



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Verknüpfung der Leistungsbereiche *Geburtshilfe* und *Neonatologie* und Entwicklung von entsprechenden (Follow-up-)Qualitätsindikatoren

Stellungnahmen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 23. Dezember 2020

Impressum

Thema:

Verknüpfung der Leistungsbereiche *Geburtshilfe* und *Neonatologie* und Entwicklung von entsprechenden (Follow-up-)Qualitätsindikatoren. Stellungnahmen

Ansprechpartner:

Aljoscha Richter, PD Dr. Günther Heller

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. Juli 2017

Datum der Abgabe:

23. Dezember 2020

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)..... | 4 |
| Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi) | 10 |
| Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)..... | 14 |
| Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e. V. (DGPM) | 20 |
| Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) | 26 |
| Deutscher Pflegerat e. V. (DPR) | 48 |
| Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)..... | 53 |
| Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten | 63 |
| Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI)..... | 70 |
| GKV-Spitzenverband (GKV-SV)..... | 76 |
| Patientenvertretung gemäß § 140 f SGB V | 88 |



DGGG e.V. • Jägerstr. 58-60 • 10117 Berlin

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
z.H. Aljoscha Richter
Fachbereich Sozialdaten
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin
per E-Mail an nicu@iqtig.org

Präsident

Prof. Dr. Anton J. Scharl

DGGG e. V.
Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Jägerstr. 58-60
D – 10117 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 51488 3333
Fax: +49 (0) 30 51488 344
stellungnahmen@dggg.de
www.dggg.de

Berlin, den 08.12.2020

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)

im Zusammenschluss mit der

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ),

Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e. V. (GNPI)

und der

Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin e. V. (DGPM)

zum

**IQTIG-Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V bei der Entwicklung
von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung der QS-
Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie - Darstellung der Indikatorenentwürfe**

Grundsätzlich begrüßen wir, dass die QS-Verfahren der Geburtshilfe und Neonatologie in der Beurteilung von möglichen Qualitätsindikatoren nun erstmalig gemeinsam betrachtet werden.

In der perinatologischen Behandlung von Schwangeren und Neugeborenen greifen geburtshilfliche und neonatologische Versorgung Hand in Hand. Insbesondere bei extrem unreifen Frühgeborenen ist der Behandlungsverlauf nur ganzheitlich zu denken. So wirken sich Risikofaktoren der Schwangeren, aber auch deren geburtshilfliche Behandlung, ebenso wie Komplikationen unter der Geburt auf die Prognose des Früh- oder Neugeborenen aus. Insofern müssen auch Qualitätssicherungsverfahren den Behandlungsprozess als Gesamtes betrachten und entsprechend bewertet werden. Es



ist daher sehr zu unterstützen, dass nun die Daten aus den geburtshilflichen und neonatologischen QS-Verfahren zusammengeführt und gemeinsam bewertet werden sollen. In gleicher Weise muss auch bei Kindern mit Verlegung zwischen zwei Kliniken eine Risikoordnung zu verlegender und aufnehmender Klinik getroffen werden. Wir unterstützen daher auch hier den vom IQTIG entwickelten Ansatz. Die dichotome Zuschreibung zur verlegenden oder aufnehmenden Klinik stellt im Einzelfall eine Verkürzung dar, die die komplexe Versorgungssituation nicht abzubilden vermag. Wir erachten es als sinnvoll, jedes verlegte Neu- und Frühgeborene im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahme individuell zu betrachten. Auch muss daher in jedem Fall der Verlegungszeitpunkt erhoben werden. In Anlage 5 haben wir versucht, dieses kritisch zu kommentieren. In den beigefügten Stellungnahmeformularen (Anlagen 4, 5) finden Sie die detaillierten Einschätzungen zu den einzelnen angefragten Punkten.

Insgesamt begrüßen wir den vom IQTIG entwickelten Ansatz, der viele von uns zuvor kritisch geäußerte Punkte berücksichtigt und insgesamt einen wichtigen Fortschritt in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der geburtshilflichen und neonatologischen Versorgung darstellt.

Für die DGGG waren an der Stellungnahme Prof. Michael Abou-Dakn und Prof. Markus Schmidt beteiligt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Anton J. Scharl
Präsident der DGGG e. V.

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatalogie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|---|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Palliative Fälle müssen als Ausschlusskriterium im Qualitätsindikator aufgeführt werden. Ausschlusskriterium „Totgeburten mit ... unbekanntem Todeszeitpunkt“ öffnet Spielraum für Ungenauigkeiten und steht teilweise im Widerspruch zu „Zähler“ Totgeburten. Es ist sicherzustellen, dass die „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ auch die außerklinische Geburt berücksichtigt. Primär palliativ versorgte Lebendgeborene (z.B. schwere Fehlbildungen, extreme Unreife und bewusste Entscheidung der palliativen Versorgung) sind nicht abgebildet. Bei den potenziellen Faktoren zur Risikoadjustierung fehlt der Faktor "mütterliche Erkrankungen in der Schwangerschaft" |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Außerklinische Geburten mit evtl. Verlegung der Neugeborenen werden nicht erfaßt |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Der Qualitätsindikator HIE sollte grundsätzlich als gemeinsamer Indikator für Geburtshilfe und Neonatalogie erfaßt werden. Aus geburtschilfliche Sicht sollte die Vermeidung von Asphyxien und Azidosen ein wichtiges Ziel sein, zusätzlich kommt der zeitnahen Reaktion eine große Bedeutung zu. Die rechtzeitige Initiierung der Kühlung innerhalb von 6 Stunden hingegen könnte ein Qualitätsindikator ("time is brain") sein, ggf. auch durch passives Kühlen bei der Erstversorgung nach Asphyxie und auf dem Transport (vorausgesetzt natürlich die Neonatalogie ist früh genug involviert worden). Bei der potentiellen Faktoren zur Risikoadjustierung sollte der Begriff "Wachstumshemmung" durch "Wachstumsrestriktion" ersetzt werden |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatalogie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Der Aussage, dass es keine Definition einer Asphyxie bzw. HIE gibt, kann so nicht zugestimmt werden. Es sind drei unterschiedliche Zustände zu unterscheiden: - Liegen Hinweise für eine Asphyxie vor? Diese sind klar über den NS-pH zu definieren (und könnten eventuell noch mittels APGAR Score bestätigt werden). Für diese Kinder muss eine neurologische Untersuchung erfolgen um eine HIE zu erkennen bzw. auszuschließen. - Liegen Hinweise für eine perinatal erworbene HIE vor? Das bedeutet liegen Hinweise für eine Asphyxie (s. oben) vor und liegen neurologische Auffälligkeiten (Sarnat-Score, Thompson Score, Krampfanfälle etc.) vor, die für eine HIE sprechen? - für letztere Gruppe (moderate und schwere HIE) muss die Einleitung einer Hypothermie-Behandlung (ggf. auch zunächst passives Kühlen) innerhalb von 6 Stunden erfolgen. |

| Indikator | Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet? | Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung? | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|---|--|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Die neonatale Sepsis ist schon durch die Definition der Neonatalperiode (Geburt bis 28 LT) gegeben und muss nicht definiert werden. Der Begriff „Neu- und Frühgeborenensepsis“ sollte geändert werden, entweder nur „Neugeborenensepsis“ oder „Sepsis bei Früh- und Termingeborenen“. Die Unterscheidung von Early und late onset Sepsis ist in einem gewissen zeitlichen Graubereich nicht immer möglich, aber es ist relativ eindeutig, dass eine Infektion während der ersten 72 Lebensstunden eine konnatale Infektion (early onset Sepsis) ist, daher mit den Geburtshelfern diskutiert werden muss, während eine Sepsis nach einer Woche (late onset) ein Qualitätsindikator für die neonatologische Versorgung ist. |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe oben |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Der genaue Zeitpunkt der Bestimmung der Aufnahmetemperatur sollte festgelegt werden: a) Übernahme des Kindes im Kreißsaal oder b) Aufnahme auf der neonatologischen Station Variante b) wäre zu favorisieren, da auch durch einen unsachgemäßen Transport eine Hypothermie ausgelöst werden kann |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Es fehlt das Ausschlusskriterium „Hypothermiebehandlung“. Bei Neugeborenen mit Asphyxie und HIE kann die Aufnahmetemperatur niedriger sein. Außerdem existieren Unterschiede bezüglich des Zeitpunktes „Aufnahme“, einige Einrichtungen definieren den Zeitpunkt der Aufnahme mit Übernahme des Kindes im Kreißsaal, andere erst die Aufnahme auf der Station (siehe oben) |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | palliative Fälle sollten als Ausschlußkriterien aufgeführt werden |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|---|
| „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Anmerkungen zum Subtext: Das mehrmalige Ausstreichen der Nabelschnur (S. 37) ist nicht mehr zu empfehlen und wird in der aktuelle AWMF LL der Geburtshilfe auch nicht mehr empfohlen. Eine aktuelle Studie wurde abgebrochen, da in der Gruppe mit Ausstreichen die Mortalität der Frühgeborenen erhöht war. Eine aktuelle Meta-analyse ist auch eher zurückhaltend bezüglich „cord milking“ (Guidelines on Deferred Cord Clamping and Cord Milking: A Systematic Review. Liyanage SK, Ninan K, McDonald SD. Pediatrics. 2020 Nov;146(5):e20201429. doi: 10.1542/peds.2020-1429.) |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Frühgeborene können vielfältige abdominale Probleme haben, die operiert werden müssen, wobei die Ursache allerdings nicht immer nur eine NEK ist (z.B. Magenperforation, fokale intestinale Perforation). Daher ist kritisch zu überlegen, ob nicht alle Darmoperationen erfasst werden sollten – oftmals hängt die langfristige Prognose weniger von der Ursache ab, sondern vielmehr von der Notwendigkeit einer Operation. |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | hier ist anzumerken, dass die Definition der BPD immer wieder neu diskutiert wird. Natürlich ist sinnvoll, dass im Sinne einer historischen Vergleichbarkeit in ein und demselben Register die Definitionen bleiben. Anmerkungen zum Subtext: Die BPD als eine potentiell „reversible“ Lungenerkrankung zu bezeichnen ist nicht korrekt. Alle Definitionen einer BPD zielen darauf ab, langfristige Konsequenzen frühzeitig vorauszusagen. Da es keine Möglichkeit gibt, die Lungenstruktur direkt zu beurteilen, werden Surrogatparameter erkundet, die voraussagen, wie wahrscheinlich eine langfristige Beeinträchtigung (und damit eine permanente Strukturschädigung) ist. Der Satz „Unter anderem aufgrund einer durch die Surfactantgabe herabgesetzten Zufuhr von zusätzlichem Sauerstoff ...“ ist ebenfalls nicht korrekt, denn die BPD entsteht nicht durch die herabgesetzte Sauerstoffzufuhr (manchmal eher das Gegenteil, eine Hyperoxie). „Die neue BPD tritt vor allem bei sehr kleinen Frühgeborenen“ auf, ist auch nicht ganz korrekt, es sind insbesondere die sehr „unreifen Frühgeborenen“ oder „wachstumsretardierten“. |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Anmerkungen zum Subtext: Die Zahlen von 27-50% der Frühgeborenen sind deutlich veraltet. Aktuell liegt die Häufigkeit in dieser Patientengruppe eher im einstelligen Prozentbereich. |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|---|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatalogie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|--|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Risiko-Adjustierung auch für Diabetes der Mutter (Gestationsdiabetes sowie prä-existenten Diabetes mellitus) neonatale Mortalität bei maternalem Diabetes erhöht |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | ebenfalls Risiko-Adjustierung nach maternalem Diabetes |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Wird der Zeitraum zwischen Diagnose einer HIE (metabolische Azidose, 2. Apgar<5, neurologische Symptomatik) und des Behandlungsbeginn (kontrollierte Hypothermie) erfasst? |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatalogie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|--|--|---|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | unter Berücksichtigung des Ergebnisses eines B-Streptokokken-Screenings der Mutter, falls vorhanden |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | unter Berücksichtigung des Ergebnisses eines B-Streptokokken-Screenings der Mutter, falls vorhanden |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|---|
| „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | wiederholt, maternaler Diabetes ist assoziiert mit Frühgeburtlichkeit und generellen, adversen neonatalen Outcomes, in allen Indikatorkategorien zur Adjustierung erwägen |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Opara (2020) https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236639 Maternaler Diabetes mit höhergradiger ROP assoziiert |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|--|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen
Herrn
Dr. Christof Veit

Via E-Mail: nicu@iqtig.org

Sprecher des
Konvents für fachliche
Zusammenarbeit der DGKJ
Prof. Dr. Dominik Schneider

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Dortmund, 10.12.2020

Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V bei der Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie - Darstellung der Indikatorentwürfe

Sehr geehrter Herr Dr. Veit,

wir danken Ihnen für die Möglichkeit einer Stellungnahme zu der o.g. Darstellung der Indikatorentwürfe für die Entwicklung der perinatologischen Qualitätsindikatoren. Wir haben unsere Stellungnahme mit verschiedenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften aus dem Konvent für fachliche Zusammenarbeit abgestimmt, u.a. mit der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Perinatalmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Grundsätzlich begrüßen wir, dass die QS-Verfahren der Geburtshilfe und Neonatologie in der Beurteilung von möglichen Qualitätsindikatoren nun erstmalig gemeinsam betrachtet werden. In der perinatologischen Behandlung von Schwangeren und Neugeborenen greifen geburtshilfliche und neonatologische Versorgung Hand in Hand. Insbesondere bei extrem unreifen Frühgeborenen ist der Behandlungsverlauf nur ganzheitlich zu denken. So wirken sich Risikofaktoren der Schwangeren, aber auch deren geburtshilfliche Behandlung, ebenso wie Komplikationen unter der Geburt auf die Prognose des Früh- oder Neugeborenen aus. Insofern müssen auch Qualitätssicherungsverfahren den Behandlungsprozess als Gesamtes betrachtet und entsprechend bewertet werden. Es ist daher sehr zu unterstützen, dass nun die Daten aus den geburtshilflichen und neonatologischen QS-Verfahren zusammengeführt und gemeinsam bewertet werden sollen.

In gleicher Weise muss auch bei Kindern mit Verlegung zwischen zwei Kliniken eine Risikoordnung zu verlegender und aufnehmender Klinik getroffen werden. Wir unterstützen daher auch hier den vom IQTIG entwickelten Ansatz. Die dichotome Zuschreibung zur verlegenden oder aufnehmenden Klinik stellt allerdings im Einzelfall eine Verkürzung dar, die die komplexe Versorgungssituation nicht abzubilden vermag. In Anlage 5 haben wir dieses entsprechend kritisch kommentiert. Letztlich ist jedes verlegte Extrem Frühgeborene im Rahmen einer Qualitätssicherungsmaßnahme individuell zu betrachten. Dabei sind der Verlegungszeitpunkt sowie die bis dahin durchgeführten Therapien und bereits akquirierten Komplikationen zu bewerten. In den beigefügten Stellungnahmeformularen (Anlagen 4, 5) finden Sie die detaillierten Einschätzungen zu den einzelnen angefragten Punkten.

