

**Ergebnisse der externen QS:  
Protokoll –  
1. zur klinischen Auswertung und  
2. zur Ergebnispräsentation in der Hauskonferenz“**  
gemäß:  
Dienstanweisung sowie entsprechend der  
Fragen im pCC-Selbstbewertungsbericht und nach dem  
gesetzlich verpflichtenden QB

**Zusammenfassung der Ergebnisse:**

**Die geburtshilfliche Behandlungsqualität für Mutter und Neugeborenes ist im Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara nachweislich außerordentlich hoch. Alle Qualitätsindikatoren sind wie in den zurückliegenden Jahren nicht nur vollumfänglich erfüllt, sondern liegen im Landes- und Bundesvergleich in den Spitzenpositionen. Auch die Behandlungsergebnisse die über die Qualitätsindikatoren hinausgehen, sind überdurchschnittlich gut. Die hohe und weiterhin steigende Geburtenzahl geht somit nicht mit einem Qualitätsverlust einher.**

1. **Modul:** 16.01 Geburtshilfe
2. **Zeitraum der Daten-Auswertung:** 2022
3. **Datum der klinikinternen Auswertung/ Besprechung:**
4. **Datum der Ergebnispräsentation in der Hauskonferenz:**
5. **Vergleich der eigenen Ergebnisse/ Qualitätsindikatoren mit den Ergebnissen der BQS und der LQS:**  
siehe Anlage (Tabelle 1) (gesetzlich verpflichtender QB)
6. **Folgende Fragen sind zu beantworten:**
  - **6.1. Welche überdurchschnittlichen Ergebnisse gibt es? (pCC 6.4.2.3.01)**
    - Am Krankenhaus wurden im Jahr 2022 1801 Kinder geboren, das sind 12,41 % aller Geburten des Landes Sachsen-Anhalt (14506 Kinder). Das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara ist bereits über mehrere Jahre die Klinik mit der höchsten Geburtenzahl im Bundesland.
    - Neben einer hohen Anzahl von Geburten im Nichtrisikokollektiv wurden im Jahr 2022 zahlreiche Risiko- und Hochrisikoschwangere betreut und entbunden, unter anderem 38 Mehrlingsschwangere, 136 Patientinnen mit Hypertonie/Proteinurie (Gestose) (KH 7,34% / BQS 1,71%), 418 Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen (isthmozervikale Insuffizienz bzw. vorzeitige Wehen) (KH 25,45% / BQS 1,87%), 43 Frühgeburten mit

Kindsgewicht <1.500g (KH 2,44 % / BQS 1,22 %), 235 Frauen mit manifestem Diabetes/Gestationsdiabetes (KH 14,26 % / BQS 1084 %).

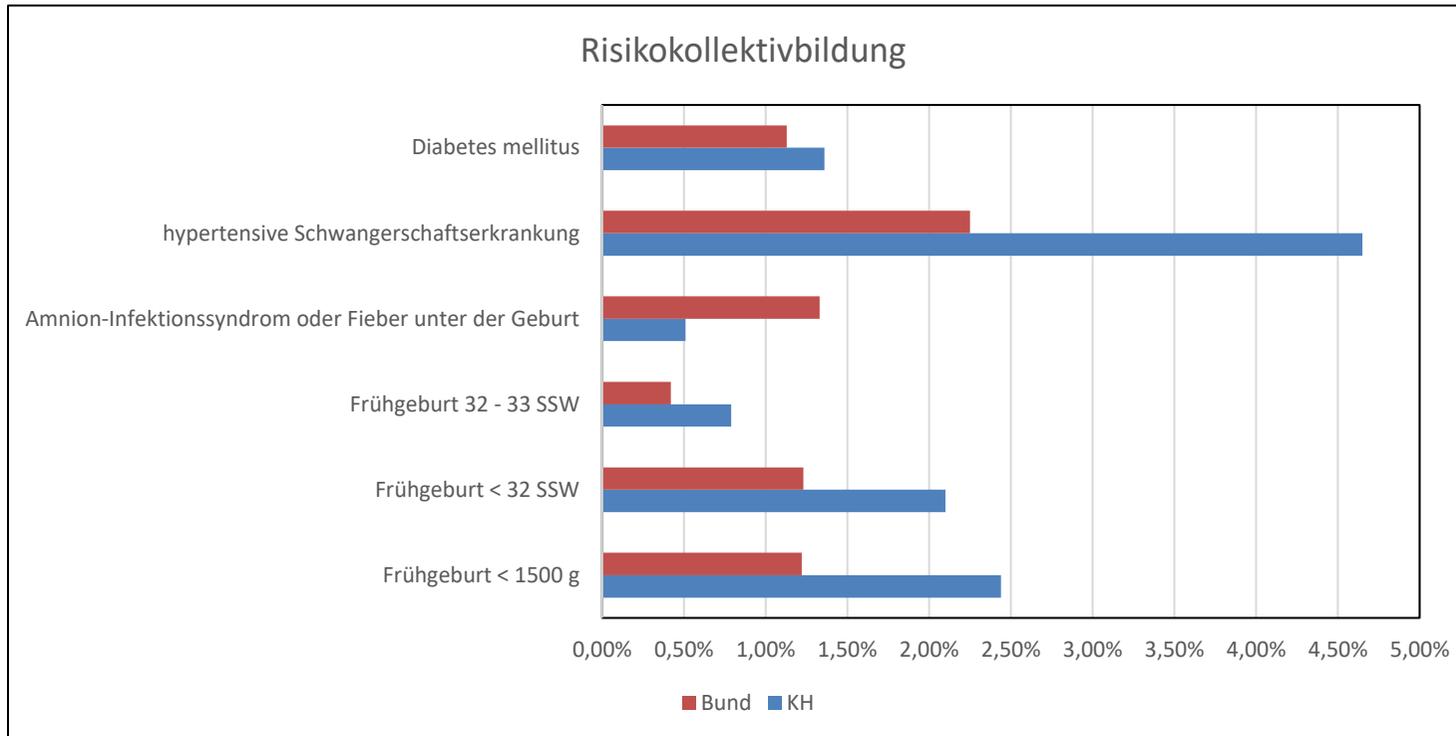
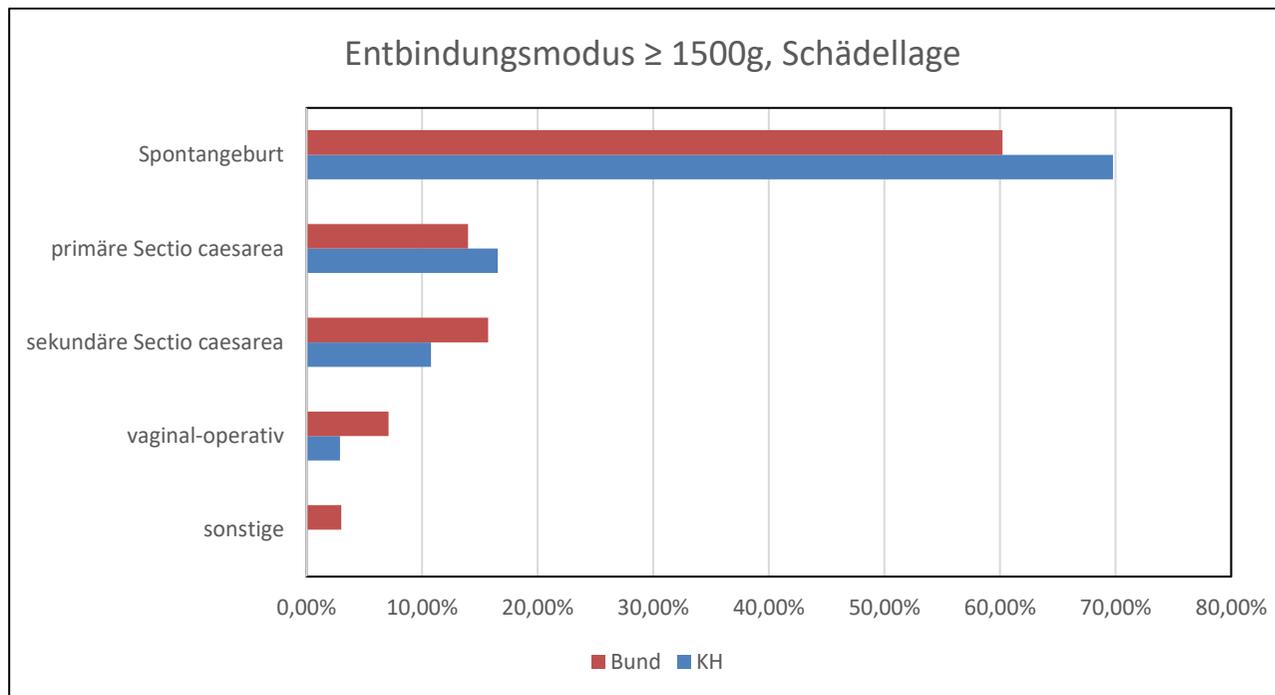


