

**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

1. **Modul:** 16.01 Geburtshilfe
2. **Zeitraum der Daten-Auswertung:** 2009
3. **Datum der klinikinternen Auswertung/ Besprechung:**
4. **Datum der Ergebnispräsentation in der Hauskonferenz:** 13.01.2011
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 2009 1.810 Kinder geboren, das sind 148 Kinder mehr als im Vorjahr und 10,9 % aller Geburten des Landes Sachsen-Anhalt (16.583 Geburten). Das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara ist bereits über mehrere Jahre die Klinik mit der höchsten Geburtenzahl im Bundesland.
- 6,8 % unserer Patientinnen sind ausländische Mitbürger (LQS 4,1 %)
- Neben einer hohen Anzahl von Geburten im Nichtrisikokollektiv wurden im Jahr 2009 zahlreiche Risiko- und Hochrisikoschwangere betreut und entbunden, unter anderem 40 Mehrlingsschwangere (KH 2,2 % / LQS 1,5 %), 102 Patientinnen mit Hypertonie/Proteinurie (Gestose) (KH 5,6% / LQS 3,3%), 222 Frauen mit vorzeitigen Wehen (KH 12,3% / LQS 6,4 %), 33 Frühgeburten <1.500g (KH 1,9 % / LQS 1,5 %), 57 Frauen mit manifestem Diabetes/Gestationsdiabetes (KH 3,1 % / LQS 4,8 %).
- 1.594 Frauen (KH 88,1 % / LQS 78,0 %) hatten mindestens ein Schwangerschaftsrisiko lt. Mutterschaftsrichtlinien Katalog A / B.

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

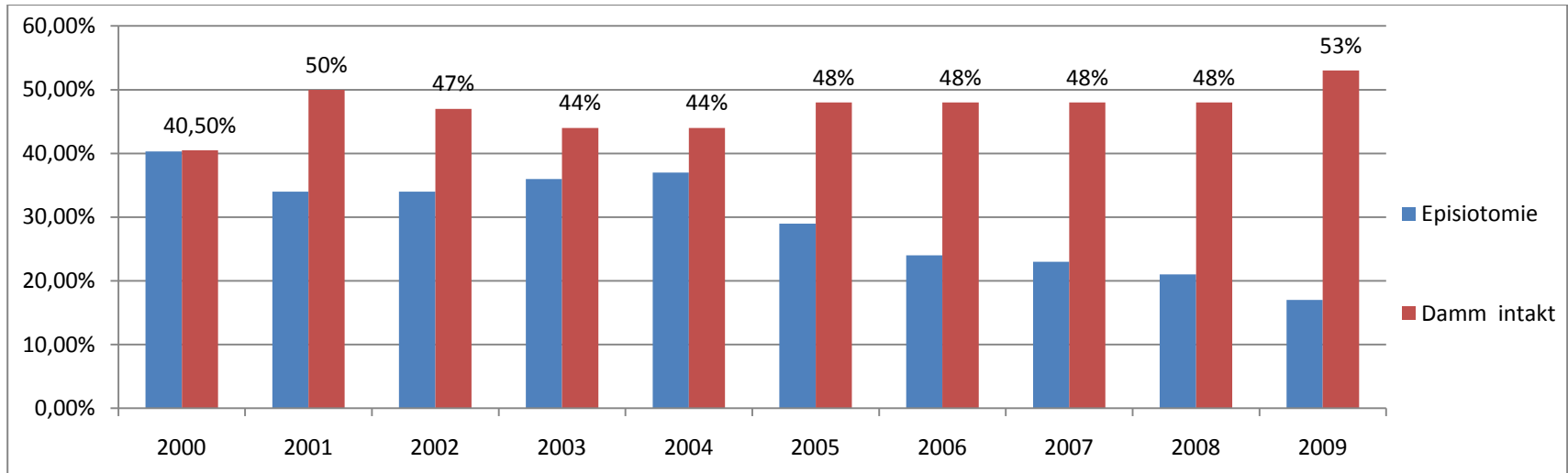
➤ **6.2 Welche Ergebnisse sind besonders hervorzuheben?** (pCC 6.4.2.3.01)

- o Alle 8 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.

o Trotz des o.g. Risikokollektives ist die Rate von Spontangeburt, d.h. normalen vaginalen Entbindungen (>1500g, Schädellage) mit 79,2 % außerordentlich hoch (LQS 74 %, BQS 64,92%). Entgegen dem bundesweiten Trend ist die Anzahl von operativen Entbindungen nicht angestiegen.

o Die Rate an Dammschnitten ist weiter stark rückläufig und im Vgl. zum Landes- und Bundesdurchschnitt um etwa 50% niedriger (KH 2005: 29,4%, 2006: 23,8%; 2007: 23,7%; 2008: 21,2% 2009 16,9% / LQS 32,4 % / BQS 27,7%). Dieses Ergebnis entspricht einer Zielstellung der internen Qualitätssicherung.