Zuletzt möchten wir in diesem Schreiben kurz auf den Qualitätsindex (Kap 11.2) eingehen. Wir befürchten, dass dieser nur eine grob verkürzte, auf eine Zahl reduzierte Abbildung der Versorgungsqualität eines Perinatalzentrums darstellen kann. In der hier vorgestellten Version ist zudem kritisch anzumerken, dass Patienten mit Palliativversorgung, also Behandlungsverzicht – genau wie bei anderen Parametern – unbedingt auszuschließen sind.

Insgesamt begrüßen wir den vom IQTIG entwickelten Ansatz, der viele von uns zuvor kritisch geäußerte Punkte berücksichtigt und insgesamt einen wichtigen Fortschritt in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der geburtshilflichen und neonatologischen Versorgung darstellt.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann
DGKJ-Präsidentin



Prof. Dr. Dominik T. Schneider
Konventsprecher

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatalogie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|---|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Definition Totgeburt ist zu einzugrenzen: "Todeszeitpunkt ante partum" - Außerklinische Geburten sind mit zu berücksichtigen. - Ausschlusskriterien: Palliativ behandelte Neugeborene z.B. mit letalen Fehlbildungen sind auszuschließen |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Ausschlusskriterien: Früh- oder Neugeborene mit letalen Fehlbildungen sind auszuschließen |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Geburtshilfe und Neonatalogie sind gemeinsam zu betrachten. - es liegen standardisierte Definitionen einer HIE vor, in gemeinsamer Bewertung von klinischen und Laborbefunden und standardisierter neurologischer Beurteilung des Neonaten. |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatalogie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Geburtshilfe und Neonatalogie sind gemeinsam zu betrachten. - Als Indikator für d. neonatologische Versorgungsqualität kann nur die fristgerechte Einleitung einer Hypothermie gelten, die Ausprägung der HIE ist z.T. schicksalhaft und neonatologisch kaum zu beeinflussen |

| Indikator | Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet? | Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung? | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|---|---|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Trennung in early und late onset Sepsis notwendig zur besseren Unterscheidung von konnatalen und erworbenen (nosokomialen) Infektionen |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Trennung in early und late onset Sepsis notwendig zur besseren Unterscheidung von konnatalen und erworbenen (nosokomialen) Infektionen |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - genaue Definition des Meßzeitpunktes notwendig (Aufnahme auf Station? Ende Erstversorgung?) - Patienten mit Therapieverzicht/Palliation sind auszuschließen |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - genaue Definition des Meßzeitpunktes notwendig (Aufnahme auf Station? Ende Erstversorgung?) - Neonaten mit Hypothermiebehandlung sind auszuschließen |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - die DGKJ sieht den hierarchischen Aufbau der einfließenden Parameter und die damit verbundene Wertung der Schwere der Komplikationen kritisch. - zu stark destillierte Darstellung der komplexen Versorgungssituation, daher für unkritische öffentliche Präsentation ungeeignet |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|---|
| „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Klarstellung der Definition notwendig: gilt die maximale Ausprägung der IVH im Verlauf oder das Ausmaß der IVH bei Behandlungsabschluss? - Festlegung der Untersuchungsmethode notwendig auf die sonographische Untersuchung (nicht MRT) |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Bitte Klarstellung zur Abgrenzung von anderen operationspflichtigen abdominalen Erkrankungen 8z.B. FIP) |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Bitte Definition in Entsprechung zu internationalen Empfehlungen: Der Sauerstoffbedarf im Alter von 28 Tagen ist als mehr als 21% für mehr als 12 Stunden pro Tag definiert. Auslassversuch im Alter von 36 SSW. - Klarstellung zur Bewertung von Kindern mit HighFlow |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Kommentar zum erläuternden Text: die Literaturquellen spiegeln nicht mehr den aktuellen Stand wider |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|---|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Jedes verletzte Extrem-Frühgeborenes bedarf einer individuellen Betrachtung in einem QM Prozess. Dabei sind Verlegungszeitpunkt, Vorbehandlungen und bereits bei Aufnahme in die aufnehmende Klinik erworbene Komplikationen zu bewerten. |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Jedes verletzte Extrem-Frühgeborenes bedarf einer individuellen Betrachtung in einem QM Prozess. Dabei sind Verlegungszeitpunkt, Vorbehandlungen und bereits bei Aufnahme in die aufnehmende Klinik erworbene Komplikationen zu bewerten. |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Jedes verletzte Extrem-Frühgeborenes bedarf einer individuellen Betrachtung in einem QM Prozess. Dabei sind Verlegungszeitpunkt, Vorbehandlungen und bereits bei Aufnahme in die aufnehmende Klinik erworbene Komplikationen zu bewerten. |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Jedes verletzte Extrem-Frühgeborenes bedarf einer individuellen Betrachtung in einem QM Prozess. Dabei sind Verlegungszeitpunkt, Vorbehandlungen und bereits bei Aufnahme in die aufnehmende Klinik erworbene Komplikationen zu bewerten. |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Jedes verletzte Extrem-Frühgeborenes bedarf einer individuellen Betrachtung in einem QM Prozess. Dabei sind Verlegungszeitpunkt, Vorbehandlungen und bereits bei Aufnahme in die aufnehmende Klinik erworbene Komplikationen zu bewerten. |

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

per E-Mail: nicu@iqtig.org

Frankfurt, 2.12.2020

Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V bei der Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie - Darstellung der Indikatorentwürfe

Sehr geehrter Herr Veit,

wir bedanken uns für die Möglichkeit einer Stellungnahme im o.g. Verfahren. Wir haben uns im Vorfeld mit anderen wissenschaftlichen Fachgesellschaften dazu abgestimmt, u.a. mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) sowie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).

Grundsätzlich begrüßen wir das Vorhaben, dass die QS-Verfahren der Geburtshilfe und Neonatologie nun erstmalig gemeinsam betrachtet werden. So wird eine jahrlange Forderung der Medizinerinnen und Mediziner aus den verschiedenen Bereichen der perinatalen Medizin umgesetzt. Alle Anstrengungen sind zu unternehmen, dass die Zusammenführung der Daten aus Perinatalerhebung und der Neonatalerhebung möglichst vollständig erfolgt. Geburtshilfe und Neonatologie sollten als eine Einheit verstanden werden. Zeitnah muss eine gemeinsame Besprechung der auffälligen Fälle eingefordert werden. Statt nur auf rechnerische Auffälligkeiten zu setzen, sollte jede Asphyxie mit HIE und jeder Todesfall eine verbindliche und zeitnahe Einzelfallanalyse nach sich ziehen. Dies sehen wir als sinnvoller an, als Qualitätsindikatoren nur als formelles Charakteristikum einzelner Kliniken darzustellen. Die Verknüpfung von Peri- und Neonatalerhebung muss darüber hinaus unabhängig vom Versicherungsstatus erfolgen, oft haben Mutter und Kind unterschiedliche Versicherungen. Dabei ist auch



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PERINATALE MEDIZIN

Vorstand
der Deutschen Gesellschaft für Perinatale
Medizin (DGPM) e.V.

Präsident
Prof. Dr. med. Rolf Schlößer
Schwerpunkt Neonatologie

Universität Frankfurt
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt am Main

E-Mail
rolf.schloesser@kgu.de

Vizepräsident
Prof. Dr. med. Ekkehard Schleußner

1. Schriftführer
Prof. Dr. med. Mario Rüdiger

2. Schriftführer
Prof. Dr. med. Michael Abou-Dakn

Schatzmeister
Prof. Dr. med. Rolf Maier

Geschäftsstelle
Deutsche Gesellschaft für
Perinatale Medizin (DGPM) e.V.
c/o Conventus Congress-management
& Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena

Ihr Ansprechpartner:
Herr Sebastian Langner

Geschäftsstellenleitung
Telefon 03641 31 16-475
Telefax 03641 31 16-244

E-Mail gs@dgpm-online.org
Internet www.dgpm-online.org

Sparkasse Marburg-Biedenkopf
IBAN DE35 5335 0000 0013 0018 98
BIC HELADEF1MAR

auf eine vollständige Verknüpfung von mütterlichen und kindlichen Daten zu achten.

In gleicher Weise muss auch das Verlegungsgeschehen zwischen den Kliniken abgebildet werden. Komplikationen in der Behandlung der Patineten sollten möglichst gerecht und transparent der verlegenden oder der aufnehmenden Klinik zugeschrieben werden können. Wir unterstützen daher grundsätzlich auch hier den vom IQTIG entwickelten Ansatz; weisen jedoch darauf hin, dass die oben beschriebenen Risiken sehr stark vom Verlegungszeitpunkt abhängen, der deshalb unbedingt genau zu erheben ist. Jedes verlegte kleine Frühgeborene ist im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahme individuell und besonders zu betrachten.

Die aufgelisteten Risikofaktoren sind Mischungen aus beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren, prä- wie postnatalen Variablen, die komplex interdependent sind und nicht unbedingt Bestandteil der Peri- oder Neonatalerhebung sind. Darüberhinaus gibt es Parameter, die selbst Qualitätsindikatoren und damit beeinflussbar sind (z.B. die Aufnahmetemperatur bei der Mortalität). Werden diese Faktoren zur Risikoadjustierung genutzt, so besteht die Gefahr, dass potentiell vermeidbare Faktoren und nicht vermeidbare Faktoren (Wachstumsrestriktion) ähnlich gewichtet werden. Bei der Risikoadjustierung wird eine Vielzahl von mütterlichen Erkrankungen aufgelistet, die ggf. alle zur Frühgeburtlichkeit führen, aber nicht unbedingt den Tod eines Kindes erklären. Als zu adjustierende Risikofaktoren gelten auch angeborene schwere Fehlbildungen, die möglicherweise in bestimmten Zentren gehäuft vorkommen. Auch für die HIE wird eine Vielzahl von Risikofaktoren genannt (z.B. Schilddrüsenerkrankungen der Mutter, „Wachstumshemmung“), die zu Ungenauigkeiten führen könnten.

Kritisch ist darüber hinaus anzumerken, dass Patienten mit Palliativversorgung in der Geburtshilfe und der Neonatologie bei den Todesursachen nicht aufgeführt werden

Für den Vorstand der DGPM

Prof. Dr. Rolf Schlößer
(Präsident)

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatalogie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|---|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Palliative Fälle müssen als Ausschlusskriterium im Qualitätsindikator aufgeführt werden. Ausschlusskriterium „Totgeburten mit ... unbekanntem Todeszeitpunkt“ öffnet Spielraum für Ungenauigkeiten und steht teilweise im Widerspruch zu „Zähler“ Totgeburten. Es ist sicherzustellen, dass die „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ auch die außerklinische Geburt berücksichtigt. Primär palliativ versorgte Lebendgeborene (z.B. schwere Fehlbildungen, extreme Unreife und bewusste Entscheidung der palliativen Versorgung) sind nicht abgebildet. Bei den potenziellen Faktoren zur Risikoadjustierung fehlt der Faktor "mütterliche Erkrankungen in der Schwangerschaft" |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Außerklinische Geburten mit evtl. Verlegung der Neugeborenen werden nicht erfaßt |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Der Qualitätsindikator HIE sollte grundsätzlich als gemeinsamer Indikator für Geburtshilfe und Neonatalogie erfaßt werden. Aus geburts hilfreiche Sicht ist die Vermeidung von Asphyxien und Azidosen verständlich, dennoch kommt der zeitnahen Reaktion eine große Bedeutung zu. Die rechtzeitige Initiierung der Kühlung innerhalb von 6 Stunden hingegen könnte ein Qualitätsindikator ("time is brain") sein, ggf. auch durch passives Kühlen bei der Erstversorgung nach Asphyxie und auf dem Transport (vorausgesetzt natürlich die Neonatalogie ist früh genug involviert worden). Bei der potentiellen Faktoren zur Risikoadjustierung sollte der Begriff "Wachstumshemmung" durch "Wachstumsrestriktion" ersetzt werden |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatalogie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Der Aussage, dass es keine Definition einer Asphyxie bzw. HIE gibt, kann so nicht zugestimmt werden. Es sind drei unterschiedliche Zustände zu unterscheiden: - Liegen Hinweise für eine Asphyxie vor? Diese sind klar über den NS-pH zu definieren (und könnten eventuell noch mittels APGAR Score bestätigt werden). Für diese Kinder muss eine neurologische Untersuchung erfolgen um eine HIE zu erkennen bzw. auszuschließen. - Liegen Hinweise für eine perinatal erworbene HIE vor? Das bedeutet liegen Hinweise für eine Asphyxie (s. oben) vor und liegen neurologische Auffälligkeiten (Sarnat-Score, Thompson Score, Krampfanfälle etc.) vor, die für eine HIE sprechen? - für letztere Gruppe (moderate und schwere HIE) muss die Einleitung einer Hypothermie-Behandlung (ggf. auch zunächst passives Kühlen) innerhalb von 6 Stunden erfolgen. |