Abb. Risikokollektiv am KH im Vgl. zum Bundesdurchschnitt

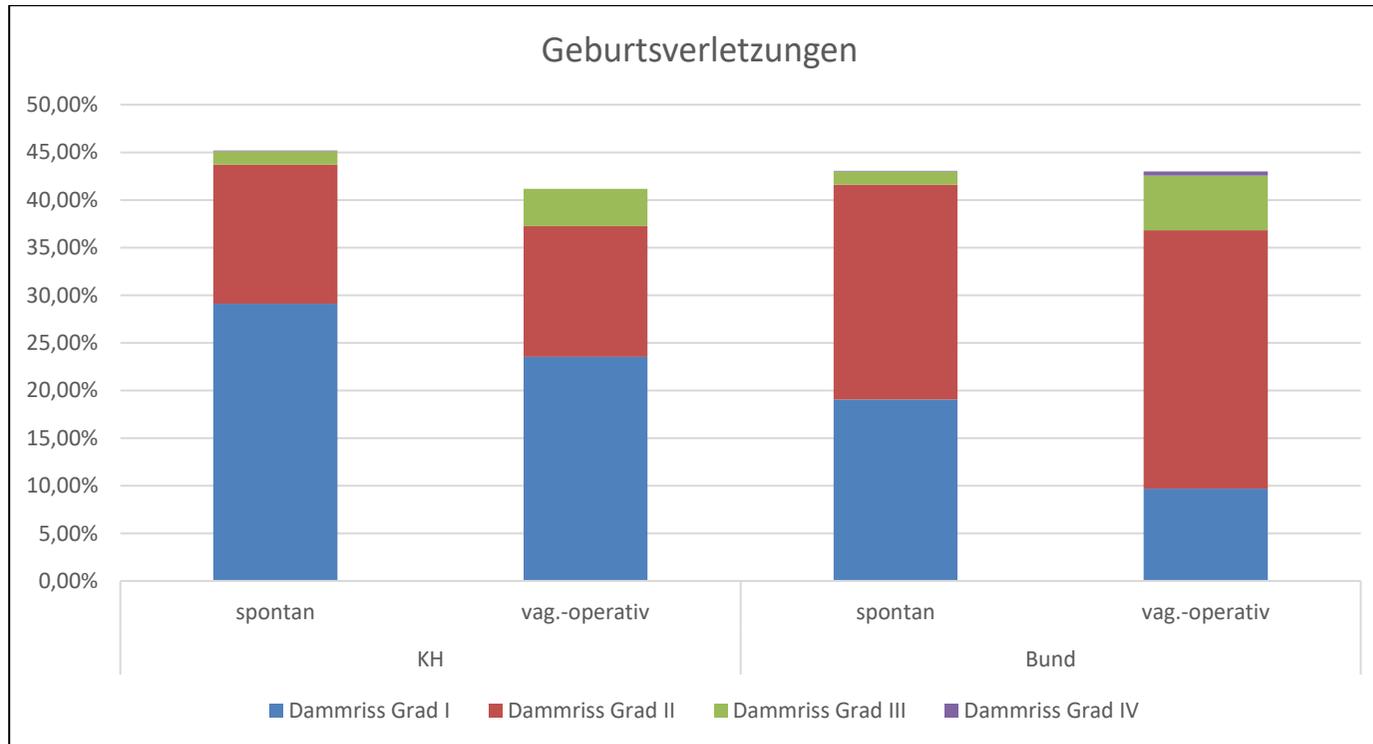
- Trotz des überdurchschnittlich hohen Anteils von Patientinnen mit Schwangerschafts- oder Geburtsrisiken ist die in der externen Qualitätssicherung dargestellte Prozess- und Ergebnisqualität unserer Geburtshilfe im Bundesvergleich im optimalen Bereich platziert.

➤ **6.2 Welche Ergebnisse sind besonders hervorzuheben?** (pCC 6.4.2.3.01)

- Alle Qualitätsindikatoren wurden, sofern ein Referenzbereich definiert ist, erfüllt. Im Vergleich mit den Kliniken auf Bundesebene können wir bei jedem definierten Qualitätsindikator auf überdurchschnittlich gute Qualitätskriterien verweisen.
- Trotz des o.g. Risikokollektives ist die Rate von Spontangeburt, d.h. normalen vaginalen Entbindungen (> 1500g, Schädellage) mit 69,77 % vergleichsweise hoch (BQS 60,21%). Entgegen dem bundesweiten Trend ist die Anzahl von operativen Entbindungen nicht angestiegen.