- o Geringe Rate an schweren Dammläsionen (alle Geburten): (KH 1,0% / LQS 0,6% / BQS 1,38%) (Qualitätsindikator 8) trotz bzw. gerade in Folge der niedrigen Dammschnittrate. Anzumerken ist, dass die Ärztekammer Sachsen-Anhalt eine insgesamt im Bundesland auffällig niedrige Dammschnittrate hinterfragt und hierfür eine Unterklassifikation als möglich erachtet. Die leicht höhere Rate an Dammläsionen Grad III in unserer Klinik ist somit nicht sicher vergleichbar.



- Trotz der hohen Zahl an Spontangeburt und der geringen Dammschnittrate war die Ergebnisqualität, gemessen am kindlichen Zustand nach Geburt im Landesvergleich und Bundesvergleich (schwere Azidose NapH < 7,10 bei KH 1,3 % / LQS 1,3 % / BQS 1,5 %) im geforderten Qualitätsbereich. Schwerste Azidosen mit NapH < 7,0 waren in 1 Einzelfall (0,1%) vorkommend und damit seltener wie im Landes- und Bundesvergleich (jeweils auch 0,2%)
- Die perinatale Mortalität lag bei 2,7 ‰ (pro mille) (n=5) und damit im Landesvergleich (LQS 3,08 ‰) und günstiger als im Bundesvergleich (BQS 4,6‰).
- Im Falle einer Kaiserschnittentbindung wurde diese überwiegend in - von den Fachgesellschaften empfohlener - Regionalanästhesie durchgeführt (KH: primäre Sectio 88,5%; sekundäre Sectio 81,7%). Damit wurde dieses für Mutter und Kind schonende Anästhesieverfahren im Landes- und Bundesvergleich deutlich häufiger angewendet (LQS: prim. Sectio 74,3%; sek. Sectio 56,5% / BQS: prim. Sectio 83,3; sek. Sectio 74,3%) .

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

- Sehr niedrige Rate an Kaiserschnitten und an vaginal operativen Entbindungen ohne Qualitätsverlust (= Positivkriterium)
 - Kaiserschnitt rate (Einlinge, >1.500g, Schädellage) KH 19,1 % / LQS 21,5% / BQS 25,3 %
 - Zange / Vakuum –Entbindungen wurden deutlich seltener angewandt: KH 1,5% / LQS 3,9% / BQS 5,9%; d.h. in unseren Haus werden diese, besonders für die Mutter belastende Entbindungsarten, weniger als halb so häufig angewandt (Subgruppe >1500g, Schädellage: KH 1,6% / LQS 4,1% / BQS 6,6%)

- Konstant hohe Rate an Geburtseinleitungen (KH 23,0 % / LQS 18,7 % / BQS 19,3%) trotz gegensätzlicher Zielstellung.
Ursachen:
Risikokollektiv: im Landes und Bundesvergleich prozentual überdurchschnittliche häufige Indikationsstellungen zur GEL: „Gestose“, „Plazentainsuffizienz“);
aktives Vorgehen bei Terminüberschreitung 41+3 SSW; aktives Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung > 8 h;

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

- Zur Indikationsstellung?
 - Hohe Rate an Mikroblutuntersuchungen im Landes- und Bundesvergleich - siehe 6.15
KH 20,1% davon Azidose < 7,20 sub partu 7,7%
LQS 7,7% davon Azidose < 7,20 sub partu 6,9%
BQS 6,3% davon Azidose sub partu 5,8%)
Die lt. Leitlinie empfohlene Abklärung eines pathol. CTG (bei Einling) erfolgt in unserer Klinik bei individueller Machbarkeit nahezu immer, im Schnitt in 62,7 aller Fälle. Diese Rate fällt im Landes- und Bundesvergleich deutlich geringer aus (LQS 25,2%; BQS 23,9%).
Die hohe MBU-Rate in unserer Klinik ist Grundlage der geringen Frequenz sekundärer operativer Entbindungen.
 - Hohe Rate an Geburtseinleitungen (KH 23,0 % / LQS 18,7 % / BQS 19,3%) (Begründung siehe oben)
- Zu Komplikationsraten?
 - nein
- 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)?**
 - siehe 6.10.
- **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?**
 - entfällt, da keine Anfrage
- **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 Landes- und 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 Land und 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)?**

- **Act: *Weniger Mikrobiuntersuchungen sub partu im Gesamtkollektiv ohne Verschlechterung des kindlichen Outcome***

