

QS-Verfahren *Perinatalmedizin*

Bundesqualitätsbericht 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Perinatalmedizin*. Bundesqualitätsbericht 2024

Ansprechpersonen Dr. Stefanie Schill, Diana Münch

Datum der Abgabe 15. August 2024

Datum aktualisierte Abgabe 11. Oktober 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabellenverzeichnis..... | 5 |
| Abkürzungsverzeichnis | 7 |
| Vorbemerkung | 8 |
| Geburtshilfe | 9 |
| 1 Hintergrund | 10 |
| 2 Einordnung der Ergebnisse..... | 13 |
| 2.1 Datengrundlage | 13 |
| 2.2 Risikoadjustierung | 14 |
| 2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren..... | 16 |
| 2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens | 21 |
| 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen | 24 |
| 3.1 Hintergrund..... | 24 |
| 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren | 24 |
| 3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) | 35 |
| 4 Evaluation..... | 41 |
| 5 Fazit und Ausblick | 42 |
| Neonatologie | 44 |
| 1 Hintergrund | 45 |
| 2 Einordnung der Ergebnisse..... | 49 |
| 2.1 Datengrundlage | 49 |
| 2.2 Risikoadjustierung | 50 |
| 2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren..... | 51 |
| 2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens | 56 |
| 3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen | 64 |
| 3.1 Hintergrund..... | 64 |
| 3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren | 64 |
| 3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung) | 73 |

| | | |
|---|--------------------------|----|
| 4 | Evaluation..... | 83 |
| 5 | Fazit und Ausblick | 86 |
| | Literatur | 89 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – PM-GEBH | 11 |
| Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – PM-GEBH | 12 |
| Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024) – PM-GEBH..... | 14 |
| Tabelle 4: Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – PM-GEBH | 14 |
| Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – PM-GEBH..... | 16 |
| Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – PM-GEBH | 19 |
| Tabelle 7: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – PM-GEBH..... | 22 |
| Tabelle 8: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – PM-GEBH | 23 |
| Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH | 25 |
| Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – PM-GEBH | 28 |
| Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – PM-GEBH | 32 |
| Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – PM-GEBH | 34 |
| Tabelle 13: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH | 35 |
| Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – PM-GEBH | 37 |
| Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – PM-GEBH | 39 |
| Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – PM-GEBH | 40 |
| Tabelle 17: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – PM-NEO | 46 |
| Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – PM-NEO..... | 48 |
| Tabelle 19: Datengrundlage (AJ 2024) – PM-NEO | 49 |
| Tabelle 20: Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – PM-NEO | 50 |
| Tabelle 21: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – PM-NEO..... | 52 |
| Tabelle 22: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – PM-NEO | 55 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 23: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – PM-NEO | 57 |
| Tabelle 24: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – PM-NEO | 59 |
| Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO | 65 |
| Tabelle 26: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – PM-NEO | 68 |
| Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – PM- NEO | 71 |
| Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – PM-NEO | 73 |
| Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO | 74 |
| Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – PM-NEO | 76 |
| Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – PM- NEO | 80 |
| Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – PM-NEO | 82 |

Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Bedeutung |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AJ | Auswertungsjahr |
| BPD | Bronchopulmonale Dysplasie |
| 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 der beobachteten zur 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>Neonatologie</i> |
| PVL | Periventrikuläre Leukomalazie |
| QI | Qualitätsindikator |
| QS | Qualitätssicherung |
| QS PM | QS-Verfahren <i>Perinatalmedizin</i> |
| QSEB | Qualitätssicherungsergebnisbericht |
| ROP | Frühgeborenenretinopathie (<i>retinopathy of prematurity</i>) |
| SIP | Singuläre intestinale Perforation |
| STNV | Stellungnahmeverfahren |

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Perinatalmedizin (QS PM)* wird seit dem Erfassungsjahr (EJ) 2021 unter DeQS-RL 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.

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.

Qualitätsindikatoren

Die 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 die 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 ein gestörter Säure-Basen-Status (Azidose) 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 Krankenhaus geboren wurden, das für ihre Krankheitsschwere und den Grad der Unreife geeignet ist (IDs 182010, 182011 und 182014). Außerdem wird die regelhafte Behandlung der Mutter mit Kortikosteroiden 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, über 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.

Die 4 Qualitätsindikatoren „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045), „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058), „Anwesenheit eines Pädiateurs bei Frühgeburten“ (ID 318) sowie „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) haben eine spezielle Funktion im Verfahren QS PM. Sie fungieren seit dem Erfassungsjahr 2017 auch als planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. April 2024 werden für den Zeitraum vom 18. April 2024 bis zum 31. Dezember 2025 die relevanten Verfahrensschritte der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ § 7, 9, 10, 11, 13 und 17 plan. QI-RL)¹ ausgesetzt (G-BA 2024). Infolgedessen wurden die für das Erfassungsjahr 2023 vorliegenden Daten nicht ausgewertet.

Im Auswertungsmodul PM-GEBH werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 10 Qualitätsindikatoren und 4 Transparenzkennzahlen ausgewiesen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – PM-GEBH

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Datenquelle | Erfassungsjahr |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| 330 | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 50045 | Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung | QS-Dokumentation | 2023 |
| 52249 | Kaiserschnittgeburt | QS-Dokumentation | 2023 |
| 1058 | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten | QS-Dokumentation | 2023 |
| Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung | | | |
| 321 | Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 51397 | Azidose bei reifen Einlingen* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 51831 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen | QS-Dokumentation | 2023 |
| 318 | Anwesenheit eines Pädiateurs bei Frühgeburten | QS-Dokumentation | 2023 |
| 51803 | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen | QS-Dokumentation | 2023 |
| 181800 | Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV* | QS-Dokumentation | 2023 |

¹ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am: 04.07.2024).

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Datenquelle | Erfassungsjahr |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| 331 | Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt | QS-Dokumentation | 2023 |
| 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 | 2023 |
| 182011 | Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | QS-Dokumentation | 2023 |
| 182014 | Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | QS-Dokumentation | 2023 |

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

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

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – *PM-GEBH*

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

Für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 630 entlassenden Standorten 663.977 QS-Datensätze inklusive 421 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze bzw. entlassenden Standorte auf Bundesebene unterscheidet sich von der Anzahl der erwarteten Datensätze bzw. entlassenden Standorte auf Bundesebene.

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zum Erfassungsjahr 2023 insgesamt weniger Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben.

Im Erfassungsjahr 2023 gab es im Auswertungsmodul *PM-GEBH* 9 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik. Es wurden Basisdatensätze von insgesamt 663.556 Patientinnen und Patienten erfasst. Dies ist ein Rückgang um 6,23 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 707.621; EJ 2021: 757.644). Bereits vom Erfassungsjahr 2021 (757.644) zum Erfassungsjahr 2022 wurde ein Rückgang der stationär durchgeführten Geburten um 6,60 % verzeichnet. Vonseiten des Expertengremiums auf Bundesebene werden eine unsichere Lebenslage aufgrund der Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie und der Krieg in der Ukraine sowie eine zunehmend schlechtere Vereinbarung von Familie und Beruf als Gründe für den Rückgang genannt. Auch wird darauf hingewiesen, dass die Anzahl der Frauen im gebärfähigem Alter im Rahmen der demographischen Entwicklung abgenommen hat.

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 2023 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024) - PM-GEBH

| | | Erfassungsjahr 2023 | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------|----------|---------------------|
| | | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit in % |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS | 663.977 663.556 421 | 662.971 | 100,15 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 624 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 630 | 626 | 100,64 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene Bund (gesamt) | 587 | 583 | 100,69 |

2.2 Risikoadjustierung

Im Erfassungsjahr 2023 werden im Auswertungsmodul *PM-GEBH* 3 Qualitätsindikatoren und 2 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 auf 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 2024) - PM-GEBH

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Methode der Risikoadjustierung | Potenzielle Einflussfaktoren im Risikoadjustierungsmodell |
|-------|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 52249 | Kaiserschnittgeburt | Logistische Regression (O/E) | Befunde im Mutterpass Geburtsrisiko Mehrlingsschwangerschaft |

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Methode der Risikoadjustierung | Potenzielle Einflussfaktoren im Risikoadjustierungsmodell |
|-------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 51397 | Azidose bei reifen Einlingen* | Logistische Regression (O/E) | Adipositas Geburtsgewicht des Kindes Geburtsrisiko Fehlbildungen vorausgegangene Totgeburt Gestationsdiabetes/Diabetes Alter der Mutter Vorsorgeuntersuchung |
| 51831 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen | Logistische Regression (O/E) | Geburtsrisiko Gestationsalter Fehlbildung Adipositas Vorsorgeuntersuchung |
| 51803 | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen | Logistische Regression (O/E) | 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 ▪ Vorausgegangene Totgeburt ▪ Gestationsdiabetes/Diabetes ▪ Alter der Mutter Ebene 4 (pH): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestationsalter ▪ Geburtsrisiko ▪ Fehlbildung |

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

* Transparenzkennzahl

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

In Tabelle 5 werden die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Auswertungsmoduls *PM-GEBH* unter Angabe des Bundesergebnisses (und des Referenzbereichs bei Qualitätsindikatoren) dargestellt. Zusätzlich werden die Vorjahresergebnisse und die Vergleichbarkeit zum Vorjahr in der Tabelle ausgewiesen. Im Erfassungsjahr 2023 wurden insgesamt 10 Qualitätsindikatoren und 4 Transparenzkennzahlen dargestellt.

Die Bundesergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Auswertungsmoduls *PM-GEBH* deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität hin. Ein Großteil der Bundesergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich verschlechtert bzw. verbessert.

Tabelle 5: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - *PM-GEBH*

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Bundes- ergebnis AJ 2023 | Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich) | Vergleich- barkeit zum Vorjahr |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 330 | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen* | 96,80 % O = 6.269 N = 6.476 | 95,27 % O = 6.105 N = 6.408 | vergleichbar |
| 50045 | Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung | 99,01 % O = 226.814 N = 229.072 | 98,95 % O = 217.048 N = 219.354 (≥ 90,00 %) | vergleichbar |

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Bundes- ergebnis AJ 2023 | Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich) | Vergleich- barkeit zum Vorjahr |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 52249 | Kaiserschnittgeburt | 1,03 O/E = 227.352 / 219.725,90 N = 702.514 | 1,05 O/E = 217.652 / 207.736,34 N = 658.823 (≤ 1,28; 90. Perzentil) | eingeschränkt vergleichbar |
| 1058 | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten | 0,21 % O = 20 N = 9.745 | 0,25 % O = 22 N = 8.920 (Sentinel Event) | vergleichbar |
| Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung | | | | |
| 321 | Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)* | 0,23 % O = 1.468 N = 642.482 | 0,25 % O = 1.484 N = 603.338 | vergleichbar |
| 51397 | Azidose bei reifen Einlingen* | 0,97 O/E = 1.468 / 1.510,96 N = 642.482 | 1,04 O/E = 1.484 / 1.421,62 N = 603.338 | eingeschränkt vergleichbar |
| 51831 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen | 1,06 O/E = 301 / 284,33 N = 39.637 | 1,03 O/E = 281 / 273,75 N = 37.130 (≤ 4,46; 95. Perzentil) | eingeschränkt vergleichbar |
| 318 | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten | 96,85 % O = 21.063 N = 21.749 | 96,98 % O = 19.426 N = 20.031 (≥ 90,00 %) | vergleichbar |
| 51803 | Qualitätsindex zum kritischen Out- come bei Reifgeborenen | 1,01 O/E = 4.671 / 4.646,21 N = 658.350 | 1,03 O/E = 4.505 / 4.364,95 N = 617.518 (≤ 2,32) | eingeschränkt vergleichbar |
| 181800 | Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV* | 0,89 O/E = 543 / 611,91 N = 474.861 | 0,78 O/E = 444 / 570,04 N = 440.942 | eingeschränkt vergleichbar |