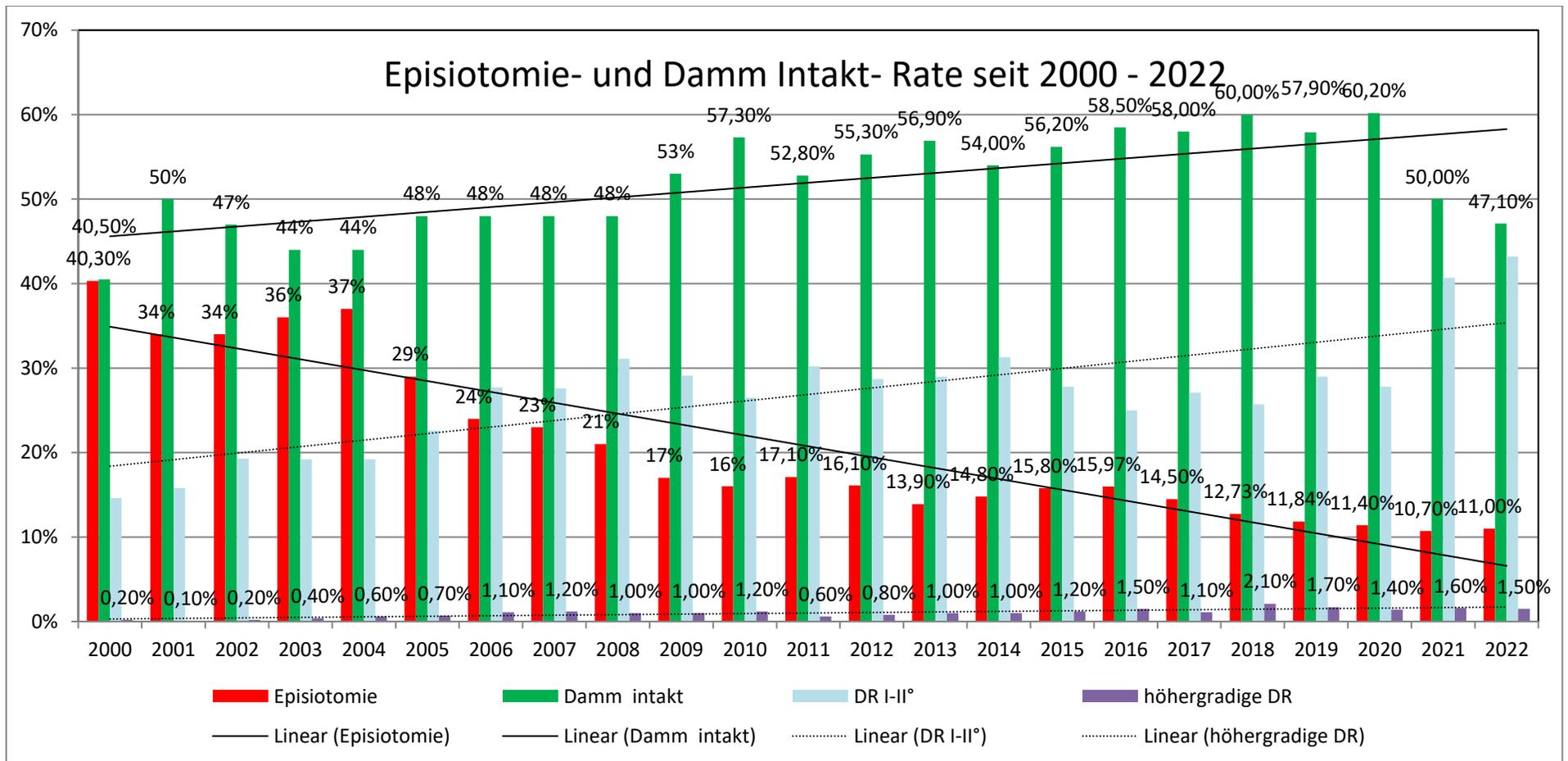


- Die Rate an Dammschnitten war seit 2005 stark rückläufig, über einige Jahre stabil um ca. 15% und seit 2019 stabil bei um 11% und im Bundesdurchschnitt um mehr als 20% niedriger (KH 2022: 11,12%, BQS 14,5%). Dabei ist die „Damm intakt-Rate“, d.h. vaginale Entbindung ohne jegliche Verletzung der Geburtswege mit 47,10 % überdurchschnittlich hoch. Schwere Geburtsverletzungen (Grad III, IV), die möglicherweise Spätfolgen haben können, kommen im KH selten vor (siehe Diagramm und Tabelle).



	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
<b>Schwangere mit vaginal-operativer Entbindung</b>	N = 51		N = 50.271	
<b>Dammrisse</b>				
Dammriss Grad I	12	23,53	4.878	9,70
Dammriss Grad II	7	13,73	13.633	27,12
Dammriss Grad III	2	3,92	2.879	5,73
Dammriss Grad IV	0	0,00	216	0,43

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
<b>Schwangere mit Spontangeburt</b>	N = 1.226		N = 428.125	
<b>Dammrisse</b>				
Dammriss Grad I	357	29,12	81.535	19,04
Dammriss Grad II	179	14,60	96.602	22,56
Dammriss Grad III	17	1,39	5.889	1,38
Dammriss Grad IV	1	0,08	328	0,08



**Episiotomierate** **Damm-Intakt-Rate**

Tabelle: Trend Dammschnitttrate und Dammintakt-Rate seit dem Jahr 2000

- Trotz der hohen Zahl an Spontangeburt und der geringen Dammschnitttrate war die Ergebnisqualität, gemessen am kindlichen Zustand nach Geburt im Landesvergleich und Bundesvergleich (reife Einlingsgeburten; Azidose NapH < 7,10 bei KH 2,25%/ BQS 2,36%) im geforderten Qualitätsbereich. Eine schwere Azidose (Sauerstoffmangel) mit NapH < 7,0 kam nicht vor, bei Frühgeburt in zwei Fällen (Azidose bei

frühgeborenen Einlingen). Die Klinik belegt seit mehreren Jahren in Folge entweder den Spitzenplatz bzw. einen der vorderen Plätze im Landesvergleich bzgl. einer besonders niedrigen Rate an schweren Sauerstoffmangelgeburten:

(siehe auch Grafiken im Anhang)

