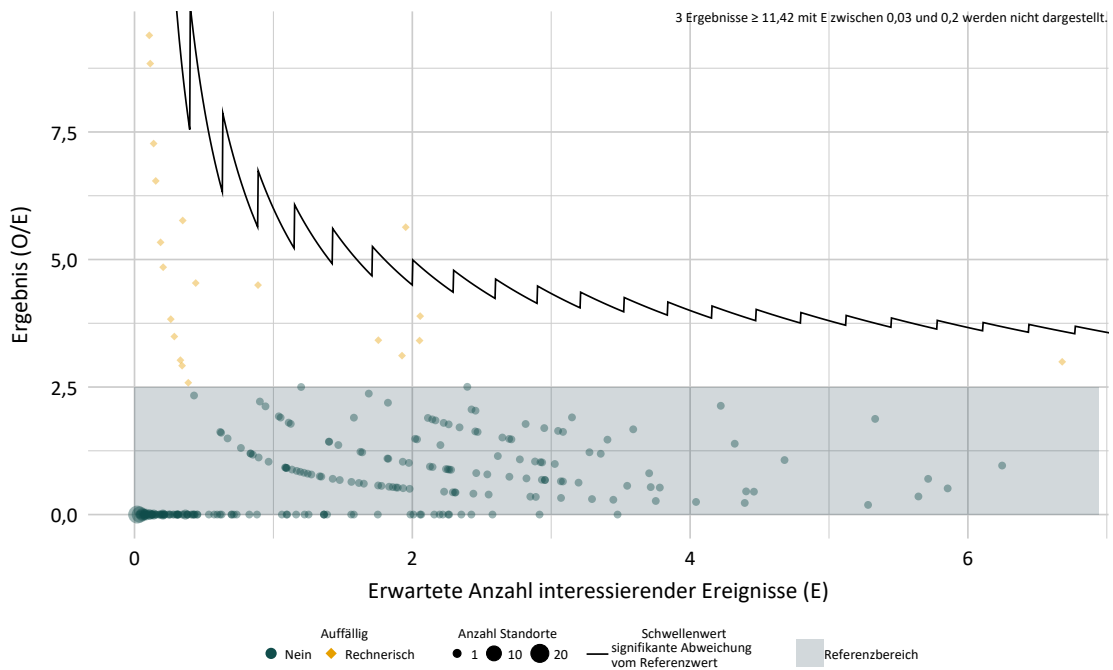
ID	50069
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50069
Referenzbereich	≤ 2,50 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

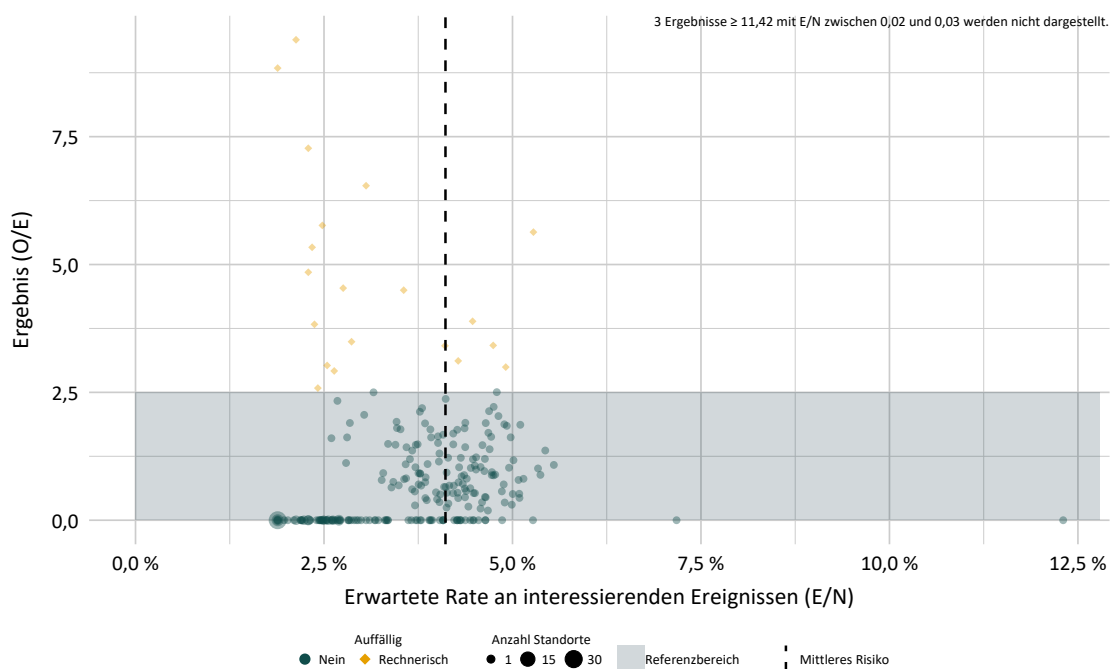
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	10.531	498 / 428,88	1,16	1,07 - 1,26
	2021	9.150	357 / 357,00	1,00	0,90 - 1,11
	2022	9.879	397 / 406,14	0,98	0,89 - 1,08

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

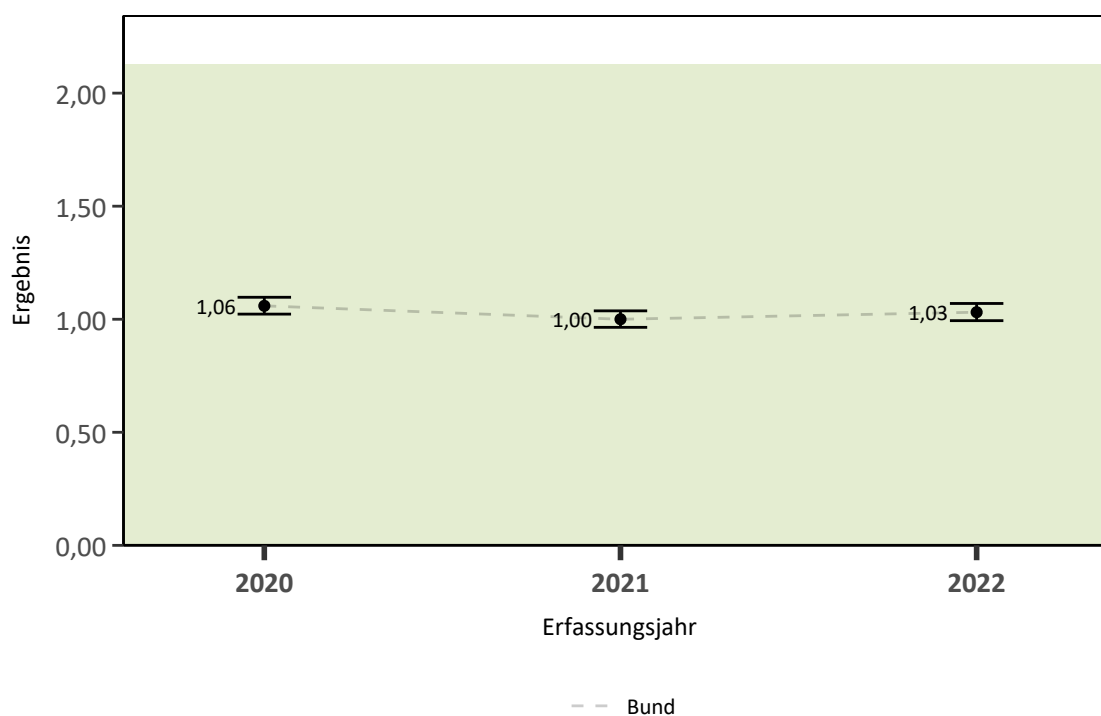
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen

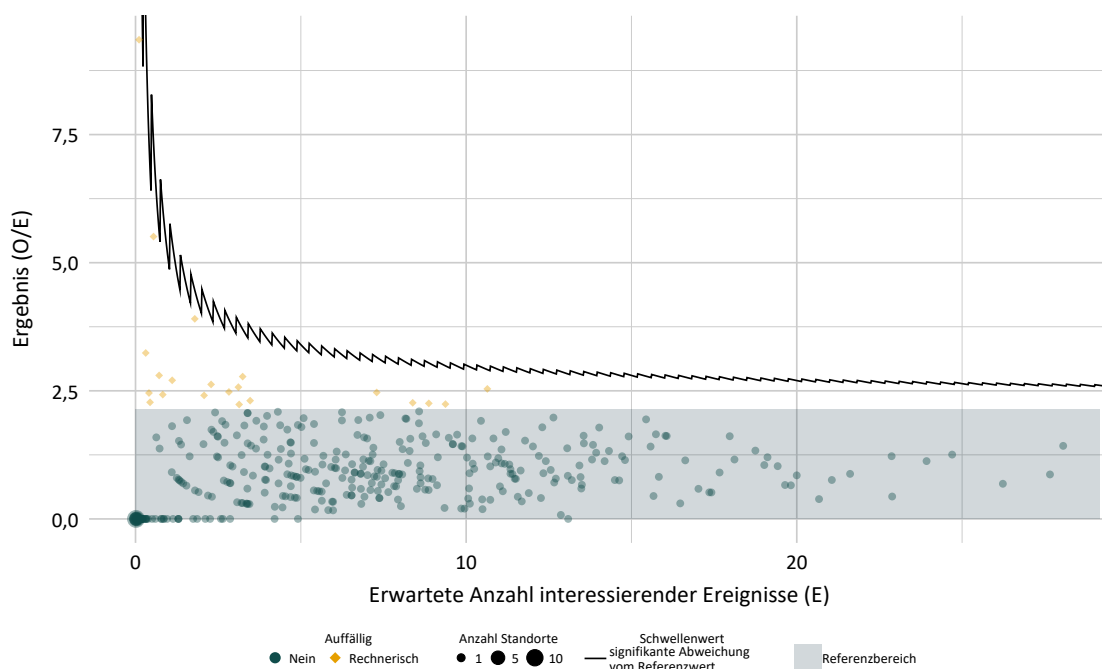
ID	50074
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen und ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C
E (expected)	Erwartete Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C, risikoadjustiert nach logistischem NEO-Score für ID 50074
Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

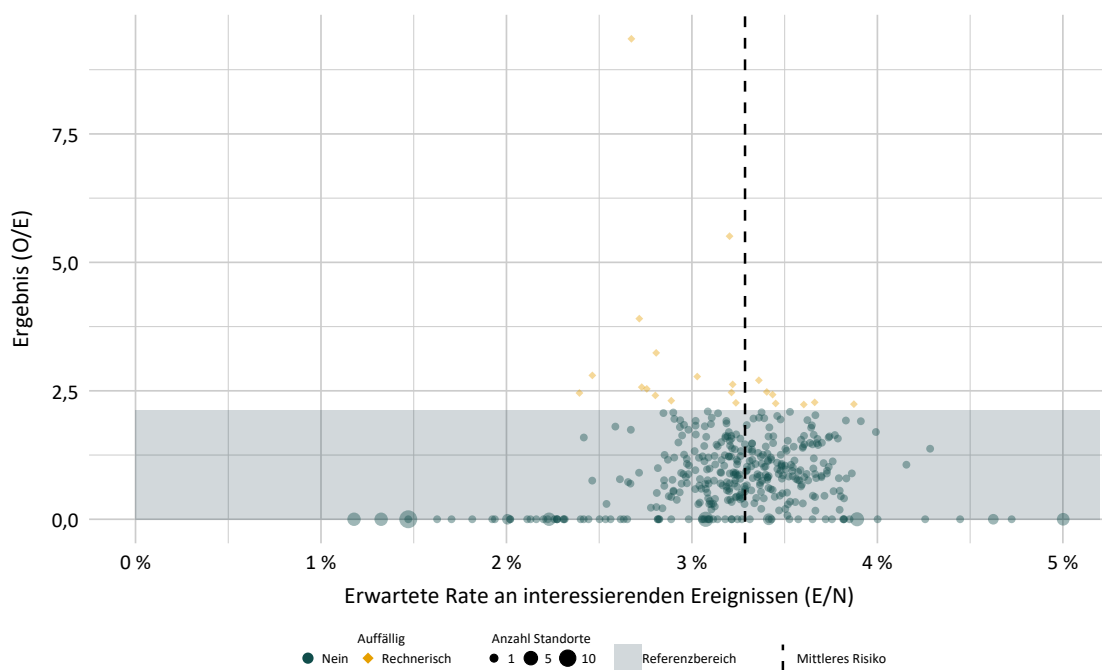
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	86.554	3.006 / 2.838,03	1,06	1,02 - 1,10
	2021	86.634	2.806 / 2.806,00	1,00	0,96 - 1,04
	2022	80.362	2.723 / 2.640,92	1,03	0,99 - 1,07

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.1	ID: 22_22022 Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	4,02 % 397/9.879

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹⁰	
12.2.1	ID: O_50069 O/N (observed, beobachtet)	4,02 % 397/9.879
12.2.2	ID: E_50069 E/N (expected, erwartet)	4,11 % 406,14/9.879
12.2.3	ID: 50069 O/E	0,98