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Bundes- ergebnis AJ 2023 | Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich) | Vergleich- barkeit zum Vorjahr |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 331 | Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt | 0,00 % O = 30 N = 707.621 | 0,00 % O = 21 N = 663.556 (Sentinel Event) | 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 % O = 138 N = 70.771 | 0,14 % O = 93 N = 65.586 (Sentinel Event) | vergleichbar |
| 182011 | Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 2,95 % O = 2.415 N = 81.972 | 2,71 % O = 2.088 N = 77.051 (≤ 4,77 %; 95. Perzentil) | vergleichbar |
| 182014 | Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 9,20 % O = 21.264 N = 231.214 | 8,79 % O = 17.813 N = 202.551 (≤ 12,02 %; 95. Perzentil) | vergleichbar |

* Transparenzkennzahl

In Tabelle 6 ist für alle Qualitätsindikatoren im Auswertungsmodul *PM-GEBH* der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2023 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 6: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – PM-GEBH

| ID | Indikator | Erfassungsjahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|
| | | | Anzahl | Anteil (%) | davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig |
| 50045 | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung | 2022 | 2 von 640 | 0,31 | 1 |
| | | 2023 | 3 von 619 | 0,48 | 0 |
| 52249 | Kaiserschnittgeburt | 2022 | 72 von 649 | 11,09 | 33 |
| | | 2023 | 64 von 624 | 10,26 | 31 |
| 1058 | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten | 2022 | 19 von 609 | 3,12 | - |
| | | 2023 | 22 von 593 | 3,71 | 3 |
| 51831 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen | 2022 | 31 von 627 | 4,94 | 4 |
| | | 2023 | 32 von 610 | 5,25 | 5 |
| 318 | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten | 2022 | 87 von 447 | 19,46 | 31 |
| | | 2023 | 71 von 423 | 16,78 | 17 |
| 51803 | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen | 2022 | 17 von 644 | 2,64 | 5 |
| | | 2023 | 30 von 622 | 4,82 | 1 |
| 331 | Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt | 2022 | - | - | - |
| | | 2023 | 21 von 624 | 3,37 | - |
| 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 | 2022 | - | - | - |
| | | 2023 | 41 von 77 | 53,25 | - |
| 182011 | Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 2022 | - | - | - |
| | | 2023 | 6 von 134 | 4,48 | - |
| 182014 | Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen | 2022 | - | - | - |
| | | 2023 | 24 von 329 | 7,29 | - |

Änderungen an den Qualitätsindikatoren/Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr

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

Die Transparenzkennzahlen zur „Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe“ (IDs 182010, 182011 und 182014) wurden nach Sichtung erster Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 ebenso in Qualitätsindikatoren überführt. Die Qualitätsindikator 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 Qualitätsindikatoren 182011 und 182014 werden mit einem perzentilbasierten Referenzbereich (≤ 95 . Perzentil) dargestellt.

Aufgrund einer möglichen Fehlsteuerung hat der G-BA beschlossen, den Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330) in der plan. QI-RL für das Erfassungsjahr 2022 und in der DeQS-RL für das Erfassungsjahr 2023 auszusetzen. In der DeQS-RL wird der Qualitätsindikator für das Erfassungsjahr 2023 als Transparenzkennzahl dargestellt. Die Operationalisierung dieser Transparenzkennzahl kann aufgrund der fehlenden Abbildung der Kortikosteroidgabe im optimalen Zeitfenster und zum korrekten Gestationsalter sowie der fehlenden Berücksichtigung der Indikation zur Gabe als ungenügend betrachtet werden.

Auch der Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ (ID 181800) wird seit 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, den Qualitätsindex als eine Transparenzkennzahl auszuweisen.

Im Folgenden werden die Qualitätsindikatoren näher beschrieben, bei denen sich das Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr relevant verändert hat.

Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt (ID 331)

Als Qualitätsziel des Qualitätsindikators soll die Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt gering sein. Im Erfassungsjahr 2023 wurden in diesem Sentinel-Event-Qualitätsindikator auf Bundesebene 21 Fälle (0,00 %) identifiziert. Im Erfassungsjahr 2022 waren es 30 Fälle (0,00 %). Das Bundesergebnis hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 9 Fälle verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt bei 3,37 % (EJ 2023). Da die „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (ID 331) zum Erfassungsjahr 2022 als Transparenzkennzahl ohne Referenzbereich ausgewiesen wurde, ist ein Vorjahresvergleich der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht möglich.

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

Als Qualitätsziel des Qualitätsindikators sollen Geburten in der adäquaten Versorgungsstufe durchgeführt werden. Im Erfassungsjahr 2023 wurden in diesem Sentinel-Event-Qualitätsindikator auf Bundesebene 93 Fälle (0,14 %) identifiziert. Im Erfassungsjahr 2022 waren es 138 Fälle (0,19 %). Somit verbesserte sich das Bundesergebnis im Vergleich zum Vorjahr um 45 Fälle. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt bei 53,25 % (EJ 2023). Da der jetzige Qualitätsindikator „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182010) zum Erfassungsjahr 2022 noch als Transparenzkennzahl ohne Referenzbereich ausgewiesen wurde, ist ein Vorjahresvergleich der rechnerisch auffälligen Ergebnisse nicht möglich. Insgesamt kann bei den Qualitätsindikatoren zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe (IDs 182010, 182011 und 182014) eine Verbesserung der Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr festgestellt werden.

Kaiserschnittgeburt (ID 52249)

Als Qualitätsziel des Qualitätsindikators sollen selten Kaiserschnittgeburten durchgeführt werden. Im Erfassungsjahr 2023 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators bei 1,05. Bei diesem Qualitätsindikator ist insbesondere relevant, dass sich das Bundesergebnis über die Jahre kontinuierlich verschlechtert hat (EJ 2020: 1,01; EJ 2021: 1,02; EJ 2022: 1,03). Auch der Anteil an Kaiserschnittgeburten (nicht adjustiert) hat sich in den letzten Jahren stetig erhöht (EJ 2021: 31,74; EJ 2022: 32,36 %; EJ 2023: 33,04 %).

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit dargestellt. Es weisen von insgesamt 643 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 72 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden ebenfalls 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und ebenfalls 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit erhoben.

In Tabelle 7 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Die Bundesergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 der Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls *PM-GEBH* haben sich im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich verändert.

Da es darüber hinaus keine Besonderheiten oder auffälligen Ergebnisse bei den Auffälligkeitskriterien gibt, wird nachfolgend auf eine detaillierte Ergebnisdarstellung verzichtet.

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) - *PM-GEBH*

| ID | Auffälligkeitskriterium | Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich) |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit | | |
| 850318 | Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten | 0,48 % 43/8.920 (= 0) |
| 850224 | Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess | 0,78 % 4.781/616.818 (≤ 2,44 %; 95. Perzentil) |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit | | |
| 850081 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | 100,15 % 663.977/662.971 (≥ 95,00 %) |
| 850082 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | 100,15 % 663.977/662.971 (≤ 110,00 %) |
| 850226 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | 0,06 % 421/662.971 (≤ 5,00 %) |

Tabelle 8 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden.

Tabelle 8: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – 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 | 2023 | 32 von 593 | 5,40 | 10 |
| 850224 | 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 | 2023 | 30 von 622 | 4,82 | 13 |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit | | | | | | |
| 850081 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | 2023 | 12 von 626 | 1,92 | 0 |
| 850082 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | 2023 | 4 von 626 | 0,64 | 0 |
| 850226 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | 2023 | 0 von 626 | 0,00 | 0 |

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 2023 dar, die sich auf die Erfassungsjahre 2022 bezogen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. 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.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2022 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 4.535 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 der plan. QI-RL zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Für das Erfassungsjahr 2022 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 9 wiedergegeben, lagen bei 312 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse vor. Davon wurden bei 72 rechnerischen Auffälligkeiten keine Ergebnisse im Rahmen des QSEB übermittelt. Somit lagen insgesamt 240 QSEB-Datensätze vor. Zu 186 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 70 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (QSEB-Datensätze) einem Anteil von 29,17 % entspricht (n = 70 von 240). Bei 26 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (QSEB-Datensätze), die im Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, beträgt für das Erfassungsjahr 2022 39,58 % (n = 95 von 240). Im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2022 war bei 4,58 % (n = 11 von

240) aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich.

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH

| | Auswertungsjahr 2022 | | Auswertungsjahr 2023 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|----------------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Indikatorenergebnisse des Auswertungsmoduls | 4.638 | - | 4.535 | - |
| Indikatorenergebnisse des Auswertungsmoduls mit definiertem Referenzbereich | 4.638 | 100 | 4.535 | 100 |
| Rechnerisch auffällige Ergebnisse | 338 | 7,29 | 312 | 6,88 |
| davon ohne QSEB-Übermittlung | 106 | 31,36 | 72 | 23,08 |
| Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze) | 232 | 100 | 240 | 100 |
| rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3) | 232 | 100 | 240 | 100 |
| andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Stellungnahmeverfahren | | | | |
| kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 45 | 19,40 | 54 | 22,50 |
| Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 188 | 81,03 | 186 | 77,50 |
| schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 188 | 100 | 186 | 100 |
| Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 6 | 3,19 | 2 | 1,08 |
| Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice) | | | | |
| Bewertung als qualitativ unauffällig | 112 | 48,28 | 95 | 39,58 |
| Bewertung als qualitativ auffällig | 56 | 24,14 | 70 | 29,17 |
| Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation | 12 | 5,17 | 11 | 4,58 |
| Sonstiges | 8 | 3,45 | 10 | 4,17 |

| | Auswertungsjahr 2022 | | Auswertungsjahr 2023 | |
|-------------------------------------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen | | | | |
| Maßnahmenstufe 1* | 20 | n. a. | 26 | n. a. |
| Maßnahmenstufe 2 | 0 | n. a. | 0 | n. a. |

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

In Tabelle 10 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 zu den Qualitätsindikatoren „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249; n = 72), „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330; n = 53) und „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318; n = 34) 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 = 8 von 14; 57,14 %), „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249; n = 40 von 72; 55,56 %) und „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318; n = 6 von 34; 17,65 %) ermittelt.

Insbesondere beim Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249) hat sich der Anteil der als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr von 38,57 % (n = 27 von 70) auf 55,56 % erhöht (n = 40 von 72). Hinsichtlich dieses Qualitätsindikators wurden vonseiten der LAG Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel sowie Probleme bei der Indikationsstellung als Gründe für die qualitativ auffälligen Ergebnisse genannt. Unter ergänzender Berücksichtigung der Ergebnisse der Robson-Klassifikation zeigten sich Mängel insbesondere bei reifgeborenen Einlingen, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (Robson-Score 1), per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (Robson-Score 2) sowie per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio und ohne spontane Wehen in Schädellage (Robson-Score 4) geboren wurden. Als weitere Gründe für qualitativ auffällige Bewertungen wurden eine mangelnde Kommunikation mit den Belegärztinnen und Belegärzten zum Thema Kaiserschnittgeburt, mangelndes geburts-hilfliches Fachwissen bezüglich spontaner Geburten sowie keine ausreichenden Bemühungen um eine adäquate Kaiserschnitttrate genannt.

Zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) wurden in den Rückmeldungen der Bundesländer zum Stellungnahmeverfahren als Gründe für

qualitativ auffällige Ergebnisse vor allem Prozessmängel im geburtshilflichen Management sowie unzureichender Handlungsdrang wie z. B. eine anhaltende fetale Bradykardie angegeben.

Beim Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) weisen die LAG vor allem auf Prozess- und Strukturmängel hin. Qualitative Auffälligkeiten werden hauptsächlich in Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV ohne angeschlossene Kinderklinik identifiziert. Hierbei handelt 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.

Zu den Qualitätsindikatoren „Azidose bei frühgeborenen Einlingen“ (ID 51831; n = 19 von 31; 61,29 %), „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318; n = 19 von 34; 55,88 %), und „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330; n = 23 von 53; 43,40 %) fanden sich für das Erfassungsjahr 2022 die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig.

Die höchsten Anteile an Dokumentationsfehlern, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, wurden für das Erfassungsjahr 2022 in den Qualitätsindikatoren „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045; n = 1 von 1; 100,00 %) und „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330; n = 6 von 53; 11,32 %) ermittelt. Der hohe Anteil an Dokumentationsfehlern beim Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330) bezog sich nach Rückmeldungen der Bundesländer zum Stellungnahmeverfahren auf eine unvollständige oder falsche Dokumentation. Nähere Angaben hierzu erfolgten nicht.

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – PM-GEBH

| 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 |
| 330 | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen | 53 / 279 (19,00 %) | 19 | 0 / 53 (0,00 %) | 0 / 279 (0,00 %) | 23 / 53 (43,40 %) | 23 / 279 (8,24 %) | 4 / 53 (7,55 %) | 4 / 279 (1,43 %) | 6 / 53 (11,32 %) | 6 / 279 (2,15 %) | 1 / 53 (1,89 %) | 1 / 279 (0,36 %) |
| 50045 | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittbindung | 1 / 640 (0,16 %) | 0 | 0 / 1 (0,00 %) | 0 / 640 (0,00 %) | 0 / 1 (0,00 %) | 0 / 640 (0,00 %) | 0 / 1 (0,00 %) | 0 / 640 (0,00 %) | 1 / 1 (100,00 %) | 1 / 640 (0,16 %) | 0 / 1 (0,00 %) | 0 / 640 (0,00 %) |
| 52249 | Kaiserschnittgeburt | 72 / 649 (11,09 %) | 8 | 0 / 72 (0,00 %) | 0 / 649 (0,00 %) | 18 / 72 (25,00 %) | 18 / 649 (2,77 %) | 40 / 72 (55,56 %) | 40 / 649 (6,16 %) | 0 / 72 (0,00 %) | 0 / 649 (0,00 %) | 6 / 72 (8,33 %) | 6 / 649 (0,92 %) |

| 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 |
| 1058 | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten | 4 / 609 (0,66 %) | 2 | 0 / 4 (0,00 %) | 0 / 609 (0,00 %) | 1 / 4 (25,00 %) | 1 / 609 (0,16 %) | 0 / 4 (0,00 %) | 0 / 609 (0,00 %) | 1 / 4 (25,00 %) | 1 / 609 (0,16 %) | 0 / 4 (0,00 %) | 0 / 609 (0,00 %) |
| 51831 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen | 31 / 627 (4,94 %) | 3 | 0 / 31 (0,00 %) | 0 / 627 (0,00 %) | 19 / 31 (61,29 %) | 19 / 627 (3,03 %) | 8 / 31 (25,81 %) | 8 / 627 (1,28 %) | 0 / 31 (0,00 %) | 0 / 627 (0,00 %) | 1 / 31 (3,23 %) | 1 / 627 (0,16 %) |
| 318 | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten | 34 / 447 (7,61 %) | 5 | 0 / 34 (0,00 %) | 0 / 447 (0,00 %) | 19 / 34 (55,88 %) | 19 / 447 (4,25 %) | 6 / 34 (17,65 %) | 6 / 447 (1,34 %) | 3 / 34 (8,82 %) | 3 / 447 (0,67 %) | 1 / 34 (2,94 %) | 1 / 447 (0,22 %) |
| 51803 | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen | 14 / 644 (2,17 %) | 1 | 0 / 14 (0,00 %) | 0 / 644 (0,00 %) | 4 / 14 (28,57 %) | 4 / 644 (0,62 %) | 8 / 14 (57,14 %) | 8 / 644 (1,24 %) | 0 / 14 (0,00 %) | 0 / 644 (0,00 %) | 1 / 14 (7,14 %) | 1 / 644 (0,16 %) |

| 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 |
| 181800 | Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV | 31 / 640 (4,84 %) | 16 | 0 / 31 (0,00 %) | 0 / 640 (0,00 %) | 11 / 31 (35,48 %) | 11 / 640 (1,72 %) | 4 / 31 (12,90 %) | 4 / 640 (0,62 %) | 0 / 31 (0,00 %) | 0 / 640 (0,00 %) | 0 / 31 (0,00 %) | 0 / 640 (0,00 %) |

In Tabelle 11 werden alle Qualitätsindikatoren mit wiederholt rechnerischen und wiederholt qualitativen Auffälligkeiten in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS PM erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ kein Ergebnis ausgegeben werden.

Bis auf die Qualitätsindikatoren „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045) und „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058) waren in allen Qualitätsindikatoren Leistungserbringer wiederholt zum Vorjahr rechnerisch auffällig. Von diesen haben 9 Leistungserbringer im Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249), 2 Leistungserbringer im Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) und ein Leistungserbringer im Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ (ID 181800) fehlerhaft dokumentiert und wiesen somit auch eine zum Vorjahr wiederholte qualitative Auffälligkeit auf.

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – PM-GEBH

| ID | Qualitätsindikator | auffällige Ergebnisse (ohne Best practice) | | | qualitativ auffällige Ergebnisse | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis | Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis |
| 330 | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen | 53 | 10 | - | 4 | 0 | - |
| 50045 | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittbindung | 1 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| 52249 | Kaiserschnittgeburt | 72 | 33 | - | 40 | 9 | - |
| 1058 | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten | 4 | 0 | - | 0 | 0 | - |
| 51831 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen | 31 | 4 | - | 8 | 0 | - |
| 318 | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten | 34 | 2 | - | 6 | 0 | - |

| ID | Qualitätsindikator | auffällige Ergebnisse (ohne Best practice) | | | qualitativ auffällige Ergebnisse | | |
|--------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis | Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis |
| 51803 | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen | 14 | 3 | - | 8 | 2 | - |
| 181800 | Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV | 31 | 2 | - | 4 | 1 | - |

In Tabelle 12 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul *PM-GEBH* dargestellt. Insgesamt wiesen 33 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 3 Leistungserbringern wurden 3 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. 2 Leistungserbringer wiesen 2 qualitative Auffälligkeiten auf.

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – *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 |
| 165 | 33 | 3 | 66 | 2 | 0 |

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

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

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul PM-GEBH insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 3.205 Auffälligkeitskriterienenergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 13 wiedergegeben, wurden 83 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 56 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 27-mal wurde kein Stellungnahmeverfahrens eingeleitet. Alle Stellungnahmen wurden schriftlich durchgeführt, zu keinem Ergebnis fand ein Gespräch oder eine Begehung statt. Es wurden 35 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 83) einem Anteil von 42,17 % und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 62,50 % entspricht. Es wurden 18 Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 83) einem Anteil von 21,69 % und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen einen Anteil von 32,14 % entspricht. Bei 2 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Tabelle 13: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH

| | Auswertungsjahr 2023 | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|
| | Anzahl | % |
| AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens | 3.205 | 100 |
| Rechnerisch auffällige Ergebnisse | 83 | 2,59 |
| davon ohne QSEB-Übermittlung | 0 | 0 |
| Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze) | 83 | 100 |
| Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4) | 0 | 0 |
| Stellungnahmeverfahren | | |
| kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 27 | 32,53 |
| Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 56 | 67,47 |
| schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 56 | 100 |
| Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 0 | 0 |
| Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 0 | 0 |

| | Auswertungsjahr 2023 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|
| | Anzahl | % |
| Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen | 0 | 0 |
| Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice) | | |
| Bewertung als qualitativ unauffällig | 18 | 21,69 |
| Bewertung als qualitativ auffällig | 35 | 42,17 |
| Sonstiges | 3 | 3,61 |
| Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen | | |
| Maßnahmenstufe 1* | 2 | n. a. |
| Maßnahmenstufe 2 | 0 | n. a. |

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

In Tabelle 14 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 „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) ermittelt (n = 37 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 609 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 6,08 %). Beim Auffälligkeitskriterium „Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) waren es 4,82 % (n = 31 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 643 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium).

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Auffälligkeitskriterium „Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess (ID 850224) festgestellt (51,61 %; n = 16 von 31). Der höchste Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen wurde im Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) ermittelt (35,14 %; n = 13 von 37).

Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) - PM-GEBH

| ID | Auffälligkeitskriterium | auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (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 | 37 / 609 (6,08 %) | 13 | 0 / 37 (0,00 %) | 0 / 609 (0,00 %) | 13 / 37 (35,14 %) | 13 / 609 (2,13 %) | 11 / 37 (29,73 %) | 11 / 609 (1,81 %) | 0 / 37 (0,00 %) | 0 / 609 (0,00 %) |
| 850224 | Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess | 31 / 643 (4,82 %) | 8 | 0 / 31 (0,00 %) | 0 / 643 (0,00 %) | 5 / 31 (16,13 %) | 5 / 643 (0,78 %) | 16 / 31 (51,61 %) | 16 / 643 (2,49 %) | 2 / 31 (6,45 %) | 2 / 643 (0,31 %) |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit | | | | | | | | | | | |
| 850081 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | 9 / 653 (1,38 %) | 3 | 0 / 9 (0,00 %) | 0 / 653 (0,00 %) | 0 / 9 (0,00 %) | 0 / 653 (0,00 %) | 5 / 9 (55,56 %) | 5 / 653 (0,77 %) | 1 / 9 (11,11 %) | 1 / 653 (0,15 %) |
| 850082 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | 6 / 653 (0,92 %) | 3 | 0 / 6 (0,00 %) | 0 / 653 (0,00 %) | 0 / 6 (0,00 %) | 0 / 653 (0,00 %) | 3 / 6 (50,00 %) | 3 / 653 (0,46 %) | 0 / 6 (0,00 %) | 0 / 653 (0,00 %) |
| 850226 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | 0 / 647 (0,00 %) | 0 | 0 / 0 (-) | 0 / 647 (0,00 %) | 0 / 0 (-) | 0 / 647 (0,00 %) | 0 / 0 (-) | 0 / 647 (0,00 %) | 0 / 0 (-) | 0 / 647 (0,00 %) |

In Tabelle 15 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholt rechnerischen und wiederholt qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS PM erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ kein Ergebnis ausgegeben werden.