| Indikator | Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet? | Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung? | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|---|--|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Die neonatale Sepsis ist schon durch die Definition der Neonatalperiode (Geburt bis 28 LT) gegeben und muss nicht definiert werden. Der Begriff „Neu- und Frühgeborenensepsis“ sollte geändert werden, entweder nur „Neugeborenensepsis“ oder „Sepsis bei Früh- und Termingeborenen“. Die Unterscheidung von Early und late onset Sepsis ist in einem gewissen zeitlichen Graubereich nicht immer möglich, aber es ist relativ eindeutig, dass eine Infektion während der ersten 72 Lebensstunden eine konnatale Infektion (early onset Sepsis) ist, daher mit den Geburtshelfern diskutiert werden muss, während eine Sepsis nach einer Woche (late onset) ein Qualitätsindikator für die neonatologische Versorgung ist. |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe oben |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Der genaue Zeitpunkt der Bestimmung der Aufnahmetemperatur sollte festgelegt werden: a) Übernahme des Kindes im Kreißsaal oder b) Aufnahme auf der neonatologischen Station Variante b) wäre zu favorisieren, da auch durch einen unsachgemäßen Transport eine Hypothermie ausgelöst werden kann |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Es fehlt das Ausschlusskriterium „Hypothermiebehandlung“. Bei Neugeborenen mit Asphyxie und HIE kann die Aufnahmetemperatur niedriger sein. Außerdem existieren Unterschiede bezüglich des Zeitpunktes „Aufnahme“, einige Einrichtungen definieren den Zeitpunkt der Aufnahme mit Übernahme des Kindes im Kreißsaal, andere erst die Aufnahme auf der Station (siehe oben) |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | palliative Fälle sollten als Ausschlußkriterien aufgeführt werden |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|---|
| „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Anmerkungen zum Subtext: Das mehrmalige Ausstreichen der Nabelschnur (S. 37) ist nicht mehr zu empfehlen und wird in der aktuelle AWMF LL der Geburtshilfe auch nicht mehr empfohlen. Eine aktuelle Studie wurde abgebrochen, da in der Gruppe mit Ausstreichen die Mortalität der Frühgeborenen erhöht war. Eine aktuelle Meta-analyse ist auch eher zurückhaltend bezüglich „cord milking“ (Guidelines on Deferred Cord Clamping and Cord Milking: A Systematic Review. Liyanage SK, Ninan K, McDonald SD. Pediatrics. 2020 Nov;146(5):e20201429. doi: 10.1542/peds.2020-1429.) |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Frühgeborene können vielfältige abdominale Probleme haben, die operiert werden müssen, wobei die Ursache allerdings nicht immer nur eine NEK ist (z.B. Magenperforation, fokale intestinale Perforation). Daher ist kritisch zu überlegen, ob nicht alle Darmoperationen erfasst werden sollten – oftmals hängt die langfristige Prognose weniger von der Ursache ab, sondern vielmehr von der Notwendigkeit einer Operation. |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | hier ist anzumerken, dass die Definition der BPD immer wieder neu diskutiert wird. Natürlich ist sinnvoll, dass im Sinne einer historischen Vergleichbarkeit in ein und demselben Register die Definitionen bleiben. Anmerkungen zum Subtext: Die BPD als eine potentiell „reversible“ Lungenerkrankung zu bezeichnen ist nicht korrekt. Alle Definitionen einer BPD zielen darauf ab, langfristige Konsequenzen frühzeitig vorauszusagen. Da es keine Möglichkeit gibt, die Lungenstruktur direkt zu beurteilen, werden Surrogatparameter erkundet, die voraussagen, wie wahrscheinlich eine langfristige Beeinträchtigung (und damit eine permanente Strukturschädigung) ist. Der Satz „Unter anderem aufgrund einer durch die Surfactantgabe herabgesetzten Zufuhr von zusätzlichem Sauerstoff ...“ ist ebenfalls nicht korrekt, denn die BPD entsteht nicht durch die herabgesetzte Sauerstoffzufuhr (manchmal eher das Gegenteil, eine Hyperoxie). „Die neue BPD tritt vor allem bei sehr kleinen Frühgeborenen“ auf, ist auch nicht ganz korrekt, es sind insbesondere die sehr „unreifen Frühgeborenen“ oder „wachstumsretardierten“. |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Anmerkungen zum Subtext: Die Zahlen von 27-50% der Frühgeborenen sind deutlich veraltet. Aktuell liegt die Häufigkeit in dieser Patientengruppe eher im einstelligen Prozentbereich. |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|--|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Für alle Spalten: Das grundlegende Problem ist hier der Zeitpunkt der Verlegung, wenn man den einzelnen Zentren (verlegende oder aufnehmende) die Ereignisse zuschreiben will. |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Auch wenn hier ist der Zeitpunkt entscheidend ist, wird sich das Ereignis nur sehr schwer einer bestimmten Klinik zuzuordnen sein, außer die Verlegung geschieht zum Zweck einer ROP-Behandlung. |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | ein totes Kind würde nicht verlegt werden. |

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

vom 10. Dezember 2020

**im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a Abs. 7 SGB V bei der
Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung
der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie**

(Vorschlag des IQTIG, Stand 19. Oktober 2020)

Einleitung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde im Juli 2017 damit beauftragt, im Rahmen der Verknüpfung der beiden Qualitätssicherungsverfahren Geburtshilfe und Neonatologie gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) (Follow-up) Qualitätsindikatoren und ein diesbezügliches Auswertungskonzept zu entwickeln. Die Verknüpfung der Daten dieser beiden Qualitätssicherungsverfahren hat zum Ziel, den Behandlungs- und Krankheitsverlauf eines Neugeborenen auch zwischen verschiedenen Abteilungen und Einrichtungen abbilden zu können.

Am 29. Oktober 2020 wurde hierzu vom IQTIG ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V zur „Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie“ eingeleitet, an dem die DKG gesetzlich zu beteiligen ist.

Aus der Darstellung des IQTIG geht hervor, dass 8 bestehende Qualitätsindikatoren sowie ein derzeit ausgesetzter Qualitätsindikator aus den Qualitätssicherungsverfahren Geburtshilfe und Neonatologie für eine Verwendung mit verknüpften Daten zu Follow-up Indikatoren weiterentwickelt wurden. Zum Zweck der Qualitätsförderung sollen bei rechnerischen Auffälligkeiten Fallkonferenzen zu den entsprechenden Fällen mit allen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern einberufen werden. Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens wurde seitens des IQTIG insbesondere um konkrete Einschätzung gebeten, ob die

- Follow-up-Indikatoren für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet sind und
- die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung darstellt und ob
- die beschriebenen Auswertungsdimensionen für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung geeignet sind.

Im Folgenden wird allgemein zum eingeleiteten Beteiligungsverfahren, zu den konkreten Fragen des IQTIG und den vorgesehenen Indikatoren Stellung genommen.

Allgemeine Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt die DKG eine Verknüpfung der beiden Qualitätssicherungsverfahren Geburtshilfe und Neonatologie, da somit der Behandlungs- und Krankheitsverlauf von Schwangeren und Neugeborenen ganzheitlich betrachtet werden kann. Neben Risikofaktoren der Schwangeren wirken sich deren geburtshilflichen Behandlung, Komplikationen unter der Geburt sowie die Behandlung nach der Geburt wesentlich auf die Entwicklung des Früh- oder Neugeborenen aus. Eine ganzheitliche Betrachtung ist somit sinnvoll und wünschenswert.

Die vom IQTIG entwickelten Indikatoren eignen sich, mit Ausnahme der Indikatoren „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatologie), grundsätzlich für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin. Der Qualitätsindex stellt die Versorgungsqualität eines Perinatalzentrums stark kondensiert dar, was für die Darstellung der komplexen Versorgungssituation als ungeeignet erscheint. Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen kann eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung darstellen, es ist jedoch zu prüfen, ob dies in jedem Fall erforderlich ist.

Stellungnahme zu den Qualitätsindikatoren und dem Qualitätsindex

Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens wurden vom IQTIG zu den Qualitätsindikatoren und dem Qualitätsindex jeweils zwei Fragen eingebracht und eine Einschätzung zur Eignung der Auswertungsdimensionen im Qualitätsindex erbeten, worauf im Folgenden eingegangen wird:

Indikator „Im Krankenhaus beobachtet Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“

Frage 1: Erachten Sie den Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?

Der Indikator ist für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet.

Frage 2: Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?

Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators stellt eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung dar.

Anmerkungen:

Grundsätzlich sei angemerkt, dass der Bezug zum Gestationsalter problematisch ist, weil dieses häufig nicht korrekt ermittelt wird und damit Differenzen entstehen. Die Ausschlusskriterien sollten um die primär palliative Behandlung (Therapieverzicht) und schwere Anomalien erweitert werden, außerklinische Geburten mit berücksichtigt werden und die Definition der Totgeburt (Todeszeitpunkt ante partum) eingegrenzt werden.

Indikator „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“

Frage 1: Erachten Sie den Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?

Der Indikator ist für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin nicht geeignet.

Frage 2: Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?

Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators stellt keine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung dar.

Anmerkungen:

Das IQTIG führt zu diesem Qualitätsindikator auf Seite 14 aus:

„In Bezug auf den verknüpften Neo-Indikator ist zu beachten, dass wegen der rechtlichen Beschränkungen auf gesetzlich versicherte und fehlerhafter Daten nahezu die Hälfte aller Neo-Fälle nicht verknüpft und damit im Indikator nicht berücksichtigt werden kann.“

Damit sind die Daten nicht repräsentativ und der Indikator eignet sich nicht für eine Verwendung im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung. Darüber hinaus gilt auch für diesen Indikator, dass der Bezug zum Gestationsalter problematisch ist und die Ausschlusskriterien um schwere Anomalien erweitert werden müssten

Indikator „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe)

Frage 1: Erachten Sie den Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?

Der Indikator ist für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet.

Frage 2: Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?

Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators stellt eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung dar.

Anmerkungen:

Es wird angeregt zu prüfen, ob das Gestationsalter bei den Ausschlusskriterien richtig angegeben ist und es nicht unter 37 +0 Wochen heißen müsste.

Indikator „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatologie)

Frage 1: Erachten Sie den Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?

Der Indikator ist für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin nicht geeignet.

Frage 2: Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?

Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators stellt keine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung dar.

Anmerkungen:

Das IQTIG führt zu diesem Qualitätsindikator auf den Seiten 17 und 18 aus:

„Bis zum Erfassungsjahr 2011 wurde die HIE als Qualitätsindikator für die dokumentierende neonatologische Klinik verwendet (AQUA 2012). Vor dem Hintergrund der Ätiologie und Diagnose der HIE wurde jedoch bereits in der damaligen Indikatorbeschreibung darauf hingewiesen, dass die HIE eher die Versorgungsqualität der Geburtshilfe als die der Neonatologie abbildet (AQUA 2012). Primär aus diesem Grund wurde die HIE als Qualitätsindikator in den darauffolgenden Jahren ausgesetzt.“

„Diese Indikatorvariante bezieht alle HIE-Fälle auf die dokumentierten Asphyxie-Fälle der neonatologischen Klinik. Eine HIE wird als Outcome unzureichender Qualität in der Diagnose und Versorgung der Asphyxie-Fälle gesehen. Diese Indikatorvariante entspricht dem bis 2011 verwendeten Indikator zur HIE. Dieser Rationale folgend, liegt der Verantwortungsbereich bei dieser Indikatorvariante bei der neonatologischen Klinik.“

Das Auftreten beziehungsweise die Vermeidung der Enzephalopathie, ist durch die Neonatologie kaum beeinflussbar, allenfalls die Einleitung einer fristgerechten Hypothermie kann hier als Indikator für die neonatologische Versorgungsqualität gelten. Hier bedarf es im Grunde einer gemeinsamen Betrachtung der Geburtshilfe/Neonatologie. Die Zuschreibbarkeit ist somit stark eingeschränkt und der Qualitätsindikator eignet sich nicht für die Verwendung im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung.

Indikator „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe)

Frage 1: Erachten Sie den Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?

Der Indikator ist für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet.

Frage 2: Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?

Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators stellt eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung dar.

Anmerkungen:

Eine Trennung in early und late onset Sepsis ist zur besseren Unterscheidung von konnatalen und erworbenen (nosokomialen) Infektionen notwendig.

Indikator „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie)

Frage 1: Erachten Sie den Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?

Der Indikator ist für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet.

Frage 2: Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?

Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators stellt eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung dar.

Anmerkungen:

Eine Trennung in early und late onset Sepsis ist zur besseren Unterscheidung von konnatalen und erworbenen (nosokomialen) Infektionen notwendig, da nur bei der nosokomialen Sepsis Handlungsoptionen für die Neonatologie bestehen.

Indikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“

Frage 1: Erachten Sie den Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?

Der Indikator ist für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet.

Frage 2: Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?

Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators stellt eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung dar.

Anmerkungen:

Es ist eine genaue Definition des Messzeitpunktes notwendig (Aufnahme auf der Station? Ende der Erstversorgung?) und Patientinnen und Patienten mit Therapieverzicht sind auszuschließen.

Indikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“

Frage 1: Erachten Sie den Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?

Der Indikator ist für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet.

Frage 2: Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?

Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators stellt eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung dar.

Anmerkungen:

Es ist eine genaue Definition des Messzeitpunktes notwendig (Aufnahme auf der Station? Ende der Erstversorgung?) und Neonaten mit Hypothermiebehandlung sind auszuschießen.

Qualitätsindex „Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie)

Frage 1: Erachten Sie den Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?

Der Qualitätsindex ist für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin nicht geeignet.

Frage 2: Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?

Die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des Indikators stellt keine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung dar.

Anmerkungen:

Die Darstellung der komplexen Versorgungssituation in der Geburtshilfe/Neonatologie ist durch den vorgeschlagenen Qualitätsindex nicht möglich. Es stellt sich zudem die Frage, ob die Gewichtung der einzelnen in den Qualitätsindex einfließenden Parameter die Versorgungsqualität angemessen abbildet.

In Bezug auf die Auswertungsdimensionen sei angemerkt, dass die Daten zur Sectio zur Prävention einer IVH widersprüchlich sind und das Verfahren an dieser Stelle zu einer Fehlsteuerung führen könnte. Es gibt keine Evidenz, dass eine Sectio die schonendere Entbindungsform ist. Des Weiteren sind die Daten von Schmid et al (2013) teilweise überholt (Ausstreichen der Nabelschnur). Die zeitgerecht erfolgte Lungenreifeinduktion (48 Stunden bis 7 Tage vor Geburt) und die Aufnahmetemperatur mit zur Risikoadjustierung aufzunehmen ist zumindest diskussionswürdig, beide haben Bedeutung für die langfristige Prognose. Die "Ulmer Liste" ist nicht unbedingt vollständig. Bei-

spielsweise gibt es Hinweise, dass Magnesiumsulfat-Gabe ebenfalls positive Effekte haben kann. Zudem kann nicht verallgemeinert werden, dass die Intubation nur durch erfahrenes Personal (Oberärztin/Oberarzt) durchgeführt werden soll, nicht immer sind die benannten Personen die mit der größten praktischen Erfahrung. Weiterhin ist eine Klarstellung notwendig, ob die maximale Ausprägung der IVH im Verlauf oder das Ausmaß der IVH bei Behandlungsabschluss gilt.

Bei der NEK sollte eine Klarstellung zur Abgrenzung von anderen operationspflichtigen abdominalen Erkrankungen (z.B. FIP) erfolgen. Frühgeborene können abdominale Probleme haben, die operiert werden müssen, wobei die Ursache nicht immer nur eine NEK ist (z.B. Magenperforation, fokale intestinale Perforation). Hier sollte über eine Abgrenzung nachgedacht werden.

Die Ausführungen auf Seite 47, dass die BPD von der geburtshilflichen Versorgung abhängt, sind diskussionswürdig, da es Erkenntnisse gibt, dass die LRI keinen Einfluss auf die BPD hat (Roberts D et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017). Es bedarf einer Definition in Entsprechung zu internationalen Empfehlungen. Der Sauerstoffbedarf im Alter von 28 Tagen ist als mehr als 21% für mehr als 12 Stunden pro Tag definiert, Auslassversuch im Alter von 36 SSW. Zudem sollte eine Klarstellung zur Bewertung von Kindern mit HighFlow erfolgen.

Die Literaturangaben zur ROP sind veraltet und spiegeln nicht mehr den aktuellen Stand wieder.

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatologie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|--|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|--|--|--|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|---|
| „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

vom 10. Dezember 2020

im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a Abs. 7 SGB V bei der
Entwicklung von (Follow-up-) Qualitätsindikatoren zur Abbildung des Verle-
gungsgeschehens auf der Webseite www.perinatalzentren.org

(Vorschlag des IQTIG, Stand 19. Oktober 2020)

Einleitung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat im Rahmen der Erstellung eines Umsetzungskonzeptes zur Darstellung des Verlegungsgeschehens auf der Webseite www.perinatalzentren.org Qualitätsindikatoren erarbeitet, deren Ergebnisse einrichtungsbezogen auf der Webseite abgebildet werden sollen.

Am 29. Oktober 2020 wurde hierzu vom IQTIG ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V bei der Entwicklung von (Follow-up-) Qualitätsindikatoren zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf der Webseite www.perinatalzentren.org eingeleitet. Die DKG ist bei den Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V einzubeziehen.