¹⁰ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.3	ID: 22_22024 Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	3,39 % 2.723/80.362

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
12.4	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression ¹¹	
12.4.1	ID: O_50074 O/N (observed, beobachtet)	3,39 % 2.723/80.362
12.4.2	ID: E_50074 E/N (expected, erwartet)	3,29 % 2.640,92/80.362
12.4.3	ID: 50074 O/E	1,03

¹¹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

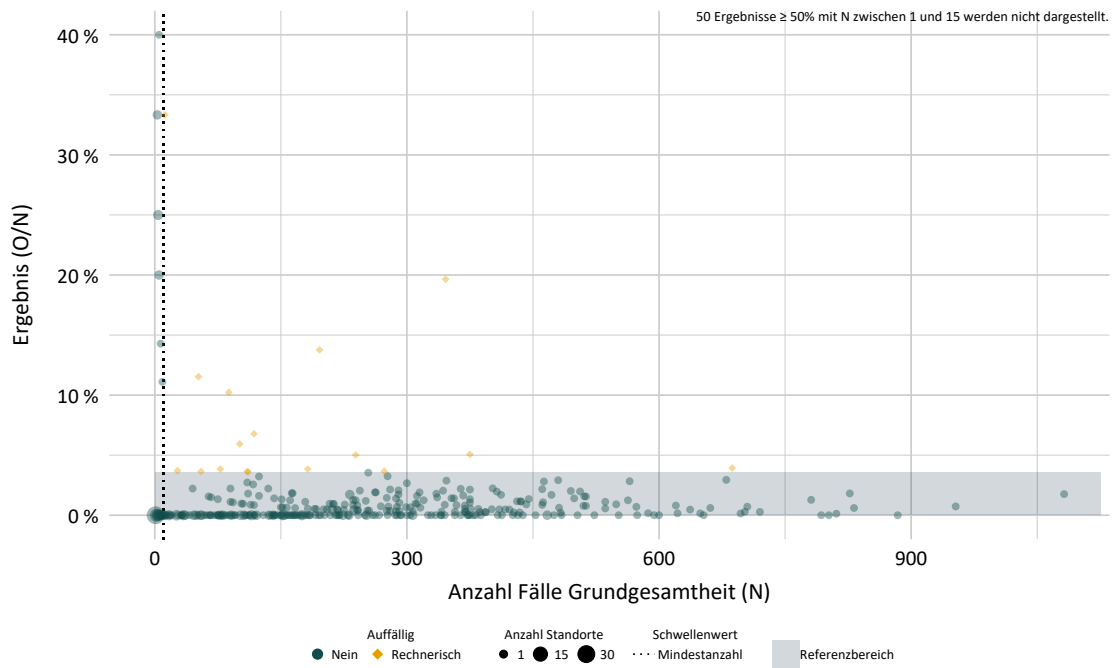
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben

ID	850206
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Fälle gehen ggf. nicht in den QI 50069 „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ oder in den QI 50074 „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ ein. Die Körpertemperatur des Kindes sollte bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen werden. Hypothese Fehl-/Unterdokumentation der Aufnahmetemperatur (tatsächlich wurde in der Patientenakte die Aufnahmetemperatur dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.
Zähler	Kinder mit fehlender Aufnahmetemperatur
Referenzbereich	≤ 3,56 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	10
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



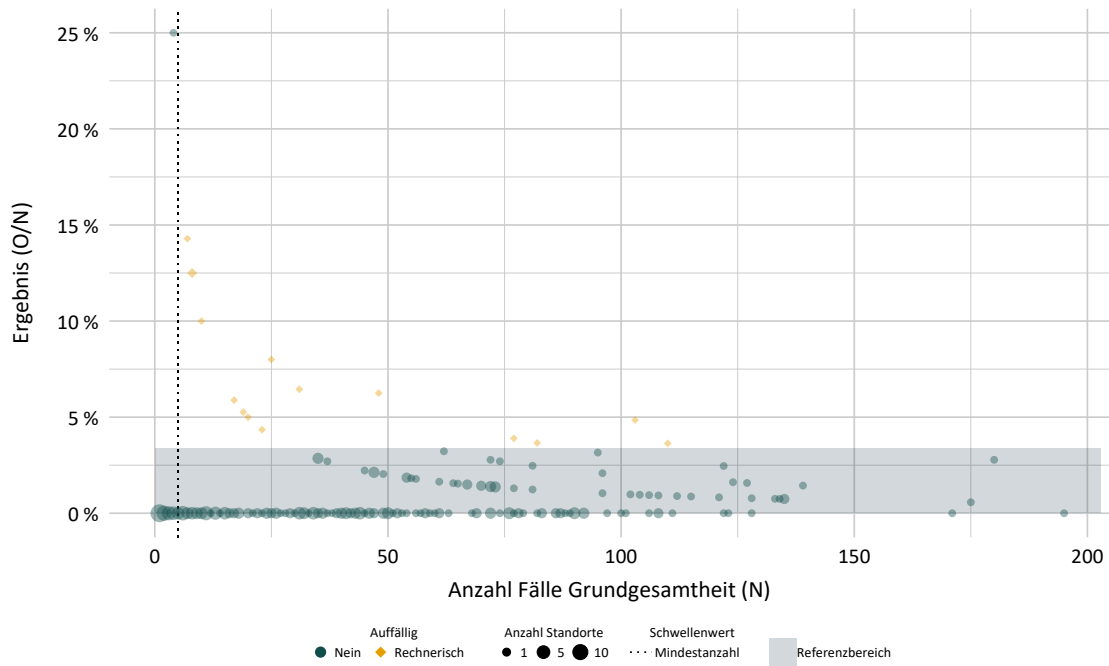
Detaillergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	907 / 91.937	0,99 %	3,77 % 18 / 478

850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

ID	850207
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Fälle gehen ggf. nicht in den Nenner des QI 52262 „Zunahme des Kopfumfangs“ ein. Der Kopfumfang sollte – mit Ausnahme von wenigen Ereignissen – während des stationären Aufenthaltes zunehmen. Hypothese Fehldokumentation des Kopfumfangs (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein größerer Kopfumfang bei Entlassung als bei Aufnahme dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52262: Zunahme des Kopfumfangs
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m., die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, sowie mit einer Verweildauer von mindestens 21 Tagen und Angaben zum Kopfumfang bei Aufnahme sowie bei Entlassung
Zähler	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme
Referenzbereich	≤ 3,37 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



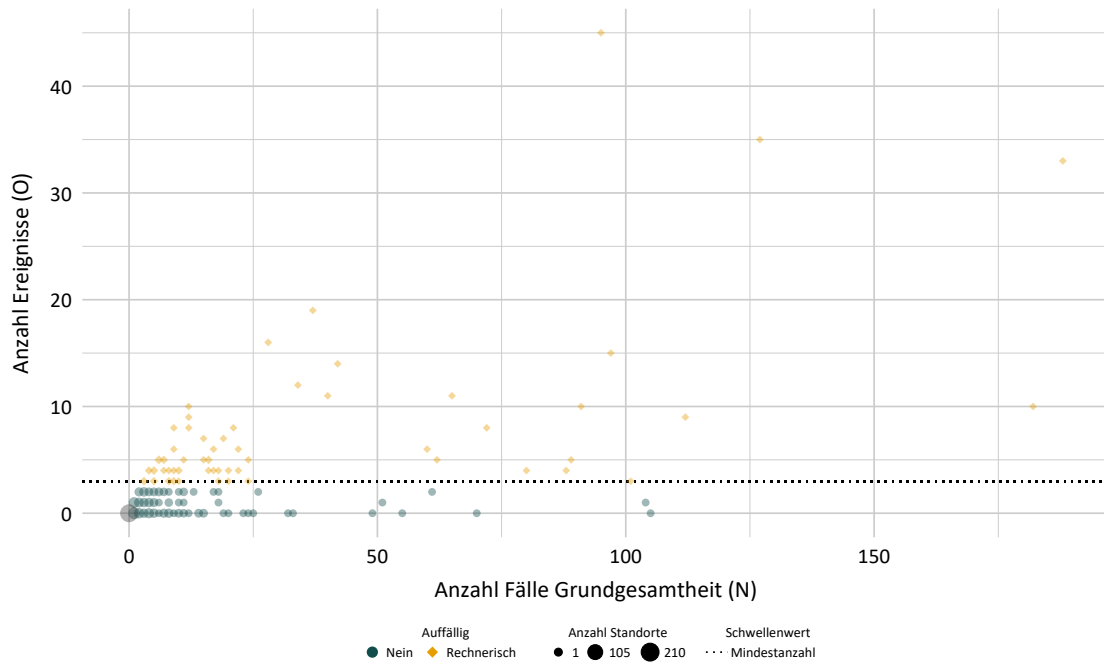
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	100 / 13.237	0,76 %	4,95 % 15 / 303

851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert

ID	851813
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Fälle mit schwerer oder letaler angeborener Erkrankung werden aus dem Nenner aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausgeschlossen. Bei Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung sollte ein ICD-Code aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen vorliegen. Hypothese Fehldokumentation einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung (tatsächlich wurde in der Patientenakte ein ICD-Code aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., bei denen angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt
Zähler	Kinder, bei denen kein ICD-Code aus der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen angegeben wurde
Referenzbereich	= 0
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	3
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



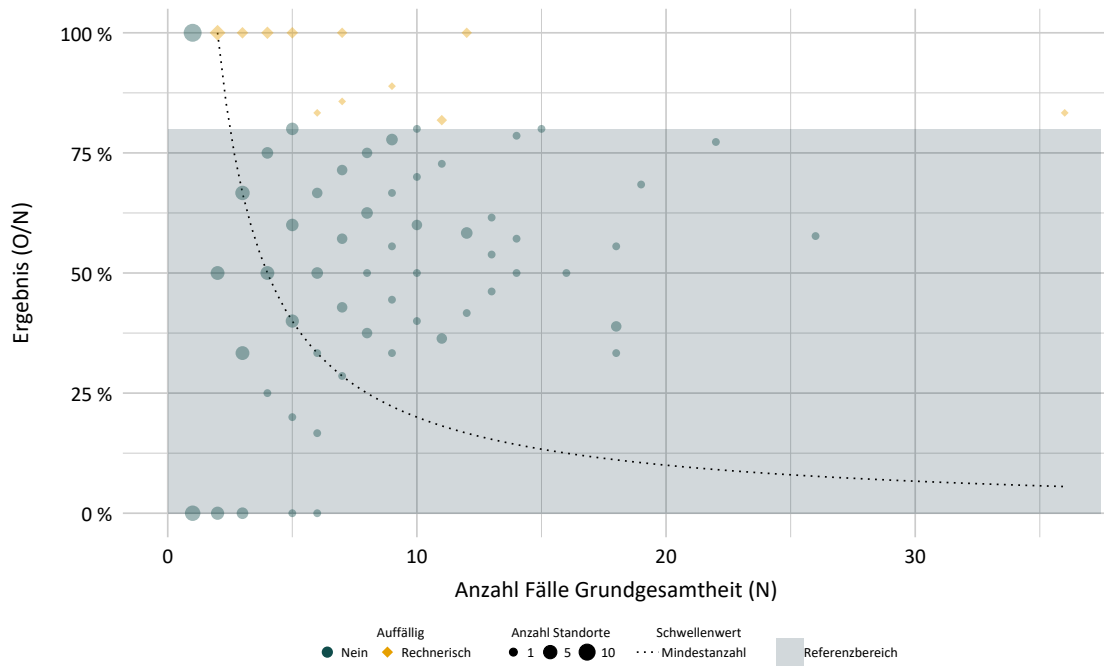
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	623 / 3.703	16,82 %	25,56 % 69 / 270

851902: Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD

ID	851902
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Fälle gehen ggf. nicht in den Zähler der Kennzahl 51079 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ oder in den Zähler der Kennzahl 50053 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ oder in den Zähler des QI 51901 „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ ein. Bei Angabe einer moderaten oder schweren BPD sollten die Kriterien zum Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD gemäß Nennerdefinition erfüllt sein. Hypothese Fehl-/Unterdokumentation einer moderaten oder schweren BPD (tatsächlich wurde in der Patientenakte eine moderate oder schwere BPD dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. und einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m., die im Alter von 36+0 Wochen Sauerstoff bekommen haben oder die im Alter von 36+0 Wochen beatmet wurden oder die vor 36+0 SSW nach Hause entlassen wurden und Sauerstoff bekommen haben oder beatmet wurden (jeweils zum Tag der Entlassung) oder mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g, die im Alter von 56 Lebenstagen Sauerstoff bekommen haben oder die im Alter von 56 Lebenstagen beatmet wurden oder die vor 56 Lebenstagen nach Hause entlassen wurden und Sauerstoff bekommen haben oder beatmet wurden (jeweils zum Tag der Entlassung)
Zähler	Weder moderate noch schwere BPD angegeben
Referenzbereich	≤ 80,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