- Die perinatale Mortalität lag bei 0,67% (n=12) (BQS 0,43%).
- Im Falle einer Kaiserschnittentbindung wurde diese nahezu ausschließlich (92,22%) in - von den Fachgesellschaften empfohlener und für Mutter und Kind in der Regel sicherer - Regionalanästhesie durchgeführt. Allgemeinanästhesien (sog. Vollnarkosen) erfolgten in unserem Haus bei nur 7,78%. Auch sekundäre Kaiserschnitte werden – sofern medizinisch möglich - in Regionalanästhesie durchgeführt. Allgemeinanästhesien sind selten. Dieser gute Wert spricht für eine große Erfahrung des Anästhesieteams und für einen hohen Organisationsgrad.
- Die 3 häufigsten Haupt- oder Nebenindikationen für einen Kaiserschnitt sind in unserem Haus:
  - 41,61% Vorgegangener Kaiserschnitt (Tendenz leicht steigend: 2019: 37,52%; 2020: 35,53%; 2021: 38,92%)
  - 13,51% Pathologische Herzfrequenz des Kindes (Tendenz sinkend: 2019: 21,56%; 2020: 18,32%; 2021: 20,70%)
  - 18,41% Beckenendlage (Tendenz steigend-stabil: 2019: 10,87%; 2020: 12,82%; 2021: 19,11%)

➤ **6.3 Wo gibt es pränante Abweichungen? (pCC 6.4.2.3.01)**

- Keine Abweichungen

➤ **6.4 Gibt es Auffälligkeiten (pCC 6.4.2.3.02):**

**Zur Indikationsstellung?**

- Höhere Rate an Geburtseinleitungen
- Rate an Geburtseinleitungen: 22,59% (BQS 21,41%) (Tendenz stabil: 2019: 23,03%; 2020: 21,47%; 2021: 22,19%)
- Hohe Rate an Mikrobiutuntersuchungen im Landes- und Bundesvergleich
  - MBU-Rate KH 9,38% (BQS 5,03%) Die lt. Leitlinie empfohlene Abklärung eines pathol. CTG (bei Einling) erfolgt in unserer Klinik bei individueller Machbarkeit nahezu immer, im Schnitt in 37,91% dieser Fälle. Diese Rate fällt im Bundesvergleich deutlich geringer aus (BQS 19,19%).

- Die hohe MBU-Rate in unserer Klinik ist Grundlage für die geringere Frequenz sekundärer operativer Entbindungen und für die geringe Rate an relevanten fetalen Azidosen bei Geburt. Hinweis hierfür ist, dass vor Indikationsstellung einer sekundären Sectio aus einem pathol. CTG heraus, dieses pathol. CTG bei 37,93% aller Fälle durch eine MBU abgesichert wurde (BQS 20,82%). Diese leitlinienkonforme Vorgehensweise entspricht dem Wissen um die schlechte Spezifität des Kriteriums „pathologisches CTG“ hinsichtlich der Vorhersage einer fetalen Azidose.
- Der Anteil durch Mikroblutuntersuchungen nachgewiesener Azidosen (MBU-pH <7,20) ist 9,47% höher als im Landes- und Bundesvergleich (BQS 7,78%). Hinzu kommen noch die MBUs mit nachgewiesenen Präazidosen (pH 7,20 - < 7,25), deren Anteil sich aus der Perinatalerhebung leider nicht erheben lässt.

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
<b>Alle Kinder</b>	<b>N = 1.801</b>		<b>N = 720.527</b>	
<b>Blutgasanalyse Fetalblut</b>				
(1) ja	169	9,38	36.256	5,03
<b>davon pH-Wert</b>				
< 7,000	1	0,59	71	0,20
7,000 - 7,099	3	1,78	381	1,05
7,100 - 7,199	12	7,10	2.366	6,53
≥ 7,200	153	90,53	33.438	92,23
<b>davon Base Excess</b>				
< -16	1	0,59	113	0,31
-16 bis < -10	4	2,37	1.140	3,14
-10 bis < -5	29	17,16	6.478	17,87
-5 bis < 0	106	62,72	21.322	58,81
≥ 0	29	17,16	7.203	19,87

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
<b>Einlinge mit pathologischem CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen</b>	<b>N = 422</b>		<b>N = 111.473</b>	
<b>Blutgasanalyse Fetalblut</b>				
(1) ja	160	37,91	21.390	19,19

	Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
	n	%	n	%
<b>Einlinge mit pathologischem CTG oder auskultatorisch schlechten kindlichen Herztönen und sekundärer Sectio</b>	<b>N = 87</b>		<b>N = 36.673</b>	
<b>Blutgasanalyse Fetalblut</b>				
(1) ja	33	37,93	7.635	20,82

Tabelle: Anzahl und Ergebnis von Mikroblutuntersuchungen im KH und Vgl. im Bund (2022)

### **Zu Komplikationsraten?**

- Wochenbettkomplikationen: Blutungen >1000 ml mit 2,50% höher als Bundesvergleich (BQS 2,16%), sinkend in Vgl. zum Vorjahr (2021: 3,43%, BQS 2,19%). Durch die frühzeitige Verwendung von Messbeutelssystemen ist die Erfassung des Blutverlustes in unserem Haus wahrscheinlich realistisch hoch.

### **Zu Reinterventionenraten?**

- nein

#### ➤ **6.5 Datenvergleich innerhalb des Modules bei der Betrachtung über die letzten 3 Jahre (pCC 6.4.2.3.03):**

- siehe Anlage (Tabelle 2)

#### ➤ **6.6 Welche Qualitätsdefizite gibt es (pCC 6.4.2.3.04)?**

- keine

#### ➤ **6.7 Welche Maßnahmen werden zur Identifizierung der Ursachen für diese Qualitätsdefizite durchgeführt(pCC 6.4.2.3.04)?**

- entfällt

#### ➤ **6.8 Inwiefern geben die Ergebnisse Hinweise auf sentinel events (pCC 6.4.2.3.05)?**

- entfällt

#### ➤ **6.9 Falls ja, wie werden diese analysiert (pCC 6.4.2.4.04)?**

- entfällt

#### ➤ **6.10 Welche Ergebnisse waren bei Abweichungen/ Auffälligkeiten Auslöser für Anfragen durch die LQS im Rahmen des strukturierten Dialoges?**

keine

- **6.11 Waren diese Anfragen/ Ergebnisse eine Anregung und Unterstützung bei der Verbesserung der Qualität oder eine Hilfestellung bei der Problembeseitigung (pCC 6.4.2.4.02)?**
  - entfällt
  
- **6.12 Falls ja, um welche konkreten Maßnahmen handelt es sich (pCC 6.4.2.4.02)?**
  - entfällt
  
- **6.13 Nutzen Sie Ihre Ergebnisse für einen Vergleich (Benchmarking) mit Kliniken in unserem Bundesland oder aus anderen Bundesländern (pCC 6.4.2.3.07)**

Nein, jedoch ermöglicht die Auswertung der BQS eine Positionsbestimmung auf Bundesebene im Sinne eines „anonymisierten Benchmarkings“.