In beiden Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen. Dabei kann ein Leistungserbringer auch in mehreren Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls PM-GEBH über den Vergleichszeitraum sowohl rechnerische als auch qualitativ auffällige Ergebnisse haben.

Beim Auffälligkeitskriterium „Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) waren von 31 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen 6 Leistungserbringer bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig; beim Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) waren von 37 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen 7 Leistungserbringer bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig.

In allen 3 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit waren Standorte wiederholt zum Vorjahr qualitativ auffällig. Beim Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) waren von 11 Leistungserbringern mit qualitativ auffälligen Ergebnissen 3 Leistungserbringer bereits im Vorjahr qualitativ auffällig; beim Auffälligkeitskriterium „Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess (ID 850224) waren von 16 Leistungserbringern mit qualitativ auffälligen Ergebnissen 3 Leistungserbringer bereits im Vorjahr qualitativ auffällig. Einer Stellungnahme einer LAG zu diesem Auffälligkeitskriterium ist hierzu zu entnehmen, dass erneut fehlenden Werte nicht in den QS-Bogen übertragen wurden, obwohl diese in der Patientenakte dokumentiert waren. Der Leistungserbringer wurde nochmals aufgefordert, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Sollte im Folgejahr keine Ergebnisverbesserung erkennbar sein, weist die Fachkommission vorsorglich darauf hin, dass dann der Abschluss einer Zielvereinbarung angeraten wird.

In den 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit gab es keine Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch oder qualitativ auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr.

Tabelle 15: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – PM-GEBH

| ID | Auffälligkeitskriterium | auffällige Ergebnisse (ohne Best practice) | | | qualitativ auffällige Ergebnisse | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis | Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis |
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit | | | | | | | |
| 850318 | Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten | 37 | 7 | - | 11 | 3 | - |
| 850224 | Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess | 31 | 6 | - | 16 | 3 | - |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit | | | | | | | |
| 850081 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | 9 | 0 | - | 5 | 0 | - |
| 850082 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | 6 | 0 | - | 3 | 0 | - |
| 850226 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | 0 | 0 | - | 0 | 0 | - |

In Tabelle 16 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten im Auswertungsmodul *PM-GEBH* dargestellt. Insgesamt wiesen 75 Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis auf, bei 4 Leistungserbringern wurden 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Ein Leistungserbringer wies 2 qualitative Auffälligkeiten auf.

Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – *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 |
| 75 | 4 | 0 | 33 | 1 | 0 |

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich des Erreichens der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft, wobei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaften) eingeholt werden.

Durch das Auswertungsmodul *PM-GEBH* sollen insbesondere qualitätsrelevanten Aspekte wie unerwünschte Ereignisse in der mütterlichen und kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden.

Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Auswertungsmoduls *PM-GEBH*:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen
- Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen
- Verringerung der Sterblichkeit

Im Weiteren ist im Auswertungsmodul *PM-GEBH* neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

Für das Erfassungsjahr 2022 haben 6 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Dem IQTIG wurde mehrfach zurückgemeldet, dass durch das Herauslösen einzelner Qualitätsindikatoren für das Plan-QI-Verfahren und eine gesonderte Bewertung zu unterschiedlichen Zeitpunkten relevante Zusammenhänge von Problemen der Struktur- und Prozessqualität mitunter verloren gingen. So erfolgte 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 würden somit zwei getrennte Prozesse mit teils unterschiedlichen Bewertungsmethodiken durchgeführt, wodurch eine Gesamtbeurteilung des betreffenden Qualitätsindikators nur einschränkt möglich sei.

In diesem Kontext ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass gemäß Beschluss des G-BA vom 18. April 2024 für den Zeitraum vom 18. April 2024 bis zum 31. Dezember 2025 einzelne Verfahrensschritte der plan. QI-RL (§ § 7, 9, 10, 11, 13 und 17) ausgesetzt sind (G-BA 2024). Infolgedessen wurden die für das Erfassungsjahr 2023 vorliegenden Daten nicht ausgewertet.

Weitere Rückmeldungen der LAG bezüglich der Fragen zur Evaluation gab es nicht.

5 Fazit und Ausblick

Im Erfassungsjahr 2023 erfolgten etwa 44.000 weniger stationär durchgeführte Geburten (663.556) als noch im Vorjahr (EJ 2022: 707.621). Dies ist ein Rückgang um 6,23 % im Vergleich zum Vorjahr

Änderungen an den Rechenregeln der bestehenden Qualitätsindikatoren bzw. Transparenzkennzahlen gab es keine. Die Transparenzkennzahlen „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (ID 331) und zur „Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe“ (IDs 182010, 182011 und 182014) wurden zum Erfassungsjahr 2023 als Qualitätsindikatoren in die DeQS-RL eingeführt. Der Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330) sowie der Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV“ (ID 181800) werden seit dem Erfassungsjahr 2023 als Transparenzkennzahlen in der DeQS-RL ausgewiesen.

Die Versorgungssituation im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wird überwiegend als gut bzw. sehr gut erachtet. Qualitätsdefizite, gemessen am Anteil qualitativ auffälliger Ergebnisse bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, werden weiterhin bei den Qualitätsindikatoren „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803; n = 8 von 14; 57,14 %), „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249; n = 40 von 72; 55,56 %) und „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318; n = 6 von 34; 17,65 %) ermittelt. Insbesondere beim Qualitätsindikator „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249) hat sich der Anteil der als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr von 38,57 % (n = 27 von 70) auf 55,56 % erhöht (n = 40 von 72). Dies weist auf ein weiterhin bestehendes Qualitätsdefizit hin.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 (G-BA 2023) beauftragte der G-BA das IQTIG, die QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*, *Cholezystektomie (QS CHE)*, *Nierenersatztherapie (QS NET)*, *Transplantationsmedizin (QS TX)*, *Perinatalmedizin (QS PM)* und *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten QS-Verfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Abschlussbericht wird am 14. März 2025 dem G-BA übergeben. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung der Empfehlungen vorgesehen.

Die seit Langem angestrebte Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung wurde im Rahmen eines Weiterentwicklungsprojekts mit Blick auf die technische Machbarkeit analysiert. Die Ergebnisse wurden 2020 in einem Abschlussbericht dargelegt (IQTIG 2020a, IQTIG 2020b). Seitdem wurde die Möglichkeit zur Verknüpfung der Daten der Auswertungsmodule *PM-GEBH* und *PM-NEO* kontinuierlich weiter ausgearbeitet und verbessert. Zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) sollen nun erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten

basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet und für Qualitätsverbesserungen nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Dieser Einbezug mehrerer an der Behandlung des Kindes beteiligter Leistungserbringer wird einen Schwerpunkt der Erprobungsphase darstellen. Sofern sich die beiden Follow-up-Indikatoren im Rahmen der Erprobungsphase bewähren, können diese in den Regelbetrieb eingeführt werden und es können ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten (IQTIG 2020a, IQTIG 2020b) zur Einführung empfohlen werden.

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 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, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* bezieht sich auf diese Hochrisikogruppe.

Qualitätsindikatoren

Neben der Erfassung der Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes 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 (*retinopathy of prematurity*, ROP)). Zudem werden nosokomiale Infektionen – Infektionen, die im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes 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 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 Aufenthaltes 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 von sehr kleinen Frühgeborenen oder Risiko-Lebendgeborenen 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 2023 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 14 Transparenzkennzahlen ausgewiesen (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – *PM-NEO*

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Datenquelle | Erfassungsjahr |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus | | | |
| 51070 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen | QS-Dokumentation | 2023 |
| 51832 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 51837 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen* | QS-Dokumentation | 2023 |
| Gruppe: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) | | | |
| 51076 | Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 50050 | Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 222200 | Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus* | QS-Dokumentation | 2023 |

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Datenquelle | Erfassungsjahr |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) | | | |
| 51838 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 51843 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 222201 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK* | QS-Dokumentation | 2023 |
| Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) | | | |
| 51077 | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 50051 | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) | | | |
| 51079 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 50053 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) | | | |
| 51078 | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 50052 | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)* | QS-Dokumentation | 2023 |
| 51901 | Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung | QS-Dokumentation | 2023 |
| 50060 | Nosokomiale Infektion | QS-Dokumentation | 2023 |
| 50062 | Pneumothorax unter oder nach Beatmung | QS-Dokumentation | 2023 |
| 52262 | Zunahme des Kopfumfangs | QS-Dokumentation | 2023 |
| 50063 | Durchführung eines Hörtests | QS-Dokumentation | 2023 |
| Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C | | | |
| 50069 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen | QS-Dokumentation | 2023 |
| 50074 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen | QS-Dokumentation | 2023 |

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 7 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen, im Erfassungsjahr 2022 wurden hingegen nur 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit erhoben. Zum Erfassungsjahr 2023 wurden die Auffälligkeitskriterien „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) und „Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben“ (ID 852301) neu eingeführt. Weiterhin werden – wie bereits im Vorjahr – 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit ausgewiesen (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – *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 | Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben | QS-Dokumentation |
| 852001 | Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums | QS-Dokumentation |
| 852300 | Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben | QS-Dokumentation |
| 852301 | Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben | QS-Dokumentation |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit | | |
| 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

Für das Auswertungsmodul *PM-NEO* erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 487 entlassenden Standorten 92.482 QS-Datensätze inklusive 621 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze bzw. entlassenden Standorte auf Bundesebene unterscheidet sich von der Anzahl der erwarteten Datensätze bzw. entlassenden Standorte auf Bundesebene.

Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul *PM-NEO* zum Erfassungsjahr 2023 insgesamt weniger Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben.

Im Erfassungsjahr 2023 gab es im Auswertungsmodul *PM-NEO* 5 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik. Es wurden Basisdatensätze von insgesamt 91.861 Kindern erfasst. Dies ist ein Rückgang um 4,83 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 96.528). Dieser Rückgang kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Geburtenzahl im Erfassungsjahr 2023 im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 insgesamt um 6,23 % abgenommen hat (EJ 2023: 663.556; EJ 2022: 707.621).

Tabelle 19 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Tabelle 19: Datengrundlage (AJ 2024) - *PM-NEO*

| | | Erfassungsjahr 2023 | | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------|----------|---------------------|
| | | geliefert | erwartet | Vollzähligkeit in % |
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt | 92.482 | 92.108 | 100,41 |
| | Basisdatensatz | 91.861 | | |
| | MDS | 621 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt) | 461 | | |
| Anzahl Leistungserbringer | auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt) | 487 | 495 | 98,38 |
| Anzahl Leistungserbringer | auf IKNR-Ebene Bund (gesamt) | 459 | 467 | 98,29 |

2.2 Risikoadjustierung

Im Erfassungsjahr 2023 werden im Auswertungsmodul *PM-NEO* 5 Qualitätsindikatoren und 6 Transparenzkennzahlen risikoadjustiert ausgewiesen (siehe Tabelle 20). 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 Überlebenschance 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.

Tabelle 20: Risikoadjustierte Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) – *PM-NEO*

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Methode der Risikoadjustierung | Potenzielle Einflussfaktoren im Risikoadjustierungsmodell |
|-------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 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 |

| ID | Qualitätsindikator/ Transparenzkennzahl | Methode der Risikoadjustierung | Potenzielle Einflussfaktoren im Risikoadjustierungsmodell |
|-------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 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 der Qualitätsindikatoren

In Tabelle 21 werden die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Auswertungsmoduls *PM-NEO* unter Angabe des Bundesergebnisses (und des Referenzbereichs bei Qualitätsindikatoren) dargestellt. Zusätzlich werden die Vorjahresergebnisse und die Vergleichbarkeit zum Vorjahr in der Tabelle ausgewiesen. Im Erfassungsjahr 2023 wurden, wie bereits im Vorjahr, insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 14 Transparenzkennzahlen dargestellt.

Die Bundesergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Auswertungsmoduls *PM-NEO* deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität hin. Ein Großteil der Bundesergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich verschlechtert bzw. verbessert. Bei der risikoadjustierten Transparenzkennzahl „Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 51837) bzw. beim risikoadjustierten Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074) verbesserte bzw. verschlechterte sich das Bundesergebnis um 12 %. Weiterhin verschlechterte sich das Bundesergebnis der risikoadjustierten Transparenzkennzahl „Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)“ (ID 50051) im Vergleich zum Vorjahr um 22 %. Für die Transparenzkennzahlen zur „Bronchopulmonalen Dysplasie (BPD)“ (IDs 51079 und 50053) und den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) können aufgrund der unten beschriebenen Änderungen keine Vorjahresergebnisse ausgegeben werden.

Tabelle 21: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2024) - PM-NEO

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Bundes- ergebnis AJ 2023 | Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich) | Vergleich- barkeit zum Vorjahr |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus | | | | |
| 51070 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko- Lebendgeborenen | 0,21 % O = 170 N = 80.081 | 0,22 % O = 167 N = 76.629 (Sentinel Event) | vergleichbar |
| 51832 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)* | 3,67 % O = 332 N = 9.038 | 3,13 % O = 265 N = 8.478 | vergleichbar |
| 51837 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen* | 1,00 O/E = 332 / 332,00 N = 9.038 | 0,88 O/E = 265 / 302,67 N = 8.478 | eingeschränkt vergleichbar |
| Gruppe: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) | | | | |
| 51076 | Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)* | 2,97 % O = 264 N = 8.882 | 2,68 % O = 224 N = 8.362 | vergleichbar |
| 50050 | Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)* | 1,00 O/E = 264 / 264,00 N = 8.882 | 0,93 O/E = 224 / 241,11 N = 8.362 | eingeschränkt vergleichbar |
| 222200 | Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus* | 1,08 % O = 105 N = 9.695 | 0,81 % O = 73 N = 9.048 | vergleichbar |
| Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) | | | | |
| 51838 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)* | 1,77 % O = 176 N = 9.923 | 1,84 % O = 170 N = 9.221 | vergleichbar |
| 51843 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)* | 1,00 O/E = 176 / 176,00 N = 9.923 | 1,06 O/E = 170 / 160,07 N = 9.221 | eingeschränkt vergleichbar |
| 222201 | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK* | 1,08 % O = 107 N = 9.923 | 1,14 % O = 105 N = 9.221 | vergleichbar |

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Bundes- ergebnis AJ 2023 | Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich) | Vergleich- barkeit zum Vorjahr |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) | | | | |
| 51077 | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)* | 1,07 % O = 87 N = 8.139 | 1,30 % O = 100 N = 7.712 | vergleichbar |
| 50051 | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)* | 1,00 O/E = 87 / 87,00 N = 8.139 | 1,22 O/E = 100 / 81,68 N = 7.712 | eingeschränkt vergleichbar |
| Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) | | | | |
| 51079 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)* | - O = - N = - | 3,31 % O = 203 N = 6.139 | eingeschränkt vergleichbar |
| 50053 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)* | - O/E = - / - N = - | 0,48 O/E = 203 / 424,55 N = 6.139 | eingeschränkt vergleichbar |
| Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) | | | | |
| 51078 | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)* | 4,57 % O = 207 N = 4.534 | 4,64 % O = 199 N = 4.290 | vergleichbar |
| 50052 | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)* | 1,00 O/E = 207 / 207,00 N = 4.534 | 1,03 O/E = 199 / 193,26 N = 4.290 | eingeschränkt vergleichbar |
| 51901 | Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung | - O/E = - / - N = - | 0,81 O/E = 858 / 1.064,55 N = 9.221 (≤ 1,65; 95. Perzentil) | eingeschränkt vergleichbar |
| 50060 | Nosokomiale Infektion | 1,00 O/E = 963 / 963,00 N = 77.829 | 1,01 O/E = 903 / 891,66 N = 74.185 (≤ 2,40; 95. Perzentil) | eingeschränkt vergleichbar |

| ID | Indikator/Transparenzkennzahl | Bundes- ergebnis AJ 2023 | Bundes- ergebnis AJ 2024 (Referenz- bereich) | Vergleich- barkeit zum Vorjahr |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 50062 | Pneumothorax unter oder nach Beatmung | 1,00 O/E = 865 / 865,00 N = 32.952 | 0,90 O/E = 759 / 840,60 N = 32.304 ($\leq 2,52$; 95. Perzentil) | eingeschränkt vergleichbar |
| 52262 | Zunahme des Kopfumfangs | 10,00 % O = 1.257 N = 12.575 | 9,86 % O = 1.155 N = 11.710 ($\leq 22,36$ %; 95. Perzentil) | eingeschränkt vergleichbar |
| 50063 | Durchführung eines Hörtests | 98,18 % O = 85.661 N = 87.253 | 98,00 % O = 81.885 N = 83.560 ($\geq 95,00$ %) | vergleichbar |
| Gruppe: Aufnahme­temperatur unter 36,0 °C | | | | |
| 50069 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen | 1,00 O/E = 397 / 397,00 N = 9.879 | 0,93 O/E = 341 / 367,82 N = 9.170 ($\leq 2,62$; 95. Perzentil) | eingeschränkt vergleichbar |
| 50074 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen | 1,00 O/E = 2.723 / 2.723,00 N = 80.362 | 1,12 O/E = 2.894 / 2.583,69 N = 76.986 ($\leq 2,45$; 95. Perzentil) | eingeschränkt vergleichbar |

In Tabelle 22 ist für alle Qualitätsindikatoren im Auswertungsmodul *PM-NEO* der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2023 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern aufgeführt. Es weisen von insgesamt 449 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Qualitätsindikator 211 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Tabelle 22: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – 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 |
| | | 2023 | 110 von 445 | 24,72 | 55 |
| 51901 | Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung | 2022 | 27 von 301 | 8,97 | 2 |
| | | 2023 | 18 von 290 | 6,21 | 5 |
| 50060 | Nosokomiale Infektion | 2022 | 18 von 407 | 4,42 | 4 |
| | | 2023 | 16 von 396 | 4,04 | 5 |
| 50062 | Pneumothorax unter oder nach Beatmung | 2022 | 19 von 354 | 5,37 | 2 |
| | | 2023 | 21 von 349 | 6,02 | 3 |
| 52262 | Zunahme des Kopfumfangs | 2022 | 17 von 297 | 5,72 | 1 |
| | | 2023 | 19 von 303 | 6,27 | 2 |
| 50063 | Durchführung eines Hörtests | 2022 | 23 von 411 | 5,60 | 5 |
| | | 2023 | 39 von 405 | 9,63 | 7 |
| Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C | | | | | |
| 50069 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen | 2022 | 23 von 298 | 7,72 | 5 |
| | | 2023 | 19 von 287 | 6,62 | 5 |
| 50074 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen | 2022 | 21 von 437 | 4,81 | 6 |
| | | 2023 | 22 von 422 | 5,21 | 3 |

Im Folgenden werden die Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen näher beschrieben, bei denen Änderungen im Vergleich zum Vorjahr vorgenommen wurden bzw. bei denen Besonderheiten im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen sind.

Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (IDs 51079 und 50053)

Als Qualitätsziel der Transparenzkennzahlen sollen selten bronchopulmonale Dysplasien (BPD) auftreten. Bei den Kennzahlen wurde zum Erfassungsjahr 2023 im Zähler der Zusatz „[BPD], die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist“ ergänzt. Das zugrunde liegende

Datenfeld „Status [der BPD] bei Aufnahme“ wurde neu zur Spezifikation 2023 im Auswertungsmodul *PM-NEO* eingeführt. Die Kennzahl 50053 fließt als Ebene in den Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) ein. Mit o. g. Änderung soll gewährleistet werden, dass innerhalb der Kennzahl keine Standorte betrachtet werden bzw. innerhalb des Qualitätsindikators keine Standorte rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen, in welche Frühgeborene aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden, bei denen eine BPD bereits vor Aufnahme in das aktuelle Krankenhaus vorlag.

Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901)

Das Qualitätsziel des Qualitätsindikators ist eine niedrige Sterblichkeit, außerdem sollen selten Hirnblutungen, nekrotisierende Enterokolitiden, bronchopulmonale Dysplasien oder höhergradige Frühgeborenenretinopathien auftreten. Im Erfassungsjahr 2023 liegt das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators bei 0,81. Im Erfassungsjahr 2022 betrug das Bundesergebnis 1,00. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr von 8,97 % (EJ 2022) auf 6,21 % (EJ 2023) reduziert. Das verbesserte Bundesergebnis und der Rückgang des Anteils der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist darauf zurückzuführen, dass sich das Bundesergebnis der Ebene 1 „Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 51136_51901) und der Ebene 2 „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)“ (ID 51141_51901) – bei nur minimaler Verschlechterung des Bundesergebnisses der Ebene 3 „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)“ (ID 51146_51901) und der Ebene 5 „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)“ (ID 51161_51901) – verbessert hat. Darüber hinaus hat sich das Bundesergebnis der Ebene 4 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 51156_51901) aufgrund der Aufnahme des Zusatzes „[BPD], die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist“ und der damit stark rückläufigen Anzahl der BPD-Fälle im Zähler verbessert. Aufgrund der genannten Änderung innerhalb der Ebene 4 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 51156_51901) ist das Bundesergebnis des Qualitätsindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) des Erfassungsjahres 2023 mit den Ergebnissen des Vorjahres nur eingeschränkt vergleichbar.

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 7 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit dargestellt. Im Erfassungsjahr 2022 wurden nur 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und ebenfalls 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit erhoben.

In Tabelle 23 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Die Bundesergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 der Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls PM-NEO deuten auf eine überwiegend gute Dokumentationsqualität hin. Ein Großteil der Bundesergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 der Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls PM-NEO hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich verschlechtert bzw. verbessert. Beim Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme“ (ID 850207) verschlechterte sich das Bundesergebnis um 16 %. Weiterhin verschlechterte sich das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums „Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben“ (ID 851902) um 15 %.