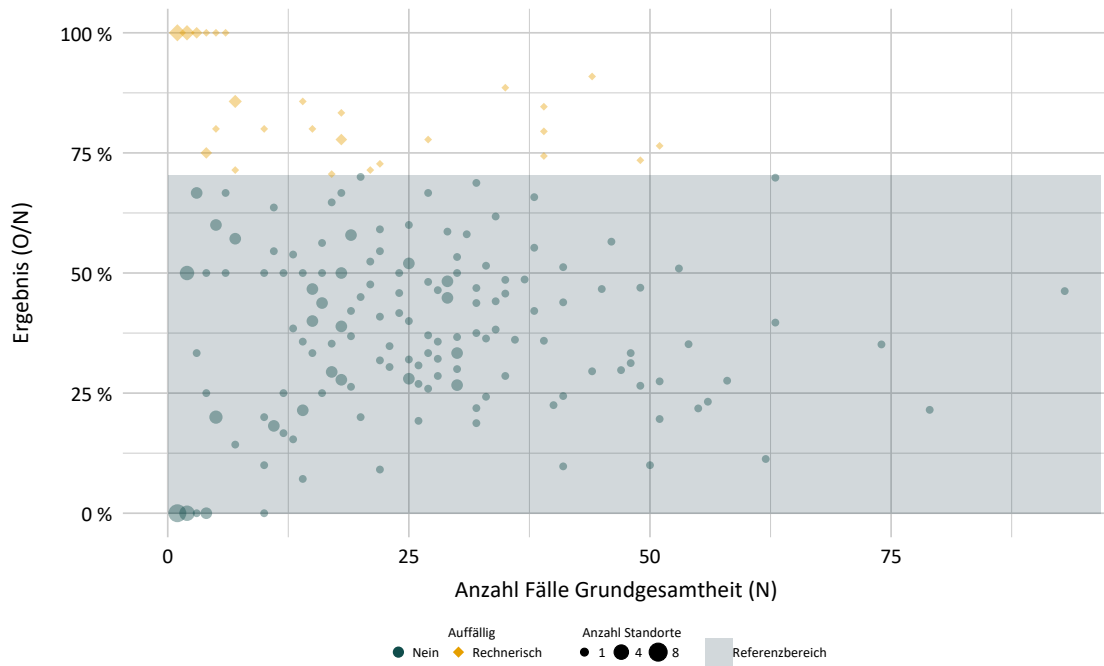
Detaillergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	609 / 1.003	60,72 %	18,29 % 30 / 164

852001: Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums

ID	852001
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die korrekte Angabe des Datums des ersten ROP-Screenings ist für mehrere Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen relevant. Das Datum des ersten ROP-Screenings sollte innerhalb des in der Leitlinie empfohlenen Zeitraums liegen. Hypothese Fehldokumentation des Datums des ersten ROP-Screenings (tatsächlich wurde in der Patientenakte das Datum des ersten ROP-Screenings im gemäß Leitlinie empfohlenen Zeitraum dokumentiert)
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Grundgesamtheit	Alle Lebendgeborenen ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme), oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde
Zähler	Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 24+6 Wochen (bei Geburt) nicht zwischen einem postmenstruellen Alter von 31+0 bis 31+6 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) nicht in der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 36 bis 42) durchgeführt
Referenzbereich	≤ 70,43 % (90. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detaillierergebnisse

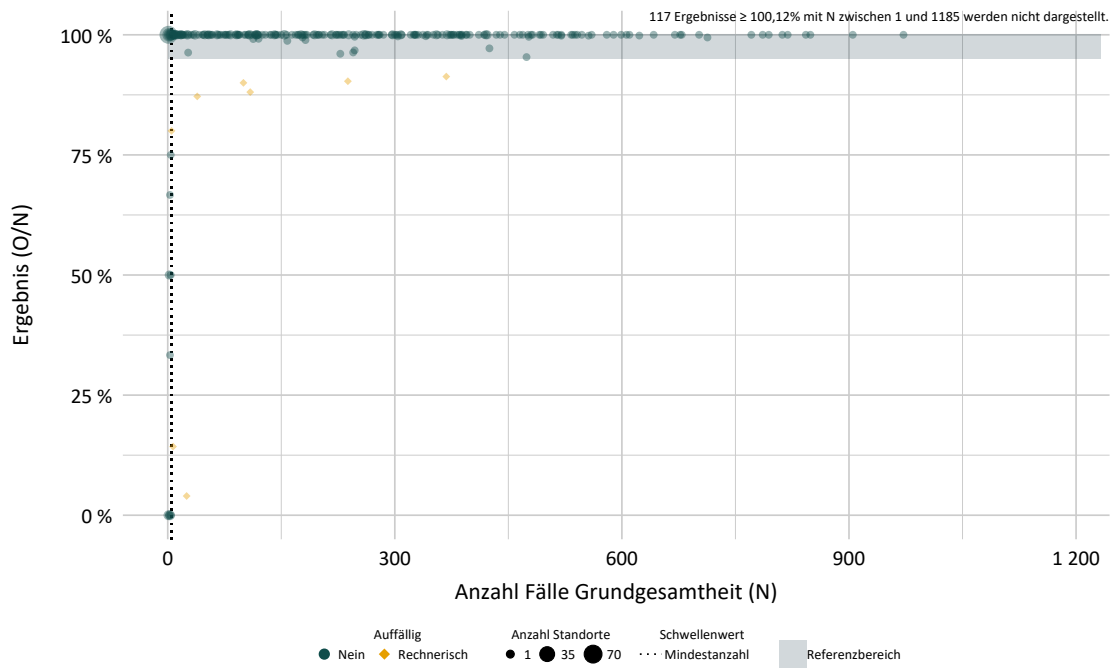
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	2.042 / 4.752	42,97 %	18,89 % 41 / 217

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850199
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



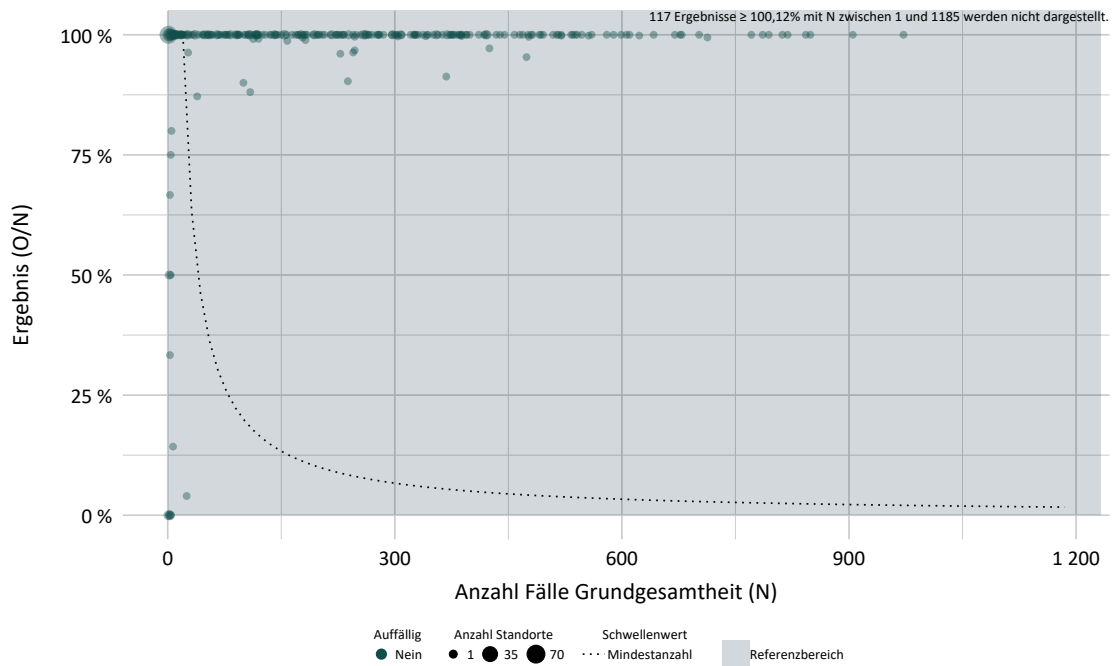
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	97.244 / 96.411	100,86 %	1,55 % 8 / 516

850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850200
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



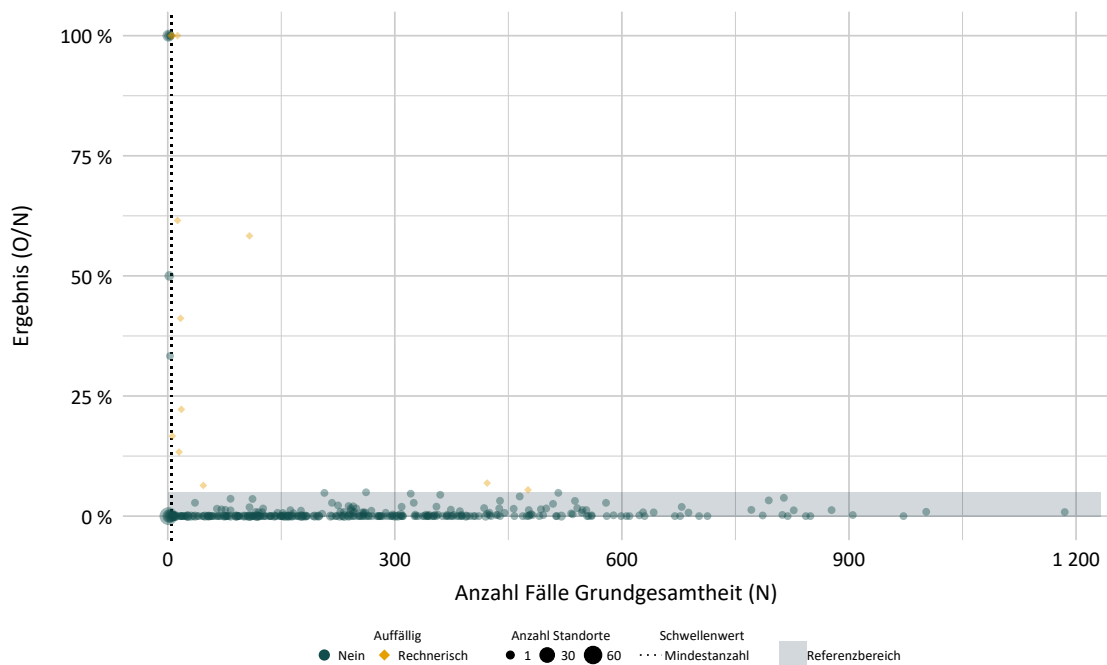
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	97.244 / 96.411	100,86 %	1,94 % 10 / 516

850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850208
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		716 / 96.411	0,74 %	2,52 % 13 / 516

Basisauswertung

Gesamtauswertung (Alle Kinder)

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
Aufnahme im Vorjahr (Überlieger)	3.542	3,67
1. Quartal	22.856	23,68
2. Quartal	24.732	25,62
3. Quartal	25.612	26,53
4. Quartal	19.786	20,50
Gesamt	96.528	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Kinder	N = 96.528	
Lebendgeborene Kinder		
Lebendgeborene Kinder	96.520	99,99
davon: angeborene Erkrankungen		
(0) keine oder leichte angeborene Erkrankungen	92.722	96,07
(1) schwere oder letale angeborene Erkrankungen	3.798	3,93

Primär palliative Therapie (ab Geburt)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 96.520	
Primär palliative Therapie (ab Geburt)		
Primär palliative Therapie (ab Geburt)	485	0,50
davon: Verstorben im Kreißsaal		
(1) ja	410	84,54

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 96.520	
Geschlecht		
(1) männlich	54.011	55,96
(2) weiblich	42.486	44,02
(3) divers	6	0,01
(8) unbestimmt	17	0,02

Angaben zur Geburt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 96.520	
Einlinge / Mehrlinge		
Einlinge	82.892	85,88
Zwillinge	12.952	13,42
≥ Drillinge	676	0,70

Angaben zur Geburt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 96.520	
Gestationsalter (vollendete Schwangerschaftswochen)		
< 24 SSW	851	0,88
24 - 25 SSW	1.236	1,28
26 - 28 SSW	2.760	2,86
29 - 31 SSW	4.960	5,14
32 - 36 SSW	31.260	32,39
≥ 37 SSW	55.453	57,45
Geburtsgewicht		
< 500 g	711	0,74
500 - 749 g	1.580	1,64
750 - 999 g	1.929	2,00
1.000 - 1.249 g	2.006	2,08
1.250 - 1.499 g	2.989	3,10
1.500 - 2.499 g	26.383	27,33
≥ 2.500 g	60.922	63,12

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) von 22 bis 43 SSW und bestimmtem Geschlecht	N = 96.310	
Geburtsgewichtspersentile¹²		
< 10. Perzentile	17.017	17,67
10. - 90. Perzentile	69.770	72,44
> 90. Perzentile	9.517	9,88

¹² Für die Perzentilberechnung wurden die geschlechtsspezifischen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht von Jungen und Mädchen für vollendete Schwangerschaftswochen nach Voigt et al. (2014) verwendet. Dabei werden Fälle mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 43+0 SSW und Fälle mit bestimmtem Geschlecht berücksichtigt. Die Gesamtzahl kann aufgrund dessen von der ursprünglichen Gesamtzahl abweichen.