(MBU-Rate 20,1% davon Azidose < 7,20 sub partu 7,7% / LQS 7,7% davon Azidose < 7,20 sub partu 6,9%)

Do: Verbindliche Festlegungen zur Indikation der MBU im Klinikmanual nach FIGO-Kriterien; Mitarbeiterschulung, MBU bei suspektem CTG, nur nach fachärztlicher Indikationsstellung, MBU immer bei pathol. CTG (d.h. bei einem pathol. Kriterium oder 2 suspekten Kriterien), im Zweifelsfall jedoch großzügig zur MBU entschließen

Check: Perinatalerhebung Anmerkung:

Die lt. Leitlinie empfohlene Abklärung eines pathol. CTG (bei Einling) erfolgt in unserer Klinik bei individueller Machbarkeit nahezu immer, im Schnitt in 62,7% aller Fälle. Diese Rate fällt im Landes- und Bundesvergleich deutlich geringer aus (LQS und BQS nur 25,2%).

Die hohe MBU-Rate in unserer Klinik ist Grundlage der geringen Frequenz sekundärer operativer Entbindungen.

- **Act: *Weniger leichte und mittelschwere Azidosen ohne Anstieg der Rate operativer Entbindungen oder Dammschnitttrate.***

Do: Kritische Beobachtung der lt. Qualitätsindikator 6 zwar nicht auffälligen Azidosehäufigkeit NapH < 7,10 mit 1,3%. Auswertung der Einzelfälle in der Perinatalen Dienstberatung; rate rückläufig, im Bereich des landesniveaus und der BQS-Vorgaben, dennoch sehen wir hier noch Optimierungspotential

Focus auch auf die Azidosen 7,10 -7,19, da hier Grenzbereich zur relevanten Azidose schnell überschritten

Festlegung von Maßnahmen nach Fallanalysen

Check: Perinatalerhebung

○ **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 dem organisatorische und geburtsmedizinische Standards klinikintern festgelegt sind.
- Bei eventuellen relevanten negativen Abweichungen der Ergebnisse von der LQS oder BQS wird über eine strukturierte Ursachenanalyse (krankenhausinternes Fehlermanagement - im Aufbau) eine Korrektur der Behandlungsdefizite angestrebt.

7. Datum der Übergabe dieses Protokolls und seiner Unterlagen an OÄ f. QS (Dr. Schinköthe): xxx

Dr. med. S. Seeger

Chefarzt

Anlage:

- Tabelle 1
- Tabelle 2
- Unterschriftenliste

Anlage: Modul 16/01 Geburtshilfe




Tabelle 1

Qualitätsindikatoren	Ergebnis am KH St. Elisabeth und St. Barbara Halle			Durchschnittswert alle Krankenhäuser Land Sachsen-Anhalt (LQS)	Durchschnittswert alle Krankenhäuser Bundesrepublik (BQS)	Referenzbereich 2009 (BQS-Land)
	Fälle	Prozent				
QI 1: EE-Zeit bei Notfallkaiserschnitt >20min	0/33	0,0%	✓	0,6%	1,7%	sentinel event
OI 2: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	85/85	100,0%	✓	94,1%	92,5%	≥90%
QI 3: Bestimmung Nabelarterien pH-Wert	1.762/1.768	99,7%	✓	98,9%	98,9%	≥95%
QI 4: Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung (37-42 SSW) pH <7,0 pH <7,1	1/1.592	0,1%	✓	0,2%	0,15%	≤0,3%
	21/1.592	1,3%	✓	1,3%	1,5%	nicht definiert
QI 5: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen 5-Minuten-Apgar <5 und NapH <7,0 oder 5-Minuten-Apgar <5 und BE < -16	0/1.610	0,00%	✓	0,01%	140/575.331 0,02%	sentinel event
QI 6: Dammriß Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie	14/1.347	1,0%	✓	0,6%	1,38%	≤3,0%
	12/1140	1,1%		0,6%	0,96%	nicht definiert
	2/207	1,0%	✓	0,5%	2,7%	nicht definiert
QI 7: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten bei Geburten mit einem Schwangerschaftsalter	53/57	93,0%	✓	73,8%	79,7%	nicht definiert

von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. einem Kalendertag	42/43	97,7%	✓	86,7%	89,3%	nicht definiert
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	30/30	100,0%	✓	92,1%	92,0%	≥95%
QI 8: Mütterliche Todesfälle	0/1.810	n=0	✓	n=0	24 / 638.797	sentinel event

Legenden zur Tabelle:

Spalte 3:

-  Qualitätsindikator im Referenzbereich
-  Qualitätsindikator im Referenzbereich aber noch im Vertrauensbereich
-  Qualitätsindikator nicht im Referenzbereich und auch nicht im Vertrauensbereich