Das Konzept des IQTIG sieht vor, unter Verwendung von Sozialdaten nach § 301 SGB V sowie von Daten der externen stationären Qualitätssicherung mehrere Behandlungsfälle eines Patienten, die im Zuge einer oder mehrerer Verlegungen dokumentiert wurden, miteinander zu einem Patientenfall zu verknüpfen und dessen Ergebnisqualität hinsichtlich des Auftretens eines qualitätsrelevanten Ereignisses stets der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben. Zur Definition der qualitätsrelevanten Ereignisse hat das IQTIG fünf Indikatoren gebildet. Das Qualitätsziel dieser Indikatoren ist eine niedrige Sterblichkeit beziehungsweise ein seltenes Auftreten des jeweiligen Krankheitsbildes. Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens wurde seitens des IQTIG um Einschätzung gebeten, ob die Indikatoren zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org geeignet sind und ob das jeweilige Ergebnis des Indikators der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben ist.

Im Folgenden nimmt die DKG allgemein zum eingeleiteten Beteiligungsverfahren und zu den konkreten Fragen des IQTIG Stellung.

Allgemeine Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt die DKG das Ziel, das Verlegungsgeschehen bei Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht zukünftig auf der Website www.perinatalzentren.org abzubilden. Dies bietet die Möglichkeit, die Transparenz der dargestellten Ergebnisqualität der einzelnen Einrichtungen zu erhöhen, wenn das jeweilige Behandlungsergebnis sachgerecht der hierfür verantwortlichen Einrichtung zugeordnet werden kann. Die bisherige Zuschreibung des Behandlungsergebnisses zum jeweils entlassenden Standort kann zu Unschärfen in der Abbildung der Qualität führen, wenn beispielsweise die Behandlung in der erstbehandelnden Einrichtung im folgenden Therapieverlauf zu Komplikationen führt.

Die im Konzept des IQTIG dargestellte Zuschreibungslogik sieht vor, die Indikatorergebnisse pauschal der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben. Bei dem größeren Teil der verwendeten Indikatordefinitionen fällt jedoch auf, dass dies nur zu einer Umkehr des bisherigen Problems führen kann. Auf Grundlage der dargestellten Indikatoren wäre eine adäquate Zuschreibung der Indikatorergebnisse zu einer der behandelnden Einrichtungen nur unter Berücksichtigung der individuellen Fallkonstellation mittels Peer-Review-Verfahren möglich. Dies verursacht allerdings erhebliche Aufwände bei den in den behandelnden Einrichtungen tätigen Ärztinnen und Ärzten, sodass dies als nicht aufwandsarm eingeschätzt wird. Sollten die Indikatoren beibehalten werden, sollten diese derart angepasst werden, dass eine pauschale Zuschreibung des Indikatorergebnisses zur erstbehandelnden Einrichtung stets sachgerecht ist.

Fragen im Rahmen des Beteiligungsverfahrens

Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens wurden vom IQTIG zwei Fragen eingebracht, die für den jeweiligen Indikator herangezogen werden:

Indikator „30-Tages-Sterblichkeit“

Frage 1: Erachten Sie den Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?

Der Indikator „30-Tages-Sterblichkeit“ ist zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org nicht geeignet.

Frage 2: Ist das Ergebnis des Indikators der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben?

Das Ergebnis des Indikators „30-Tages-Sterblichkeit“ kann weder stets der erstbehandelnden noch stets der weiterbehandelnden Einrichtung zugeschrieben werden.

Anmerkungen:

Bei den Fällen, die im Rahmen der neonatalen Mortalität betrachtet werden, sind immer auch der Zeitpunkt und die Indikation der Verlegung zu berücksichtigen. Beispielsweise wäre es sachgerecht, das Indikatorergebnis eines notfallbedingt in einem gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) nicht dafür vorgesehenen Level geborenen Frühgeborenen, welches komplikationslos am ersten Lebens- tag in ein Perinatalzentrum Level I verlegt wird und dort im Alter von vier Wochen aufgrund einer Sepsis verstirbt, dem weiterbehandelnden Perinatalzentrum Level I zuzuschreiben. Gemäß dem vorliegendem IQTIG-Konzept würde das Indikatorergebnis allerdings ohne Berücksichtigung des Verlegungszeitpunktes und -indikation der erstbehandelnden Einrichtung zugeschrieben werden.

Bei Beibehaltung des Indikators wäre zu erwägen, den Betrachtungszeitraum von 30 Tagen auf 28 Tage zu reduzieren, um die Vergleichbarkeit zu nationalen und internationalen Kennzahlen der neonatalen Mortalität herzustellen.

Zudem wären Einschlussdiagnosen relevanter, zum Tode führender Krankheitsbilder zu definieren, welche sowohl im Startfall kodiert sowie im Folgefall als Todesursache in der QS-Dokumentation angegeben sein müssen, um eine pauschale Zuschreibung des Indikatorergebnisses zur erstbehandelnden Einrichtung zu ermöglichen.

Hinsichtlich der Ausschlusskriterien ist festzustellen, dass zwar Triploidie und Polyploidie aufgeführt sind, nicht isolierte Chromosomen- und/oder genetische Aberrationen wie Trisomie 21 oder Trisomie 13 hierin jedoch fehlen. Diese Chromosomenstörungen, die zu lebensbeendenden Symptomen führen können, sind nicht kausal therapierbar. Beispielsweise haben Kinder mit Trisomie 13 wesentlich häufiger schwere Fehlbildungen,

aufgrund derer eine palliative Therapie zu erwägen ist und damit ein frühes Versterben gemäß des vorliegenden Indikators wahrscheinlicher wird.

Indikator „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“

Frage 1: Erachten Sie den Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?

Der Indikator „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ ist zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org geeignet.

Frage 2: Ist das Ergebnis des Indikators der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben?

Das Ergebnis des Indikators „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ ist der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben.

Indikator „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“

Frage 1: Erachten Sie den Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?

Der Indikator „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ ist zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org nicht geeignet.

Frage 2: Ist das Ergebnis des Indikators der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben?

Das Ergebnis des Indikators „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ kann weder stets der erstbehandelnden noch stets der weiterbehandelnden Einrichtung zugeschrieben werden.

Anmerkungen:

Maßgeblich für die pauschale Zuschreibbarkeit des Indikatorergebnisses zur erstbehandelnden Einrichtung wäre die Eindeutigkeit des Vorliegens der Voraussetzungen für eine spätere indikatorrelevante Prozedur im Startfall. Im Rahmen aller im vorliegenden Verfahren beschriebenen Indikatoren wären diese Voraussetzungen für das jeweilige Krankheitsbild relevante ICD-Codes.

Im vorliegenden Indikator „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ werden die relevanten ICD-Codes gemäß Definition allerdings unabhängig davon, ob sie im Startfall auftreten, bis zu einer Dauer von 180 Lebenstagen nach Aufnahme berücksichtigt. Seitens der DKG wird vermutet, dass diese Entscheidung bei der Indikatormodellierung aufgrund der teils erst späten Diagnose einer ROP getroffen wurde, da die augenärztlichen Untersuchungen i.d.R. frühestens ab einer Reife von 32 Gestationswochen durchgeführt werden. So kann es sein, dass Therapieentscheidungen in der erstbehandelnden Einrichtung auch lange nach Verlegung die entscheidenden Faktoren für die Entwicklung und Diagnose einer ROP in der weiterbehandelnden Einrichtung sein können.

Allerdings können ebenso Therapieentscheidungen in der weiterbehandelnden Einrichtung die entscheidenden Faktoren für die Entwicklung und Diagnose einer ROP sein, auf welche die erstbehandelnde Einrichtung somit keinen Einfluss haben kann. Gemäß dem vorliegenden IQTIG-Konzept würde das Indikatorergebnis in einem solchen Fall allerdings fälschlicherweise stets der erstbehandelnden Einrichtung zugeschrieben werden.

Bei Beibehaltung des Indikators wäre zu erwägen, die Definition des Indikators wie folgt anzupassen:

*Frühgeborene mit **höhergradiger ROP im Startfall** und Intervention innerhalb der ersten 180 Lebenstagen nach Krankenhausaufnahme in Perinatalzentren ~~der~~ Level 1 und 2*

Im Zuge der vorgeschlagenen Anpassung würden Behandlungsfälle, in denen eine ROP-Diagnose noch nicht im Startfall vorlag, sich diese aber aufgrund der Therapieentscheidungen der erstbehandelnden Einrichtung in der weiterbehandelnden Einrichtung entwickeln, bei der Betrachtung des Verlegungsgeschehens unberücksichtigt bleiben. Allerdings wäre die Zuschreibung in den Fällen, in denen die Diagnose bereits im Startfall vorlag, eindeutig zur erstbehandelnden Einrichtung möglich.

Der Verweis auf höhergradige ROP kann entfallen, da sowohl ROP der Stadien 1 und 2, als auch die höhergradigen ROP der Stadien 3 bis 5 mit den ICD-Codes H35.0 und H35.1 kodiert werden.

Indikator „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“

Frage 1: Erachten Sie den Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?

Der Indikator „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ ist zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org nicht geeignet.

Frage 2: Ist das Ergebnis des Indikators der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben?

Das Ergebnis des Indikators „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ kann weder stets der erstbehandelnden noch stets der weiterbehandelnden Einrichtung zugeschrieben werden.

Anmerkungen:

Wie bereits bei dem Indikator „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ ausgeführt, wäre für die pauschale Zuschreibbarkeit des Indikatorergebnisses zur erstbehandelnden Einrichtung die Eindeutigkeit des Vorliegens der Voraussetzungen für eine spätere indikatorrelevante Prozedur im Startfall maßgeblich. Dies ist gemäß der Definition des Indikators „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ jedoch nur für die singuläre intestinale Perforation (SIP) aufgrund des Startfallbezugs gegeben, bei der nekrotisierenden Enterokolitis (NEK) wird ein genereller Bezug auf die ersten 180 Lebenstage hergestellt.

Bei Beibehaltung des Indikators wäre zu erwägen, die Definition des Indikators wie folgt anzupassen:

Frühgeborene mit NEK (nekrotisierende Enterokolitis) ~~innerhalb der ersten 180 Lebenstage~~ oder einer SIP (singuläre intestinale Perforation) im Startfall und einer Operation innerhalb der ersten 180 Lebenstage nach Krankenhausaufnahme in Perinatalzentren der Level 1 und 2

Alternativ könnte die NEK aus dem Indikator gestrichen werden, sodass nur noch die SIP von diesem umfasst wäre.

Indikator „Tod oder schwere Erkrankung“

Frage 1: Erachten Sie den Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?

Der Indikator „Tod oder schwere Erkrankung“ ist zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org nicht geeignet.

Frage 2: Ist das Ergebnis des Indikators der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben?

Die Frage kann nicht beantwortet werden, da der Indikator nicht zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org geeignet ist.

Anmerkungen:

Gemäß dem Projekt des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)¹, auf dessen Ausarbeitungen die im vorliegenden Konzept verwendeten Indikatoren basieren, handelt es sich bei dem vorliegenden Indikator um einen Index aller zuvor dargestellten Indikatoren. Demnach kumulieren sich für den Indikator „Tod oder schwere Erkrankung“ die jeweiligen indicatorspezifischen Einschätzungen der DKG.

Des Weiteren bleibt in den vorliegenden Dokumenten die Notwendigkeit eines Indexindikators offen, dessen einzelne Indikatoren bereits separat Berücksichtigung finden.

¹ WIdO (2014): QSR-Verfahren. Entwicklung des Leistungsbereichs Versorgung von Frühgeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW). Abschlussbericht. Stand: November 2014. Berlin: WIdO. URL: http://qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/wido_qsr_abschlussbericht_vlbw_final.pdf

Schlussbemerkung

Die DKG spricht sich deutlich für die Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org aus. Das hierfür zu verwendende Verfahren muss in seiner Zuschreibungslogik sachgerecht und eindeutig sowie möglichst aufwandsarm sein.

Es wurde dargelegt, dass das beschriebene Verfahren in der Mehrzahl der Indikatoren nicht sachgerecht ist. Sollten die Indikatoren dennoch beibehalten werden, schlägt die DKG angesichts der beschriebenen Limitationen vor, die Überarbeitung der Indikatoren „30-Tages-Sterblichkeit“, „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“, „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ und „Tod oder schwere Erkrankung“ im Rahmen einer Expertengruppe zeitnah zu diskutieren. Die Einrichtung der Expertengruppe muss gemäß der Vorgaben zur Berufung von Expertengruppen gemäß der methodischen Grundlagen des IQTIG² erfolgen.

Nach Abschluss der Expertenberatungen und Überarbeitung des dem Beteiligungsverfahrens zugrundeliegenden IQTIG-Berichts sollte nach Auffassung der DKG ein erneutes Beteiligungsverfahren durchgeführt werden.

² IQTIG (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15. April 2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|--|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe vollständige Stellungnahme der DKG |

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)
Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V bei der
Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen
der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und
Neonatologie**

Darstellung der Indikatorenentwürfe

Stand: 19.10.2020

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a Abs. 7 SGB V bei der Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie.

Es ist sehr zu begrüßen, dass zukünftig die Qualitätssicherungsverfahren der Neonatologie und Geburtshilfe zusammengeführt und bewertet werden.

Die Versorgung Schwangerer, der Geburtsverlauf, die Versorgung des Früh- und Reifgeborenen und eventuell auftretende Komplikationen, können nur im Gesamtzusammenhang betrachtet und beurteilt werden. Die Zusammenführung der QS-Verfahren ist daher nur als folgerichtig anzusehen.

Zu begrüßen ist auch der vom IQTIG entwickelte Ansatz zum Verlegungsgeschehen.

Sollte eine Klinik rechnerisch auffällige Ergebnisse der entwickelten Follow-up Qualitätsindikatoren aufweisen, wird die Durchführung einrichtungsübergreifender Fallkonferenzen als geeignete Maßnahme zur Förderung der Qualität angesehen.

Die Bewertung von Daten resultierend aus palliativer Versorgung Früh- und Reifgeborener muss im Verfahren ausgeschlossen werden.

Berlin, 09. Dezember 2020

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatologie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|--|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|--|--|--|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|---|
| „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|---|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Im internationalen Vergleich heißt es 28- Tage - Sterblichkeit. Zum besseren Vergleich sollte man diesen Zeitraum der Neonatalperiode auch hier verwenden |
| „Intraventriculäre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

Stellungnahme des DNVF zur Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie - Darstellung der Indikatorentwürfe und zur Abbildung des Verlegungsgeschehens bei Frühgeborenen auf der Webseite www.perinatalzentren.org - Darstellung der Indikatorentwürfe

Vorbemerkung

Das IQTIG legt zwei nachvollziehbar erläuterte und begründete Entwicklungen vor. Mitglieder der AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung des DNVF (AutorInnen: Eberlein-Gonska, Misselwitz, Rüdiger, Walther, Geraedts) haben folgende allgemeine Anmerkungen eingebracht, die wir zur Diskussion stellen wollen. Diejenigen Anmerkungen, die sich direkt auf einzelne Indikatoren beziehen, sind in den vorgelegten Formularen eingepflegt (siehe DNVF_Anlage4, DNVF_Anlage5).

