
Qualitätsziele Geburtshilfe und Neonatologie

Die 10 Qualitätsziele in Niedersachsen

**Münchener Konferenz für
Qualitätssicherung**

Prof. Dr. R. Rauskolb / Northeim



Vorteile der Perinatal- und Neonatalerhebungen I

- Eindeutig zu belegende Absenkung der perinatalen Mortalität von **50 ‰ auf 5 ‰** und der Müttersterblichkeit von **200 auf 5/100.000** Lebendgeborene.
- Erstmals **interne QS/ internes QM** für viele Kliniken.
- Entscheidende Förderung der **Kooperation von Geburtshelfern und Pädiatern**.
- **Vollständige Landesstatistik für Frühgeborene** nur durch Zusammenführung der geburtshilflichen und der neonatologischen Daten möglich.



Vorteile der Perinatal- und Neonatalerhebungen II

- **Entscheidende Beeinflussung der Strukturqualität durch risikoangepasste Versorgung von Mutter und Kind.**
- **Analyse des Einflusses von Klinikstrukturen auf die Versorgung durch Vergleich von verschiedenen Kliniktypen (Geburtenzahl < 500, 500 – 1.000, > 1.000).**
- **Erstellen von Leitlinien für das geburtshilfliche und neonatologische Handeln (Prozessqualität).**



Vorteile der Perinatal- und Neonatalerhebungen III

- Aussage zur Prognose ausgewählter **Schwangerschaftsrisiken** (z. B. Plazentainsuffizienz).

- Aussage über das **Wiederholungsrisiko** von anamnestisch bedeutsamen Schwangerschaftsrisiken (Früh- und Mangelgeburt, Totgeburt)



Qualitätsziele

Motive für die Formulierung der Qualitätsziele in 1993

- **GSG und damit gesetzliche Einführung der Qualitätssicherung;**
- **Frage der Kassen „Warum so umfangreiche Erhebungen für inzwischen hervorragende Leistungsdaten?“;**
- **Nach 10 Jahren - Bilanz über Umsetzungsgrad der 10 Qualitätsziele**



Qualitätsziele

Ziel: Qualitätsentwicklung und Verbesserung in der Geburtshilfe und Neonatologie insgesamt zu erreichen.

- **Qualitätsziele gehen über die Forderungen im Zusammenhang mit der gesetzlich geforderten Qualitätssicherung hinaus.**



Qualitätsziele

- 1. Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen unter Einbeziehung aller Geburten**
(vorher: Fortführung der Erhebungen ...)
- 2. Risikogerechte Versorgung und Strukturierung in der Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung**
(vorher: Risikogerechte Strukturierung ... (Zentralisierung))
- 3. Kontinuierliche Reduktion von Totgeburtenrate und Frühgeburtslichkeit**
(vorher: ... Frühgeburtslichkeit, neonataler Frühsterblichkeit und Komplikationen bei Risikogeborenen.)
- 4. Unterscheidung zwischen pränatalen, geburtshilflichen und postnatalen Einflüssen auf den Schwangerschaftsausgang.**
- 5. Verkürzung der Zeiträume zwischen Risiko-Erkennung und therapeutischer Folgeentscheidung.**



Qualitätsziele

- 6. Langzeitdokumentation der Entwicklung des Kindes nach komplizierter Schwangerschaft und Risikogeburt**
- 7. Reduktion mütterlicher Morbidität und Mortalität**
- 8. Analyse der Ergebnisse in regionalen Gesprächskreisen (vorher: ... Gesprächskreisen (Todesfälle, Komplikationen, Sectiorate...))**
- 9. Zeitnahe Datenauswertung mit regelmäßigen Publikationen**
- 10. Qualitätssicherung in der berufsbezogenen Aus-, Weiter- und Fortbildung als Ausdruck der zentralen Bedeutung im Gesundheitssystem**



Qualitätsziele

Methodik bei der Formulierung der Qualitätsziele

- **Beschreibung und Begründung
des Qualitätsziels und der
Qualitätsforderung**
- **Ist - Analyse**
- **Maßnahmen**