Anzustreben wäre ein Benchmarking mit Kliniken der gleichen Versorgungsstufe (Perinatalzentren Level I und II)

Die relativen Häufigkeiten und die graphische Darstellungen in den Histogrammen zu den Qualitätsindikatoren ermöglichen nur eine grobe Positionsbestimmung allgemein, jedoch nicht einen differenzierten Vergleich der Perinatalzentren auf Bundeseben.
  
- **6.14 Falls ja, mit welchen Maßnahmen/ Methoden verifizieren und überprüfen Sie Auffälligkeiten (pCC 6.4.2.3.08)?**
  - entfällt
  
- **6.15 Welche Verbesserungsmaßnahmen leiteten Sie ab (pCC 6.4.2.4.00)?**
  - **In der eigenen Klinik mit den beteiligten Mitarbeitern (pCC 6.4.2.4.01)?**

Da im Jahr 2022 alle Qualitätsindikatoren erfüllt sind und auch bei der Detailauswertung der erweiterten Ergebnisse der Perinatalerhebung keine Auffälligkeiten nachweisbar waren, sondern im Bundesvergleich die Ergebnisqualität als überdurchschnittlich gut angesehen werden können, ergeben sich keine unmittelbaren Verbesserungsmaßnahmen.

Darüber hinaus definiert das Perinatalzentrum jedoch jährliche Qualitätsziele, die einer steten Weiterentwicklung der Struktur, Organisations- und Ergebnisqualität beitragen und diese beschreiben sollen.
  - **Im gesamten KH mit Unterstützung der Krankenhausleitung (pCC 6.4.2.4.01)?**

Keine

➤ **6.16 Nutzen Sie die Ergebnisse für die Weiterentwicklung unseres internen QM-Systems (pCC 6.4.2.4.03)?**

- Die Ergebnisse der Perinatalerhebung fließen in die jährliche Überarbeitung / Aktualisierung des Klinikmanuals Geburtshilfe ein, in welchem organisatorische und geburtsmedizinische Standards klinikintern festgelegt sind.
- Bei eventuellen relevanten negativen Abweichungen der Ergebnisse von der BQS wird über eine strukturierte Ursachenanalyse (krankenhausinternes Fehlermanagement - im Aufbau) eine Korrektur der Behandlungsdefizite angestrebt.

Dr. med. S. Seeger

Chefarzt

**Anlage:**

- Tabelle 1
- Tabelle 2
- Unterschriftenliste

## Anlage: Modul 16/01 Geburtshilfe

### Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

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

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

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

Auffälligkeitskriterien			Ihr Ergebnis		Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällig	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
<b>Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit</b>						
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	= 0	0,00 % 0 / 20	nein	0,42 % 41 / 9.745	6,08 % 37 / 609
850224	Häufig fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	≤ 2,58 % (95. Perzentil)	0,25 % 4 / 1.596	nein	0,79 % 5.191 / 657.464	4,82 % 31 / 643
<b>Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit</b>						
850081	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	≥ 95,00 %	100,00 % 1.762 / 1.762	nein	100,28 % 708.027 / 706.051	1,39 % 9 / 647
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,00 % 1.762 / 1.762	nein	100,28 % 708.027 / 706.051	0,93 % 6 / 647
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,00 % 0 / 1.762	nein	0,06 % 406 / 706.051	0,00 % 0 / 647

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

Indikatoren und Kennzahlen			Ihr Ergebnis				Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich	Ergebnis unauffällig	Tendenz	Ergebnis	Vertrauensbereich
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %	96,97 % O = 32 N = 33	84,68 % - 99,46 %	✓	→	96,80 % O = 6.269 N = 6.476	96,35 % - 97,21 %
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %	99,79 % O = 486 N = 487	98,85 % - 99,96 %	✓	→	99,01 % O = 226.814 N = 229.072	98,97 % - 99,05 %
52249	Kaiserschnittgeburt	≤ 1,26 (90. Perzentil)	0,81 480 / 591,35 N = 1.745	0,75 - 0,87	✓	→	1,03 227.352 / 219.725,90 N = 702.514	1,03 - 1,04
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel Event	0,00 % O = 0 N = 20	0,00 % - 16,11 %	✓	→	0,21 % O = 20 N = 9.745	0,13 % - 0,32 %

**Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung**

<b>321</b>	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 1.557	0,00 % - 0,25 %	-	→	0,23 % O = 1.468 N = 642.482	0,22 % - 0,24 %
<b>51397</b>	Azidose bei reifen Einlingen	Transparenzkennzahl	0,00 0 / 3,52 N = 1.557	0,00 - 1,09	-	→	0,97 1.468 / 1.510,96 N = 642.482	0,92 - 1,02
<b>51831</b>	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	≤ 4,40 (95. Perzentil)	1,65 2 / 1,21 N = 138	0,45 - 5,84	✓	→	1,06 301 / 284,33 N = 39.637	0,95 - 1,18
<b>318</b>	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %	98,67 % O = 74 N = 75	92,83 % - 99,76 %	✓	→	96,85 % O = 21.063 N = 21.749	96,61 % - 97,07 %
<b>51803</b>	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32	0,43 5 / 11,57 N = 1.596	0,18 - 1,01	✓	→	1,01 4.671 / 4.646,21 N = 658.350	0,98 - 1,03
<b>181800</b>	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	≤ 3,20 (95. Perzentil)	0,72 1 / 1,39 N = 1.265	0,13 - 4,05	✓	→	0,89 543 / 611,91 N = 474.861	0,82 - 0,97
<b>331</b>	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	Transparenzkennzahl	0,00 % O = 0 N = 1.762	0,00 % - 0,22 %	-	→	0,00 % O = 30 N = 707.621	0,00 % - 0,01 %

↗ ↘ → bzw. - = Tendenz im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert, unverändert bzw. nicht ermittelbar

× / ✓ = Ergebnis auffällig / Ergebnis unauffällig

Die Berechnungsart der Auffälligkeit ist verfahrensspezifisch und wird im Einleitungstext näher erläutert.

Qualitätsindikatoren	Ergebnis am KH St. Elisabeth und St. Barbara Halle												Referenzbereich 2014
	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	
<b>QI-ID 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie</b> bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten  bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. einem Kalendertag  bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. zwei Kalendertagen	100%	89,66%	89,29%	92,86%	88,64%	92,1%	81,76%	87,9%	89,3%	81,3%	87,2%	96,3%	nicht definiert
						96,3%	90,91%	95,6%	99,7%	90,7%	96,8%	100%	nicht definiert
			97,30%	100%	100%	100%	93,94%	100%	100%	100%	100%	100%	≥95%
<b>QI: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung</b>			QI wird nicht weiter geführt				95,00%	100%	92,0%	90,0%	92,9%	11,4%	≥90%
<b>QI-ID 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnitt</b>	99,41%	98,85%	99,64%	99,46%	99,78%	99,84%	100%	99,8%	99,6%	99,3%	100%	99,4%	nicht definiert
<b>QI :Kaiserschnitt bei Kinder &gt; 24 SSW</b>	26,72%	26,18%	28,67%	25,58%	28,92%	29,55%	30,66%	27,6%				Nicht definiert	
<b>Q-ID 1058: EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	sentinel event

Fortsetzung	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	Referenzbereich 2014
<b>Bestimmung Nabelarterien pH-Wert</b>	94,11%	99,20%	99,75%	99,70%	100%	100%	100%	99,90%	99,5%	99,9%	99,7%	99,8%	99,8%	≥95%
<b>QI-ID 321: Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</b> pH <7,0	0%	0,25%	0,22%	0,23%	0,20%	0,05%	0,05%	0,11%	0,17%	0	0,1%	0,1%	0,1%	≤0,3%
pH <7,1	2,25%	1,53%	2,19%	1,73%	1,99%	1,51%	1,12%	1,13%	0,87%	1,5%	1,5%	1,1%	1,1%	nicht definiert
<b>O/E Ratio für NapH &lt; 7,0</b> (beobachtet / vorhergesagt Ratio) <b>- bei Reifgeburt</b>	0,00	0,25	0,00	0,01	-0,03	-0,15	0,26	0,54	0,96	0	0,68			≤1,70
<b>- bei Frühgeburt</b>	1,65	1,92	1,38	0,74	0,87%	0,00%	0,55	0,65%	0	0	Neuer QI		≤5,13	
<b>QI-ID 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen</b>	98,67%	98,59%	100%	100%	98,85%	100%	99,01%	97,98%	98,0%	100%	99,0%	98,6%	98,9%	≥92%
<b>QI-ID 51803: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen</b> 5-Minuten-Apgar <5 und NapH <7,0 oder 5-Minuten-Apgar <5 und BE < -16	5/1596	8/1735	8/1847	8/1776	8/1991	7/1.435	0/1.910	0/1.804	0/1.770	0/1643	1/1.567	0,0%	0,06%	sentinel event
<b>QI 8: Dammriss (Grad III oder) IV (ab 2018)</b> spontan Einling	<b>0,08%</b>	0,07%	0,00%	0,07%	0,19%	0,92%	1,52%	1,12%	0,94%	0,9%	0,8%	0,5%	1,2%	≤3,0%
spontan Einling ohne Episiotomie							1,29%	0,96%	0,84%	1,0%	0,7%	0,4%	0,7%	nicht definiert
spontan Einling mit Episiotomie							2,87%	2,02%	1,6%	0,6%	1,0%	1,0%	3,9%	nicht definiert
<b>QI 4: Mütterliche Todesfälle</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 Fall</b>	<b>0</b>	sentinel event									

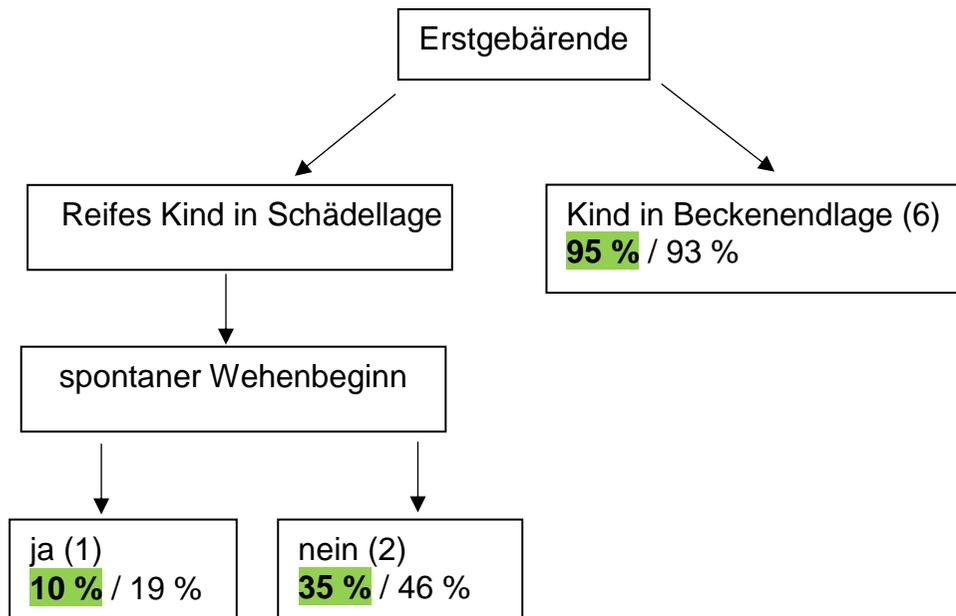
**Tabelle 2: Verteilung der Krankenhausergebnisse für relevante Qualitätsindikatoren**

## Rate an Kaiserschnittgeburten je nach Geburtssituation:

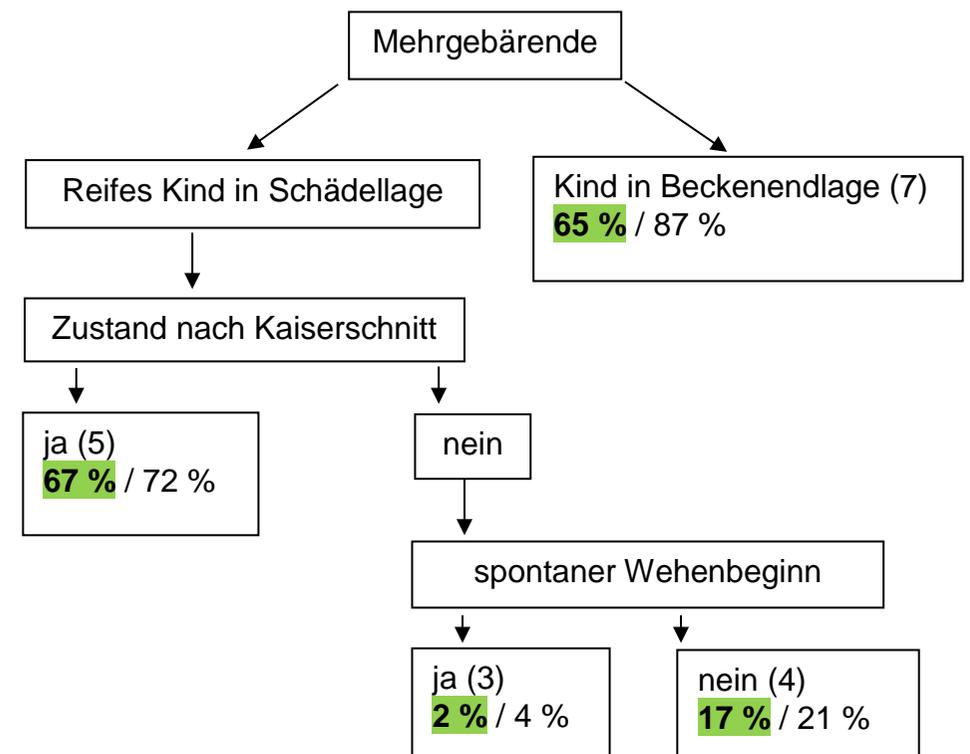
**KH St. Elisabeth & St. Barbara** / Deutschland gesamt.

Klassifikation nach Robson Ebene 1-10 (Zahl in Klammern)

### Frauen, die ihr erstes Kind erwarten



### Schwangere, die bereits ein Kind bekommen haben (Mehrgebärende)



### Kaiserschnittrate in besonderen Situationen

Mehrlingsgeburten (8)  
**71%** / 76 %

Frühgeborene Einlinge in Schädellage (10)  
**50%** (Anteil extremer Frühgeburt höher) / 44 %

Einlinge in Querlage (9)  
**100%** / 100 %

- Ebene 1: Reifgeborene Einlinge, die von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage geboren wurden
- Ebene 2: Reifgeborene Einlinge, die von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage geboren wurden
- Ebene 3: Reifgeborene Einlinge, die von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio mit spontanen Wehen in Schädellage geboren wurden
- Ebene 4: Reifgeborene Einlinge, die von mehrgebärenden Müttern ohne Zustand nach Sectio ohne spontane Wehen in Schädellage geboren wurden
- Ebene 5: Reifgeborene Einlinge, die von mehrgebärenden Müttern mit Zustand nach Sectio in Schädellage geboren wurden
- Ebene 6: Einlinge, die von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage geboren wurden
- Ebene 7: Einlinge, die von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage geboren wurden
- Ebene 8: Mehrlingsgeburten
- Ebene 9: Einlinge, die in Querlage geboren wurden
- Ebene 10: Frühgeborene Einlinge, die in Schädellage geboren wurden

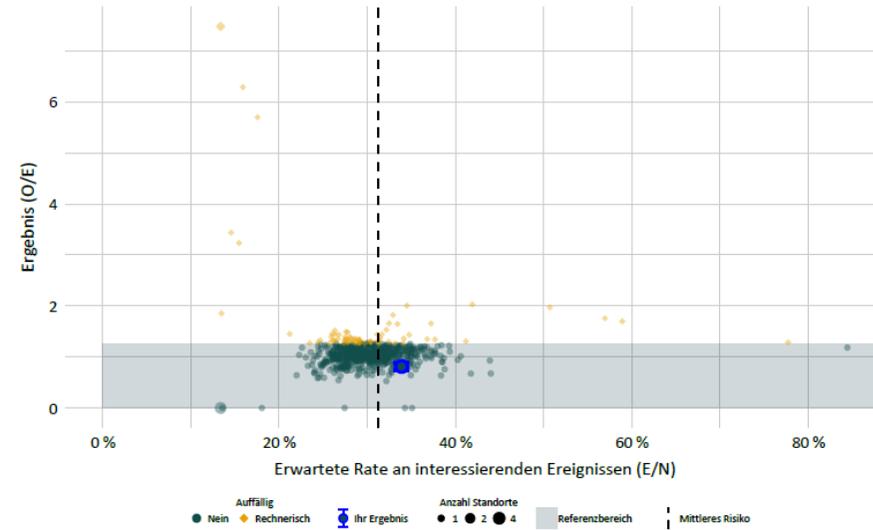
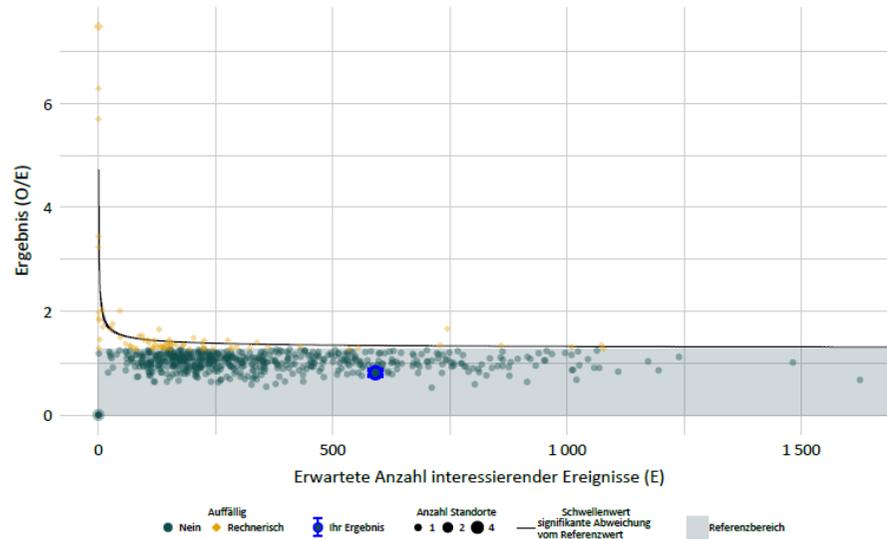
Klassifikation nach Robson	2022	2021	2020	2019
Ebene 1	10,48%	12,60%	11,61%	13,57%
Ebene 2	35,48%	33,60%	37,44%	40,17%
Ebene 3	1,55%	1,75%	2,92%	3,73%
Ebene 4	17,44%	19,08%	13,54%	16,15%
Ebene 5	67,21%	67,23%	63,00%	68,27%
Ebene 6	95,45%	90,24%	88,68%	83,72%
Ebene 7	64,86%	76,32%	76,32%	85,71%
Ebene 8	71,43%	86,54%	70,13%	63,22%
Ebene 9	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Ebene 10	49,61%	49,23%	49,21%	49,29%

**Tab.3:** Klassifikation nach Robson

## Anlage: Grafische Darstellung des Erreichungsgrades der Qualitätsindikatoren im Bundesvergleich

Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer

Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



### Grafik zu QI: **Kaiserschnitttrate**

Aussage der Grafiken: D.h. Es werden weniger Kaiserschnitte (27,51% gemacht als für das Risikokollektiv erwartet (33,89%). Damit nimmt die Klinik einen der vorderen Plätze im Land ein.

Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer

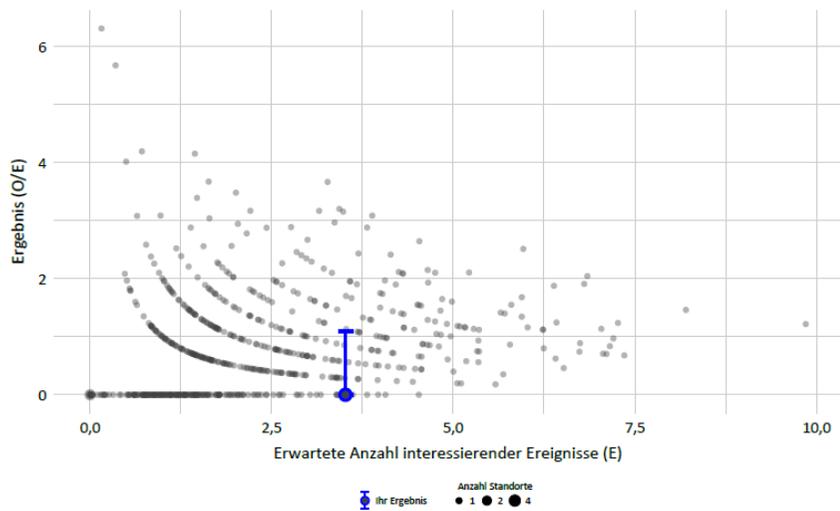


Abb. Azidose bei Reifgeburt im Bundesvergleich (Verhältnis eingetretener Fälle / erwarteten Fällen),

Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer

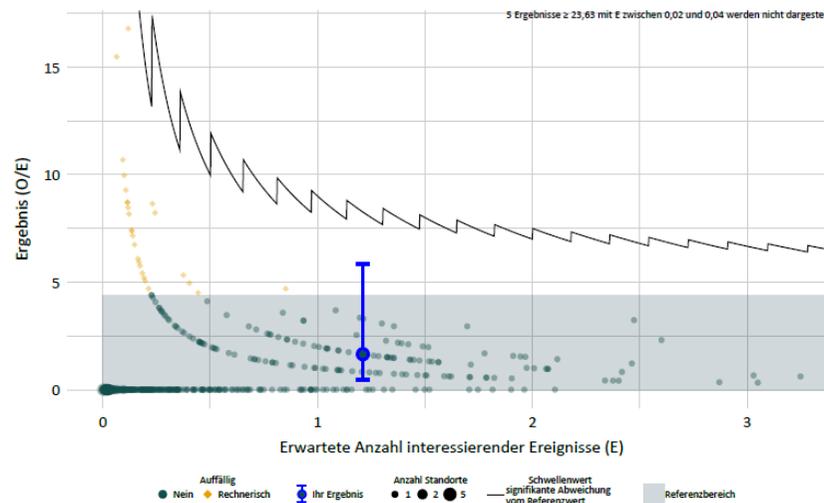
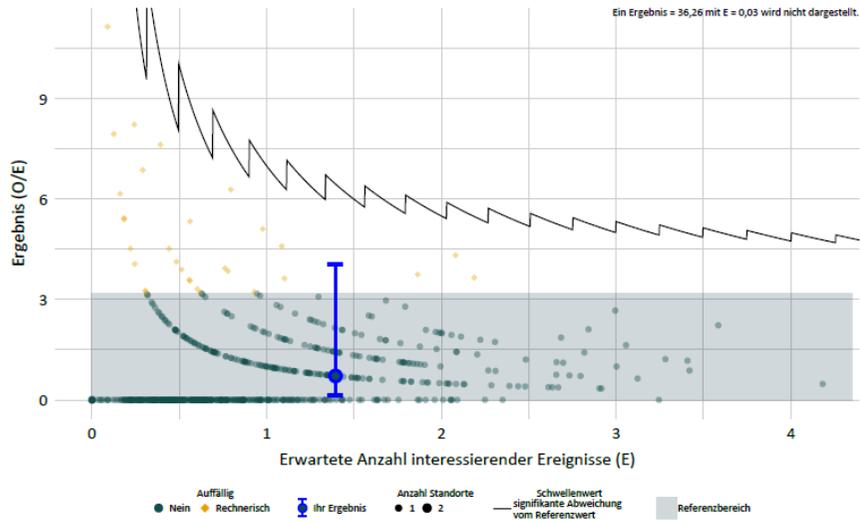


Abb: Azidose mit NapH <7,0 bei Frühgeburt;

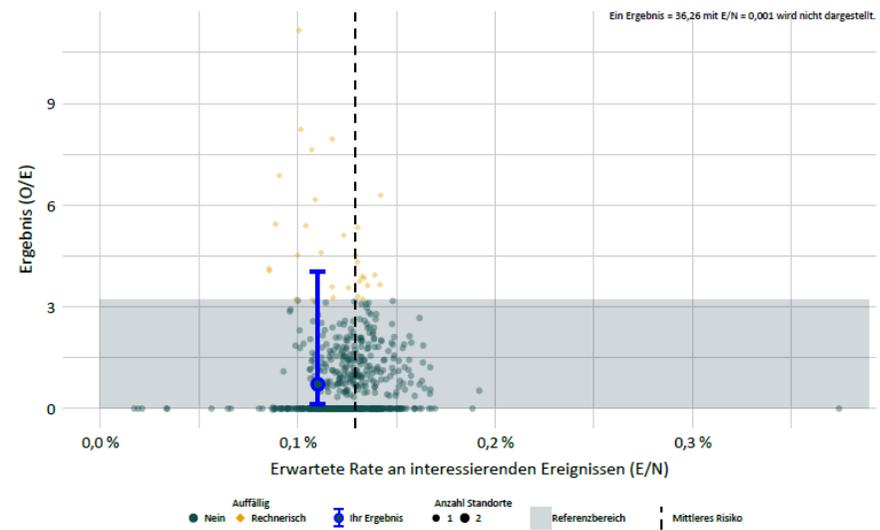
Kommentar zu den Grafiken zu QI 5:

Die beiden Grafiken zeigen, dass im Landesvergleich am KH St. Elisabeth und St. Barbara die Rate an schweren Sauerstoffmangelgeburten bei reifgeborenen und auch frühgeborenen (Einlings-) Kindern ausgesprochen niedrig war.

Indikatoregebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Grafik zu QI: Damriss Grad IV bei Einlingsgeburten

Aussage: Die beobachtete Rate an DR Grad IV ist 28% **niedriger** als erwartet.