Ad 1) Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren

Der Wunsch, die QS-Daten der Geburtshilfe mit den QS-Daten der Neonatologie im Sinne eines Follow-up zu verknüpfen, besteht schon seit Beginn der Erhebungen. Daher ist der Ansatz des IQITG einer Entwicklung von QIs im Rahmen der Verknüpfung sehr zu begrüßen, da hiermit eine deutliche Verbesserung der perinatalen Qualitätssicherung erzielt werden könnte. Alle Anstrengungen sind zu unternehmen, dass die Fallzusammenführungen möglichst vollständig erfolgen und eine gemeinsame Besprechung der auffälligen Fälle eingefordert wird.

Problematisch sind bei nahezu allen Ereignissen die potentiellen Risikofaktoren, welche für die Risikoadjustierung genutzt werden sollen. Häufig finden sich Parameter, die selbst Qualitätsparameter und damit beeinflussbar sind. So z.B. die Aufnahmetemperatur bei der Mortalität. Werden diese Faktoren zur Risikoadjustierung genutzt, so besteht die Gefahr, dass potentiell vermeidbare Faktoren (z.B. die Aufnahmetemperatur im Rahmen der Mortalität) und nicht vermeidbare Faktoren (Wachstumsrestriktion) ähnlich gewichtet werden und damit die Auswertung eventuell verfälschen. Aus statistischer Sicht würde man Ergebnisindikatoren in eine logistische Regression einfließen lassen. Das ist aus biometrischer wie klinischer Sicht nicht vertretbar und verursacht erhebliche Verzerrungen.

Im Hinblick auf postpartal vs. postnatal bitten wir Sie um die Verwendung und Zuordnung korrekter Terminologie bei der Benennung von Populationen in den einzelnen Indikatoren. Während die postnatale Periode das Neugeborene betrifft, so ist die postpartale Zeit auf die Mutter bezogen. So erscheint es beispielsweise nicht sinnvoll, postpartale Krämpfe im Rahmen einer Asphyxie zu erfassen, da ein mütterlicher Krampfanfall nach der Geburt keine Konsequenzen für das Kind hat. Hingegen wären postnatale Krämpfe ein Zeichen einer HIE.

Bezogen auf den Geburtsort wird die Geburt im Geburtshaus, die mit einer Versorgung (u.a. Reanimation) des Neugeborenen einhergeht, nicht richtig erfasst. Diese Kinder werden in die nächste Klinik gebracht und tauchen dort erstmals in der Perinatalerhebung auf und werden dann eventuell weiterverlegt. Damit sind aktuell keine Aussagen bezüglich der Qualität der Neonatalversorgung in der außerklinischen Geburtshilfe möglich. Während in den vergangenen Jahren die Neugeborenen mit Asphyxie und Hirnschädigung (HIE) in den Kliniken wahrscheinlich (die entsprechenden harten Daten fehlen) rückläufig ist findet sich keine deutliche Veränderung in der außerklinischen Geburtshilfe.

Im Hinblick auf das Verlegungsgeschehen sind insgesamt zwei Szenarien zu unterscheiden:

1. Die Geburt erfolgt in einem kleineren Haus und die Verlegung erfolgt relativ frühzeitig in den ersten Tagen. Dann sind Sterblichkeit und IVH mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit der verlegenden Einrichtung zuzurechnen. In diesem Fall sind aber ROP und ANID dieser nicht zuzuordnen.
2. Der zweite Fall trifft auf Einrichtungen zu, die keine chirurgische bzw. ophthalmologische Versorgung vorhalten und aus diesem Grund eine Verlegung erfolgen muss. Hier ist dann die IVH / ROP der verlegenden Einrichtung zuzuordnen.

Nachfolgend stellen wir zunächst detaillierte und aus unserer Sicht höchst relevante klinische wie terminologische Kritikpunkte insbesondere im Hinblick auf Anlage 2 dar.

Ad 2. Sterblichkeit

Tabelle 3: Das Ausschlusskriterium „Totgeburten mit ... unbekanntem Todeszeitpunkt“ öffnet Spielraum für Ungenauigkeiten und steht teilweise im Widerspruch zu „Zähler“ Totgeburten. Es ist sicherzustellen, dass die „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ auch die außerklinische Geburt berücksichtigt.

S. 17 letzter Absatz Der Aussage, dass es keine Definition einer Asphyxie bzw. HIE gibt, kann so nicht zugestimmt werden. Daraus folgt, dass die vorgeschlagene Vorgehensweise nicht akzeptabel ist. Es sind drei unterschiedliche klinische Zustände zu unterscheiden:

1. Hinweise für eine Asphyxie? Diese sind klar über den Nabelschnur-pH zu definieren und könnten eventuell noch mittels Apgar bestätigt werden. Für diese Kinder **muss** eine neurologische Untersuchung erfolgen um eine HIE zu erkennen.
2. Hinweise für eine perinatal erworbene HIE? Das bedeutet, es liegen Hinweise für eine Asphyxie (s. oben) **und** neurologische Auffälligkeiten (Sarnat-Score, Thompson Score, Krampfanfälle etc.) vor, die für eine HIE sprechen.
3. In der Folge muss für die zweite Gruppe (moderate und schwere HIE) eine Hypothermie-Behandlung erfolgen.

Ad 4 Sepsis

Der Einleitungsabsatz zur Sepsis ist fachlich falsch und terminologisch unscharf. Hier ist unbedingt eine Korrektur erforderlich. So sind im Detail beispielsweise folgende Ungenauigkeiten anzumerken:

Die Aussage „Die neonatale Sepsis“ tritt in der „Neugeborenenperiode auf“ ist ein Pleonasmus. Würde die Sepsis außerhalb der Neugeborenenperiode auftreten, kann es auch keine „neonatale“ Sepsis sein.

„Neu- und Frühgeborenensepsis“ ist auch wenig hilfreich: auch Frühgeborene sind Neugeborene. Daher ist diese Formulierung umzuändern, entweder nur „Neugeborenensepsis“ oder „Sepsis der Früh- und Termingeborenen“

Die Unterscheidung von Early und late onset Sepsis ist sicherlich in einem gewissen zeitlichen Graubereich nicht immer möglich, aber es ist relativ eindeutig, dass eine Infektion während der ersten 2-3 Lebenstage eine konnatale Infektion (early Sepsis) ist, daher mit den Geburtshelfern diskutiert werden muss, während eine Sepsis nach einer Woche (late onset) ein Qualitätsindikator für die neonatologische Versorgung ist. Daher würden wir sehr dafür plädieren, die Unterscheidung zwischen early und late onset beizubehalten.

Ad 6.3 Aufnahmetemperatur

Es fehlt das Ausschlusskriterium „Hypothermiebehandlung“. Bei Neugeborenen mit Asphyxie und HIE kann die Aufnahmetemperatur niedriger sein. Außerdem existieren Unterschiede bezüglich des Zeitpunktes „Aufnahme“: einige Einrichtungen definieren den Zeitpunkt der Aufnahme mit Übernahme des Kindes im Kreißsaal, andere erst die Aufnahme auf der Station. Letztlich erfolgt in weiteren Einrichtungen die Erstversorgung direkt auf der Station.

Ad 7 Hirnblutungen

Das mehrmalige Ausstreichen der Nabelschnur (S. 37) ist nicht mehr zu empfehlen und wird in der aktuellen AWMF LL der Geburtshilfe auch nicht mehr empfohlen. Eine aktuelle Studie wurde abgebrochen, da in der Gruppe mit Ausstreichen die Mortalität der Frühgeborenen erhöht war. Eine aktuelle Metaanalyse ist auch eher zurückhaltend bezüglich „cord milking“ (Guidelines on Deferred Cord Clamping and Cord Milking: A Systematic Review. Liyanage SK, Ninan K, McDonald SD. Pediatrics. 2020 Nov;146(5):e20201429. doi: 10.1542/peds.2020-1429.)

Ad 7.1. Es wird aktuell kontrovers diskutiert (bzw. gehandhabt), ob der maximale im Ultraschall gefundene Grad der IVH oder das bei Entlassung in der Sonographie gefundene Ausmaß der IVH gilt. Des Weiteren sind die Begriffe „prä-, sub- und postpartal“ durch „... und postnatal“ in der Sektion „Relevanz“ zu ersetzen. Hier handelt es sich um Druckschwankungen des Kindes (**Neonät**) und nicht der Mutter! Zudem kann die „Neonatologie“ nicht zum Entstehen beitragen. Vielmehr ist es die „neonatologische Versorgung“ oder der/die „NeonatologIn“

Ad 8 NEK

Ad 8.1 Mittlerweile steigt der Anteil der Frühgeborenen, die abdominale Probleme haben und operiert werden müssen, wobei die Ursache allerdings nicht immer nur eine NEK ist. Daher ist kritisch zu überlegen, ob alle Darmoperationen erfasst werden sollten – oftmals hängt die langfristige Prognose weniger von der Ursache ab, sondern vielmehr von der Notwendigkeit einer Operation.

Ad 9 BPD

Einleitung: Die BPD als eine „potentiell reversible“ Lungenerkrankung zu bezeichnen, geht an dem Problem vorbei. Alle Definitionen einer BPD zielen darauf ab, langfristige Konsequenzen frühzeitig vorauszusagen. Da es keine Möglichkeit gibt, die Lungenstruktur direkt zu beurteilen, werden Surrogatparameter erkundet, die voraussagen, wie wahrscheinlich eine langfristige Beeinträchtigung (und damit eine permanente Strukturschädigung) ist.

Der Satz „Unter anderem aufgrund einer durch die Surfactantgabe herabgesetzte Zufuhr von zusätzlichen Sauerstoff ...“ ist missverständlich, denn die BPD entsteht nicht durch die herabgesetzte Sauerstoffzufuhr.

„Die neue BPD tritt vor allem bei sehr kleinen Frühgeborenen“ auf, ist auch nicht ganz korrekt, es sind insbesondere die sehr „unreifen Frühgeborenen“ oder „wachstumsretardierten“.

Der Passus zur Definition sollte (in Übereinstimmung mit den internationalen Empfehlungen) folgende Aspekte berücksichtigen:

- Der Sauerstoffbedarf an 28 Tagen ist als mehr als 21% **für mehr als 12 Stunden** pro Tag definiert,
- Im Alter von 36 Wochen sollte ein Sauerstoffauslassversuch erfolgen und dann überprüft werden, ob definierte Sauerstoffsättigungen gehalten werden,
- Bisher wird nicht berücksichtigt, wie Kinder bewertet werden, die mit 36 Wochen High Flow erhalten.
- Kinder die mit 36 Wochen wegen einer Operation beatmet werden, haben nicht automatisch eine BPD
- Letztlich sollte man an dieser Stelle konsequent sein und auf eine aktuellere Definition umsteigen.
- Der Absatz zur Prävention muss enthalten, dass auch die Gabe von Coffein präventiv wirkt.

Ad 10 ROP

Rationale der ROP: Die Zahlen von 27-50% der Frühgeborenen sind deutlich veraltet. Aktuell liegt die Häufigkeit in dieser Patientengruppe eher im einstelligen Prozentbereich.

Weitere Anmerkungen: Ein grundsätzliches Problem bei allen Follow-up-Qualitätsindikatoren ist die Zuschreibbarkeit der Ergebnisse. Das gilt auch für die hier entwickelten QIs. Von Seiten der Leistungserbringer können somit nicht nur die (dokumentierenden) geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen ein Ergebnis beeinflussen, sondern auch die in der Vorsorge tätigen Vertragsärzte bzw. Hebammen sowie ggf. auch der Rettungsdienst. Auch die Konstitution und das Verhalten der Schwangeren bzw. externe Einflussfaktoren, welche häufig nicht über eine entsprechende Risikoadjustierung herauszurechnen sind, spielen hierbei eine Rolle ist. Somit bleibt bei einem rechnerisch auffälligen QI-Ergebnis immer die Frage, wer dies zu verantworten hat bzw. wie und durch wen dieses Ergebnis hätte beeinflusst werden können. Der in den jeweiligen QI-Tabellen aufgeführte Satz „verantwortlich für Indikatorergebnis“ greift daher zu kurz.

Der grundsätzliche Ansatz des IQTIG, im Rahmen des Strukturierten Dialogs Mortalitäts- bzw. Fallkonferenzen mit allen beteiligten Leistungserbringern durchzuführen, erscheint daher zielführend. Ungeklärt bleibt dabei, wer letztendlich diese Konferenzen organisieren kann und wie hierbei mit dem Thema Datenschutz umzugehen ist. Bei Fällen, die in einem Perinatalzentrum auf die Welt kommen und dort auch weiterversorgt werden, sind gemeinsame Mortalitäts- bzw. Fallkonferenzen zum Teil schon an der Tagesordnung; schwierig wird es dagegen bei zuverlegten Kindern, den sogenannten Outborns (ggf. sogar aus einem anderen BL) bzw. auch schon bei (zu spät) zuverlegten Müttern.

Von hoher Bedeutung ist jedoch auch der sektorübergreifende Ansatz unter Einbeziehung der niedergelassenen Frauenärzte und ggf. auch der betreuenden Hebammen. Je nach Fall könnte auch der Rettungsdienst hier beteiligt werden. Inwieweit dies in den aktuellen QS-Richtlinien (z.B. DeQS-RL) abbildbar ist, bleibt unklar.

Ein großer Nachteil ist, wie bei allen Follow-up-Verfahren, die Beschränkung auf GKV-Patienten. Damit könnte es ggf. zu Verzerrungseffekten kommen.

Ad 2) Abbildung des Verlegungsgeschehens

Grundsätzlich ist es sehr zu begrüßen, dass sich das IQTIG diesem Thema angenommen hat. Unabhängig von einer Sinnhaftigkeit der Veröffentlichung von Daten der Ergebnisqualität bei der Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen, ist eine Voraussetzung dafür auch die Vergleichbarkeit

der betroffenen Perinatalzentren. Aktuell ist das nicht der Fall. Zwei hierbei wesentliche Aspekte sind eine ausreichende Risikoadjustierung sowie die Berücksichtigung von Verlegungen zwischen den Zentren und der damit einhergehenden Schwierigkeit der Zuordenbarkeit von Komplikationen bzw. Sterblichkeit.

A. Qualitätsindikatoren

Anhand der Sozialdaten kann eindrucksvoll die Problematik der Fallbetrachtung versus Patientenbetrachtung aufgezeigt dargestellt werden. Die Zuschreibung der Komplikationen bzw. Sterblichkeit der erstbehandelnden Einrichtung ist auch für alle Qualitätsindikatoren nachvollziehbar. Jedoch ergeben sich folgende Fragen

1. Wie kann ausgeschlossen werden, dass erstbehandelnde Kliniken, die ihre Kinder zu spät in eine adäquate Klinik verlegen, nicht fälschlicherweise bei den Qualitätsindikatoren gewertet werden. (Bsp. Kind <1250gr wird erst nach 3 Tagen von PZ Level II in Level I verlegt. Dort verstirbt das Kind später. Das Kind taucht nicht mehr in der Statistik auf). Könnte dies ggf. dafür führen, dass Kinder erst zu spät verlegt werden?
2. Bis auf den 30-Tage-Sterblichkeitsindikator spielt bei allen Indikatoren neben der Diagnose auch eine Intervention bzw. Operation eine Rolle. Damit beeinflusst auch die Indikationsstellung zu einem Eingriff das Ergebnis. Wie kann verhindert werden, dass unterschiedliche Indikationsstellungen die Ergebnisse verfälschen?
3. Sozialdaten werden primär für die Abrechnung kodiert. Inwieweit gibt es eine Sicherheit, dass die dokumentierten Diagnosen auch der Realität entsprechen. Wurde eine Validierung der Diagnosen sowie des Entlassungsgrundes (z.B. mit den QS-Daten) durchgeführt?