Qualitätsziele

Qualitätsziel 2

**Risikogerechte Versorgung
und Strukturierung in der
Geburtshilfe und
Neugeborenenversorgung**



Qualitätsziele

Ziel 2 Beschreibung und Begründung des Qualitätsziels und der Qualitäts – Forderung

Gefordert wird die Verlegung von Risikoschwangeren in Kliniken der Maximalversorgung. Primär werden als Risikoschwangerschaften eingestuft:

- ▶ Frühgeburten (< 32 Wochen / <1500g),
- ▶ Mehrlingsschwangerschaft,
- ▶ Risiko Plazentainsuffizienz,
- ▶ Risiko Diabetes mellitus / Gestationsdiabetes.

Geht man davon aus, dass berechnet für die Versorgung von ca. 1.000 Risikogeburten pro Jahr eine neonatologische Intensiveinheit benötigt wird, so sind für Niedersachsen sieben bis acht derartige Kliniken der Maximalversorgung erforderlich.



Qualitätsziele

Ziel 2 Ist – Analyse

Versorgung von Risiko-Schwangerschaften in Niedersachsen												
	1990				1995				1999			
	Beleg %	<500 %	500- 1000 %	>1000 %	Beleg %	<500 %	500- 1000 %	>1000 %	Beleg %	<500 %	500- 1000 %	>1000 %
Risiko-SS	11,0	7,0	38,5	43,5	10,5	10,7	36,7	42,1	9,36	7,42	27,7	55,5
FG <32 SSW	6,3	6,0	30,9	56,7	4,3	5,7	31,9	58,2	5,2	3,5	20,3	70,9
Mehrlings- SS	9,4	5,9	32,3	52,4	6,7	6,1	38,2	48,9	7,5	5,1	27,3	60,1
Plazentains.	13,8	7,8	43,3	35,1	14,7	14,5	36,8	34,0	12,8	9,9	29,2	48,2
Diabetes	7,4	6,7	33,3	52,6	9,7	11,0	36,2	43,1	7,7	7,0	29,0	56,3



Qualitätsziele

Ziel 2 Maßnahmen

- Gefordert wird eine **Zentralisierung**;
- **Qualitäts-Controlling** im Rahmen von Schulungen im Qualitätsmanagement sowie in einem gezielten Verfahren zur Kontaktaufnahme mit auffälligen Kliniken;
- **Diskussion der Klinikergebnisse** in Arbeitskreisen, Qualitätszirkeln und Workshops;
- Ausbau einer **Kooperation** zwischen den Einrichtungen (geburtshilfliche Abteilungen, neonatologische Abteilungen, niedergelassene Gynäkologen);
- Kritischer Dialog mit den Reproduktionsmedizinerinnen (**weniger Mehrlinge**).



Qualitätsziele

Qualitätsziel 3

**Kontinuierliche Reduktion
von Totgeburtenrate und
Frühgeburtschaftlichkeit**



Qualitätsziele

Ziel 3 Beschreibung und Begründung des Qualitätsziels und der Qualitäts – Forderung

Gefordert wird eine Reduktion der Totgeburtenrate insbesondere bei reifen Kindern und der Frühgeburtlichkeit; d. h. ein Risikomanagement ausgehend von den niedergelassenen Gynäkologen bis hin zu den Geburtskliniken.



Qualitätsziele

Ziel 3 Ist – Analyse

	Totgeborene (sub und antepartal) %					
	1990	1992	1994*	1996	1998	1999
Totgeburten gesamt	0,37	0,35	0,40	0,43	0,41	0,39
Anteil Totgeburten an PMR	66,1	66,0	65,6	70,5	69,5	65,0
Retardierte Kinder <10. Perzentile	29,9	31,8	30,6	26,7	24,7	28,0
Totgeburten > 2000g	0,22	0,17	0,20	0,19	0,18	0,15

	Frühgeborene (alle Kinder) %					
	1990	1992	1994	1996	1998	1999
FG < 32 SSW	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,5
FG 32 – 34 SSW	1,9	2,0	1,9	2,1	2,3	2,3
FG 35 – 36 SSW	4,7	5,1	4,9	5,2	5,5	5,6