Tabelle 23: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) - PM-NEO

| ID | Auffälligkeitskriterium | Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich) |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit | | |
| 850206 | Aufnahmetemperatur nicht angegeben | 0,92 % 806/87.665 (≤ 2,84 %; 95. Perzentil) |
| 850207 | Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme | 0,88 % 109/12.349 (≤ 4,06 %; 95. Perzentil) |
| 851813 | Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert | 17,62 % 596/3.383 (= 0) |
| 851902 | Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben | 69,98 % 683/976 (≤ 80,00 %) |
| 852001 | Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums | 39,98 % 1.796/4.492 (≤ 61,38 %; 90. Perzentil) |
| 852300 | Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben | 36,60 % 258/705 (= 0) |
| 852301 | Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben | 3,73 % 3.420/91.635 (≤ 10,07 %; 95. Perzentil) |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit | | |
| 850199 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | 100,41 % 92.482/92.108 (≥ 95,00 %) |
| 850200 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | 100,41 % 92.482/92.108 (≤ 110,00 %) |

| ID | Auffälligkeitskriterium | Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich) |
|--------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 850208 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | 0,67 % 621/92.108 (≤ 5,00 %) |

In Tabelle 24 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden. Es weisen von insgesamt 500 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 188 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Tabelle 24: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – 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 | 2023 | 18 von 450 | 4,00 | 4 |
| 850207 | Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme | 52262: Zunahme des Kopfumfangs | 2023 | 12 von 310 | 3,87 | 0 |
| 851813 | Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | 2023 | 76 von 268 | 28,36 | 40 |
| 851902 | Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben | 51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung | 2023 | 52 von 168 | 30,95 | 11 |
| 852001 | Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums | 51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung | 2023 | 51 von 215 | 23,72 | 14 |

| ID | Auffälligkeitskriterium | Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen | Erfassungsjahr | Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------|
| | | | | Anzahl | Anteil (%) | davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig |
| 852300 | Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben | 51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen | 2023 | 58 von 176 | 32,95 | 0 |
| 852301 | Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | 2023 | 23 von 457 | 5,03 | 0 |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit | | | | | | |
| 850199 | Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | 2023 | 8 von 495 | 1,62 | 0 |
| 850200 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | 2023 | 5 von 495 | 1,01 | 2 |
| 850208 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | 2023 | 10 von 495 | 2,02 | 5 |

Im Folgenden werden die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit näher beschrieben, bei denen Änderungen im Vergleich zum Vorjahr vorgenommen wurden bzw. bei denen Besonderheiten im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen sind.

Im Erfassungsjahr 2023 werden im Auswertungsmodul *PM-NEO* 7 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen, im Erfassungsjahr 2022 wurden hingegen nur 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit erhoben.

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

Zum Erfassungsjahr 2023 wurden die Auffälligkeitskriterien „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) und „Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben“ (ID 852301) neu eingeführt.

Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben (ID 852300)

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob eine HIE dokumentiert wurde, wenn angegeben wurde, dass bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) bzw. zusätzlich ab dem Erfassungsjahr 2024 zum Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402).

Im Erfassungsjahr 2023 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 36,60 %. Das bedeutet, dass bei 258 von 705 lebendgeborenen Kindern in der Grundgesamtheit keine HIE angegeben wurde, obwohl dokumentiert wurde, dass bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde. Bei einem Referenzbereich von = 0 und mindestens 2 Fällen im Zähler hatten insgesamt 32,95 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (58 von 176).

Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben (ID 852301)

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob die Häufigkeit der Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung in Bezug auf die übermittelten QS-Bögen plausibel ist. Es hat einen Bezug zu allen im Auswertungsmodul *PM-NEO* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Im Erfassungsjahr 2023 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 3,73 %. Das bedeutet, dass bei 3.420 von 91.635 lebendgeborenen Kindern in der Grundgesamtheit angegeben wurde, dass eine schwere oder letale angeborene Erkrankung vorliegt. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von $\leq 10,07$ % (95. Perzentil) und mindestens 2 Fällen im Zähler hatten insgesamt 5,03 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (23 von 457).

Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben (ID 851902)

Das Auffälligkeitskriterium 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 2023 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 69,98 %. Das bedeutet, dass bei 683 von 976 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 30,95 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (52 von 168). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2022: 18,29 %).

Das Auffälligkeitskriterium wurde zum Erfassungsjahr 2023 von „Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD“ in „Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben“ umbenannt.

Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums (ID 852001)

Das Auffälligkeitskriterium 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 2023 liegt das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums bei 39,98 %. Das bedeutet, dass bei 1.796 von 4.492 lebendgeborenen Kindern in der Grundgesamtheit das Datum des ersten ROP-Screenings nicht im gemäß Leitlinie empfohlenen Zeitraum dokumentiert wurde. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich von $\leq 61,38\%$ (90. Perzentil) hatten insgesamt 23,72 % der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse (51 von 215). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (EJ 2022: 18,89 %). Neben Prozessproblemen könnte ein möglicher Grund für die hohen Anteile darin liegen, dass, wenn in der Klinik ein bestimmter Wochentag für das ROP-Screening festgelegt ist und dieser z. B. auf einen Feiertag fällt oder das Kind z. B. an diesem Tag eine Operation erhält, die Durchführung des ROP-Screening zu spät (oder zu früh) erfolgt. Die in der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ (Maier et al. 2020) empfohlene Zeitspanne von 7 Tagen ist allerdings als ausreichend anzusehen, um das ROP-Screening an einem bestimmten Tag gewährleisten zu können.

Zur Spezifikation 2022 wurde eine neue Plausibilitätsregel eingeführt, die verhindert, dass das Datum des ersten ROP-Screenings vor dem Aufnahmedatum bzw. nach dem Entlassungsdatum

liegt. Aufgrund der noch im Datensatz zum Erfassungsjahr 2022 enthaltenen Überlieger (Aufnahme im Jahr 2021 und Entlassung im Jahr 2022) musste der Zusatz im Nenner (DATUMUNT %>=% AUFNDATUM & DATUMUNT %<=% ENTLDATUM) noch innerhalb der Nenner-Rechenregel des Auffälligkeitskriteriums zum Erfassungsjahr 2022 enthalten bleiben, dieser wurde nun zum Erfassungsjahr 2023 aus der Nenner-Rechenregel entfernt. Darüber hinaus wurde der Zusatz „Häufig“ im Titel des Auffälligkeitskriteriums gestrichen.

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 2023 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2022 bezogen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. 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.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL zum Erfassungsjahr 2022 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 2.977 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 25 wiedergegeben, wurden 259 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 241 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 bzw. 192 Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse ($n = 259$) einem Anteil von 15,06 % bzw. 74,13 % entspricht. Bei 10 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO

| | Auswertungsjahr 2022 | | Auswertungsjahr 2023 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Indikatorenergebnisse des Auswertungsmoduls | 3.064 | - | 2.977 | - |
| Indikatorenergebnisse des Auswertungsmoduls mit definiertem Referenzbereich | 3.064 | 100 | 2.977 | 100 |
| Rechnerisch auffällige Ergebnisse | 259 | 8,45 | 259 | 8,70 |
| davon ohne QSEB-Übermittlung | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze) | 259 | 100 | 259 | 100 |
| rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3) | 259 | 100 | 259 | 100 |
| andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Stellungnahmeverfahren | | | | |
| kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 20 | 7,72 | 18 | 6,95 |
| Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 239 | 92,28 | 241 | 93,05 |
| schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 239 | 100 | 241 | 100 |
| Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 2 | 0,84 | 2 | 0,83 |
| Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice) | | | | |
| Bewertung als qualitativ unauffällig | 188 | 72,59 | 192 | 74,13 |
| Bewertung als qualitativ auffällig | 39 | 15,06 | 39 | 15,06 |
| Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation | 4 | 1,54 | 4 | 1,54 |
| Sonstiges | 8 | 3,09 | 6 | 2,32 |
| Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen | | | | |
| Maßnahmenstufe 1* | 12 | n. a. | 10 | n. a. |
| Maßnahmenstufe 2 | 0 | n. a. | 0 | n. a. |

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

In Tabelle 26 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.

Hervorzuheben ist, dass beim Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) in 29,41 % der Fälle kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde (n = 5 von 17 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Es kann vermutet werden, dass die allgemeine Akzeptanz gegenüber dem Qualitätsindikator eingeschränkt ist, da dieser vonseiten einiger LAG als ein ungeeigneter Qualitätsparameter angesehen wird (siehe Kapitel 4).

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Sentinel-Event-Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) ermittelt (n = 111 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 472 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Qualitätsindikator).

Insgesamt wurden – wie bereits im Vorjahr – 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 = 10 von 21; 47,62 %). Hinsichtlich dieses Qualitätsindikators wurden vonseiten der LAG Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel genannt, wie ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung (z. B. Raumtemperatur bei der Erstversorgung, Verwendung von Wärmetüchern, postnatales Bonding im Kreißsaal, Wärmeverlust bei Transport/Verlegung) und eine nicht ausreichende Sensibilisierung für das Qualitätsziel bzw. mangelnde Aufmerksamkeit des pflegerischen und ärztlichen Personals in Hinblick auf Wärmeschutzmaßnahmen. In 40 % der als qualitativ auffällig bewerteten Fälle wurde eine Maßnahme der Maßnahmenstufe 1 (u. a. Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien / Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien) eingeleitet (n = 4 von 10).

Im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2022 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 23 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; 8,70 %) wurden im Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtests“ (ID 50063) identifiziert.

Der Anteil aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2022 als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, beträgt 74,13 % (n = 192 von 259). Im Qualitätsindikator „Nosokomiale Infektion“ (ID 50060) fanden sich für das Erfassungsjahr 2022 die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig (94,44 %; n = 17 von 18 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Als Grund für die Bewertung als qualitativ unauffällig wurden vonseiten der LAG vorwiegend Einzelfälle genannt. Im Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) wurde für das Erfassungsjahr 2022 ebenso die Mehrheit der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft (87,39 %; n = 97 von 111 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 26: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – 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 | 111 / 472 (23,52 %) | 0 | 0 / 111 (0,00 %) | 0 / 472 (0,00 %) | 97 / 111 (87,39 %) | 97 / 472 (20,55 %) | 7 / 111 (6,31 %) | 7 / 472 (1,48 %) | 2 / 111 (1,80 %) | 2 / 472 (0,42 %) | 5 / 111 (4,50 %) | 5 / 472 (1,06 %) |
| 51901 | Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung | 27 / 301 (8,97 %) | 5 | 0 / 27 (0,00 %) | 0 / 301 (0,00 %) | 14 / 27 (51,85 %) | 14 / 301 (4,65 %) | 8 / 27 (29,63 %) | 8 / 301 (2,66 %) | 0 / 27 (0,00 %) | 0 / 301 (0,00 %) | 0 / 27 (0,00 %) | 0 / 301 (0,00 %) |
| 50060 | Nosokomiale Infektion | 18 / 407 (4,42 %) | 0 | 0 / 18 (0,00 %) | 0 / 407 (0,00 %) | 17 / 18 (94,44 %) | 17 / 407 (4,18 %) | 1 / 18 (5,56 %) | 1 / 407 (0,25 %) | 0 / 18 (0,00 %) | 0 / 407 (0,00 %) | 0 / 18 (0,00 %) | 0 / 407 (0,00 %) |
| 50062 | Pneumothorax unter oder nach Beatmung | 19 / 354 (5,37 %) | 1 | 0 / 19 (0,00 %) | 0 / 354 (0,00 %) | 16 / 19 (84,21 %) | 16 / 354 (4,52 %) | 2 / 19 (10,53 %) | 2 / 354 (0,56 %) | 0 / 19 (0,00 %) | 0 / 354 (0,00 %) | 0 / 19 (0,00 %) | 0 / 354 (0,00 %) |
| 52262 | Zunahme des Kopfumfangs | 17 / 297 (5,72 %) | 5 | 0 / 17 (0,00 %) | 0 / 297 (0,00 %) | 10 / 17 (58,82 %) | 10 / 297 (3,37 %) | 2 / 17 (11,76 %) | 2 / 297 (0,67 %) | 0 / 17 (0,00 %) | 0 / 297 (0,00 %) | 0 / 17 (0,00 %) | 0 / 297 (0,00 %) |

| 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 | 23 / 411 (5,60 %) | 1 | 0 / 23 (0,00 %) | 0 / 411 (0,00 %) | 14 / 23 (60,87 %) | 14 / 411 (3,41 %) | 6 / 23 (26,09 %) | 6 / 411 (1,46 %) | 2 / 23 (8,70 %) | 2 / 411 (0,49 %) | 0 / 23 (0,00 %) | 0 / 411 (0,00 %) |
| 50069 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen | 23 / 298 (7,72 %) | 4 | 0 / 23 (0,00 %) | 0 / 298 (0,00 %) | 15 / 23 (65,22 %) | 15 / 298 (5,03 %) | 3 / 23 (13,04 %) | 3 / 298 (1,01 %) | 0 / 23 (0,00 %) | 0 / 298 (0,00 %) | 1 / 23 (4,35 %) | 1 / 298 (0,34 %) |
| 50074 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen | 21 / 437 (4,81 %) | 2 | 0 / 21 (0,00 %) | 0 / 437 (0,00 %) | 9 / 21 (42,86 %) | 9 / 437 (2,06 %) | 10 / 21 (47,62 %) | 10 / 437 (2,29 %) | 0 / 21 (0,00 %) | 0 / 437 (0,00 %) | 0 / 21 (0,00 %) | 0 / 437 (0,00 %) |

In Tabelle 27 werden alle Qualitätsindikatoren mit wiederholt rechnerischen und wiederholt qualitativen Auffälligkeiten in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS PM erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ kein Ergebnis ausgegeben werden.

In allen Qualitätsindikatoren waren Leistungserbringer wiederholt zum Vorjahr rechnerisch auffällig. Von diesen wiesen 3 Leistungserbringer im Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074) und ein Leistungserbringer im Qualitätsindikator „Durchführung eines Hörtest“ (ID 50063) auch eine zum Vorjahr wiederholte qualitative Auffälligkeit auf. Für den Qualitätsindikator 50074 wurden ebenso die meisten Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1: n = 4) getroffen. Aus den Stellungnahmen der LAG ist ersichtlich, dass von generellen Struktur- und Prozessproblemen, einer nicht ausreichenden Sensibilisierung für das Qualitätsziel und einer fehlenden Schilderung von Konsequenzen und Umsetzung von eingeleiteten Maßnahmen auszugehen ist.

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – PM-NEO

| ID | Qualitätsindikator | auffällige Ergebnisse (ohne Best practice) | | | qualitativ auffällige Ergebnisse | | |
|-------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis | Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis |
| 51070 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen | 111 | 48 | - | 7 | 0 | - |
| 51901 | Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung | 27 | 2 | - | 8 | 0 | - |
| 50060 | Nosokomiale Infektion | 18 | 4 | - | 1 | 0 | - |
| 50062 | Pneumothorax unter oder nach Beatmung | 19 | 2 | - | 2 | 0 | - |
| 52262 | Zunahme des Kopfumfangs | 17 | 1 | - | 2 | 0 | - |
| 50063 | Durchführung eines Hörtests | 23 | 5 | - | 6 | 1 | - |

| ID | Qualitätsindikator | auffällige Ergebnisse (ohne Best practice) | | | qualitativ auffällige Ergebnisse | | |
|-------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis | Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis |
| 50069 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen | 23 | 5 | - | 3 | 0 | - |
| 50074 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen | 21 | 6 | - | 10 | 3 | - |

In Tabelle 28 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren im Auswertungsmodul PM-NEO dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten treten gehäuft auf – so wiesen insgesamt 40 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 12 Leistungserbringern wurden mehr als 3 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zudem ist zu erkennen, dass es bei den qualitativen Auffälligkeiten in nur geringfügigem Maße zu mehrfachen Auffälligkeiten kommt – 2 Leistungserbringer wiesen 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, ein Leistungserbringer hatte 3 qualitativ auffällige Ergebnisse.

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – 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 |
| 139 | 40 | 12 | 32 | 2 | 1 |

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

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

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Auswertungsmodul PM-NEO insgesamt 8 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 2.980 Auffälligkeitskriterienergebnisse ermittelt wurden.

Wie in Tabelle 29 wiedergegeben, wurden 204 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 148 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 56-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 65 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 204) einem Anteil von 31,86 % und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen (n = 148) einen Anteil von 43,92 % entspricht. Bei 3 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO

| | Auswertungsjahr 2023 | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| | Anzahl | % |
| AK-Ergebnisse des Auswertungsmoduls | 2.980 | 100 |
| Rechnerisch auffällige Ergebnisse | 204 | 6,85 |
| davon ohne QSEB-Übermittlung | 1 | 0,49 |
| Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze) | 204 | 100 |
| Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4) | 0 | 0 |
| Stellungnahmeverfahren | | |
| kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 56 | 27,45 |
| Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten) | 148 | 72,55 |
| schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV) | 148 | 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 | 82 | 40,20 |
| Bewertung als qualitativ auffällig | 65 | 31,86 |
| Sonstiges | 1 | 0,49 |
| Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen | | |
| Maßnahmenstufe 1* | 3 | n. a. |
| Maßnahmenstufe 2 | 0 | n. a. |

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

In Tabelle 30 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 = 69 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 270 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 25,56 %). 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, auch wenn die Standorte mit häufiger Angabe „schwere oder letale angeborene Erkrankung“ geprüft werden sollen, bei denen kein ICD-Kode angegeben wurde, der Bestandteil der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen ist.

Insgesamt wurden 65 rechnerisch auffällige Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (31,86 %). Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, wie bereits im Vorjahr im Auffälligkeitskriterium „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) festgestellt (EJ 2022: n = 9 von 18; EJ 2021: n = 14 von 22). Demnach wurde bei 50,00 % (EJ 2021: 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. Ursächlich hierfür waren nach Rückmeldungen der LAG Dokumentations- und Strukturprobleme.

Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2022 als qualitativ unauffällig eingestuft wurden, beträgt 40,20 % (n = 82 von 148). Im Auffälligkeitskriterium „Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD“ (ID 851902) fanden sich für das Erfassungsjahr 2022 - wie bereits für das Erfassungsjahr 2021 - die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig (EJ 2022: 56,67 %; n = 17 von 30 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; EJ 2021: 51,52 %; n = 17 von 33 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Diesbezüglich kann angemerkt werden, dass das Datenfeld „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ zur Spezifikation 2024 umfassend überarbeitet wird. Nach Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene 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 sollen 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 „Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) eine Vielzahl der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 21 von 41; 51,22 %) als qualitativ unauffällig bewertet. In den Rückmeldungen der LAG wurde als Begründung für die Einstufung als qualitativ unauffällig angegeben, dass in einem Fall eine Rückverlegung nach externer Beatmung erfolgte, sodass das ROP-Screening verspätet durchgeführt wurde. Darüber hinaus wurden Wechsel in der Zuständigkeit der Augenärztinnen bzw. Augenärzte genannt, sodass die Zeitintervalle nicht regelmäßig eingehalten werden konnten (einige Kinder wurden entsprechend zu früh/spät untersucht).

Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – PM-NEO

| ID | Auffälligkeitskriterium | auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (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 | 18 / 478 (3,77 %) | 4 | 0 / 18 (0,00 %) | 0 / 478 (0,00 %) | 4 / 18 (22,22 %) | 4 / 478 (0,84 %) | 9 / 18 (50,00 %) | 9 / 478 (1,88 %) | 1 / 18 (5,56 %) | 1 / 478 (0,21 %) |
| 850207 | Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme | 15 / 303 (4,95 %) | 4 | 0 / 15 (0,00 %) | 0 / 303 (0,00 %) | 5 / 15 (33,33 %) | 5 / 303 (1,65 %) | 6 / 15 (40,00 %) | 6 / 303 (1,98 %) | 0 / 15 (0,00 %) | 0 / 303 (0,00 %) |
| 851813 | Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert | 69 / 270 (25,56 %) | 17 | 0 / 69 (0,00 %) | 0 / 270 (0,00 %) | 27 / 69 (39,13 %) | 27 / 270 (10,00 %) | 25 / 69 (36,23 %) | 25 / 270 (9,26 %) | 0 / 69 (0,00 %) | 0 / 270 (0,00 %) |

| ID | Auffälligkeitskriterium | auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (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 | 30 / 164 (18,29 %) | 10 | 0 / 30 (0,00 %) | 0 / 164 (0,00 %) | 17 / 30 (56,67 %) | 17 / 164 (10,37 %) | 3 / 30 (10,00 %) | 3 / 164 (1,83 %) | 0 / 30 (0,00 %) | 0 / 164 (0,00 %) |
| 852001 | Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums | 41 / 217 (18,89 %) | 7 | 0 / 41 (0,00 %) | 0 / 217 (0,00 %) | 21 / 41 (51,22 %) | 21 / 217 (9,68 %) | 13 / 41 (31,71 %) | 13 / 217 (5,99 %) | 0 / 41 (0,00 %) | 0 / 217 (0,00 %) |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit | | | | | | | | | | | |
| 850199 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | 8 / 516 (1,55 %) | 1 | 0 / 8 (0,00 %) | 0 / 516 (0,00 %) | 3 / 8 (37,50 %) | 3 / 516 (0,58 %) | 4 / 8 (50,00 %) | 4 / 516 (0,78 %) | 0 / 8 (0,00 %) | 0 / 516 (0,00 %) |
| 850200 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | 10 / 516 (1,94 %) | 8 | 0 / 10 (0,00 %) | 0 / 516 (0,00 %) | 0 / 10 (0,00 %) | 0 / 516 (0,00 %) | 2 / 10 (20,00 %) | 2 / 516 (0,39 %) | 0 / 10 (0,00 %) | 0 / 516 (0,00 %) |

| ID | Auffälligkeitskriterium | auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (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 |
| 850208 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | 13 / 516 (2,52 %) | 5 | 0 / 13 (0,00 %) | 0 / 516 (0,00 %) | 5 / 13 (38,46 %) | 5 / 516 (0,97 %) | 3 / 13 (23,08 %) | 3 / 516 (0,58 %) | 0 / 13 (0,00 %) | 0 / 516 (0,00 %) |

In Tabelle 31 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholt rechnerischen und wiederholt qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2), wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS PM erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ kein Ergebnis ausgegeben werden.

In den 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter waren auch 13 Leistungserbringer, die im Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen.

In den 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen – außer im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850199), denn dieses wurde erst zum Erfassungsjahr 2022 wiedereingeführt.

Dabei kann ein Leistungserbringer auch in mehreren Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls PM-NEO über den Vergleichszeitraum sowohl rechnerische als auch qualitativ auffällige Ergebnisse haben.

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – PM-NEO

| ID | Auffälligkeitskriterium | auffällige Ergebnisse (ohne Best practice) | | | qualitativ auffällige Ergebnisse | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis | Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis |
| Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit | | | | | | | |
| 850206 | Aufnahmetemperatur nicht angegeben | 18 | 4 | - | 9 | 0 | - |
| 850207 | Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme | 15 | 2 | - | 6 | 0 | - |
| 851813 | Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert | 69 | 56 | - | 25 | 13 | - |
| 851902 | Häufig fehlende Angabe einer moderaten oder schweren BPD | 30 | 7 | - | 3 | 0 | - |
| 852001 | Häufig erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums | 41 | 0 | - | 13 | 0 | - |

| ID | Auffälligkeitskriterium | auffällige Ergebnisse (ohne Best practice) | | | qualitativ auffällige Ergebnisse | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis | Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB) | davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis | davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis |
| Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit | | | | | | | |
| 850199 | Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation | 8 | 0 | - | 4 | 0 | - |
| 850200 | Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation | 10 | 2 | - | 2 | 1 | - |
| 850208 | Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) | 13 | 2 | - | 3 | 1 | - |

In Tabelle 32 ist die Anzahl der Leistungserbringer mit mehrfachen Auffälligkeiten in den Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* dargestellt. Mehrfache rechnerische Auffälligkeiten treten gehäuft auf – so wiesen insgesamt 41 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 4 Leistungserbringern wurden 3 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zudem ist zu erkennen, dass es bei den qualitativen Auffälligkeiten in nur geringfügigem Maße zu mehrfachen Auffälligkeiten kommt – 5 Leistungserbringer wiesen 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, kein Leistungserbringer hatte 3 qualitativ auffällige Ergebnisse.

Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – *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 |
| 109 | 41 | 4 | 55 | 5 | 0 |

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft, wobei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaften) eingeholt werden.

Das Auswertungsmodul *PM-NEO* soll insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie unerwünschte Ereignisse der kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses messen, vergleichend darstellen und bewerten.

Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Auswertungsmoduls *PM-NEO*:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen
- Verringerung der Sterblichkeit

Im Weiteren ist im Auswertungsmodul *PM-NEO* neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

Für das Erfassungsjahr 2022 haben 6 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Die im Auswertungsmodul *PM-NEO* verwendete Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen (IQTIG 2023) wurde im Rahmen des Weiterentwicklungsprojekts zum Verlegungsgeschehen im Jahr 2017 erarbeitet und die zugrunde liegende Methodik im Bericht zum Verlegungsgeschehen im Jahr 2019 veröffentlicht (IQTIG 2019). Die in dieser Liste enthaltenen ICD-Codes sollen Anlass zum Ausschluss aus der Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* geben. Hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 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 Bestandteil 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. 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 Ab-

ständen (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. Aktuell erfolgt der Ausschluss von Kindern mit schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen im Auswertungsmodul *PM-NEO* über die Angabe „1 = schwer oder letal“ im Datenfeld „angeborene Erkrankungen“. Allerdings besteht hierdurch die Möglichkeit, dass Fälle ausgeschlossen werden, die nicht als „schwere oder letale angeborene Erkrankungen“ gemäß o. g. Liste einzuordnen wären. Im Rahmen des Expertengremiums auf Bundesebene soll daher künftig erörtert werden, ob und inwiefern eine solche Liste als Ausschlussliste direkt in die Grundgesamtheit der Qualitätsparameter integriert werden sollte.

Beim Auffälligkeitskriterium „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.

Dem IQTIG wurde mehrfach zurückgemeldet, 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 Versorgungsqualität möglich. Darüber hinaus wurde der Qualitätsindikator 52262 in der Vergangenheit mit Blick auf die Beeinflussbarkeit des Kopfwachstums von Frühgeborenen während des stationären Aufenthaltes und der damit einhergehenden Verantwortlichkeitszuschreibung diskutiert.

Das Datenfeld „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ wird zur Spezifikation 2024 umfassend überarbeitet. Nach Empfehlung des Expertengremiums auf Bundesebene 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. In Anlehnung an Jobe und Bancalari (2001) werden im Auswertungsmodul *PM-NEO* die folgenden Bestimmungskriterien und Definitionen einer moderaten und schweren BPD zugrunde gelegt:

- Bei einem Gestationsalter < 32+0 Wochen bei Geburt wird die BPD mit einem postmenstruellen Alter von 36+0 Wochen bestimmt.
- Bei einem Gestationsalter ≥ 32+0 Wochen bei Geburt wird anstelle der Grenze von 36+0 Wochen ein postnatales Alter von 8 Wochen (56 Lebenstage) verwendet.

- Bei Entlassung vor den beiden oben aufgeführten Bestimmungszeitpunkten einer BPD gilt der Status bei endgültiger Entlassung aus der stationären Behandlung.
- Eine moderate BPD liegt vor, wenn das Kind mit 36+0 Wochen zusätzlichen Sauerstoff < 30 % über eine Nasenbrille mit Flow < 3 l/min, aber keine Atemunterstützung benötigt.
- Eine schwere BPD liegt vor, wenn das Kind mit 36+0 Wochen zusätzlichen Sauerstoff \geq 30 % und/oder irgendeine Form der Atemunterstützung (Beatmung/CPAP/HFNC) benötigt.
- Es soll jeweils eine Sauerstoffzufuhr bzw. Atemunterstützung von mehr als 30 min/d berücksichtigt werden. Eine Sauerstoffzufuhr bzw. Atemunterstützung für interkurrente Erkrankungen oder Operationen soll nicht berücksichtigt werden.

Innerhalb des Zählers der Kennzahl „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus“ (ID 222200) soll zum Erfassungsjahr 2024 der Zusatz „[IVH Grad 3 oder PVH], die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist“ aufgenommen werden. Mit der Änderung soll gewährleistet werden, dass innerhalb der Kennzahl keine Standorte betrachtet werden, in welche Kinder aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden, bei denen eine IVH/PVH bereits vor Aufnahme in das aktuelle Krankenhaus vorlag.

Eine 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. Der Titel der Kennzahl 222201 soll dementsprechend in „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP“ angepasst werden. Zusätzlich sollen im Zähler der Kennzahl neben des im Datenfeld „OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)“ abgefragten Schlüsselwertes „Laparotomie“ ebenso die Schlüsselwerte „Drainage/Lavage“ und „Drainage/Lavage und Laparotomie“ Berücksichtigung finden, da es sich hier ebenso um eine Operation handelt. 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 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.

5 Fazit und Ausblick

Im Erfassungsjahr 2023 wurden im Auswertungsmodul *PM-NEO* Basisdatensätze von 91.861 behandlungsbedürftigen Früh- und Neugeborenen erfasst. Dies ist ein Rückgang um 4,83 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 96.528). Dieser Rückgang kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Geburtenzahl im Erfassungsjahr 2023 im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 insgesamt um 6,23 % abgenommen hat (EJ 2023: 663.556; EJ 2022: 707.621). Die Bundesergebnisse zum Erfassungsjahr 2023 bzw. die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2022 zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität bzw. Dokumentationsqualität hin.

Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen soll 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 § 17 Teil 1 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 (Ergänzung des Zusatzes „(rohe Rate)“ im Titel). Im Qualitätsindikator 51070 wurde innerhalb des strukturierten Dialogs gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² bzw. im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß DeQS-RL ein sehr hoher Anteil an Leistungserbringern mit 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. Die Berücksichtigung u. a. einer Asphyxie bzw. HIE als Einflussfaktoren im Risikomodell soll einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen den verschiedenen Standorten ermöglichen. In der neonatologischen Klinik auftretende Sterbefälle von Risiko-Lebendgeborenen (Gestationsalter $\geq 32+0$ SSW und Geburtsgewicht ≥ 1.500 g) werden z. T. durch schwere im Rahmen der Geburt aufgetretene Asphyxien (bei z. T. aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern) verursacht. Auf das Auftreten einer Asphyxie bzw.

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: 04.07.2024). Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

HIE innerhalb der geburtshilflichen Versorgung haben die neonatologischen Kliniken i. d. R. keinen Einfluss. Daher sollten diese Einflussfaktoren bei der Berechnung der Leistungserbringerergebnisse für den Qualitätsindikator berücksichtigt werden.

Ab dem Erfassungsjahr 2024 sollen – analog zu den Transparenzkennzahlen zur NEK (IDs 51838 und 51843) – zwei neue Kennzahlen zur FIP/SIP, einmal als rohe (ID 222400) und einmal als risikoadjustierte (ID 222401) Rate, in die bereits bestehende Kennzahlengruppe „Nekrotisierende Enterokolitis (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. Kinder mit einer NEK bzw. einer FIP/SIP werden oftmals bzw. regelhaft aufgrund einer Operation weiterverlegt. Diese sollen ebenso miterfasst werden.

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.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 (G-BA 2023) beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)*, *Cholezystektomie (QS CHE)*, *Nierenersatztherapie (QS NET)*, *Transplantationsmedizin (QS TX)*, *Perinatalmedizin (QS PM)* und *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Abschlussbericht wird am 14. März 2025 dem G-BA übergeben. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung der Empfehlungen vorgesehen.

Die seit Langem angestrebte Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung wurde im Rahmen eines Weiterentwicklungsprojekts mit Blick auf die technische Machbarkeit analysiert. Die Ergebnisse wurden 2020 in einem Abschlussberichts dargelegt (IQTIG 2020a, IQTIG 2020b). Seitdem wurde die Möglichkeit zur Verknüpfung der Daten der Auswertungsmodule *PM-GEBH* und *PM-NEO* kontinuierlich weiter ausgearbeitet und verbessert. Zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) sollen nun erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up)

aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet und für Qualitätsverbesserungen nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Dieser Einbezug mehrerer an der Behandlung des Kindes beteiligter Leistungserbringer wird einen Schwerpunkt der Erprobungsphase darstellen. Sofern sich die beiden Follow-up-Indikatoren im Rahmen der Erprobungsphase bewähren, können diese in den Regelbetrieb eingeführt werden und es können ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten (IQTIG 2020a, IQTIG 2020b) zur Einführung empfohlen werden.

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: 30.01.2023).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Verfahrensaussetzung zu den Erfassungsjahren 2023 und 2024. [Stand:] 18.04.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6572/2024-04-18_PlanQI-RL_Verfahrensaussetzung-EJ-2023-2024.pdf (abgerufen am: 04.07.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Umsetzungskonzept zur Abbildung des Verlegungsgeschehens bei Frühgeborenen. Abschlussbericht. Stand: 29.03.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Umsetzungskonzept-Verlegungsgeschehen-Fruehgeborener_Abschlussbericht_barrierefrei_2019-03-29.pdf (abgerufen am: 13.06.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020a): Verknüpfung der Leistungsbereiche Geburtshilfe und Neonatologie und Entwicklung von entsprechenden (Follow-up-)Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht. Stand: 23.12.2020. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Verknuepfung-Geburtshilfe-Neonatologie_Abschlussbericht_2020-12-23.pdf (abgerufen am: 13.06.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020b): Verknüpfung der Leistungsbereiche Geburtshilfe und Neonatologie und Entwicklung von entsprechenden (Follow-up-)Qualitätsindikatoren. Anhang zum Abschlussbericht. Stand: 23.12.2020. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Verknuepfung-Geburtshilfe-Neonatologie_Anhang-zum-Abschlussbericht_2020-12-23.pdf (abgerufen am: 13.06.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023):

Ausfüllhinweise. Neonatologie (NEO). QS-Spezifikation 2023 V06. Stand: 21.03.2023. Berlin:

IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/erfassung/2023/v06/neo/Ausfuellhinweise_NEO.html (abgerufen am: 13.06.2024).

Jobe, AH; Bancalari, E (2001): Bronchopulmonary Dysplasia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 163(7): 1723-1729. DOI: 10.1164/ajrccm.163.7.2011060.

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. [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).