B. Darstellung des Verlegungsgeschehens auf Perinatalzentren.org

Grundsätzlich ist es sinnvoll, unter Verwendung von Sozialdaten kombiniert mit QS-Daten die Ergebnisqualität für Frühgeborene <1500gr zu berechnen. Jedoch schränkt man damit die Grundgesamtheit auf die GKV-Patienten ein.

1. Wurden weitere Alternativen, z.B. auf Basis der QS-Daten, überlegt, bei denen alle Frühgeborenen, also auch PKV-Kinder, berücksichtigt werden können?

Die differenzierte tabellarische Darstellung von Informationen des Verlegungsgeschehens scheint primär für Fachexperten sinnvoll. Für den Laien ist eine Differenzierung zwischen Fällen und Patienten nur schwer nachvollziehbar.

2. Welche Klinikergebnisse sollen in Zukunft auf der Übersichtsseite von www.perinatalzentren.org veröffentlicht werden? Und in welcher Form soll dies stattfinden?
3. In welcher Form und wo soll in Zukunft das Verlegungsgeschehen veröffentlicht werden?

Weitere Ausführungen zu den einzelnen Indikatoren finden sich in den vom IQTIG zur Verfügung gestellten Formularen.

Wir hoffen, Ihnen mit unseren Anmerkungen weiterhelfen und so die Entwicklungen voranbringen zu können.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von Mitgliedern der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung (Prof.Dr. M. Eberlein-Gonska, Dr. B. Misselwitz, Prof. Dr. M. Rüdiger, F. Walther, Prof. Dr. M. Geraedts) angefertigt. Mit Beschluss des Vorstands vom 02.12.2020 wurde die vorliegende Stellungnahme verabschiedet.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
Prof. Dr. Max Geraedts (AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung)
Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende)

c/o DNVF-Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
E-Mail: info@dnvf.de
Tel.: 030 1388 7070

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatologie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|--|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - in der Zählerpopulation ist das nochmalige Aufführen der Totgeborenen unverständlich, da die Totgeburten mit Todeszeitpunkt ante partu explizit ausgeschlossen werden und sub partu Verstorbene einbezogen werden - Der Zähler umfasst mit den Totgeburten eine breitere Gruppe als der Nenner (Totgeburten). Die Differenzierung in „Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ und „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ ist zu hinterfragen. Warum werden hier nicht die international gültigen Definitionen verwendet (Perinatale Mortalität, frühe neonatale und späte neonatale Sterblichkeit)? Da die Mortalitätskonferenzen sowieso sektorübergreifend angesetzt werden sollten, würde es Sinn machen, auch die Totgeburten miteinzubeziehen. |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Es ist nicht richtig nachvollziehbar, warum „nahezu die Hälfte aller Neo-Fälle nicht verknüpft und damit im Indikator nicht berücksichtigt werden kann“. In Deutschland leben 83 Millionen Menschen, von denen laut Bundesgesundheitsministerium über 72 Millionen, also 86% gesetzlich versichert sind. Wenn es eine so hohe Zahl an fehlerhaften Datensätzen gibt, sollten dringend Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität ergriffen werden. In der jetzigen Form ist das höchst irritierend. |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Die Differenzierung der HIE mit und ohne Asphyxie, auch hinsichtlich der Zuschreibung, ist nicht nachvollziehbar. Die Häufigkeit einer HIE auf Basis einer diagnostizierten Asphyxie ist genau so viel bzw. wenig durch die Neonatologen beeinflussbar, wie ein HIE unabhängig von einer vorher diagnostizierten Asphyxie. |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|--|--|---|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - Hier besteht die Frage, warum nicht zwischen einer Early-onset und Late-Onset-Sepsis differenziert wird. Die Early-onset-Sepsis hat ihren Ursprung definitionsgemäß in der Perinatalphase, die late-onset-Sepsis in der Neonatalphase. Damit wäre auch eine klare Zuschreibung möglich. |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | die Gruppe der „Risiko-Lebendgeborenen“ sollte im Text nochmals genau definiert werden |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|--|
| „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | - IVH, NEC, BPD, ROP: Alle diese Komplikationen werden in der Neonatologie diagnostiziert. Das sollte grundsätzlich bei den Fallkonferenzen berücksichtigt werden. |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|---|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | die alleinige Zuordnung des QI zu den zuweisenden Kliniken könnte unzureichende Versorgung in der weiterbehandelnden Klinik maskieren |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | die alleinige Zuordnung des QI zu den zuweisenden Kliniken könnte unzureichende Versorgung in der weiterbehandelnden Klinik maskieren |



Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten,
11055 Berlin

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Bettina Godschalk
Leiterin der Geschäftsstelle

Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Postanschrift:
11055 Berlin

Tel +49 (0)30 18 441-4491

Fax +49 (0)30 18 441-4499

patientenrechte@bmg.bund.de

www.patientenrechte.de

Berlin, 9. Dezember 2020

AZ: ASP – 08312-10

Beteiligung im Stellungnahmeverfahren zu Indikatorenentwürfen zur Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie und zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalmedizin.org (§ 137 a SGB V)

Sehr geehrter Herr Dr. Veit,

vielen Dank für die Unterlagen, die Sie uns mit dem Schreiben vom 29. Oktober 2020 durch Frau Kutter haben zukommen lassen. Gern nimmt die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nach § 137a Absatz 7 SGB V Stellung zu den Indikatorenentwürfen zur Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie sowie zu den Indikatorenentwürfen zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalmedizin.org.

Zu diesem Zweck sind die von Ihnen zur Verfügung gestellten Stellungnahmeformulare ausgefüllt und diesem Schreiben beigelegt worden. Über die darin befindlichen Antworten und Ausführungen zu den einzelnen Indikatoren hinausgehende Überlegungen sind nachfolgend aufgeführt.

Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie

Für die Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie hat der Fachbereich (Sozialdaten) einen Qualitätsindex mit vier Auswertungsdimensionen sowie einen Prozess- und drei Ergebnisindikatoren entwickelt. Es wäre wünschenswert, wenn es weitere Indikatoren zur Abbildung der Prozess- und auch solche zur Erfassung der Strukturqualität gäbe. Insbesondere fällt auf, dass die Patientenzentrierung kaum Eingang in die Qualitätsziele der Indikatorenentwürfe gefunden hat,

obwohl die Patientenzentrierung ein erklärtes Ziel des IQTIG (vgl. Methodische Grundlagen, V 1.1, Abschnitt A, S. 30-37) ist.

Weiter setzt die Berechnung der Indikatoren die erfolgreiche patientenbezogene Verknüpfung von QS-Daten voraus, vgl. Anlage 2, "Darstellung der Indikatorenentwürfe im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie" vom 19.10.2020, Seite 14: „In Bezug auf den verknüpften Neo-Indikator ist zu beachten, dass wegen der rechtlichen Beschränkungen auf gesetzlich Versicherte und fehlerhafter Daten nahezu die Hälfte aller Neo-Fälle nicht verknüpft und damit im Indikator nicht berücksichtigt werden kann.“

Dies bedeutet, dass bestimmte Patientengruppen per se aus der Berechnung ausgeschlossen werden (privat Versicherte, Nichtversicherte) und damit eine Verzerrung entsteht. Außerdem wird ein vermutlich nicht unbeträchtlicher Teil der dokumentierten Daten wegen fehlender Verknüpfungen nicht ausgewertet werden können.

Offen bleibt, wie sichergestellt wird, dass den Indikatoren und Auswertungsdimensionen hypoxisch-ischämische Enzephalopathie, Sepsis, intra- und periventrikuläre Hirnblutung, nekrotisierende Enterokolitis, bronchopulmonale Dysplasie und Frühgeborenenretinopathie einheitliche Diagnosekriterien zugrunde gelegt werden. Aus den Ausführungen zu den einzelnen Indikatoren und den Indikatorenblättern geht nicht hervor, wie dies in der Vergangenheit gewährleistet wurde und künftig gewährleistet werden soll.

Zusätzlich ist nicht klar, wie weitere, für die Risikoadjustierung relevante, bislang aber nicht modellierte Faktoren in die Berechnung eingehen könnten. Kritisch anzumerken ist überdies, dass die Risikoadjustierungsmodelle noch nicht finalisiert sind.

Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalmedizin.org

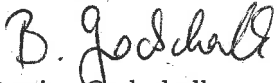
In den Erläuterungstexten der Indikatoren für die intraventrikuläre Hirnblutung, die Frühgeborenenretinopathie und die erworbene intestinale Erkrankungen wird geschlussfolgert (vgl. Anlage 3, „Darstellung der Indikatorenentwürfe im Rahmen der Abbildung des Verlegungsgeschehens bei Frühgeborenen auf www.perinatalzentren.org" vom 19.10.2020): „Das Ergebnis des Indikators sollte grundsätzlich der erstbehandelnden Einrichtung zugeschrieben

werden. Diese Zuschreibung erscheint sinnvoll, nicht nur, weil dadurch auch nach einer Verlegung indikatorrelevante Ergebnisse weiter berücksichtigt werden, sondern auch, weil dadurch bei der erstbehandelnden Einrichtung hohe Anreize bzw. ein größtmögliches Interesse für eine optimale Versorgung und Weiterversorgung des VLBW-Kindes geschaffen werden.“

Im Umkehrschluss bedeutet dies allerdings, dass unerwünschte Ereignisse und Ergebnisse in Bezug auf den Indikator nicht der weiterversorgenden Klinik zugeschrieben werden und für diese damit kein Anreiz besteht, ihre Ergebnisqualität in Bezug auf den Indikator zu verbessern. Die Ergebnisqualität könnte zum Beispiel bei Verlegungen nach einem bestimmten Schlüssel auf die behandelnden Zentren und/oder Kliniken verteilt werden.

Ich hoffe, dass die Stellungnahme hilfreich für die Umsetzung der G-BA-Beauftragungen vom 19. Januar und vom 20. Juli 2017 ist, und stehe für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Bettina Godschalk
Ministerialrätin

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatologie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|--|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Bewertung: Die beobachtete Sterblichkeit ist grundsätzlich als QI geeignet. Einschränkung: Die Definition des QI "Im Krankenhaus..." geht über geburtshilfliche Einrichtungen hinaus, als Adressat des QI sind jedoch explizit "alle geburtshilflichen stationären Einrichtungen" angegeben. Daher ist an dieser Stelle auch diskutabel, wieso Säuglinge (Kinder im ersten Lebensjahr) in den QI einbezogen werden. Säuglinge werden nicht in geburtshilflichen Kliniken, sondern in Kinderkliniken oder bei Vertragsärzten weiterbehandelt. Darüber hinaus ist unklar, warum sub-partu Verstorbene sowohl im Nenner als auch im Zähler des QI auftauchen. |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Bewertung: Die beobachtete Sterblichkeit ist grundsätzlich als QI geeignet. Einschränkung: Als Adressat des QI sind jedoch explizit "alle neonatologischen stationären Einrichtungen" angegeben. Daher ist an dieser Stelle auch diskutabel, wieso Säuglinge (Kinder im ersten Lebensjahr) in den QI einbezogen werden. Säuglinge werden i.d.R. nicht in neonatologischen Kliniken, sondern in Kinderkliniken oder bei Vertragsärzten weiterbehandelt. Zudem sollte klar definiert werden, wann (i.e. für welche Fallkonstellationen) in neonatologischen Kliniken auftretende Todesfälle vorbehandelnden neonatologischen Kliniken zugeordnet werden. |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Das benannte Qualitätsziel ("selten hypoxisch-ischämische Enzephalopathie") führt dazu, dass neonatologische Kliniken schlechtere Ergebnisse erhalten, als sie tatsächlich produzieren. Der Zähler ("Kinder mit hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie") fällt angesichts der zugrunde gelegten Pathogenese der HIE (Asphyxie unter der Geburt) nicht in den Bereich der Neonatologie. Denkbar wäre z.B. ein Ergebnisindikator, der den Erfolg einer Hypothermiebehandlung misst. In Neonatologien auftretende HIE-Fälle sollten in der aktuellen Ausgestaltung des Qualitätsindikators ausschließlich der vorbehandelnden geburtshilflichen Klinik zugeordnet werden. |