Qualitätsziele

Ziel 3 Maßnahmen

- Vermeidung von Drillings- und höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften;
- Anwendung des Infektionsprogramms nach Saling in jeder Schwangerschaft;
- Objektivierung der Zervixinsuffizienz durch Ultraschall;
- Aktivierung der effektivsten Behandlung auf der Grundlage von Leitlinien und Empfehlungen;
- Weitere Erforschung der Frühgeburts-Problematik und der Ursachen für Totgeburten > 2000 g;
- Frühzeitige Erkennung der Retardierung und Behandlung, bzw. adäquate Maßnahme;
- Forderung nach obligatorischer Obduktion.



Qualitätsziele

Qualitätsziel 6

**Langzeitdokumentation der
Entwicklung des Kindes nach
komplizierter Schwanger-
schaft und Risikogeburt**



Qualitätsziele

Ziel 6 Beschreibung und Begründung des Qualitätsziels und der Qualitäts - Forderung

- Gefordert wird die Erhebung von Daten im Anschluss an die Neonatalerhebung bezogen auf Kinder aus Risikoschwangerschaften wie Diabetes und Mehrlingsschwangerschaften.
- Für Kliniken, die Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Neonatologie“ ausbilden, ist zu fordern, dass in diesen Kliniken alle Frühgeborenen < 1000 g Geburtsgewicht langfristig nachuntersucht werden.



Qualitätsziele

Ziel 6 Ist – Analyse

- In den Jahren 1996 bis 2001 konnten aus diesen sechs Jahrgängen **345 Kinder < 1000 g** Geburtsgewicht nachuntersucht werden.
- Die 345 nachuntersuchten Kinder hatten bei ihrer Geburt mehrheitlich ein **Geburtsgewicht ≥ 750 g**.
- **Körperlicher Entwicklungsstand** ➔ 56% der Kinder unter dem 3er-Perzentil der reifen Kinder.
- **Sensorischen Eintwicklung** ➔ 70% der Kinder keine Einschränkungen.
- **Sprachlicher Entwicklungsstand, Fein- und Grobmotorik, soziale Kontaktfähigkeit** ➔ zwischen 74% und 90% mit einem normalen Entwicklungsstand.



Qualitätsziele

Ziel 6 Maßnahmen

- Nennung der Kliniken, die an der „Nachuntersuchung von Frühgeborenen < 1000g zum Zeitpunkt der U7“ teilnehmen im Berichtsband NPExtra;
- Veröffentlichung der Auswertung zum Projekt „Nachuntersuchung von Frühgeborenen < 1000g zum Zeitpunkt der U7“;
- Flächendeckende Einführung der „Nachuntersuchung von Frühgeborenen < 1000g zum Zeitpunkt der U7“;
- Nutzung der Schuluntersuchung für eine Langzeitbeobachtung aller Neugeborenen mit den Risiken:
 - Frühgeburt < 32 SSW und/oder ≤ 1500 g Geburtsgewicht;
 - Mehrlingsschwangerschaft;
 - Mangelgeborenen (3er Perzentile);
 - Hypoxyischämische Encephalopathie (HIE);
 - Mütterlicher Diabetes.

Überlebenswahrscheinlichkeit (gesund*) aller Kinder 1997 – 2000 (nur Lebendgeborene)

Tragzeit

	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Gewichts- klassen										
< 500			17	27	40					
500-599	20	12	17	31	40	60	33	29	100	
600-699		13	10	33	53	27	50	88	40	
700-799		15	35	42	57	62	55	85	86	50
800-899			35	47	65	65	74	72	96	67
900-999			33	57	55	67	69	82	79	100
1000-1099				75	59	98	79	78	88	84
1100-1199					55	64	86	77	86	90
1200-1299						66	81	93	97	93
1300-1399						80	71	89	96	96
1400-1499						83	61	89	93	95

* Morbidität: IVH III/IV, PVL, BPD, ROP ≥ 3