Grundlage zur Perzentilberechnung: Voigt, M; Rochow, N; Schneider, KTM; Hagenah, HP; Straube, S; Scholz, R; et al. (2014): Neue Perzentilwerte für die Körpermaße neugeborener Einlinge: Ergebnisse der deutschen Perinatalerhebung der Jahre 2007–2011 unter Beteiligung aller 16 Bundesländer. Z Geburtshilfe Neonatol 218(05): 210-217. DOI: 10.1055/s-0034-1385857.

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 96.520	
Geburtsort		
(1) in Geburtsklinik	94.918	98,34
davon: Transport zur Neonatologie		
(0) kein Transport zur Neonatologie	12.593	13,27
(1) Transport ohne Kraftfahrzeug (Inborn)	70.161	73,92
(2) Transport mit Kraftfahrzeug (Outborn)	12.164	12,82
(2) in außerklinischer Geburtseinrichtung	917	0,95
(3) zu Hause	552	0,57
(9) sonstiges (z. B. während Transport)	133	0,14

Aufnahme

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 96.520	
Aufnahmestatus		
Inborn	76.510	79,27
Outborn	12.935	13,40
von zu Hause	2.667	2,76
Sekundäraufnahmen	3.795	3,93
Sonstiges	106	0,11

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) \geq 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	N = 96.060	
Aufnahmetemperatur		
< 32,0 °C	41	0,04
32,0 - 33,9 °C	198	0,21
34,0 - 35,9 °C	3.557	3,70
36,0 - 37,5 °C	82.170	85,54
> 37,5 °C	8.962	9,33

Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) \geq 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	N = 96.060	
Schädelsonogramm		
(0) nein	20.467	21,31
(1) ja	75.593	78,69
davon: Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		
(0) nein	72.952	96,51
(1) IVH Grad I	1.418	1,88
(2) IVH Grad II	467	0,62
(3) IVH Grad III	379	0,50
(4) periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	377	0,50
davon: Status bei Aufnahme bei (1), (2), (3) oder (4)		
(1) IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	1.734	65,66
(2) IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	907	34,34
davon: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		
(0) nein	75.322	99,64
(1) ja	271	0,36
davon: Status bei Aufnahme		
(1) PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	172	63,47
(2) PVL lag bereits bei Aufnahme vor	99	36,53

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) \geq 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	N = 96.060	
ROP-Screening durchgeführt/vorhanden		
(0) nein	87.660	91,26
(1) ja, im aktuellen Aufenthalt	8.117	8,45
(2) ja, in einem vorherigen Aufenthalt	283	0,29
davon: Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)¹³		
(0) nein	6.359	75,70
(1) Stadium 1 (Demarkationslinie)	994	11,83
(2) Stadium 2 (Prominente Leiste)	634	7,55
(3) Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen)	396	4,71
(4) Stadium 4 (Partielle Amotio retinae)	15	0,18
(5) Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	\leq 3	x
davon: ROP-Status bei Aufnahme bei (1), (2), (3), (4) oder (5)		
(1) ROP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	1.798	88,09
(2) ROP lag bereits bei Aufnahme vor	243	11,91

¹³ maximales Stadium während des stationären Aufenthaltes

ROP-Screening nicht durchgeführt

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die bei einem Gestationsalter von 22+0 bis 24+6 Wochen (bei Geburt) bei Entlassung ein postmenstruelles Alter von mindestens 31+6 Wochen (nach Geburt) aufweisen oder die bei einem Gestationsalter von 25+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) bei Entlassung mindestens 42 Lebenstage aufweisen, bei denen das ROP-Screening nicht in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt wurde	N = 5.278	
ROP-Screening nicht durchgeführt; nach Gestationsalter (in vollendeten Schwangerschaftswochen)		
22 SSW	≤3	x
23 SSW	14	0,27
24 SSW	15	0,28
25 SSW	24	0,45
26 SSW	30	0,57
27 SSW	33	0,63
28 SSW	49	0,93
29 SSW	77	1,46
30 SSW	118	2,24
Gesamt	362	6,86

Durchführung des ersten ROP-Screenings vor dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde und bei denen das Datum des ersten ROP-Screenings nicht vor dem Aufnahmedatum und nicht nach dem Entlassungsdatum liegt	N = 4.752	
Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 24+6 Wochen (bei Geburt) vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) vor der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 36) durchgeführt; nach Gestationsalter (in vollendeten Schwangerschaftswochen)¹⁴		
22 SSW	4	0,08
23 SSW	22	0,46
24 SSW	28	0,59
25 SSW	10	0,21
26 SSW	48	1,01
27 SSW	65	1,37
28 SSW	107	2,25
29 SSW	154	3,24
30 SSW	214	4,50
Gesamt	652	13,72

¹⁴ Grundsätzlich sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42) erfolgen, aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen. Aktuelle Daten sprechen dafür, dass auch bei extrem unreifen Frühgeborenen die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh erfolgt (Maier et al. 2020).

Referenz:

Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand: 24.03.2020], Erstveröffentlichung: 06/1998, Überarbeitung von: 03/2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-010I_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2020-07.pdf (abgerufen am: 06.04.2022).

Durchführung des ersten ROP-Screenings nach dem in der Leitlinie empfohlenen Zeitraum

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne schwere oder letale angeborene Erkrankungen mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt), die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (Erstaufnahme) oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde und bei denen das Datum des ersten ROP-Screenings nicht vor dem Aufnahmedatum und nicht nach dem Entlassungsdatum liegt	N = 4.752	
Erstes ROP-Screening bei Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 24+6 Wochen (bei Geburt) nach einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen (nach Geburt) oder bei Kindern mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 30+6 Wochen (bei Geburt) nach der 6. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 36) durchgeführt; nach Gestationsalter (in vollendeten Schwangerschaftswochen)¹⁵		
22 SSW	23	0,48
23 SSW	80	1,68
24 SSW	191	4,02
25 SSW	279	5,87
26 SSW	182	3,83
27 SSW	161	3,39
28 SSW	170	3,58
29 SSW	189	3,98
30 SSW	115	2,42
Gesamt	1.390	29,25

¹⁵ Grundsätzlich sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42) erfolgen, aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen. Aktuelle Daten sprechen dafür, dass auch bei extrem unreifen Frühgeborenen die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh erfolgt (Maier et al. 2020).

Referenz:

Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand: 24.03.2020], Erstveröffentlichung: 06/1998, Überarbeitung von: 03/2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-010I_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2020-07.pdf (abgerufen am: 06.04.2022).

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) \geq 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	N = 96.060	
Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		
(0) nein	70.771	73,67
(1) ja	25.289	26,33
davon: Dauer der Sauerstoffzufuhr		
0 - 9 Tage	20.696	81,84
10 - 27 Tage	1.953	7,72
> 27 Tage	2.640	10,44
Beatmung (von mehr als 30 Minuten)		
(0) keine Atemhilfe	58.781	61,19
(1) nur nasale / pharyngeale Beatmung	29.046	30,24
(2) nur intratracheale Beatmung	1.336	1,39
(3) nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	6.897	7,18
davon: Beatmungsdauer bei (1), (2) oder (3)		
0 - 7 Tage	30.115	80,78
8 - 14 Tage	2.746	7,37
15 - 21 Tage	1.070	2,87
22 - 28 Tage	791	2,12
> 28 Tage	2.557	6,86
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		
keine oder milde BPD	95.217	99,12
ja, moderate oder schwere BPD während des stationären Aufenthaltes	843	0,88
davon		
moderate BPD	526	62,40
schwere BPD	317	37,60

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen bzw. nach Hause entlassene Kinder)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) \geq 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen p. m. oder nach Hause Entlassene)	N = 92.625	
Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		
(0) nein	69.374	74,90
(1) ja	23.251	25,10
davon: Dauer der Sauerstoffzufuhr		
0 - 9 Tage	19.244	82,77
10 - 27 Tage	1.654	7,11
> 27 Tage	2.353	10,12
Beatmung (von mehr als 30 Minuten)		
(0) keine Atemhilfe	57.991	62,61
(1) nur nasale / pharyngeale Beatmung	27.708	29,91
(2) nur intratracheale Beatmung	949	1,02
(3) nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	5.977	6,45
davon: Beatmungsdauer bei (1), (2) oder (3)		
0 - 7 Tage	28.346	81,84
8 - 14 Tage	2.413	6,97
15 - 21 Tage	900	2,60
22 - 28 Tage	676	1,95
> 28 Tage	2.299	6,64

Sauerstoffzufuhr, Beatmung und Bronchopulmonale Dysplasie (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen bzw. nach Hause entlassene Kinder)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) \geq 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde (Überlebende im Alter > 36 vollendete Wochen p. m. oder nach Hause Entlassene)	N = 92.625	
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		
keine oder milde BPD	91.906	99,22
ja, moderate oder schwere BPD während des stationären Aufenthaltes	719	0,78
davon		
moderate BPD	469	65,23
schwere BPD	250	34,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) \geq 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	N = 96.060	
Pneumothorax		
nein	94.622	98,50
ja, Pneumothorax	1.438	1,50
davon		
ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	297	20,65
ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	1.141	79,35
davon: Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		
(1) während Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes aufgetreten	881	61,27
(2) bei Aufnahme aus dem Kreißsaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes	390	27,12
(3) bei Verlegung aus der Neonatologie/Kinderklinik eines anderen Standortes schon bestehend	167	11,61
davon: Behandlung des Pneumothorax		
(0) nein, keine Punktion oder Drainage	609	42,35
(1) ja, Einmalpunktion	95	6,61
(2) ja, mehrere Punktionen oder Pleuradrainage	734	51,04

Pneumothorax mit Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt¹⁶

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

	keine Atemhilfe	nur nasale / pharyngeale Beatmung	nur intra- tracheale Beatmung	nasale / pharyngeale und intra- tracheale Beatmung	Gesamt
Bund (gesamt)					
nein	58.715 61,12 %	28.427 29,59 %	1.241 1,29 %	6.239 6,49 %	94.622 98,50 %
ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	50 0,05 %	159 0,17 %	11 0,01 %	77 0,08 %	297 0,31 %
ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	16 0,02 %	460 0,48 %	84 0,09 %	581 0,60 %	1.141 1,19 %
Gesamt	58.781 61,19 %	29.046 30,24 %	1.336 1,39 %	6.897 7,18 %	96.060 100,00 %

¹⁶ Bei lebendgeborenen Kindern mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	N = 96.060	
Pneumonie		
(0) nein, keine Pneumonie während des stationären Aufenthalts	94.516	98,39
(1) ja, Pneumonie während des stationären Aufenthalts	1.544	1,61
Sepsis		
(0) nein	91.942	95,71
(1) ja	4.118	4,29
davon		
Beginn innerhalb von 72 Stunden nach Geburt	2.418	58,72
Beginn später als 72 Stunden nach Geburt	1.366	33,17

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) \geq 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	N = 96.060	
Perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		
nein	93.242	97,07
ja, perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	2.818	2,93
davon		
(1) ja, ohne therapeutische Hypothermie	1.980	70,26
(2) ja, mit therapeutischer Hypothermie	838	29,74
davon HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie) bei (1) oder (2)		
(0) nein	2.162	76,72
(1) ja	656	23,28
nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)		
(0) nein	95.616	99,54
(1) ja	444	0,46
davon		
(1) NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	349	78,60
(2) NEK lag bereits bei Aufnahme vor	95	21,40
fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)		
(0) nein	95.797	99,73
(1) ja	263	0,27
davon		
(1) FIP/SIP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten	225	85,55
(2) FIP/SIP lag bereits bei Aufnahme vor	38	14,45
Hörscreening		
(0) nein	5.028	5,23
(1) Hörscreening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt	87.427	91,01
(2) Hörscreening in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt	3.605	3,75

Operation(en) und Prozeduren

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) \geq 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde	N = 96.060	
Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes		
(0) nein	92.165	95,95
(1) ja	3.895	4,05
davon: OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)		
(0) nein	3.621	92,97
OP oder Therapie einer ROP	231	5,93
davon		
(1) ja, Lasertherapie oder Kryotherapie	34	14,72
(2) ja, intravitreale Anti-VEGF-Therapie	175	75,76
(3) ja, sonstige	22	9,52
davon: OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)		
(0) nein	3.365	86,39
OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)	249	6,39
davon		
(1) ja, Laparotomie	194	77,91
(2) ja, Drainage/Lavage	8	3,21
(3) ja, Drainage/Lavage und Laparotomie	47	18,88
davon: OP eines Hydrozephalus		
(0) nein	3.295	84,60
(1) ja	312	8,01

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 96.520	
Entlassungsgrund		
nach Hause entlassen	89.570	92,80
verlegt in andere Kinderklinik	4.375	4,53
verstorben	1.635	1,69