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|--|--|---|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Bezüglich des Nenners (Lebendgeborene von mindestens 24+0 Wochen) ist zumindest diskutabel, ob die Berechnung für VLBWs und Frühgeborene zusammengefasst erfolgen sollte. Darüber hinaus könnte der Nenner konkretisiert werden auf "Lebendgeborene mit einem Gestationsalter von mindesten 24+0 Wochen innerhalb der ersten 28 Lebenstage" und der QI umbenannt werden auf "Neonatale Sepsis". Die Entscheidung des Expertengremiums (vgl. Anlage 2, S. 24), nicht zwischen early- und late-onset Sepsis zu unterscheiden, ist aus klinisch-diagnostischer Sicht nachvollziehbar. Diskutabel jedoch ist, warum nicht zwischen nosokomialen und nicht-nosokomialen Infektionen unterschieden wird, wengleich die Argumentation, dass die entsprechende Erfassung über das NEO-KISS erfolgt, ebenfalls überzeugt. Zumindest sollte aber ausgeschlossen werden, dass ambulant erworbene Septikämien/ SIRS/ Septitiden in den QI eingehen. |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Bezüglich des Nenners (Lebendgeborene von mindestens 24+0 Wochen) ist zumindest diskutabel, ob die Berechnung für VLBWs und Frühgeborene zusammen erfolgen sollte. Darüber hinaus könnte der Nenner konkretisiert werden auf "Lebendgeborene mit einem Gestationsalter von mindesten 24+0 Wochen innerhalb der ersten 28 Lebenstage" und der QI umbenannt werden auf "Neonatale Sepsis". Die Entscheidung des Expertengremiums (vgl. Anlage 2, S. 24), nicht zwischen early- und late-onset Sepsis zu unterscheiden, ist aus klinisch-diagnostischer Sicht nachvollziehbar. Diskutabel jedoch ist, warum nicht zwischen nosokomialen und nicht-nosokomialen Infektionen unterschieden wird, wengleich die Argumentation, dass die entsprechende Erfassung über das NEO-KISS erfolgt, ebenfalls überzeugt. Zumindest sollte aber ausgeschlossen werden, dass ambulant erworbene Septikämien/ SIRS/ Septitiden in den QI eingehen. Bezüglich der Besonderheiten in der Berechnung könnten die in neonatologischen Kliniken auftretenden Sepsis-Fälle nicht nur vorbehandelnden neonatologischen, sondern auch geburtshilflichen Kliniken zugeordnet werden. |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Vorschlag zur Konkretisierung des Zählers: "VLBW mit Verlegung in die Neonatologie und Aufnahmetemperatur <36,0". Der Qualitätsindikator ist zur Verknüpfung von Geburtshilfe und Neonatologie weniger geeignet, da es sich um einen Prozessindikator handelt, der wesentlich vom Transport(prozess) beeinflusst wird. Für eine Verlegung zwischen zwei Abteilungen zweier Kliniken gilt folgendes: Die Ausgestaltung des Transportes ist nicht einheitlich geregelt; vielmehr noch hängt seine Qualität von der Ausbildung und Qualifikation des begleitenden Personals (Notfallsanitäter, Notarzt) ab. Einzig und allein, wenn dieses Personal bei einer klinikinternen Verlegung komplett durch die geburtshilfliche Klinik gestellt würde, wäre eine Berechnung für und Zuordnung zur Geburtshilfe vertretbar. |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Vorschlag zur Konkretisierung des Nenners: "Risiko-Lebendgeborene mit Gewicht >1500g und Gestationsalter >32Wochen und <38 Wochen". Der Qualitätsindikator ist zur Verknüpfung von Geburtshilfe und Neonatologie weniger geeignet, da es sich um einen Prozessindikator handelt, der wesentlich vom Transport(prozess) beeinflusst wird. Für eine Verlegung zwischen zwei Abteilungen zweier Kliniken gilt folgendes: Die Ausgestaltung des Transportes ist nicht einheitlich geregelt; vielmehr noch hängt seine Qualität von der Ausbildung und Qualifikation des begleitenden Personals (Notfallsanitäter, Notarzt) ab. Einzig und allein, wenn dieses Personal bei einer klinikinternen Verlegung komplett durch die geburtshilfliche Klinik gestellt würde, wäre eine Berechnung für und Zuordnung zur Geburtshilfe vertretbar. |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|---|
| „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | <p>Der Zähler dieser Auswertungsdimension ist nicht zwanglos nachvollziehbar. In den Zähler gehen VLBW mit einer IVH Grad 3 oder 4 ein. Diese Festlegung wird nicht weiter begründet. Da die IVH Grad 4 (PVH) "regelmäßig als eigenständige Entität" gesehen wird (vgl. Anlage 2, S. 36) und die Mortalität der IVH Grad 1-3 15%, die Mortalität der IVH Grad 3-4 60% beträgt, ergeben sich Hinweise darauf, dass die alleinige Betrachtung der IVH Grad 4/ der PVH als Zähler und Qualitätsziel besser geeignet ist.</p> <p>Darüber hinaus ist kritisch anzumerken, dass der Transport (von Geburtshilfe zu Neonatologie oder Neonatologie zu Neonatologie) in die Auswertungsdimension eingeht (vgl. Anlage 2, S. 37) der nicht klinikinterne Transport (i.e. ein Transport durch Rettungsdienst und Notarzt) aber weder der Geburtshilfe noch der Neonatologie zuzuordnen ist. Druckschwankungen und Intubationen während des Transportes dürften nicht selten sein. Daher kann der Qualitätsindikator in seiner jetzigen Form zu einer erheblichen Ergebnisverzerrung für die betrachteten Kliniken führen.</p> |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|--|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Das Ergebnis des Indikators sollte der geburtshilflichen Klinik zugeschrieben werden und im Falle einer Verlegung zusätzlich der (den) nachbehandelnden Klinik(en). |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsziel irritiert, da es präventive und kurative Maßnahmen, deren Qualität einzeln abgebildet werden kann, gemeinsam erfasst. IVH bei VLBWs sind das Resultat von u.a. einem Sauerstoffüberangebot, Mangelernährung und unzureichender Gewichtszunahme, sowie präventive Maßnahmen zur Vermeidung von IVH ab. Als Qualitätsziel scheint "selten IVH" geeigneter, da bei Berücksichtigung der Behandlung ("mit Operation") das Ergebnis der Behandlung (z.B. erfolgreiche Shuntanlage, Reduktion epileptischer Anfälle) gesondert Beachtung finden sollte. Denkbar wäre ein weiterer Qualitätsindikator "Operation einer interventionsbedürftigen IVH". Dieser erlaubt auch Rückschlüsse auf die Behandlungskompetenzen der Kliniken. Die Datenerhebung und Verfolgung der Verlegungen kann trotzdem patientenbezogen erfolgen. |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsziel irritiert, da es präventive und kurative Maßnahmen, deren Qualität einzeln abgebildet werden kann, gemeinsam erfasst. Die ROP bei VLBWs ist das Resultat von u.a. einem Sauerstoffüberangebot, Mangelernährung und unzureichender Gewichtszunahme, sowie Infektionen post partum (vgl. Anlage 2, S. 49). Qualität bildet sich durch präventive Maßnahmen zur Vermeidung von ROP ab. Als Qualitätsziel scheint "selten höhergradige ROP" geeigneter, da bei Berücksichtigung der Behandlung ("mit Intervention") das Ergebnis der Behandlung (z.B. Normalisierung des Sichtfeldes) gesondert Beachtung finden sollte. Denkbar wäre ein weiterer Qualitätsindikator "Behandlung einer interventionsbedürftigen ROP". Dieser erlaubt auch Rückschlüsse auf die Behandlungskompetenzen der Kliniken. Die Datenerhebung und Verfolgung der Verlegungen kann trotzdem patientenbezogen erfolgen. |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Das Qualitätsziel irritiert, da es präventive und kurative Maßnahmen, deren Qualität einzeln abgebildet werden kann, gemeinsam erfasst. Analog zu IVH und ROP sollte auch hier die Qualität der Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung erworbener intestinaler Erkrankungen gesondert zur Qualität des Ergebnisses einer Intervention (hier: Operation) erfolgen. Denkbar wäre ein weiterer Qualitätsindikator "Operation einer interventionsbedürftigen NEK oder SIP". Dieser erlaubt auch Rückschlüsse auf die Behandlungskompetenzen der Kliniken. Die Datenerhebung und Verfolgung der Verlegungen kann trotzdem patientenbezogen erfolgen. |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Das Ergebnis des Indikators sollte der geburtshilflichen Klinik zugeschrieben werden und im Falle einer Verlegung zusätzlich der (den) nachbehandelnden Klinik(en). |

GESELLSCHAFT FÜR NEONATOLOGIE UND PÄDIATRISCHE INTENSIVMEDIZIN e. V.



www.gnpi.de

Der Präsident

IQTIG

Dr. Christof Veit

Institutsleiter

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser
Geschäftsstelle:
Gesellschaft für Neonatologie und
Pädiatrische Intensivmedizin e.V.
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Telefon: +49 (30) 24632007
Fax: +49 (30) 28046806
Email: mail@gnpi.de

Essen, 07.12.2020

Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V bei der Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie - Darstellung der Indikatorenentwürfe

Sehr geehrter Herr Dr. Veit,

wir bedanken uns für die Möglichkeit einer Stellungnahme im o.g. Verfahren. Wir haben uns im Vorfeld mit anderen wissenschaftlichen Fachgesellschaften dazu abgestimmt, u.a. mit der Deutschen Gesellschaft für Perinatalmedizin (DGPM), der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ).

Grundsätzlich begrüßen wir den Ansatz, dass die QS-Verfahren der Geburtshilfe und Neonatologie nun erstmalig gemeinsam betrachtet werden, da das sicher zu einer deutlichen Verbesserung der perinatalen Qualitätssicherung führen wird. Alle Anstrengungen sind zu unternehmen, dass die Zusammenführung der Daten vollständig erfolgt. Die Verknüpfung von Peri- und Neonatallerhebung muss darüber hinaus unabhängig vom Versicherungsstatus erfolgen; oft haben Mutter und Kind unterschiedliche Versicherungen. Dabei ist auch auf eine vollständige Verknüpfung von mütterlichen und kindlichen Daten zu achten.

Zeitnah muss eine gemeinsame Besprechung der auffälligen Fälle eingefordert werden. Statt nur auf rechnerische Auffälligkeiten zu setzen, sollte jede Asphyxie mit HIE und jeder Todesfall eine verbindliche und zeitnahe Einzelfallanalyse nach sich ziehen. In gleicher Weise muss auch das Verlegungsgeschehen zwischen den Kliniken eine Risikozuordnung zu verlegender und aufnehmender Klinik abbilden. Wir unterstützen daher grundsätzlich auch hier den vom IQTIG entwickelten Ansatz, weisen jedoch darauf hin, dass der

Mitglieder des Vorstandes:

Präsidentin:

Vizepräsidentin:

Schatzmeister:

Sekretär:

Pädiatrische Beirätin:

Pädiatrischer Beirat:

Pädiatrischer Beirat:

Vertreterin der Kinderkrankenpflege:

Vorstands-Assistenz:

Prof. Dr. U. Felderhoff-Müser, Klinik für Kinderheilkunde I, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstraße 55, 45122 Essen

Prof. Dr. med. Christoph Bührer, Klinik für Neonatologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, D-13344 Berlin

Dr. A. von der Wense, Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Altonaer Kinderkrankenhaus gGmbH, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg

Dr. D. M. Olbertz, Klinikum Südstadt Rostock, Abteilung Neonatologie, Südring 81, 18059 Rostock

Prof. Dr. A. Berger, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien, Österreich

PD Dr. F. Hoffmann, Univ.-Klinik München, Dr. von Haunersches Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 30337 München

Univ.-Prof. Dr. med. Ch. Fusch, Klinik für Neugeborene, Kinder und Jugendliche, Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen

Privatuniversität, Klinikum, Nürnberg, Breslauer Straße 201, 90471 Nürnberg

B. Rösner, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Neonatologie, St. 32i, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

A. Osman, Klinik für Kinderheilkunde 1, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen

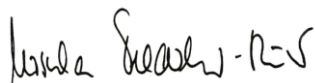
Verlegungszeitpunkt unbedingt zu erheben ist. Jedes verlegte kleine Frühgeborene ist im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahme individuell zu betrachten.

Die aufgelisteten Risikofaktoren sind Mischungen aus beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren, prä- wie postnatalen Variablen, die komplex interdependent und oft nicht Bestandteil der Peri- oder Neonatalerhebung sind. Auch gibt es Parameter, die selbst Qualitätsparameter und damit beeinflussbar sind (z.B. die Aufnahmetemperatur bei der Mortalität). Werden diese Faktoren zur Risikoadjustierung genutzt, so besteht die Gefahr, dass potentiell vermeidbare Faktoren und nicht vermeidbare Faktoren (Wachstumsrestriktion) ähnlich gewichtet werden. Bei der Risikoadjustierung wird eine Vielzahl von mütterlichen Erkrankungen gelistet, die ggf. alle zur Frühgeburtlichkeit führen, aber nicht unbedingt den Tod eines Kindes erklären. Als zu adjustierende Risikofaktoren gelten auch angeborene schwere Fehlbildungen, die ggf. in bestimmten Zentren gehäuft vorkommen. Auch für die HIE wird eine Vielzahl von Risikofaktoren genannt (z.B. Schilddrüsenerkrankungen der Mutter, Wachstumshemmung), die zu Ungenauigkeiten führen könnten. Kritisch ist darüber hinaus anzumerken, dass Patienten mit Palliativversorgung (Geburtshilfe und Neonatologie) bei den Todesursachen nicht aufgeführt werden.

In den Tabellen in der Anlage haben wir unsere Anmerkungen nochmals im Bezug auf die einzelnen vorgeschlagenen Indikatoren ausgeführt.

Insgesamt begrüßen wir den vom IQTIG entwickelten Ansatz der Zusammenführung der mütterlicher und kindlicher Datensätze der sicher einen wichtigen Fortschritt in der Verbesserung der geburtshilflichen und neonatologischen Qualitätssicherung darstellt.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. U. Felderhoff-Müser
(Präsidentin der GNPI)

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatalogie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|--|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ausschlusskriterium „Totgeburten mit ... unbekanntem Todeszeitpunkt“ öffnet Spielraum für Ungenauigkeiten und steht teilweise im Widerspruch zu „Zähler“ Totgeburten. Es ist zu überlegen, dass bei der „Im Krankenhaus beobachteten Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ auch die außerklinische Geburt berücksichtigt wird. Primär palliativ versorgte Lebendgeborene (z.B. schwere Fehlbildungen, extreme Unreife und bewusste Entscheidung der palliativen Versorgung) sind auch hier nicht abgebildet. |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Primär palliativ versorgte Lebendgeborene (z.B. schwere Fehlbildungen, extreme Unreife und bewusste Entscheidung der palliativen Versorgung) sollten auch hier abgebildet werden. |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Grundsätzlich sollte jeder Fall einer HIE in einer einrichtungsübergreifenden Fallkonferenz analysiert werden. Der Aussage, dass es keine Definition einer Asphyxie bzw. HIE gibt, kann so nicht zugestimmt werden. 1. Die Asphyxie kann klar über den NS-pH und APGAR Score definiert werden (siehe Einschlusskriterien der großen HIE/Hypothermie Studien Gluckman et al. Lancet 2005, Skankaran et al. N Engl. J Med 2005 etc.). Für diese Kinder muss eine neurologische Untersuchung erfolgen um eine HIE zu erkennen bzw. auszuschließen. 2. Hinweise für eine perinatal erworbene HIE sind die Asphyxie (s. oben) und es liegen neurologische Auffälligkeiten (Sarnat-Score, Thompson Score, Krampfanfälle etc.) vor. 3. Bei moderater und schwerer HIE muss die Einleitung einer Hypothermie-Behandlung (ggf. auch zunächst passives Kühlen) innerhalb von 6 Stunden erfolgen. Es ist zu fordern, dass Geburtshilfe (auch Kliniken ohne angeschlossene Kinderklinik) und die aufnehmende Neonatologie in einem betrachtet werden und auch das Verlegungsgeschehen analysiert werden. Das Vorliegen einer HIE als neonatologischen Qualitätsindikator zu definieren ist falsch. Eine HIE nach Asphyxie manifestiert sich in den ersten Lebensstunden und ist auch bei korrekter neonatologischer Versorgung oft nicht vermeidbar. Die Initiierung der Kühlung innerhalb von 6 Stunden hingegen könnte ein Qualitätsindikator ("time is brain") sein, ggf. auch durch passives Kühlen bei der Erstversorgung nach Asphyxie und auf dem Transport (vorausgesetzt natürlich die Neonatologie ist früh genug involviert worden). Dementsprechend ist die vorgeschlagene Vorgehensweise so nicht akzeptabel. |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatalogie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | siehe oben |

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|--|--|--|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | siehe unten |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Eine Infektion während der ersten 72 Lebensstunden ist eine konnatale Infektion (early onset Sepsis) , könnte daher allenfalls mit den Geburtshelfern und Neonatologen gemeinsam diskutiert werden. Eine Sepsis nach 72 Lebensstunden (late onset) ist ein Qualitätsindikator für die neonatologische Versorgung. |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Neonaten mit Hypothermiebehandlung sind auszuschließen. |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|--|
| „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Der Grad der IVH und der Erhebungszeitpunkt sollte klar definiert werden als maximaler im Ultraschall gefundener Grad der IVH. |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Frühgeborene können abdominale Probleme haben, die operiert werden müssen, wobei die Ursache allerdings nicht immer nur eine NEK ist (z.B. Magenperforation, fokale intestinale Perforation). Daher ist mittelfristig kritisch zu überlegen, ob nicht alle Darmoperationen erfasst werden sollten – oftmals hängt die langfristige Prognose weniger von der Ursache ab, sondern vielmehr von der Notwendigkeit einer OP. |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|---|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Der Indikator ist grundsätzlich geeignet, jedoch ist es wichtig nicht nur das Verlegungsgeschehen insgesamt, sondern auch den Zeitpunkt der Verlegung zu erfassen. Verlegungen sollten in einem QM Prozess analysiert werden. |



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 09.12.2020**

**zu den Indikatorenempfehlungen des IQTIG
zur Darstellung des Verlegungsgeschehens**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| I. Vorbemerkung | 3 |
| II. Stellungnahme zur Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie | 4 |
| Ergänzender Änderungsbedarf | 6 |
| III. Stellungnahme zur Abbildung des Verlegungsgeschehens bei Frühgeborenen auf der Webseite www.perinatalzentren.org | 7 |

I. Vorbemerkung

Das übergeordnete Ziel, den Behandlungs- und Krankheitsverlauf eines Neugeborenen auch über Verlegungen zwischen verschiedenen Abteilungen und Einrichtungen abbilden zu können wird befürwortet.