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder	N = 96.520	
Mortalität und Lebenstage		
Verstorbene Kinder	1.635	1,69
davon		
≤ 7. Lebenstag	1.108	67,77
8. - 28. Lebenstag	314	19,20
≥ 29. Lebenstag	213	13,03

VLBW-Auswertung (Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g)

VLBW: Very Low Birth Weight

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
Aufnahme im Vorjahr (Überlieger)	1.211	13,14
1. Quartal	2.189	23,75
2. Quartal	2.461	26,71
3. Quartal	2.254	24,46
4. Quartal	1.100	11,94
Gesamt	9.215	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g	N = 9.215	
angeborene Erkrankungen		
(0) keine oder leichte angeborene Erkrankungen	8.777	95,25
(1) schwere oder letale angeborene Erkrankungen	438	4,75

Primärer Verzicht auf kurative Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g	N = 9.215	
Primärer Verzicht auf kurative Therapie		
Primär palliative Therapie (ab Geburt)	381	4,13
davon: Verstorben im Kreißsaal		
(1) ja	345	90,55

Aufnahme

In den nachfolgenden Auswertungen werden ausschließlich lebend geborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g berücksichtigt

Geburtsort nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	187 100,00 %	244 100,00 %	412 100,00 %	573 100,00 %	657 100,00 %	794 100,00 %	874 100,00 %	1.058 100,00 %	1.111 100,00 %	1.049 100,00 %	848 100,00 %	1.408 100,00 %
davon verstorben	186 99,47 %	170 69,67 %	174 42,23 %	126 21,99 %	96 14,61 %	71 8,94 %	45 5,15 %	45 4,25 %	26 2,34 %	21 2,00 %	16 1,89 %	40 2,84 %
Inborn	185 98,93 %	239 97,95 %	404 98,06 %	565 98,60 %	650 98,93 %	782 98,49 %	861 98,51 %	1.048 99,05 %	1.103 99,28 %	1.036 98,76 %	840 99,06 %	1.394 99,01 %
davon verstorben	184 99,46 %	166 69,46 %	168 41,58 %	124 21,95 %	95 14,62 %	71 9,08 %	43 4,99 %	45 4,29 %	26 2,36 %	20 1,93 %	15 1,79 %	40 2,87 %
Outborn	≤3 x %	5 2,05 %	8 1,94 %	8 1,40 %	7 1,07 %	12 1,51 %	13 1,49 %	10 0,95 %	8 0,72 %	13 1,24 %	8 0,94 %	14 0,99 %
davon verstorben	≤3 x %	4 80,00 %	6 75,00 %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %

Geburtsort nach Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	711 100,00 %	1.580 100,00 %	1.929 100,00 %	2.006 100,00 %	2.989 100,00 %	9.215 100,00 %
davon verstorben	417 58,65 %	348 22,03 %	119 6,17 %	66 3,29 %	66 2,21 %	1.016 11,03 %
Inborn	701 98,59 %	1.560 98,73 %	1.901 98,55 %	1.986 99,00 %	2.959 99,00 %	9.107 98,83 %
davon verstorben	411 58,63 %	341 21,86 %	116 6,10 %	64 3,22 %	65 2,20 %	997 10,95 %
Outborn	10 1,41 %	20 1,27 %	28 1,45 %	20 1,00 %	30 1,00 %	108 1,17 %
davon verstorben	6 60,00 %	7 35,00 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	19 17,59 %

Aufnahmestatus nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)¹⁷

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	186 100,00 %	244 100,00 %	411 100,00 %	573 100,00 %	654 100,00 %	793 100,00 %	872 100,00 %	1.058 100,00 %	1.111 100,00 %	1.047 100,00 %	848 100,00 %	1.407 100,00 %
davon verstorben	185 99,46 %	170 69,67 %	173 42,09 %	126 21,99 %	94 14,37 %	71 8,95 %	44 5,05 %	45 4,25 %	26 2,34 %	20 1,91 %	16 1,89 %	40 2,84 %
Primäraufnahmen	186 100,00 %	226 92,62 %	354 86,13 %	495 86,39 %	580 88,69 %	676 85,25 %	770 88,30 %	967 91,40 %	1.013 91,18 %	979 93,51 %	786 92,69 %	1.300 92,40 %
davon verstorben	185 99,46 %	168 74,34 %	168 47,46 %	122 24,65 %	92 15,86 %	66 9,76 %	38 4,94 %	43 4,45 %	24 2,37 %	19 1,94 %	14 1,78 %	34 2,62 %
Sekundäraufnahmen	0 0,00 %	18 7,38 %	57 13,87 %	78 13,61 %	74 11,31 %	117 14,75 %	102 11,70 %	91 8,60 %	98 8,82 %	68 6,49 %	62 7,31 %	107 7,60 %
davon verstorben	0 -	≤3 x %	5 8,77 %	4 5,13 %	≤3 x %	5 4,27 %	6 5,88 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	6 5,61 %

¹⁷ unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Aufnahmestatus nach Geburtsgewicht¹⁸

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	750 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	710 100,00 %	1.578 100,00 %	1.925 100,00 %	2.004 100,00 %	2.987 100,00 %	9.204 100,00 %
davon verstorben	416 58,59 %	347 21,99 %	116 6,03 %	65 3,24 %	66 2,21 %	1.010 10,97 %
Primäraufnahmen	652 91,83 %	1.379 87,39 %	1.708 88,73 %	1.807 90,17 %	2.786 93,27 %	8.332 90,53 %
davon verstorben	408 62,58 %	337 24,44 %	109 6,38 %	58 3,21 %	61 2,19 %	973 11,68 %
Sekundäraufnahmen	58 8,17 %	199 12,61 %	217 11,27 %	197 9,83 %	201 6,73 %	872 9,47 %
davon verstorben	8 13,79 %	10 5,03 %	7 3,23 %	7 3,55 %	5 2,49 %	37 4,24 %

¹⁸ unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Geburtsgewicht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	187 100,00 %	244 100,00 %	412 100,00 %	573 100,00 %	657 100,00 %	794 100,00 %	874 100,00 %	1.058 100,00 %	1.111 100,00 %	1.049 100,00 %	848 100,00 %	1.408 100,00 %
davon verstorben	186 99,47 %	170 69,67 %	174 42,23 %	126 21,99 %	96 14,61 %	71 8,94 %	45 5,15 %	45 4,25 %	26 2,34 %	21 2,00 %	16 1,89 %	40 2,84 %
< 500 g	180 96,26 %	140 57,38 %	124 30,10 %	90 15,71 %	75 11,42 %	58 7,30 %	19 2,17 %	17 1,61 %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	5 0,36 %
davon verstorben	179 99,44 %	100 71,43 %	61 49,19 %	35 38,89 %	16 21,33 %	13 22,41 %	7 36,84 %	4 23,53 %	≤3 x %	0 0,00 %	0 -	≤3 x %
500 - 749 g	7 3,74 %	104 42,62 %	282 68,45 %	420 73,30 %	305 46,42 %	196 24,69 %	106 12,13 %	82 7,75 %	43 3,87 %	19 1,81 %	10 1,18 %	6 0,43 %
davon verstorben	7 100,00 %	70 67,31 %	111 39,36 %	81 19,29 %	45 14,75 %	16 8,16 %	7 6,60 %	5 6,10 %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %
750 - 999 g	0 0,00 %	0 0,00 %	5 1,21 %	63 10,99 %	267 40,64 %	442 55,67 %	399 45,65 %	296 27,98 %	214 19,26 %	120 11,44 %	62 7,31 %	61 4,33 %
davon verstorben	0 -	0 -	≤3 x %	10 15,87 %	32 11,99 %	33 7,47 %	14 3,51 %	10 3,38 %	8 3,74 %	4 3,33 %	≤3 x %	5 8,20 %

Geburtsgewicht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
1000 - 1249 g	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	10 1,52 %	87 10,96 %	305 34,90 %	438 41,40 %	391 35,19 %	275 26,22 %	237 27,95 %	263 18,68 %
davon verstorben	0 -	0 -	0 -	0 -	≤3 x %	5 5,75 %	15 4,92 %	14 3,20 %	4 1,02 %	6 2,18 %	5 2,11 %	14 5,32 %
1250 - 1499 g	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	11 1,39 %	45 5,15 %	225 21,27 %	461 41,49 %	634 60,44 %	539 63,56 %	1.073 76,21 %
davon verstorben	0 -	0 -	0 0,00 %	0 -	0 -	4 36,36 %	≤3 x %	12 5,33 %	10 2,17 %	11 1,74 %	10 1,86 %	17 1,58 %

Geburtsgewichtspertile nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)¹⁹

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	0 -	244 100,00 %	412 100,00 %	573 100,00 %	657 100,00 %	794 100,00 %	874 100,00 %	1.056 100,00 %	1.111 100,00 %	1.048 100,00 %	848 100,00 %	1.407 100,00 %
davon verstorben	0 -	170 69,67 %	174 42,23 %	126 21,99 %	96 14,61 %	71 8,94 %	45 5,15 %	45 4,26 %	26 2,34 %	21 2,00 %	16 1,89 %	39 2,77 %
< 10. Perzentile	0 -	23 9,43 %	37 8,98 %	59 10,30 %	80 12,18 %	86 10,83 %	60 6,86 %	88 8,33 %	118 10,62 %	149 14,22 %	210 24,76 %	1.062 75,48 %
davon verstorben	0 -	18 78,26 %	22 59,46 %	23 38,98 %	17 21,25 %	18 20,93 %	9 15,00 %	9 10,23 %	8 6,78 %	4 2,68 %	4 1,90 %	37 3,48 %
10 - 90. Perzentile	0 -	216 88,52 %	368 89,32 %	500 87,26 %	549 83,56 %	661 83,25 %	762 87,19 %	938 88,83 %	993 89,38 %	899 85,78 %	637 75,12 %	345 24,52 %
davon verstorben	0 -	148 68,52 %	150 40,76 %	101 20,20 %	73 13,30 %	47 7,11 %	34 4,46 %	35 3,73 %	18 1,81 %	17 1,89 %	12 1,88 %	≤3 x %
> 90. Perzentile	0 -	5 2,05 %	7 1,70 %	14 2,44 %	28 4,26 %	47 5,92 %	52 5,95 %	30 2,84 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %
davon verstorben	0 -	4 80,00 %	≤3 x %	≤3 x %	6 21,43 %	6 12,77 %	≤3 x %	≤3 x %	0 -	0 -	0 -	0 -

¹⁹ Für die Perzentilberechnung wurden die geschlechtsspezifischen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht von Jungen und Mädchen für vollendete Schwangerschaftswochen nach Voigt et al. (2014) verwendet. Dabei werden Fälle mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 43+0 SSW und Fälle mit bestimmbarem Geschlecht berücksichtigt. Die Gesamtzahl kann aufgrund dessen von der ursprünglichen Gesamtzahl abweichen.

Grundlage zur Perzentilberechnung: Voigt, M; Rochow, N; Schneider, KTM; Hagenah, HP; Straube, S; Scholz, R; et al. (2014): Neue Perzentilwerte für die Körpermaße neugeborener Einlinge: Ergebnisse der deutschen Perinatalerhebung der Jahre 2007–2011 unter Beteiligung aller 16 Bundesländer. Z Geburtshilfe Neonatol 218(05): 210-217. DOI: 10.1055/s-0034-1385857.

Einlinge / Mehrlinge nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	187 100,00 %	244 100,00 %	412 100,00 %	573 100,00 %	657 100,00 %	794 100,00 %	874 100,00 %	1.058 100,00 %	1.111 100,00 %	1.049 100,00 %	848 100,00 %	1.408 100,00 %
davon verstorben	186 99,47 %	170 69,67 %	174 42,23 %	126 21,99 %	96 14,61 %	71 8,94 %	45 5,15 %	45 4,25 %	26 2,34 %	21 2,00 %	16 1,89 %	40 2,84 %
Einlinge	153 81,82 %	182 74,59 %	310 75,24 %	410 71,55 %	517 78,69 %	582 73,30 %	599 68,54 %	709 67,01 %	762 68,59 %	676 64,44 %	534 62,97 %	895 63,57 %
davon verstorben	152 99,35 %	129 70,88 %	128 41,29 %	92 22,44 %	71 13,73 %	56 9,62 %	36 6,01 %	39 5,50 %	23 3,02 %	15 2,22 %	14 2,62 %	26 2,91 %
Zwillinge	26 13,90 %	46 18,85 %	86 20,87 %	151 26,35 %	122 18,57 %	202 25,44 %	245 28,03 %	305 28,83 %	301 27,09 %	343 32,70 %	270 31,84 %	454 32,24 %
davon verstorben	26 100,00 %	36 78,26 %	38 44,19 %	32 21,19 %	23 18,85 %	15 7,43 %	6 2,45 %	6 1,97 %	≤3 x %	6 1,75 %	≤3 x %	14 3,08 %
≥ Drillinge	8 4,28 %	16 6,56 %	16 3,88 %	12 2,09 %	18 2,74 %	10 1,26 %	30 3,43 %	44 4,16 %	48 4,32 %	30 2,86 %	44 5,19 %	59 4,19 %
davon verstorben	8 100,00 %	5 31,25 %	8 50,00 %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %

Geschlecht nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	187 100,00 %	244 100,00 %	412 100,00 %	573 100,00 %	657 100,00 %	794 100,00 %	874 100,00 %	1.058 100,00 %	1.111 100,00 %	1.049 100,00 %	848 100,00 %	1.408 100,00 %
davon verstorben	186 99,47 %	170 69,67 %	174 42,23 %	126 21,99 %	96 14,61 %	71 8,94 %	45 5,15 %	45 4,25 %	26 2,34 %	21 2,00 %	16 1,89 %	40 2,84 %
männlich	116 62,03 %	136 55,74 %	226 54,85 %	314 54,80 %	351 53,42 %	451 56,80 %	486 55,61 %	564 53,31 %	601 54,10 %	529 50,43 %	409 48,23 %	617 43,82 %
davon verstorben	116 100,00 %	92 67,65 %	103 45,58 %	65 20,70 %	49 13,96 %	45 9,98 %	25 5,14 %	25 4,43 %	16 2,66 %	14 2,65 %	10 2,44 %	16 2,59 %
weiblich	70 37,43 %	108 44,26 %	186 45,15 %	259 45,20 %	306 46,58 %	343 43,20 %	388 44,39 %	492 46,50 %	510 45,90 %	519 49,48 %	438 51,65 %	790 56,11 %
davon verstorben	69 98,57 %	78 72,22 %	71 38,17 %	61 23,55 %	47 15,36 %	26 7,58 %	20 5,15 %	20 4,07 %	10 1,96 %	7 1,35 %	6 1,37 %	23 2,91 %
divers	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %
davon verstorben	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 0,00 %	0 -
unbestimmt	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %
davon verstorben	≤3 x %	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 0,00 %	0 -	0 0,00 %	0 -	≤3 x %

Aufnahmetemperatur nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen²⁰

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	360 100,00 %	565 100,00 %	648 100,00 %	787 100,00 %	866 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.046 100,00 %	845 100,00 %	1.401 100,00 %	8.816 100,00 %
davon verstorben	61 45,19 %	122 33,89 %	118 20,88 %	88 13,58 %	65 8,26 %	38 4,39 %	42 3,98 %	23 2,08 %	19 1,82 %	13 1,54 %	34 2,43 %	623 7,07 %
Primäraufnahmen	117 86,67 %	303 84,17 %	487 86,19 %	574 88,58 %	670 85,13 %	764 88,22 %	964 91,37 %	1.010 91,16 %	978 93,50 %	783 92,66 %	1.294 92,36 %	7.944 90,11 %
davon verstorben	59 50,43 %	117 38,61 %	114 23,41 %	86 14,98 %	60 8,96 %	32 4,19 %	40 4,15 %	21 2,08 %	18 1,84 %	11 1,40 %	28 2,16 %	586 7,38 %
davon < 32,0 °C	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	7 0,09 %
davon verstorben	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 -	0 -	0 -	0 0,00 %	0 -	0 0,00 %	0 -	≤3 x %
davon 32,0 - 33,9 °C	≤3 x %	9 2,97 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	4 0,41 %	≤3 x %	≤3 x %	25 0,31 %
davon verstorben	≤3 x %	4 44,44 %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 -	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	8 32,00 %

Aufnahmetemperatur nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen²⁰

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
davon 34,0 - 35,9 °C	22 18,80 %	54 17,82 %	48 9,86 %	43 7,49 %	38 5,67 %	24 3,14 %	24 2,49 %	26 2,57 %	32 3,27 %	22 2,81 %	64 4,95 %	397 5,00 %
davon verstorben	8 36,36 %	21 38,89 %	9 18,75 %	10 23,26 %	5 13,16 %	4 16,67 %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	62 15,62 %
davon 36,0 - 37,5 °C	56 47,86 %	204 67,33 %	388 79,67 %	456 79,44 %	554 82,69 %	624 81,68 %	794 82,37 %	822 81,39 %	830 84,87 %	695 88,76 %	1.151 88,95 %	6.574 82,75 %
davon verstorben	22 39,29 %	72 35,29 %	93 23,97 %	60 13,16 %	45 8,12 %	25 4,01 %	28 3,53 %	16 1,95 %	15 1,81 %	9 1,29 %	21 1,82 %	406 6,18 %
davon > 37,5 °C	14 11,97 %	17 5,61 %	43 8,83 %	63 10,98 %	68 10,15 %	114 14,92 %	139 14,42 %	156 15,45 %	109 11,15 %	63 8,05 %	66 5,10 %	852 10,73 %
davon verstorben	8 57,14 %	5 29,41 %	8 18,60 %	7 11,11 %	4 5,88 %	≤3 x %	4 2,88 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	48 5,63 %

²⁰ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde und unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges".

Diagnostik und Therapie

In den nachfolgenden Auswertungen werden ausschließlich lebend geborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g berücksichtigt

Operationen nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)²¹

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
davon verstorben	61 45,19 %	123 34,07 %	118 20,88 %	90 13,82 %	65 8,25 %	39 4,49 %	42 3,98 %	23 2,08 %	20 1,91 %	13 1,54 %	34 2,43 %	628 7,12 %
Operationen	33 24,44 %	122 33,80 %	178 31,50 %	169 25,96 %	171 21,70 %	133 15,32 %	108 10,24 %	92 8,30 %	54 5,15 %	46 5,44 %	65 4,64 %	1.171 13,27 %
davon verstorbene	5 15,15 %	21 17,21 %	27 15,17 %	18 10,65 %	17 9,94 %	4 3,01 %	6 5,56 %	8 8,70 %	≤3 x %	≤3 x %	6 9,23 %	116 9,91 %
Operation einer ROP	19 14,07 %	47 13,02 %	62 10,97 %	45 6,91 %	22 2,79 %	19 2,19 %	5 0,47 %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	221 2,50 %
davon verstorben	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 -	0 -	7 3,17 %
Operation einer NEK	5 3,70 %	27 7,48 %	30 5,31 %	32 4,92 %	26 3,30 %	12 1,38 %	16 1,52 %	15 1,35 %	4 0,38 %	≤3 x %	10 0,71 %	179 2,03 %
davon verstorben	≤3 x %	5 18,52 %	18 60,00 %	10 31,25 %	6 23,08 %	≤3 x %	4 25,00 %	4 26,67 %	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	53 29,61 %

Operationen nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)²¹

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Operation eines Hydrozephalus	4 2,96 %	17 4,71 %	23 4,07 %	25 3,84 %	32 4,06 %	21 2,42 %	14 1,33 %	14 1,26 %	4 0,38 %	4 0,47 %	≤3 x %	160 1,81 %
davon verstorben	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	6 3,75 %

²¹ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.
 Mehrfachnennung möglich

Sauerstoffzufuhr und Beatmung nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)²²

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	43 31,85 %	142 39,34 %	347 61,42 %	478 73,43 %	632 80,20 %	774 89,17 %	965 91,47 %	1.054 95,13 %	1.010 96,37 %	811 95,98 %	1.346 96,01 %	7.602 86,13 %
davon O2-Zufuhr	36 83,72 %	131 92,25 %	316 91,07 %	429 89,75 %	538 85,13 %	639 82,56 %	742 76,89 %	733 69,54 %	604 59,80 %	406 50,06 %	407 30,24 %	4.981 65,52 %
davon Beatmete Kinder	40 93,02 %	137 96,48 %	330 95,10 %	453 94,77 %	585 92,56 %	731 94,44 %	916 94,92 %	989 93,83 %	930 92,08 %	716 88,29 %	859 63,82 %	6.686 87,95 %
davon nur nasale / pharyngeale Beatmung	11 27,50 %	25 18,25 %	71 21,52 %	163 35,98 %	264 45,13 %	392 53,63 %	621 67,79 %	749 75,73 %	772 83,01 %	608 84,92 %	782 91,04 %	4.458 66,68 %
davon nur intratracheale Beatmung	0 0,00 %	≤3 x %	7 2,12 %	≤3 x %	6 1,03 %	6 0,82 %	7 0,76 %	5 0,51 %	4 0,43 %	≤3 x %	9 1,05 %	50 0,75 %
davon nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	29 72,50 %	111 81,02 %	252 76,36 %	287 63,36 %	315 53,85 %	333 45,55 %	288 31,44 %	235 23,76 %	154 16,56 %	106 14,80 %	68 7,92 %	2.178 32,58 %
davon Kinder ohne Atemhilfe	≤3 x %	5 3,52 %	17 4,90 %	25 5,23 %	47 7,44 %	43 5,56 %	49 5,08 %	65 6,17 %	80 7,92 %	95 11,71 %	487 36,18 %	916 12,05 %

²² Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Dauer der Sauerstoffzufuhr nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)²³

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	43 31,85 %	142 39,34 %	347 61,42 %	478 73,43 %	632 80,20 %	774 89,17 %	965 91,47 %	1.054 95,13 %	1.010 96,37 %	811 95,98 %	1.346 96,01 %	7.602 86,13 %
davon O2-Zufuhr	36 83,72 %	131 92,25 %	316 91,07 %	429 89,75 %	538 85,13 %	639 82,56 %	742 76,89 %	733 69,54 %	604 59,80 %	406 50,06 %	407 30,24 %	4.981 65,52 %
davon 0 - 7 Tage	0 0,00 %	10 7,63 %	25 7,91 %	42 9,79 %	111 20,63 %	260 40,69 %	435 58,63 %	496 67,67 %	480 79,47 %	354 87,19 %	363 89,19 %	2.576 51,72 %
davon 8 - 14 Tage	≤3 x %	≤3 x %	7 2,22 %	15 3,50 %	20 3,72 %	38 5,95 %	33 4,45 %	48 6,55 %	36 5,96 %	17 4,19 %	19 4,67 %	238 4,78 %
davon 15 - 21 Tage	≤3 x %	≤3 x %	12 3,80 %	15 3,50 %	30 5,58 %	37 5,79 %	50 6,74 %	49 6,68 %	25 4,14 %	12 2,96 %	8 1,97 %	242 4,86 %
davon 22 - 28 Tage	0 0,00 %	≤3 x %	5 1,58 %	18 4,20 %	48 8,92 %	46 7,20 %	54 7,28 %	42 5,73 %	20 3,31 %	4 0,99 %	6 1,47 %	246 4,94 %
davon > 28 Tage	32 88,89 %	113 86,26 %	267 84,49 %	339 79,02 %	329 61,15 %	258 40,38 %	170 22,91 %	98 13,37 %	43 7,12 %	19 4,68 %	11 2,70 %	1.679 33,71 %

²³ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Dauer der Beatmungsart nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Nasale / pharyngeale Beatmung²⁴

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	43 31,85 %	142 39,34 %	347 61,42 %	478 73,43 %	632 80,20 %	774 89,17 %	965 91,47 %	1.054 95,13 %	1.010 96,37 %	811 95,98 %	1.346 96,01 %	7.602 86,13 %
davon nur nasale / pharyngeale Beatmung	11 25,58 %	25 17,61 %	71 20,46 %	163 34,10 %	264 41,77 %	392 50,65 %	621 64,35 %	749 71,06 %	772 76,44 %	608 74,97 %	782 58,10 %	4.458 58,64 %
davon 0 - 7 Tage	≤3 x %	7 28,00 %	12 16,90 %	12 7,36 %	8 3,03 %	24 6,12 %	57 9,18 %	141 18,83 %	302 39,12 %	365 60,03 %	611 78,13 %	1.541 34,57 %
davon 8 - 14 Tage	≤3 x %	≤3 x %	7 9,86 %	≤3 x %	17 6,44 %	23 5,87 %	81 13,04 %	150 20,03 %	190 24,61 %	127 20,89 %	111 14,19 %	711 15,95 %
davon 15 - 21 Tage	0 0,00 %	≤3 x %	4 5,63 %	10 6,13 %	12 4,55 %	21 5,36 %	73 11,76 %	117 15,62 %	94 12,18 %	48 7,89 %	30 3,84 %	412 9,24 %
davon 22 - 28 Tage	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	6 3,68 %	10 3,79 %	39 9,95 %	92 14,81 %	107 14,29 %	76 9,84 %	29 4,77 %	15 1,92 %	381 8,55 %
davon > 28 Tage	5 45,45 %	12 48,00 %	45 63,38 %	133 81,60 %	217 82,20 %	285 72,70 %	318 51,21 %	234 31,24 %	110 14,25 %	39 6,41 %	15 1,92 %	1.413 31,70 %

²⁴ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Intratracheale Beatmung²⁵

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
Lebend entlassene Kinder ohne primär palliative Therapie (ab Geburt) und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf bei Entlassung / Verlegung	43 31,85 %	142 39,34 %	347 61,42 %	478 73,43 %	632 80,20 %	774 89,17 %	965 91,47 %	1.054 95,13 %	1.010 96,37 %	811 95,98 %	1.346 96,01 %	7.602 86,13 %
davon Intratracheale Beatmung ²⁷	29 67,44 %	112 78,87 %	259 74,64 %	290 60,67 %	321 50,79 %	339 43,80 %	295 30,57 %	240 22,77 %	158 15,64 %	108 13,32 %	77 5,72 %	2.228 29,31 %
davon 0 - 7 Tage	0 0,00 %	5 4,46 %	≤3 x %	5 1,72 %	13 4,05 %	10 2,95 %	20 6,78 %	27 11,25 %	36 22,78 %	39 36,11 %	32 41,56 %	190 8,53 %
davon 8 - 14 Tage	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	4 1,25 %	11 3,24 %	23 7,80 %	33 13,75 %	38 24,05 %	27 25,00 %	18 23,38 %	161 7,23 %
davon 15 - 21 Tage	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	4 1,38 %	5 1,56 %	17 5,01 %	14 4,75 %	24 10,00 %	16 10,13 %	14 12,96 %	11 14,29 %	106 4,76 %
davon 22 - 28 Tage	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	9 2,80 %	23 6,78 %	29 9,83 %	38 15,83 %	19 12,03 %	7 6,48 %	4 5,19 %	136 6,10 %
davon > 28 Tage	29 100,00 %	102 91,07 %	251 96,91 %	276 95,17 %	290 90,34 %	278 82,01 %	209 70,85 %	118 49,17 %	49 31,01 %	21 19,44 %	12 15,58 %	1.635 73,38 %

²⁵ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

²⁷ intratracheale Beatmung oder nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung

Pneumothorax nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)²⁸

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
kein Pneumothorax	121 89,63 %	351 97,23 %	533 94,34 %	628 96,47 %	757 96,07 %	837 96,43 %	1.008 95,55 %	1.067 96,30 %	1.011 96,47 %	820 97,04 %	1.382 98,57 %	8.515 96,48 %
Pneumothorax	14 10,37 %	10 2,77 %	32 5,66 %	23 3,53 %	31 3,93 %	31 3,57 %	47 4,45 %	41 3,70 %	37 3,53 %	25 2,96 %	20 1,43 %	311 3,52 %
davon ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	5 12,20 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	21 6,75 %
davon nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	14 100,00 %	10 100,00 %	31 96,88 %	21 91,30 %	28 90,32 %	28 90,32 %	45 95,74 %	36 87,80 %	35 94,59 %	23 92,00 %	19 95,00 %	290 93,25 %

²⁸ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)²⁹

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
Keine oder milde BPD	98 72,59 %	232 64,27 %	412 72,92 %	522 80,18 %	678 86,04 %	790 91,01 %	1.006 95,36 %	1.076 97,11 %	1.027 98,00 %	836 98,93 %	1.398 99,71 %	8.075 91,49 %
BPD	37 27,41 %	129 35,73 %	153 27,08 %	129 19,82 %	110 13,96 %	78 8,99 %	49 4,64 %	32 2,89 %	21 2,00 %	9 1,07 %	4 0,29 %	751 8,51 %
davon moderate	20 54,05 %	67 51,94 %	86 56,21 %	83 64,34 %	69 62,73 %	59 75,64 %	29 59,18 %	25 78,13 %	15 71,43 %	8 88,89 %	≤3 x %	463 61,65 %
davon schwere	17 45,95 %	62 48,06 %	67 43,79 %	46 35,66 %	41 37,27 %	19 24,36 %	20 40,82 %	7 21,88 %	6 28,57 %	≤3 x %	≤3 x %	288 38,35 %

²⁹ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Sepsis/Pneumonie nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)³⁰

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
Keine Sepsis	97 71,85 %	238 65,93 %	388 68,67 %	483 74,19 %	630 79,95 %	751 86,52 %	927 87,87 %	1.010 91,16 %	972 92,75 %	798 94,44 %	1.353 96,50 %	7.647 86,64 %
Sepsis	38 28,15 %	123 34,07 %	177 31,33 %	168 25,81 %	158 20,05 %	117 13,48 %	128 12,13 %	98 8,84 %	76 7,25 %	47 5,56 %	49 3,50 %	1.179 13,36 %
davon innerhalb 72 Stunden nach Geburt	11 28,95 %	35 28,46 %	45 25,42 %	52 30,95 %	44 27,85 %	37 31,62 %	43 33,59 %	33 33,67 %	25 32,89 %	17 36,17 %	12 24,49 %	354 30,03 %
davon später als 72 Stunden nach Geburt	26 68,42 %	88 71,54 %	127 71,75 %	111 66,07 %	110 69,62 %	74 63,25 %	80 62,50 %	64 65,31 %	49 64,47 %	23 48,94 %	35 71,43 %	787 66,75 %
Keine Pneumonie	129 95,56 %	345 95,57 %	530 93,81 %	620 95,24 %	762 96,70 %	853 98,27 %	1.043 98,86 %	1.104 99,64 %	1.036 98,85 %	839 99,29 %	1.390 99,14 %	8.651 98,02 %
Pneumonie	6 4,44 %	16 4,43 %	35 6,19 %	31 4,76 %	26 3,30 %	15 1,73 %	12 1,14 %	4 0,36 %	12 1,15 %	6 0,71 %	12 0,86 %	175 1,98 %

³⁰ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)³¹

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
Keine Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	127 94,07 %	326 90,30 %	524 92,74 %	602 92,47 %	740 93,91 %	848 97,70 %	1.037 98,29 %	1.086 98,01 %	1.040 99,24 %	839 99,29 %	1.381 98,50 %	8.550 96,87 %
Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	8 5,93 %	35 9,70 %	41 7,26 %	49 7,53 %	48 6,09 %	20 2,30 %	18 1,71 %	22 1,99 %	8 0,76 %	6 0,71 %	21 1,50 %	276 3,13 %

³¹ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)³²

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	661 100,00 %	8.826 100,00 %
Keine fokale intestinale Perforation (FIP) / keine singuläre intestinale Perforation (SIP)	118 87,41 %	320 88,64 %	515 91,15 %	617 94,78 %	769 97,59 %	852 98,16 %	1.041 98,67 %	1.096 98,92 %	1.043 99,52 %	842 99,64 %	657 99,39 %	8.609 97,54 %
Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	17 12,59 %	41 11,36 %	50 8,85 %	34 5,22 %	19 2,41 %	16 1,84 %	14 1,33 %	12 1,08 %	5 0,48 %	≤3 x %	4 0,61 %	217 2,46 %
davon erstmalig aufgetreten während des stationären Aufenthaltes	15 88,24 %	38 92,68 %	47 94,00 %	31 91,18 %	18 94,74 %	14 87,50 %	12 85,71 %	11 91,67 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	194 89,40 %
davon bereits bei Aufnahme vorliegend	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	23 10,60 %

³² Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Schädelsonogramm nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)³³

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
Kinder mit Verweildauer > 2 Tage	96 71,11 %	318 88,09 %	537 95,04 %	624 95,85 %	762 96,70 %	855 98,50 %	1.038 98,39 %	1.102 99,46 %	1.039 99,14 %	836 98,93 %	1.387 98,93 %	8.594 97,37 %
davon Schädelsonogramm durchgeführt	93 96,88 %	311 97,80 %	530 98,70 %	609 97,60 %	752 98,69 %	834 97,54 %	1.022 98,46 %	1.087 98,64 %	1.025 98,65 %	815 97,49 %	1.348 97,19 %	8.426 98,05 %
davon keine IVH ³⁷	40 43,01 %	173 55,63 %	340 64,15 %	418 68,64 %	563 74,87 %	686 82,25 %	861 84,25 %	971 89,33 %	958 93,46 %	771 94,60 %	1.302 96,59 %	7.083 84,06 %
davon IVH Grad I	8 8,60 %	27 8,68 %	47 8,87 %	52 8,54 %	58 7,71 %	63 7,55 %	77 7,53 %	70 6,44 %	43 4,20 %	30 3,68 %	35 2,60 %	510 6,05 %
davon IVH Grad II	18 19,35 %	34 10,93 %	53 10,00 %	60 9,85 %	47 6,25 %	38 4,56 %	44 4,31 %	21 1,93 %	13 1,27 %	9 1,10 %	4 0,30 %	341 4,05 %
davon IVH Grad III	19 20,43 %	44 14,15 %	44 8,30 %	49 8,05 %	53 7,05 %	23 2,76 %	23 2,25 %	8 0,74 %	5 0,49 %	≤3 x %	≤3 x %	273 3,24 %
davon PVH ³⁸	8 8,60 %	33 10,61 %	46 8,68 %	30 4,93 %	31 4,12 %	24 2,88 %	17 1,66 %	17 1,56 %	6 0,59 %	≤3 x %	4 0,30 %	219 2,60 %
davon PVL ³⁹	≤3 x %	20 6,43 %	14 2,64 %	14 2,30 %	17 2,26 %	10 1,20 %	20 1,96 %	16 1,47 %	13 1,27 %	8 0,98 %	9 0,67 %	143 1,70 %

³³ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißsaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

³⁷ IVH: Intraventrikuläre Hämorrhagie

³⁸ PVH: Periventrikuläre Hämorrhagie

³⁹ PVL: Zystische periventrikuläre Leukomalazie

ROP-Screening nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

ROP-Screening⁴⁰

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
Kinder stationär versorgt innerhalb der ersten 6 Wochen ⁴²	65 48,15 %	244 67,59 %	438 77,52 %	527 80,95 %	689 87,44 %	772 88,94 %	926 87,77 %	927 83,66 %	670 63,93 %	348 41,18 %	216 15,41 %	5.822 65,96 %
davon ROP-Screening durchgeführt	62 95,38 %	221 90,57 %	415 94,75 %	502 95,26 %	657 95,36 %	737 95,47 %	880 95,03 %	864 93,20 %	583 87,01 %	217 62,36 %	104 48,15 %	5.242 90,04 %

⁴⁰ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

⁴² stationär versorgt bis bzw. über den 42. Lebenstag hinaus

Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)⁴³

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
ROP-Screening durchgeführt	62 45,93 %	221 61,22 %	415 73,45 %	502 77,11 %	663 84,14 %	744 85,71 %	895 84,83 %	917 82,76 %	744 70,99 %	356 42,13 %	242 17,26 %	5.761 65,27 %
davon keine ROP	9 14,52 %	41 18,55 %	122 29,40 %	210 41,83 %	348 52,49 %	467 62,77 %	663 74,08 %	741 80,81 %	648 87,10 %	321 90,17 %	224 92,56 %	3.794 65,86 %
davon ROP Stadium 1	14 22,58 %	33 14,93 %	86 20,72 %	93 18,53 %	145 21,87 %	168 22,58 %	157 17,54 %	125 13,63 %	80 10,75 %	20 5,62 %	11 4,55 %	932 16,18 %
davon ROP Stadium 2	12 19,35 %	72 32,58 %	98 23,61 %	115 22,91 %	121 18,25 %	74 9,95 %	58 6,48 %	43 4,69 %	12 1,61 %	12 3,37 %	6 2,48 %	623 10,81 %
davon ROP Stadium 3	26 41,94 %	74 33,48 %	103 24,82 %	82 16,33 %	45 6,79 %	32 4,30 %	17 1,90 %	8 0,87 %	4 0,54 %	≤3 x %	≤3 x %	395 6,86 %
davon ROP Stadium 4	≤3 x %	≤3 x %	6 1,45 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	15 0,26 %
davon ROP Stadium 5	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %

⁴³ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Hörscreening nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)⁴⁴

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW	Gesamt
Bund (gesamt)												
Gesamt	135 100,00 %	361 100,00 %	565 100,00 %	651 100,00 %	788 100,00 %	868 100,00 %	1.055 100,00 %	1.108 100,00 %	1.048 100,00 %	845 100,00 %	1.402 100,00 %	8.826 100,00 %
davon Hörscreening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt	48 35,56 %	177 49,03 %	370 65,49 %	471 72,35 %	600 76,14 %	726 83,64 %	903 85,59 %	990 89,35 %	952 90,84 %	751 88,88 %	1.258 89,73 %	7.246 82,10 %
davon Hörscreening in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt	4 2,96 %	22 6,09 %	22 3,89 %	28 4,30 %	34 4,31 %	33 3,80 %	34 3,22 %	29 2,62 %	24 2,29 %	32 3,79 %	38 2,71 %	300 3,40 %
nach Hause entlassene Kinder	41 30,37 %	142 39,34 %	331 58,58 %	437 67,13 %	551 69,92 %	684 78,80 %	865 81,99 %	944 85,20 %	922 87,98 %	727 86,04 %	1.231 87,80 %	6.875 77,89 %
davon Hörscreening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt	41 100,00 %	135 95,07 %	321 96,98 %	414 94,74 %	525 95,28 %	656 95,91 %	835 96,53 %	916 97,03 %	897 97,29 %	697 95,87 %	1.188 96,51 %	6.625 96,36 %
davon Hörscreening in einem vorherigen Aufenthalt durchgeführt	0 0,00 %	6 4,23 %	6 1,81 %	17 3,89 %	19 3,45 %	23 3,36 %	24 2,77 %	24 2,54 %	20 2,17 %	26 3,58 %	27 2,19 %	192 2,79 %

⁴⁴ Berücksichtigt werden Kinder mit endgültig (postnatal) bestimmtem Gestationsalter (vollendete Wochen) ≥ 22 SSW, die nicht im Kreißaal verstorben sind oder bei denen dazu keine Angabe gemacht wurde.

Entlassung

In den nachfolgenden Auswertungen werden ausschließlich lebend geborene Kinder mit Geburtsgewicht < 1.500 g berücksichtigt

Entlassung nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	187 100,00 %	244 100,00 %	412 100,00 %	573 100,00 %	657 100,00 %	794 100,00 %	874 100,00 %	1.058 100,00 %	1.111 100,00 %	1.049 100,00 %	848 100,00 %	1.408 100,00 %
nach Hause entlassen	≤3 x %	41 16,80 %	142 34,47 %	331 57,77 %	437 66,51 %	551 69,40 %	684 78,26 %	865 81,76 %	944 84,97 %	922 87,89 %	727 85,73 %	1.231 87,43 %
davon mit Sauerstoffbedarf bei Entlassung	0 0,00 %	9 21,95 %	39 27,46 %	40 12,08 %	26 5,95 %	25 4,54 %	13 1,90 %	15 1,73 %	6 0,64 %	7 0,76 %	5 0,69 %	8 0,65 %
verlegt in andere Klinik/Abteilung	0 0,00 %	31 12,70 %	90 21,84 %	110 19,20 %	118 17,96 %	162 20,40 %	134 15,33 %	138 13,04 %	136 12,24 %	101 9,63 %	96 11,32 %	133 9,45 %
davon mit Sauerstoffbedarf bei Verlegung	0 -	21 67,74 %	54 60,00 %	57 51,82 %	53 44,92 %	62 38,27 %	39 29,10 %	30 21,74 %	24 17,65 %	9 8,91 %	14 14,58 %	14 10,53 %
verstorben	186 99,47 %	170 69,67 %	174 42,23 %	126 21,99 %	96 14,61 %	71 8,94 %	45 5,15 %	45 4,25 %	26 2,34 %	21 2,00 %	16 1,89 %	40 2,84 %

Entlassung nach Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	711 100,00 %	1.580 100,00 %	1.929 100,00 %	2.006 100,00 %	2.989 100,00 %	9.215 100,00 %
nach Hause entlassen	204 28,69 %	905 57,28 %	1.479 76,67 %	1.689 84,20 %	2.599 86,95 %	6.876 74,62 %
davon mit Sauerstoffbedarf bei Entlassung	45 22,06 %	82 9,06 %	35 2,37 %	13 0,77 %	18 0,69 %	193 2,81 %
verlegt in andere Klinik/Abteilung	80 11,25 %	315 19,94 %	305 15,81 %	237 11,81 %	312 10,44 %	1.249 13,55 %
davon mit Sauerstoffbedarf bei Verlegung	52 65,00 %	146 46,35 %	99 32,46 %	41 17,30 %	39 12,50 %	377 30,18 %
verstorben	417 58,65 %	348 22,03 %	119 6,17 %	66 3,29 %	66 2,21 %	1.016 11,03 %

Mortalität und Lebenstage nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	187 100,00 %	244 100,00 %	412 100,00 %	573 100,00 %	657 100,00 %	794 100,00 %	874 100,00 %	1.058 100,00 %	1.111 100,00 %	1.049 100,00 %	848 100,00 %	1.408 100,00 %
verstorben	186 99,47 %	170 69,67 %	174 42,23 %	126 21,99 %	96 14,61 %	71 8,94 %	45 5,15 %	45 4,25 %	26 2,34 %	21 2,00 %	16 1,89 %	40 2,84 %
davon bis 7. Lebenstag	186 100,00 %	158 92,94 %	121 69,54 %	70 55,56 %	51 53,13 %	40 56,34 %	29 64,44 %	26 57,78 %	17 65,38 %	11 52,38 %	11 68,75 %	19 47,50 %
davon 8. - 28. Lebenstag	0 0,00 %	9 5,29 %	28 16,09 %	43 34,13 %	29 30,21 %	18 25,35 %	9 20,00 %	13 28,89 %	5 19,23 %	6 28,57 %	≤3 x %	13 32,50 %
davon nach 28. Lebenstag	0 0,00 %	≤3 x %	25 14,37 %	13 10,32 %	16 16,67 %	13 18,31 %	7 15,56 %	6 13,33 %	4 15,38 %	4 19,05 %	≤3 x %	8 20,00 %

Mortalität und Lebenstage nach Geburtsgewicht

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	711 100,00 %	1.580 100,00 %	1.929 100,00 %	2.006 100,00 %	2.989 100,00 %	9.215 100,00 %
verstorben	417 58,65 %	348 22,03 %	119 6,17 %	66 3,29 %	66 2,21 %	1.016 11,03 %
davon bis 7. Lebenstag	355 85,13 %	239 68,68 %	67 56,30 %	42 63,64 %	36 54,55 %	739 72,74 %
davon 8. - 28. Lebenstag	38 9,11 %	67 19,25 %	38 31,93 %	17 25,76 %	15 22,73 %	175 17,22 %
davon nach 28. Lebenstag	24 5,76 %	42 12,07 %	14 11,76 %	7 10,61 %	15 22,73 %	102 10,04 %

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Primäraufnahmen⁴⁵

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	186 100,00 %	244 100,00 %	411 100,00 %	573 100,00 %	654 100,00 %	793 100,00 %	872 100,00 %	1.058 100,00 %	1.111 100,00 %	1.047 100,00 %	848 100,00 %	1.407 100,00 %
Primäraufnahmen	186 100,00 %	226 92,62 %	354 86,13 %	495 86,39 %	580 88,69 %	676 85,25 %	770 88,30 %	967 91,40 %	1.013 91,18 %	979 93,51 %	786 92,69 %	1.300 92,40 %
davon verstorben	185 99,46 %	168 74,34 %	168 47,46 %	122 24,65 %	92 15,86 %	66 9,76 %	38 4,94 %	43 4,45 %	24 2,37 %	19 1,94 %	14 1,78 %	34 2,62 %
davon weiterverlegt	0 0,00 %	22 9,73 %	57 16,10 %	71 14,34 %	88 15,17 %	123 18,20 %	103 13,38 %	117 12,10 %	112 11,06 %	82 8,38 %	85 10,81 %	110 8,46 %
davon nicht weiterverlegt	186 100,00 %	204 90,27 %	297 83,90 %	424 85,66 %	492 84,83 %	553 81,80 %	667 86,62 %	850 87,90 %	901 88,94 %	897 91,62 %	701 89,19 %	1.190 91,54 %
davon verstorben	185 99,46 %	168 82,35 %	168 56,57 %	122 28,77 %	92 18,70 %	66 11,93 %	38 5,70 %	43 5,06 %	24 2,66 %	19 2,12 %	14 2,00 %	34 2,86 %
davon bis 7. Lebenstag	185 100,00 %	157 93,45 %	120 71,43 %	70 57,38 %	49 53,26 %	39 59,09 %	27 71,05 %	26 60,47 %	16 66,67 %	11 57,89 %	11 78,57 %	16 47,06 %
davon 8. - 28. Lebenstag	0 0,00 %	9 5,36 %	28 16,67 %	41 33,61 %	28 30,43 %	17 25,76 %	6 15,79 %	12 27,91 %	4 16,67 %	5 26,32 %	≤3 x %	12 35,29 %
davon nach 28. Lebenstag	0 0,00 %	≤3 x %	20 11,90 %	11 9,02 %	15 16,30 %	10 15,15 %	5 13,16 %	5 11,63 %	4 16,67 %	≤3 x %	≤3 x %	6 17,65 %

⁴⁵ unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmezustat "sonstiges"

Mortalität nach Geburtsgewicht - Primäraufnahmen⁴⁶

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	710 100,00 %	1.578 100,00 %	1.925 100,00 %	2.004 100,00 %	2.987 100,00 %	9.204 100,00 %
Primäraufnahmen	652 91,83 %	1.379 87,39 %	1.708 88,73 %	1.807 90,17 %	2.786 93,27 %	8.332 90,53 %
davon verstorben	408 62,58 %	337 24,44 %	109 6,38 %	58 3,21 %	61 2,19 %	973 11,68 %
davon weiterverlegt	53 8,13 %	214 15,52 %	246 14,40 %	192 10,63 %	265 9,51 %	970 11,64 %
davon nicht weiterverlegt	599 91,87 %	1.165 84,48 %	1.462 85,60 %	1.615 89,37 %	2.521 90,49 %	7.362 88,36 %
davon verstorben	408 68,11 %	337 28,93 %	109 7,46 %	58 3,59 %	61 2,42 %	973 13,22 %
davon bis 7. Lebenstag	352 86,27 %	238 70,62 %	63 57,80 %	39 67,24 %	35 57,38 %	727 74,72 %
davon 8. - 28. Lebenstag	38 9,31 %	64 18,99 %	34 31,19 %	14 24,14 %	14 22,95 %	164 16,86 %
davon nach 28. Lebenstag	18 4,41 %	35 10,39 %	12 11,01 %	5 8,62 %	12 19,67 %	82 8,43 %

⁴⁶ unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Mortalität nach Gestationsalter (in vollendeten Wochen) - Sekundäraufnahmen⁴⁷

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 22 SSW	22 SSW	23 SSW	24 SSW	25 SSW	26 SSW	27 SSW	28 SSW	29 SSW	30 SSW	31 SSW	≥ 32 SSW
Bund (gesamt)												
Gesamt	186 100,00 %	244 100,00 %	411 100,00 %	573 100,00 %	654 100,00 %	793 100,00 %	872 100,00 %	1.058 100,00 %	1.111 100,00 %	1.047 100,00 %	848 100,00 %	1.407 100,00 %
Sekundäraufnahmen	0 0,00 %	18 7,38 %	57 13,87 %	78 13,61 %	74 11,31 %	117 14,75 %	102 11,70 %	91 8,60 %	98 8,82 %	68 6,49 %	62 7,31 %	107 7,60 %
davon verstorben	0 -	≤3 x %	5 8,77 %	4 5,13 %	≤3 x %	5 4,27 %	6 5,88 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	6 5,61 %
davon weiterverlegt	0 -	9 50,00 %	33 57,89 %	39 50,00 %	30 40,54 %	39 33,33 %	31 30,39 %	21 23,08 %	24 24,49 %	19 27,94 %	11 17,74 %	23 21,50 %
davon nicht weiterverlegt	0 -	9 50,00 %	24 42,11 %	39 50,00 %	44 59,46 %	78 66,67 %	71 69,61 %	70 76,92 %	74 75,51 %	49 72,06 %	51 82,26 %	84 78,50 %
davon verstorben	0 -	≤3 x %	5 20,83 %	4 10,26 %	≤3 x %	5 6,41 %	6 8,45 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	6 7,14 %
davon bis 7. Lebenstag	0 -	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %
davon 8. - 28. Lebenstag	0 -	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	0 0,00 %	≤3 x %
davon nach 28. Lebenstag	0 -	≤3 x %	4 80,00 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	0 0,00 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %

⁴⁷ unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"

Mortalität nach Geburtsgewicht - Sekundäraufnahmen⁴⁸

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Spaltenkollektiv.

	< 500 g	500 - 749 g	759 - 999 g	1000 - 1249 g	1250 - 1499 g	Gesamt
Bund (gesamt)						
Gesamt	710 100,00 %	1.578 100,00 %	1.925 100,00 %	2.004 100,00 %	2.987 100,00 %	9.204 100,00 %
Sekundäraufnahmen	58 8,17 %	199 12,61 %	217 11,27 %	197 9,83 %	201 6,73 %	872 9,47 %
davon verstorben	8 13,79 %	10 5,03 %	7 3,23 %	7 3,55 %	5 2,49 %	37 4,24 %
davon weiterverlegt	27 46,55 %	101 50,75 %	59 27,19 %	45 22,84 %	47 23,38 %	279 32,00 %
davon nicht weiterverlegt	31 53,45 %	98 49,25 %	158 72,81 %	152 77,16 %	154 76,62 %	593 68,00 %
davon verstorben	8 25,81 %	10 10,20 %	7 4,43 %	7 4,61 %	5 3,25 %	37 6,24 %
davon bis 7. Lebenstag	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	8 21,62 %
davon 8. - 28. Lebenstag	0 0,00 %	≤3 x %	4 57,14 %	≤3 x %	≤3 x %	10 27,03 %
davon nach 28. Lebenstag	6 75,00 %	6 60,00 %	≤3 x %	≤3 x %	≤3 x %	19 51,35 %

⁴⁸ unter Ausschluss von Kindern mit Aufnahmestatus "sonstiges"