Die vorgeschlagenen (Follow-up) Qualitätsindikatoren für eine Verknüpfung der beiden Qualitätssicherungsverfahren Geburtshilfe und Neonatologie erscheinen für die einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet. Die Durchführung einrichtungsübergreifender Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen der entwickelten (Follow-up) Qualitätsindikatoren wird als eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung wahrgenommen.

Die ausgewählten Indikatoren zur Abbildung des Verlegungsgeschehens von Kindern mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm scheinen generell geeignet, künftig einen umfassenderen Vergleich der Ergebnisqualität der Einrichtungen durchzuführen und auf der Webseite www.perinatalzentren.org eine korrektere Zuschreibung der Ereignisse zu ermöglichen. Für einen der Indikatoren wird eine Anpassung empfohlen. Die Ergebnisse dieser Indikatoren der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben wird als sinnvoll erachtet.

II. Stellungnahme zur Entwicklung von (Follow-up) Qualitätsindikatoren im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren Geburtshilfe und Neonatologie

Viele der aktuell etablierten Qualitätsindikatoren sowohl in der Geburtshilfe als auch in der Neonatologie lassen sich nicht einer dieser beiden Fachgebiete zuschreiben, sondern müssen fächerübergreifend betrachtet und bewertet werden.

Als Beispiele hierfür seien genannt:

- die im Kreißsaal auftretende Geburtsasphyxie, die sich dann in der Neonatologie als hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) manifestiert. Die rechtzeitig hinzugezogene und optimal ausgestattete Neonatologie kann hierbei einen erheblichen präventiv/therapeutischen Anteil zur Vermeidung der HIE beitragen.
- die Hypothermie bei Aufnahme, die sowohl als Folge einer mangelhaften Erstversorgung durch Neonatologen (z. B. bei Frühgeborenen) als auch als Folge einer mangelhaften postnatalen Überwachung durch die Geburtshelfer (z. B. bei reifen Neugeborenen) auftreten kann.
- die periventrikuläre Leukomalazie, eine multifaktorielle schwere Schädigung des unreifen Gehirns, die durch inflammatorische Vorgänge vor der Geburt (z. B. Amnioninfektionssyndrom) wie auch durch Behandlungsdefizite in der Neonatologie (z. B. Hyperventilation) verursacht werden kann.

Eine einseitige Betrachtung nur der Geburtshilfe oder nur der Neonatologie wird dem komplexen pathogenen Geschehen nicht gerecht. Vielmehr ist eine fächerübergreifende Auswertung und Betrachtung von Qualitätsindikatoren in der Perinatalmedizin unverzichtbar, um das Verursacherprinzip adäquat abzubilden. Dem wird nun mit der neuen Zuordnung der Indikatoren durch das IQTIG entsprochen.

Mit der Verknüpfung der Qualitätsindikatoren Geburtshilfe und Neonatologie soll darüber hinaus auch erreicht werden, dass ein Perinatalzentrum künftig als gesamtes, eng und gut kooperierendes und sich ergänzendes Gebilde aus mehreren Fachdisziplinen wahrgenommen und bewertet werden kann.

Die identifizierten Indikatoren erscheinen zutreffend gewählt. Die Durchführung einrichtungsübergreifender Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen der entwickelten (Follow-up) Qualitätsindikatoren wird als eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung wahrgenommen. Die Bewertung der einzelnen Indikatoren findet sich in Anlage 4. **Für alle Indikatoren werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet.** Zu einigen Indikatoren gibt es darüber hinaus noch Kommentare, die folgend dargestellt werden.

„Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“

Es wird beiden Fragen zugestimmt, allerdings unter der Voraussetzung, dass übergreifende Fallbesprechungen stattfinden.

„Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatologie)

Diese stellt in der Regel das Maß für die Versorgungsqualität einer Asphyxie sub partu dar. Auf S. 19 ff besteht ein gewisser Widerspruch, da einmal berechtigt der Indikator der Geburtshilfe angerechnet wird (Kapitel 3.2). Dann unter Kapitel 3.3. erfolgt aber auch eine Zuordnung der Neonatologie. Hier sollte eine Klarstellung erfolgen.

„Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe)

Es ist zu beachten, dass je nach präpartaler Verweildauer das Auftreten der Sepsis nur zum Teil stationär beeinflussbar ist.

„Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“

Dieser Indikator stellt das Kernmaß der Versorgung des Neugeborenen auf der geburtshilflichen Seite dar (Raumtemperatur bis Handtuch...).

„Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“

Dieser Indikator ist das Kernmaß der Erstversorgung und des Transportes.

Alle vier für den Qualitätsindex vorgeschlagenen Indikatoren werden dafür als geeignet angesehen. Zu drei Indikatoren gibt es zusätzlich Kommentare:

„Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“

Auch die Geburtshilfe ist in Form des Geburtsmanagement an der Prävention dieses Ereignisses als beteiligt anzusehen.

„Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“

Hier muss besonders auf die Definition der BPD geachtet werden.

„Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“

Kritisch hinterfragen könnte man, ob die Geburtshilfe tatsächlich auch Einfluss auf das Auftreten einer Frühgeborenen-Retinopathie nehmen kann. Dazu lässt sich feststellen, dass

der wichtigste Risikofaktor für das Auftreten einer Frühgeborenen-Retinopathie die Unreife des Kindes ist. Eine Geburtshilfe, der es gelingt, Frühgeburten zu verzögern oder aufzuhalten, trägt somit auch dazu bei, die Frühgeborenen-Retinopathie zu verhindern.

Ergänzender Änderungsbedarf

Der durchgängig gebrauchte Begriff der „Verlegung“ wird als verwirrend bzw. störend wahrgenommen, da es ja nicht nur um Verlegungen (z.B. zwischen Neonatologien) geht, sondern auch (die Mutter bleibt ja genuiner Fallpauschalen-Patient der Geburtshilfe) um eine Art Komplexleistung (was ja leistungsrechtlich nicht sichtbar wird). Es wäre zu prüfen, den Begriff anzupassen. Im Diagramm am Beginn sollte der bereits besetzte Begriff „Geburtsklinik“ besser durch „Geburts-hilfe“ ersetzt werden.

III. Stellungnahme zur Abbildung des Verlegungsgeschehens bei Frühgeborenen auf der Webseite www.perinatalzentren.org

Bei der Dokumentation des QS-Verfahrens Neonatologie werden bisher Kinder, die von einer Klinik in eine andere verlegt wurden, zum großem Teil ausgeschlossen und bei der Ergebnisdarstellung damit nicht berücksichtigt. Das ist insofern problematisch, als dadurch gerade Kinder mit schweren Problemen und relevanten Komplikationen ausgeschlossen und in der Ergebnisdarstellung nicht berücksichtigt werden.

Als Beispiele hierfür seien genannt:

- Frühgeborene mit posthämorrhagischem Hydrozephalus nach Hirnblutung, die zur Anlage eines ventrikulo-peritonealen Shunts in eine Klinik mit neurochirurgischer Expertise verlegt werden.
- Frühgeborene mit nekrotisierender Enterokolitis, die in eine Klinik mit kinderchirurgischer Kompetenz verlegt werden.
- Frühgeborene mit einer Retinopathie, die zur Behandlung in eine Klinik mit entsprechender augenärztlicher Expertise verlegt werden.

Um künftig alle sehr kleinen Frühgeborenen und vor allem auch alle sehr kleinen Frühgeborenen mit schwerwiegenden und weitreichenden Komplikationen bei der Qualitätssicherung zu erfassen, ist eine Abbildung des Verlegungsgeschehens unabdingbar.

Die vom IQTIG ausgewählten Indikatoren zur Abbildung des Verlegungsgeschehens von Kindern mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm werden generell als geeignet eingeschätzt, künftig einen umfassenderen Vergleich der Ergebnisqualität der Einrichtungen durchzuführen und auf der Webseite www.perinatalzentren.org eine korrektere Zuschreibung der Ereignisse zu ermöglichen. Nur einen Indikator empfiehlt der GKV-Spitzenverband nicht für die Abbildung des Verlegungsgeschehens (siehe Anmerkungen zu den Indikatoren).

Dabei stellen die Indikatoren insbesondere sicher, dass alle verlegte Kinder in der Statistik berücksichtigt werden und unzureichende neonatologische Versorgungsqualität bereits vor der Verlegung abgebildet wird.

Für alle fünf Indikatoren wird es als richtig erachtet, die Ergebnisse dieser Indikatoren der erstbehandelnden Einrichtung zuzuschreiben. Die Bewertungen zu den einzelnen Indikatoren finden sich in Anlage 5. Zudem ergeben sich folgende Anmerkungen zu den Indikatoren:

„30-Tages-Sterblichkeit“

Diesem Indikator wird als einziger in seiner gewählten Form als **nicht geeignet** für die Abbildung des Verlegungsgeschehens auf der Webseite bewertet. Die Neonatalperiode ist definiert als erste 28 Lebenstage. Deshalb wird hier empfohlen eine 28-Tages-Sterblichkeit anzusetzen.

„Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“

Es wurde überraschend zur Kenntnis genommen, dass bei der Ventrikeldrainage die OP beim Startfall bei 75 % lag. Im Vorhinein wurden deutlich mehr Verlegungen bei den Ventrikeldrainagen angenommen, gemessen an der hohen Zahl von PNZ Level I und den wenigen neurochirurgischen Abteilungen. Gegebenenfalls wird hier zum Teil auch nur eine Verbringung reflektiert, die keine Dokumentation auslöst.

„Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“

Die höhere Zahl der „verlegten“ ROP ist hingegen weniger verwunderlich. Hier sind die Kinder meist aber schon älter und klinisch stabiler. Allerdings zeigt die konnotierte „Fehltherapie“ bei 13 Kindern als Folge unzutreffender Kodierung auch ein Problem dieser Statistiken und Meldungen auf: die Kodierqualität – sei es nun aus ökonomischen oder anderen Gründen – kann nur eingeschränkt verglichen werden. Es ist zu erwarten, dass die Zusammenführung von Routinedaten mit QS-Daten sowie die Einrichtungsprüfungen aufgrund von Anhaltspunkten gemäß MDK-QK-RL das prospektiv besser abbildbar machen werden.

„Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“

Wie bereits bei den IVH wurde hinsichtlich der NEK (ANID) überraschend zur Kenntnis genommen, dass die OP beim Startfall 75 % lag. Im Vorhinein wurden mehr Verlegungen bei den NEK angenommen, gemessen an der hohen Zahl von PNZ Level I und den wenigen kinderchirurgischen Abteilungen. Gegebenenfalls wird hier zum Teil auch nur eine Verbringung reflektiert, die keine Dokumentation auslöst.

Perspektivisch sollte der nächste Schritt der Qualitätssicherung das verstärkte Nachhalten der richtlinien-fehlallozierten, also der nicht verlegten Fälle, sein, die zwar eher in den Leveln IV versus Level III identifiziert wurden, aber auch zwischen Level III versus Level II/I stattfinden.

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatologie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|--|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | übergreifende Fallbesprechungen vorausgesetzt |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Allerdings in der Regel Maß für die Versorgungsqualität einer Asphyxie sub partu |

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|--|--|--|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Je nach präpartaler Verweildauer allerdings nur zum Teil stationär beeinflussbar |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Kernmaß der Versorgung des NG auf der geburtshilfl. Seite (Raumtemperatur bis Handtuch...) |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Kernmaß der Erstversorgung und des Transportes |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|--|
| „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Anteil in Prävention auch bei der Geburtshilfe (Geburtsmanagement) |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Auf die Definition muss hier besonders geachtet werden. |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|---|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Die Neonatalperiode ist definiert als erste 28 Lebenstage. Deshalb besser 28-Tages-Sterblichkeit. |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

Anlage 4 Stellungnahmeformular – Verknüpfung Geburtshilfe-Neonatologie (Follow-up-Indikatoren)

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|--|--|--|--|
| „Im Krankenhaus beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „In neonatologischen Kliniken beobachtete Sterblichkeit bei Neugeborenen und Säuglingen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathien bei Reifgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie bei Reifgeborenen mit Asphyxie“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Follow-up-Indikator für eine einrichtungsübergreifende Erfassung der Versorgungsqualität im Bereich Perinatalmedizin geeignet?</i> | <i>Halten Sie die Durchführung von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen bei rechnerisch auffälligen Ergebnissen des in Spalte 1 genannten Indikators für eine geeignete Maßnahme zur Qualitätsförderung?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|--|--|--|
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Geburtshilfe) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Sepsis bei Lebendgeborenen“ (Auswertung für die Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (Auswertung für Geburtshilfe und Neonatologie) | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| Auswertungsdimension im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung bei sehr kleinen Frühgeborenen | Erachten Sie die in Spalte 1 beschriebene Auswertungsdimension für die Verwendung im einrichtungsübergreifenden Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung für geeignet? | Kommentare und Anregungen zur Auswertungsdimension aus Spalte 1 |
|---|--|---|
| „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

Anlage 5 Stellungnahmeformular – Verlegungsgeschehen

Bitte beachten:

- Füllen Sie das Stellungnahmeformular bitte am PC aus
- Die Kommentarlänge ist nicht durch die Größe der Kommentarfelder begrenzt, da sich die Schriftgröße automatisch anpasst
- Bitte nur Kommentare und Anregungen mit direkten Bezug zu den aufgeführten Qualitätsindikatoren

| Indikator | <i>Erachten Sie den in Spalte 1 genannten Indikator zur Abbildung des Verlegungsgeschehens auf www.perinatalzentren.org als geeignet?</i> | <i>Ist das Ergebnis des Indikators aus Spalte 1 der erstbehandelten Einrichtung zuzuschreiben?</i> | Kommentare und Anregungen zum Indikator aus Spalte 1 |
|---|---|--|--|
| „30-Tages-Sterblichkeit“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Intraventrikuläre Hirnblutung (IVH) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) mit Intervention“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| „Erworbene intestinale Erkrankungen (ANID) mit Operation“ | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Tod oder schwere Erkrankung | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |