



Bericht

der Landesregierung

Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein

- Derzeitige Situation und Zukunftsperspektiven -

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung

Inhaltsverzeichnis	
Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Vorwort	9
1 Grundsätzliche Anmerkungen / Vorbemerkungen	11
1.1 Rechtliche Grundlagen	11
1.2 Krankenhausplanerische Gestaltungsspielräume	11
1.3 Qualitätssicherung	13
1.4 Finanzierung der stationären Geburtshilfe	14
2 Demografische Entwicklung in Schleswig-Holstein und Auswirkung auf die Zahl der Geburten	19
2.1 Prognose der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter und der Geburten auf Kreisebene	21
2.2 Geburten nach Gemeinden	24
3 Geburtshilfliche Versorgung	26
3.1 Rechtliche Grundlagen	26
3.2 Wahlfreiheit der Schwangeren	26
3.3 Anonyme und vertrauliche Geburt	27
4 Bedeutung der Hebammen	29
4.1 Zentrale Rolle der Hebammen bei Entbindungen	29
4.2 Ausbildungssituation / Akademisierung des Hebammenberufs	30
4.3 Bundesinitiative Frühe Hilfen – Familienhebammen	31
4.4 Hebammenvergütung und Haftpflichtversicherung	32
4.5 Situation in Schleswig-Holstein	34
5 Ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung	36
5.1 Rechtliche Grundlagen	36
5.2 Situation in Schleswig-Holstein	36
5.3 Zusammenarbeit von Ärzten und Hebammen	38
6 Sektorenübergreifende Kooperation in der Geburtshilfe	40
6.1 Sonderbedarfszulassung im Bereich der Gynäkologie	40
6.2 Belegärztliche Tätigkeit	41
7 Aktuelle Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	44
7.1 Außerklinische Geburten	44
7.2 Klinische Geburten	47
7.3 Bewertung der aktuellen Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	51

7.3.1	Bedeutung der Perinatalzentren für die Versorgung	51
7.3.2	Bedeutung geburtshilflicher Abteilungen	54
7.3.3	Entfernungen zum nächsten Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung mit Ausweis Geburtenzahlen nach Gemeinden	54
8	Qualität der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	57
8.1	Qualitätsvorgaben	57
8.2	Struktur- und Prozessqualität	59
8.3	Ergebnisqualität	62
8.3.1	AQUA-Institut – Qualitätsbericht und länderspezifische Ergebnisse	63
8.3.2	Gesundheitsberichterstattung des Bundes	66
8.3.3	Kaiserschnittraten	67
9	Expertenanhörung	72
9.1	Fragestellung	72
9.2	Ergebnisse	73
9.2.1	Qualität und Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene	73
9.2.2	Maximal zumutbare Entfernung geburtshilflichen Abteilungen	74
9.2.3	Boarding-Konzepte als sinnvolle Ergänzung	76
9.2.4	Erfüllung von Mindestanforderungen im Rahmen von Klinikkooperationen	77
9.2.5	Berücksichtigung der besondere Situation in Insel- und Randlagen	78
10	Zukunftsperspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	81
10.1	Einbeziehung der Ergebnisse der Expertenanhörung	81
10.2	Flächendeckende Versorgung durch regionale Zentren	83
10.3	„Safety First“	84
10.4	Kriterien für zukünftige Entscheidungsprozesse	84

Inhaltsverzeichnis, Fortsetzung

- Anlage 1** Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene / QFR-RL
- Anlage 2** Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung
- Anlage 3** Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland
- Anlage 4** Expertenanhörung – Originale
- Anlage 5** AQUA-Institut: Länderspezifische Ergebnisse Geburtshilfe 2013
- Anlage 6** AQUA-Institut: Länderspezifische Ergebnisse Neonatologie 2013
- Anlage 7** Ausschreibung externe Beratung für die Kreise Nordfriesland und Ostholstein

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Zahl der Lebendgeborenen und Veränderung in Prozent zwischen 2000 und 2014	21
Tab. 2	Geburtenziffer und Prognose der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter bis 2025 nach Kreis	22
Tab. 3	Prognose der Zahl der Geburten bis 2025 nach Kreis	23
Tab. 4	Durchschnittliche Zahl Lebendgeborene pro Jahr nach Gemeinde (gruppiert) 2010 bis 2013	25
Tab. 5	Schätzung der Zahl der außerklinischen Geburten	45
Tab. 6	Struktur der klinischen Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	49
Tab. 7	Entwicklung der Zahl der im Krankenhaus geborenen Kinder 2010 bis 2014	50
Tab. 8	Krankenhäuser mit Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	51
Tab. 9	Früh- und Neugeborene in den Perinatalzentren Level 1 2013 und 2014	52
Tab. 10	Früh- und Neugeborene in den Perinatalzentren Level 2 2013 und 2014	53
Tab. 11	Fallzahl in der Kinderheilkunde nach Versorgungsstufe 2013	53
Tab. 12	Säuglingssterbefälle (ohne Totgeborene) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesland 1990 bis 2013	66
Tab. 13	Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 100.000 Lebend- und Totgeborene nach Bundesland 1990 bis 2013	67
Tab. 14	Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt an den Krankenhausentbindungen nach Bundesland 2013	68
Tab. 15	Anteil der primären und sekundären Kaiserschnitte nach Versorgungsstufe 2014	71

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Zahl der Lebendgeborenen in Deutschland und in Schleswig-Holstein 1990-2014	20
Abb. 2	Durchschnittliche Zahl Lebendgeborene pro Jahr nach Gemeinde 2010 bis 2013	24
Abb. 3	Allgemeine fachärztliche Versorgung mit Frauenärzten in Schleswig- Holstein	37
Abb. 4	Krankenhausstandorte mit Geburtshilfe in Schleswig-Holstein	48
Abb. 5	Einzugsgebiete der Krankenhäuser mit Geburtshilfe der Versorgungsstufe 1 bis 3 in 2014	56
Abb. 6	Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt im internationalen Vergleich 2011	69

Abkürzungsverzeichnis

AG MedR	Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAFzA	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
BfHD	Bund freier Hebammen Deutschlands
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVF	Berufsverband der Frauenärzte
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGHWi	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften
DHV	Deutscher Hebammenverband
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DVO-RDG	Landesverordnung zur Durchführung des Rettungsdienstgesetzes
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FEK	Friedrich-Ebert-Krankenhaus
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis related groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV -Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebBVO	Hebammenberufsverordnung
HebG	Hebammengesetz
IQTiG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KVSH	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
MDC	Major Diagnostic Categories

Abkürzungsverzeichnis, Fortsetzung

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
OVG	Oberverwaltungsgericht
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
QUAG	Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe
RTW	Rettungswagen
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SKK	Städtische Krankenhaus Kiel
SSW	Schwangerschaftswoche
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
WKK	Westküstenklinikum

Vorwort

Die Landesregierung hatte in 2014 bereits einen ersten Bericht zur Situation und zu den Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein (Drucksache 18/2027 (neu)) vorgelegt. Mit einem interfraktionellem Antrag (Drucksache 18/2128 (neu)) hat der Landtag einen weiteren Bericht angefordert. Darin sollten u.a. Fragen der Qualitätssicherung und der Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten untersucht werden. Die Landesregierung sollte zu diesen Themen auch die Meinung von Expertinnen und Experten einbeziehen.

Diesem Auftrag des Landtages wird mit dem hier vorgelegten Bericht entsprochen. Es erfolgt eine Aktualisierung der Daten und Fakten sowie eine umfassendere Analyse, welche Perspektiven die Geburtshilfen in Schleswig-Holstein haben und welche Rahmenbedingungen tatsächlich durch politische Entscheidungen im Land gestaltbar sind.

Die Meinungen von Expertinnen und Experten der außer-klinischen und klinischen Geburtshilfe sind in diesen Bericht eingeflossen und werden in der Anlage ausführlich dokumentiert.

Geburtshilfe ist ein Thema, das viele Menschen - über die medizinischen und versorgungspolitischen Aspekte hinaus - bewegt und motiviert, sich an einer Diskussion über die bestmögliche Versorgung zu beteiligen. Die Erwartung ist, eine qualitativ hochwertige und möglichst gut erreichbare Geburtshilfe flächendeckend sicher zu stellen. Die individuelle Betreuung der werdenden Mutter (und des Vaters) sowie eine möglichst nahtlose vor- und nachgeburtliche Versorgung sind weitere wichtige Aspekte, die in der Diskussion immer wieder vorgetragen werden.

Diese Anforderungen führen in den letzten Jahren bundesweit immer häufiger zu Zielkonflikten mit sich stark ändernden Rahmenbedingungen. Dazu gehören insbesondere der demografische Wandel, der zunehmende Fachkräftemangel und die anhaltende Wanderungsbewegung der Bevölkerung in städtische Räume. In der Folge haben viele kleinere aber auch mittelgroße Geburtshilfen bundesweit schließen müssen.

Die vielschichtigen Problemlagen erfordern komplexe Lösungsansätze. Angesichts der demografischen Entwicklung und der im Trend abnehmenden Geburtenzahlen bei gleichzeitiger Zunahme der Zahl der Risikoschwangerschaften sind weitere Regionalisierungsprozesse zu erwarten.

Im Jahr 2014 fanden in Schleswig-Holstein zwei Drittel aller Geburten (13.430 geborene Kinder) in regionalen geburtshilfliche Zentren statt, die mit einer Kinderstation und einer Intensivstation ausgestattet sind. Ein Drittel der Frauen (6.784 geborene Kinder) entschied sich für eine Geburt in einer Geburtsklinik der Versorgungsstufe IV. Damit fanden in Schleswig-Holstein mehr als 99 Prozent aller Geburten in Krankenhäuser statt.

Schleswig-Holstein verfügt im Vergleich zu anderen Bundesländern über durchschnittlich kleinere Geburtshilfen bei einer vergleichsweise großen Zahl von hochwertigen Versorgungszentren. Das vorgelegte Geburtshilfekonzept soll Möglichkeiten aufzeigen, wie auch zukünftig eine große Mehrheit der schwangeren Frauen wohnortnah eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe vorfindet.

1 Grundsätzliche Anmerkungen / Vorbemerkungen

1.1 Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen für die Strukturen der Geburtshilfe und deren Finanzierung finden sich im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sowie für die klinische Geburtshilfe in den Spezialgesetzen Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Land sowie Kreise bzw. kreisfreie Städte haben nach Landesregelungen gemeinsam die Aufgabe der Sicherstellung der Krankenhausversorgung. Sie haben die Investitionskosten zu tragen. Die Betriebskosten werden von den Krankenkassen geleistet.

Für jedes Krankenhaus, das in den Krankenhausplan aufgenommen wurde, existiert ein Krankenhausplanungsblatt, in dem der Versorgungsauftrag für das Krankenhaus beschrieben wird. Einige Krankenhausträger¹ haben aus Wirtschaftlichkeitsgründen und Gründen des flexibleren Reagierens auf geänderte Bedarfe Krankenhäuser mit mehreren Standorten gebildet.

Land, Kreise und kreisfreie Städte sowie Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft entscheiden grundsätzlich gemeinsam in der Beteiligtenrunde über die Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan und deren Weiterentwicklung. Der Krankenhausplan weist aus, welche Krankenhäuser über den Fachbereich Gynäkologie / Geburtshilfe verfügen. Konkret ist bisher nicht festgelegt, ob ein Krankenhaus beide Gebiete oder nur eines von ihnen anbietet und an welchem von mehreren Standorten des Krankenhauses das Angebot besteht. Der Versorgungsauftrag der Träger wird verbindlich über den Feststellungsbescheid an das Krankenhaus, mit dem die Vorgaben des Krankenhausplanes umgesetzt werden.

In der außerklinischen Geburtshilfe, zu der neben den Hausgeburten die Geburten in Geburtshäusern sowie Praxisgeburten zählen, kommen Vereinbarungen der Selbstverwaltung hinzu. Hierzu gehören zum Beispiel die Vereinbarungen, die die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit den maßgeblichen Verbänden der Hebammen schließen zu Fragen der Vergütung aber auch der Qualitätssicherung auf Grundlage des § 134a SGB V.

In der außerklinischen Geburtshilfe haben die Länder keine planungsrechtlichen Einwirkungsmöglichkeiten.

1.2 Krankenhausplanerische Gestaltungsspielräume

Sowohl die Neuaufnahme von Planbetten in den Krankenhausplan als auch die Herausnahme von Planbetten aus dem Plan unterliegen engen gesetzlichen Grenzen und einer umfangreichen Rechtsprechung dazu. Die gesundheitspolitische Dis-

¹ Hierzu gehören z.B. das Westküstenklinikum, das Klinikum Nordfriesland, die imland Kliniken, die Diako Flensburg, die Sana Ostholstein Kliniken, die Regio Kliniken und das UKSH.

kussion über die Zahl notwendiger Kliniken zur Versorgung einer bestimmten Region vernachlässigt oftmals die bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen.

Die Feststellung, es gäbe zu viele oder auch zu wenige Krankenhäuser oder Krankenhausbetten setzt voraus, dass es ein mengenmäßig unbestrittenes Maß für den Umfang an notwendigen Krankenhausbetten gibt. Dies ist nicht der Fall.

Das Bundesverwaltungsgericht stellte bereits 1985 (BVerwG 3 C 41.84) zum Bettenbedarf fest, dass unter Bedarf der "tatsächlich zu versorgende Bedarf" und nicht ein mit dem "tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf" zu verstehen ist.

Der "tatsächlich zu versorgende Bedarf" ergibt sich nach den leistungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB V aus der Summe der Verordnungen für eine notwendige Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung und Abrechnung durch die zuständige Krankenkasse (OVG Lüneburg: 11 L 6820/96).

Anders ausgedrückt: der Umfang der tatsächlichen Behandlungen bestimmt die Bettenkapazität und nicht umgekehrt.

Die Länder können zwar - auch wenn dies schwer umzusetzen ist - nicht bedarfsgerechte Kliniken aus dem Krankenhausplan nehmen; im Gegensatz dazu sind sie aber nicht berechtigt, einen Träger zu zwingen, den ihm durch Bescheid erteilten Versorgungsauftrag wahrzunehmen.

Auch bei einer frühen und umfassenden Kenntnis und Einbeziehung der Planungsbehörde über bzw. in die Schließungsabsicht von Geburtsabteilungen kann die Schließung nicht verhindert werden, da sich die Probleme der Unwirtschaftlichkeit und mangelnden personellen Ausstattung gegenüber einem privaten Betreiber nicht mit staatlichen Zwangsmitteln lösen lassen: Die Krankenhausplanung ist keine imperative Planung, die den Krankenhausträger gegen seinen Willen zur Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebs zwingen kann.

Alternative Lösungsansätze – etwa die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen oder die Übernahme der Versorgungsverantwortung durch öffentliche Krankenhäuser – sind im Einzelfall zu prüfen und nur in einem sehr engen Rahmen umsetzbar.

Grundsätzlich sind die Länder auch befugt, Qualitätsvorgaben in ihre Krankenhausplanung aufzunehmen. Dieses Befugnis lässt sich bisher aus der Verpflichtung zur Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sowie aus § 137 Abs. 3 S. 9 SGB V ableiten.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes (Juli 2015) befand sich der Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) im parlamentarischen Beratungsverfahren. Das KHSG sieht u.a. eine Erweiterung der Zielkriterien für die Krankenhausplanung um das Ziel einer qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung vor. Hierzu soll

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entsprechende überprüfbare Qualitätsindikatoren erarbeiten und den Bundesländern zur Verfügung stellen.

Bis diese vorliegen wird sich das Land daher in der Landeskrankenhausplanung vorrangig auf Vorgaben zur Strukturqualität fokussieren.

1.3 Qualitätssicherung

Das SGB V regelt in den §§ 135ff. Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung und im ambulanten Bereich.

In § 137 SGB V wird der G-BA verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich zu verabschieden; in § 137a ist die Qualitätssicherung und die öffentliche Darstellung der Ergebnisse geregelt. Der G-BA beauftragt derzeit noch das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) mit der externen Qualitätssicherung.² Diese externe Qualitätssicherung umfasst eine ganze Reihe von medizinischen Versorgungsbereichen, darunter auch die klinische Geburtshilfe und Neonatologie. Die Ergebnisse werden jährlich veröffentlicht³. Allerdings sind keine Daten bezogen auf einzelne Krankenhäuser öffentlich zugänglich. Auf Ebene der Bundesländer erfolgt eine aggregierte Auswertung bestimmter Kriterien mit einer Ergebnismitteilung zum sogenannten strukturierten Dialog. Dieser strukturierte Dialog ist für die Krankenhäuser ein wichtiger Bestandteil des Verfahrens, da rechnerische Auffälligkeiten, die bei der Auswertung der Daten festgestellt worden sind, mit dem jeweiligen Krankenhaus erörtert werden. Beteiligte an dieser gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung sind in Schleswig-Holstein die Krankenhausgesellschaft und die Ärztekammer, nicht jedoch das Land.

Im Entwurf des KHSG wird der Abschnitt zur Qualitätssicherung im SGB V neu geregelt. Der G-BA wird beauftragt, in einem weit größeren Umfang als bisher Kriterien zur Qualitätssicherung festzulegen und die entsprechenden Daten in den Krankenhäusern zu ermitteln. Diese Daten werden dann den Ländern für krankenhaushausplanerische Zwecke zur Verfügung gestellt. Aufgrund der Komplexität der Fragestellungen ist aber frühestens ab 2017 mit ersten Schritten zur Umsetzung zu rechnen.

Für die Öffentlichkeit bereits jetzt gut zugängliche Quellen, die ebenfalls Daten zur Qualität in Krankenhäusern enthalten, sind z.B. von der Bertelsmann Stiftung veröffentlichte Untersuchungen zur Zahl der Kaiserschnitte in den Bundesländern⁴ und die ebenfalls von der Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit einigen Krankenkassen aufgebaute Suchmaschine „Weiße Liste“⁵.

² Die Aufgaben des AQUA-Instituts im Rahmen der externen Qualitätssicherung werden zum 31.12.2015 von dem neu gegründeten Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) übernommen werden.

³ <https://www.sgg.de/themen/qualitaetsreport/index.html>

⁴ <https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de>

⁵ <http://www.weisse-liste.de>

Die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 sind darüber hinaus gemäß Richtlinie des G-BA verpflichtet, die Daten der frühen und späten Ergebnisqualität ihrer Leistungen in der Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm entweder auf ihrer eigenen Webseite zu veröffentlichen oder auf der Internetplattform Perinatalzentren.org⁶ veröffentlichen zu lassen. Bisher war die Veröffentlichung auf Perinatalzentren.org freiwillig, so dass noch nicht alle Perinatalzentren aus Deutschland vertreten sind. Ab 2015 sind alle Perinatalzentren (Level 1 und 2) verpflichtet, ihre Qualitätsergebnisse zentral auf Perinatalzentren.org zu veröffentlichen. Hintergrund ist ein Beschluss des G-BA, mit dem die entsprechende Richtlinie geändert wurde.

Die Daten werden voraussichtlich ab 1. Dezember 2015 für die Öffentlichkeit zur Verfügung stehen.

Neben den G-BA-Richtlinien gibt es Leitlinien der Fachgesellschaften, u.a. die „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für Geburtshilfliche Abteilung der Grund- und Regelversorgung“⁷ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. und die „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)⁸.

1.4 Finanzierung der stationären Geburtshilfe

Stationäre und teilweise auch teilstationäre Krankenhausleistungen werden seit 2004 nach dem durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem German Diagnosis Related Groups (G-DRG) abgerechnet.

Jeder DRG ist eine Bewertungsrelation (Relativgewicht) zugeordnet. Je höher der durchschnittliche Behandlungsaufwand ist, desto höher ist dieser Wert. Zur Ermittlung der Höhe der Fallpauschale wird diese Bewertungsrelation mit einem bestimmten Eurobetrag, dem Landesbasisfallwert, multipliziert.

Die Hauptdiagnosegruppen (Major Diagnostic Categories - MDC) gliedern die DRGs nach dem Organsystem oder der Ursache der Erkrankung.

Die Leistungen der Krankenhäuser im Rahmen der Geburtshilfe werden in zwei Hauptdiagnosegruppen abgebildet:

- MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- MDC 15 Neugeborene

⁶ <https://www.perinatalzentren.org>

⁷ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-078I_S1_Prozessuale_Strukturelle_Organisatorische_Voraussetzungen_2013-05.pdf

⁸ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001I_S1_Perinatologische_Versorgung_2015-05.pdf

In der MDC 14 haben Geburten - abhängig von Komplikationen und Eingriffen - unterschiedliche Bewertungsrelationen. Während eine vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose eine Bewertungsrelation von 0,540 (2015) hat, beträgt diese bei einem komplizierten Kaiserschnitt bis zu 2,711 (2015). Dies entspricht bei einem Landesbasisfallwert von 3.190,81 Euro (2015) einem Erlös von 1.723,04 Euro bzw. 8.650,29 Euro. Die mit Abstand größte Zahl der klinischen Geburten (etwa 36 Prozent) wird als vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose abgerechnet.

In der MDC 15 liegt die höchste Bewertungsrelation bei 46,873 (2015). Dies entspricht auf Basis des Landesbasisfallwerts 2015 einem Erlös von 149.562,84 Euro.

Die DRGs mit den höchsten Bewertungsrelationen können aufgrund der definierten Kriterien nur von den Perinatalzentren Level 1 Zentren abgerechnet werden. Für weitere DRGs erfolgt die Zuordnung auf Basis der G-BA Richtlinien⁹.

Neben der Vergütung über die Fallpauschalen sieht das Krankenhausentgeltrecht verschiedene Zu- und Abschläge vor, wie Sicherstellungszuschläge und Zuschläge für die besonderen Aufgaben von Schwerpunkten und Zentren.

Zuschläge zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung (Sicherstellungszuschläge) sind nur unter engen Voraussetzungen zulässig.

Nach § 5 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG unter Anwendung der Maßstäbe und Einhaltung der Vorgaben nach § 17 b Abs. 1 Satz 6 bis 8 KHG Sicherstellungszuschläge für die Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar und zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig ist. Nach Satz 2 der Vorschrift haben die Vertragsparteien hierbei zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, dass diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Ob die Voraussetzungen erfüllt sind, ist jedoch zwischen den Budgetpartnern häufig strittig. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde (Satz 3). In diesem Fall wird die Höhe des Zuschlags von den (Budget-) Vertragsparteien vereinbart (Satz 4).

Diese Entscheidung kann gerichtlich überprüft werden. In Schleswig-Holstein erhalten die Krankenhäuser auf den Inseln (Helgoland, Sylt, Föhr, Fehmarn) einen Sicherstellungszuschlag. Der Zuschlag für die Chirurgie des WKK Klinikum Brunsbüttel wurde im Juni 2015 durch das Verwaltungsgericht Schleswig aufgehoben. Die Entscheidung ist mittlerweile rechtskräftig.

Nach § 17 b Abs.1, Satz 6 KHG sind für Sicherstellungszuschläge bundeseinheitliche Empfehlungen zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand vorliegt sowie in welchem Umfang zusätzliche Leistungen zu zahlen sind.

⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V vom 20. November 2014. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-947/QFR-RL_2014-11-20.pdf

Nach Satz 7 dieser Vorschrift werden die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 zu erlassen.

Tatsächlich existiert auf Bundesebene derzeit keine spezielle Regelung zu diesem Tatbestand. Obwohl diese vertragliche Regelung auf Bundesebene bisher nicht zu Stande gekommen ist, finden die gesetzlichen Bestimmungen zum Sicherstellungszuschlag Anwendung.

Speziell für Geburtshilfe Abteilungen wurden bisher in Schleswig-Holstein keine Sicherstellungszuschläge beantragt. Dies liegt daran, dass nicht nur Finanzierungsprobleme für kleine Geburtshilfen bestehen, sondern kleine Einheiten oft auch die Qualitätskriterien der Fachgesellschaft nur schwer oder gar nicht einhalten können. Personalgewinnungsschwierigkeiten stehen hier noch über den Finanzierungsproblemen.

Im Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes, das am 1. Januar 2016 in Kraft treten soll, lautet der neue § 5 Absatz 2 KHEntgG wie folgt:

„Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach Satz 2, 4 und 5 sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:

1. *die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen,*
2. *an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben und*
3. *das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;*

der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden. Klagen gegen das Ergebnis der Prüfung nach den Sätzen 5 oder 6 haben keine aufschiebende Wirkung. Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Sicherstellungszuschläge vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dez. 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.“

Für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen soll der G-BA bundesweit gültige Kriterien entwickeln. Der Entwurf des neuen § 136 c, Absatz 3 des SGB V sieht folgende Regelung vor:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31.12.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen....Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

1. *zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschläge erbracht werden können,*
2. *zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und*
3. *zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.“*

Sicherstellungszuschläge, die dann im Rahmen der G-BA Richtlinie gewährt werden, können nicht auf den Landesbasisfallwert angerechnet werden. Diese Kosten müssen von den Krankenkassen zusätzlich vergütet werden. Wenn die Länder darüber hinaus gehende Richtlinien erlassen, werden diese Sicherstellungszuschläge auf den Landesbasisfallwert angerechnet, d.h. die Finanzierung erfolgt durch die Krankenhäuser im Land selbst.

Damit kann zwar die Frage gelöst werden, wann (nach Ansicht des G-BA) ein geringer Versorgungsbedarf als Voraussetzung eines Sicherstellungszuschlages vorliegt, aber die Frage der Personalgewinnung bleibt unverändert bestehen.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass ein Sicherstellungszuschlag für Leistungen in Betracht kommt, die nach dem Krankenhausentgeltrecht vergütet werden. Hierzu gehören nicht die Leistungen von Belegärztinnen und Belegärzten sowie die von Beleghebammen.

Zuschläge für die besonderen Aufgaben von Schwerpunkten und Zentren (Zentrumszuschläge) werden ebenfalls zwischen den Budgetpartnern verhandelt. Perinatalzentren in Schleswig-Holstein erhalten derzeit keinen Zentrumszuschlag.

Das neue Krankenhausstrukturgesetz regelt, dass Zentrumszuschläge für besondere Aufgaben vereinbart werden können. Diese können sich insbesondere ergeben aus

- a) einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung
- b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen , oder
- c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.

Es können allerdings nur Aufgaben zusätzlich finanziert werden, die nicht bereits Teil der DRG-Vergütung sind.

Ob und wenn ja, für welche Aufgaben Perinatalzentren einen Zentrumszuschlag auf dieser Rechtsgrundlage erhalten können, muss im Detail geprüft werden.

Die hohen Vorhaltekosten der Zentren lassen sich damit nicht finanzieren, weil diese Teil der DRG-Vergütung sind.

2 Demografische Entwicklung in Schleswig-Holstein und Auswirkung auf die Zahl der Geburten

Die Situation der Geburtshilfe in Deutschland ist geprägt durch die sinkende Geburtenzahl sowie die zunehmende Spezialisierung und die Anforderungen an die personelle, strukturelle und technische Ausstattung.

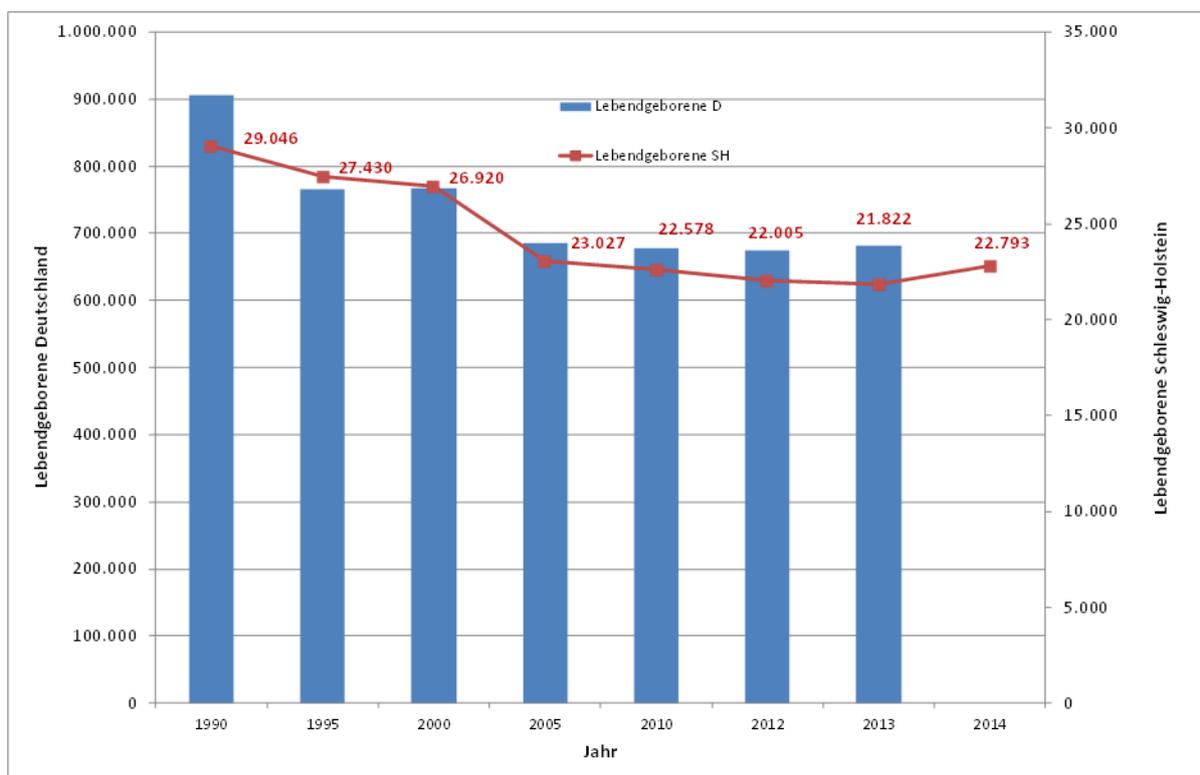
Die Zahl der geborenen Kinder¹⁰ ist in Deutschland seit Jahrzehnten rückläufig. Zwischen 1990 und 2012 sank die Zahl von 908.877 auf 675.944, dieses entspricht einem Rückgang von 25,6 Prozent. 2013 hat sich die Zahl der geborenen Kinder in Deutschland auf 684.625 leicht erhöht. In Schleswig-Holstein sank die Zahl der geborenen Kinder zwischen 1990 und 2012 von 29.140 auf 22.093, dieses entspricht einem Rückgang von 24,2 Prozent. Entgegen dem Bundestrend war die Zahl der geborenen Kinder in Schleswig-Holstein auch 2013 weiter rückläufig und lag bei 21.887. Im Jahr 2014 ist die Zahl der geborenen Kinder in Schleswig-Holstein dann auch leicht angestiegen auf 22.879.

Die Vergleichsangaben für Deutschland gesamt zur Zahl der geborenen Kinder lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung für 2014 noch nicht vor.

In Abb. 1 ist die Zahl der Lebendgeborenen in Deutschland und in Schleswig-Holstein dargestellt.

¹⁰ Die Daten sind der Bundesstatistik entnommen (www.gbe-bund.de). Hierin enthalten sind auch die totgeborenen Kinder. Die Zahl der geborenen Kinder liegt aufgrund der Mehrlingsgeburten über der Zahl der Geburten.

Abb. 1 Zahl der Lebendgeborenen in Deutschland und in Schleswig-Holstein 1990-2014



Quelle: Bundesstatistik (www.gbe-bund.de); Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; eigene Berechnungen des MSGWG

Von 1990 bis 2014 ist die Zahl der Lebendgeborenen in Schleswig-Holstein von 29.046 auf 22.793 gesunken; dieses entspricht einem Rückgang von 21,5 Prozent.

Im Folgenden wird insbesondere die Entwicklung in Schleswig-Holstein zwischen 2000 und 2014 betrachtet.

Tab. 1 Zahl der Lebendgeborenen und Veränderung in Prozent zwischen 2000 und 2014

Kreis / Jahr	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Veränderung in Prozent
Flensburg	851	775	839	763	855	764	743	-12,7
Kiel	2.288	2.093	2.264	2.202	2.243	2.255	2.356	3,0
Lübeck	2.060	1.793	1.800	1.677	1.798	1.766	1.876	-8,9
Neumünster	892	658	694	606	592	636	618	-30,7
Dithmarschen	1.423	1.117	1.059	948	939	948	1.018	-28,5
Hzgt-Lauenburg	1.737	1.605	1.476	1.344	1.488	1.475	1.587	-8,6
Nordfriesland	1.621	1.338	1.192	1.122	1.194	1.119	1.218	-24,9
Ostholstein	1.683	1.439	1.319	1.303	1.304	1.200	1.276	-24,2
Pinneberg	2.749	2.473	2.446	2.337	2.380	2.453	2.572	-6,4
Plön	1.086	950	895	815	855	818	860	-20,8
Rendsburg-Eck	2.657	2.207	2.042	1.961	1.999	1.966	2.067	-22,2
Schleswig-Flensb	1.959	1.580	1.529	1.423	1.469	1.483	1.431	-27,0
Segeberg	2.451	2.144	2.163	2.006	2.147	2.099	2.247	-8,3
Steinburg	1.349	1.097	994	938	940	943	986	-26,9
Stormarn	2.114	1.758	1.866	1.885	1.802	1.897	1.938	-8,3
Schleswig-Holstein	26.920	23.027	22.578	21.330	22.005	21.822	22.793	-15,3

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; eigene Darstellung MSGWG

Die Entwicklung in den Kreisen und kreisfreien Städten ist dabei sehr unterschiedlich verlaufen. Prozentual die größten Verluste haben Neumünster und die Kreise Dithmarschen, Schleswig-Flensburg, Steinburg, Nordfriesland, und Ostholstein. In Kiel, Lübeck und in fast allen Kreisen sind die Geburtenzahlen von 2013 auf 2014 wieder leicht angestiegen.

Die Erhöhung der Zahl der geborenen Kinder in 2014 ist nur ein kurzfristiger Effekt, der sich aufgrund der demografischen Entwicklung wieder umkehren wird, da die prognostizierte Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter in den nächsten Jahren abnehmen wird (siehe Tab. 3).

2.1 Prognose der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter und der Geburten auf Kreisebene

Für die weitere Analyse ist eine Prognose der Zahl der Geburten für Schleswig-Holstein auf Kreisebene sinnvoll. Für eine vereinfachte Betrachtung wurde mit Hilfe einer Geburtenziffer und der Prognose für die Entwicklung der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 45 Jahre)¹¹ eine Schätzung für die Zahl der Geburten bis 2025 vorgenommen.

Die Geburtenziffer berechnet sich aus der Zahl der Lebendgeborenen dividiert durch die Anzahl der Frauen der entsprechenden Altersgruppe nach der Fortschreibung

¹¹ Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2010 bis 2025 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein; Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, März 2011

des Bevölkerungsstandes (Durchschnittsbevölkerung) multipliziert mit 1.000. Sie wurde für jeden Kreis gesondert berechnet. Da die Geburtenziffer von Jahr zu Jahr schwankt, wurde für die Prognose jeweils der Mittelwert der Jahre 2010 bis 2014 gebildet.

Tab. 2 Geburtenziffer und Prognose der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter bis 2025 nach Kreis

Kreis	Geb.Ziffer 2010-2014	Prognose Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter			
		2014	2020	2025	Veränderung 2014 - 2025 in %
Flensburg	43,5	18.147	18.446	18.294	0,8
Kiel	44,7	49.988	49.917	49.237	-1,5
Lübeck	46,0	37.438	36.612	35.986	-3,9
Neumünster	47,9	12.638	11.634	11.100	-12,2
Dithmarschen	44,9	21.003	19.655	18.463	-12,1
Herzgt.-Lauenburg	46,6	30.619	28.983	27.582	-9,9
Nordfriesland	41,9	27.005	25.393	23.857	-11,7
Ostholstein	40,4	30.152	27.788	25.996	-13,8
Pinneberg	47,2	50.189	49.312	48.685	-3,0
Plön	41,3	19.569	17.834	16.786	-14,2
Rendsburg-Eckemförde	44,8	42.949	40.174	38.207	-11,0
Schleswig-Flensburg	45,1	31.226	29.001	27.205	-12,9
Segeberg	47,4	43.371	41.617	40.038	-7,7
Steinburg	43,6	20.988	19.297	17.958	-14,4
Stormarn	48,6	37.698	37.640	37.469	-0,6
Schleswig-Holstein	45,2	472.980	453.303	436.864	-7,6

Quelle: Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2010 bis 2025 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein; Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, März 2011; Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; eigene Berechnungen des MSGWG

Die Geburtenziffer ist in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten sehr unterschiedlich. Sie liegt zwischen 40,4 für den Kreis Ostholstein und 48,6 für den Kreis Stormarn.

Für Schleswig-Holstein gesamt beträgt die Geburtenziffer 45,2.

Aus der Geburtenziffer und der prognostizierten Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter wurde für jeden Kreis die zu erwartende Zahl der Geburten für 2020 und 2025 und die jeweilige Veränderung gegenüber 2014 berechnet.

Tab. 3 Prognose der Zahl der Geburten bis 2025 nach Kreis

Kreis	2014	2020	2025	Veränderung 2014-2020 in %	Veränderung 2014-2025 in %
Flensburg	743	802	796	7,9	7,1
Kiel	2.356	2.231	2.201	-5,3	-6,6
Lübeck	1.876	1.684	1.655	-10,2	-11,8
Neumünster	618	557	532	-9,9	-13,9
Dithmarschen	1.018	882	829	-13,4	-18,6
Herzgt.-Lauenburg	1.587	1.351	1.285	-14,9	-19,0
Nordfriesland	1.218	1.064	1.000	-12,6	-17,9
Ostholstein	1.276	1.123	1.050	-12,0	-17,7
Pinneberg	2.572	2.328	2.298	-9,5	-10,7
Plön	860	737	693	-14,3	-19,4
Rendsburg-Eckernförde	2.067	1.800	1.712	-12,9	-17,2
Schleswig-Flensburg	1.431	1.308	1.227	-8,6	-14,3
Segeberg	2.247	1.973	1.898	-12,2	-15,5
Steinburg	986	841	783	-14,7	-20,6
Stomam	1.938	1.829	1.821	-5,6	-6,0
Schleswig-Holstein	22.793	20.489	19.746	-10,1	-13,4

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de); Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; Annahmen und Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung 2010 bis 2025 für die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein; Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein, März 2011; eigene Darstellung MSGWG

Die so berechnete Schätzung für die Zahl der Geburten ergibt für Schleswig-Holstein gesamt einen Rückgang der Geburten von 2014 bis 2020 von 10,1 Prozent und bis 2025 von 13,4 Prozent.

Für die Bewertung der Situation ist die unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen Kreisen entscheidend. Der stärkste Rückgang der Geburten bis 2025 ist in den Kreisen Steinburg, Plön, Herzogtum Lauenburg und Dithmarschen zu erwarten.

In der kreisfreien Stadt Kiel sowie im Kreis Stormarn ist der zu erwartende Rückgang der Zahl der Geburten gering; in Flensburg ist sogar ein leichter Anstieg zu erwarten.

Bei diesen Berechnungen konnte die in den letzten Jahren verstärkte Zuwanderung aus nicht EU-Staaten nicht berücksichtigt werden. Es ist möglich, dass diese zu einer Stabilisierung bzw. Erhöhung der Zahl der Geburten führt. Nach der im Juli 2015 veröffentlichten Analyse der Bertelsmann-Stiftung¹², die die verstärkte Zuwanderung berücksichtigt, wird die Bevölkerung in Schleswig-Holstein bis zum Jahr 2030 leicht anwachsen. Profitieren werden davon allerdings ausschließlich die städtischen Räume, insbesondere im Hamburger Rand.

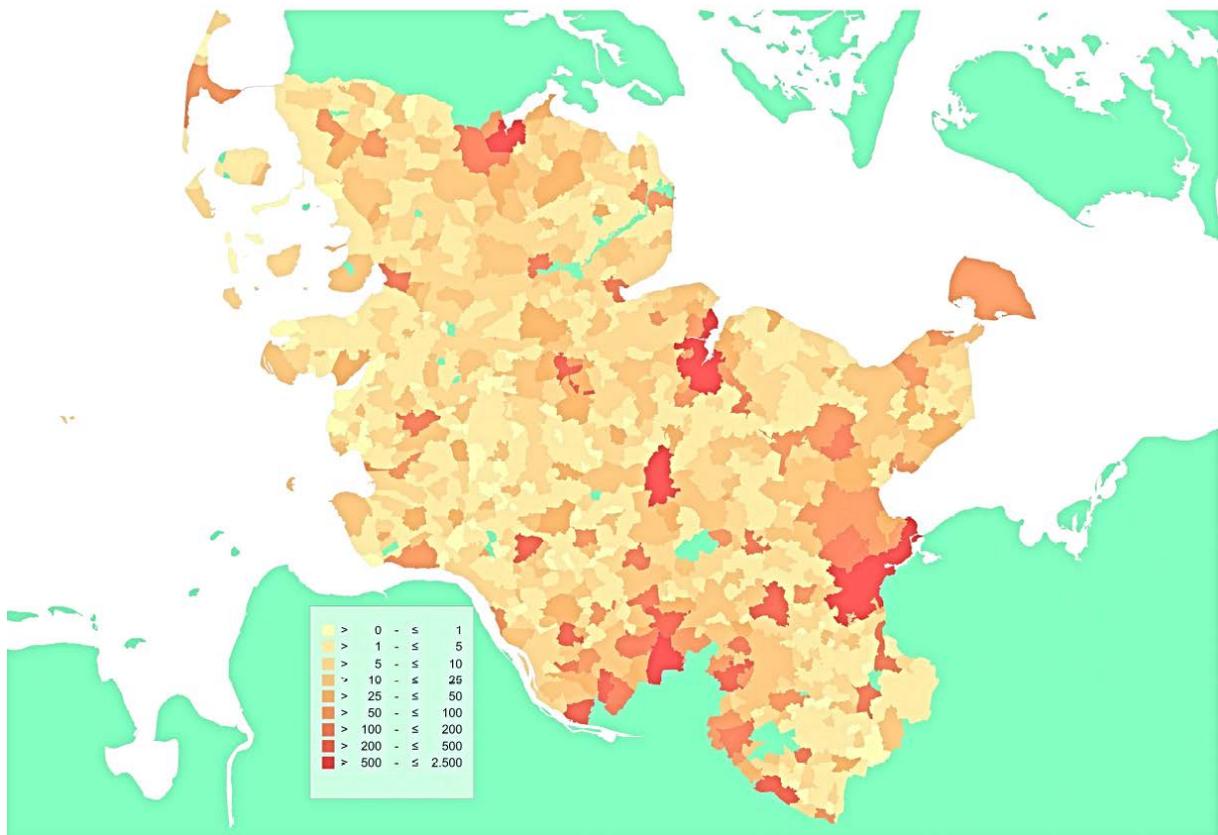
¹² Bertelsmann-Stiftung 2015: Demographischer Wandel verstärkt Unterschiede zwischen Stadt und Land <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/demographischer-wandel-verstaerkt-unterschiede-zwischen-stadt-und-land/>

2.2 Geburten nach Gemeinden

Für eine weitergehende regionale Betrachtung wurde die Zahl der Lebendgeborenen nach Gemeinde 2010 bis 2013¹³ des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein ausgewertet.

Um später eine gewichtete Aussage zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit geburtshilflicher Abteilung machen zu können, wurde für weitere Analysen der Mittelwert der Lebendgeborenen der Jahre 2010 bis 2013 für jede der 1.112 Gemeinden Schleswig-Holsteins¹⁴ berechnet.

Abb. 2 Durchschnittliche Zahl Lebendgeborene pro Jahr nach Gemeinde 2010 bis 2013



Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; eigene Berechnungen des MSGWG

In Kiel wurden im betrachteten Zeitraum durchschnittlich 2.241,0 Kinder pro Jahr geboren, in Lübeck 1.760,3 Kinder, in Flensburg 805,3 Kinder, in Norderstedt 632,5

¹³ Die detaillierte Aufstellung der Zahl der Lebendgeborenen nach Gemeinde für 2014 lag zum Zeitpunkt der Berichterstellung (Juli 2015) noch nicht vor.

¹⁴ Politisch selbstständige Städte und Gemeinden nach amtlichem 8-stelligem Gemeindeschlüssel zum 31.12.2013

Kinder und in Neumünster 632,0 Kinder. In den Gemeinden bestehen erwartungsgemäß große Unterschiede hinsichtlich der Geburtenzahlen.

Tab. 4 Durchschnittliche Zahl Lebendgeborene pro Jahr nach Gemeinde (gruppiert) 2010 bis 2013

Mittelwert Lebendgeborene pro Jahr	Zahl Gemeinden
> 500 und ≤ 2.500	5
> 200 und ≤ 500	9
> 100 und ≤ 200	23
> 50 und ≤ 100	36
> 25 und ≤ 50	55
> 10 und ≤ 25	153
> 5 und ≤ 10	248
> 1 und ≤ 5	463
> 0 und ≤ 1	101
0	19

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; eigene Berechnungen des MSGWG

Aus Tab. 4 geht hervor, dass es neben den oben genannten Städten nur neun Gemeinden in Schleswig-Holstein gibt, in denen jährlich zwischen 200 und 500 Kinder geboren werden. Der größte Teil der Gemeinden (463 = 41,6 %) verzeichnet nur zwischen einem und fünf Geburten pro Jahr. In 101 Gemeinden wurde im betrachteten Zeitraum nicht in jedem Jahr ein Kind geboren und in 19 Gemeinden wurde 2010 bis 2013 kein Kind geboren.

Dies beschreibt sehr genau die Problematik der geburtshilflichen Versorgung in einem Flächenstaat.

3 Geburtshilfliche Versorgung

3.1 Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen für die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind finden sich im SGB V.

In § 24c sind die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft geregelt. Diese umfassen:

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
3. Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld.

In § 24d wird der Umfang der ärztlichen Betreuung sowie der Hebammenhilfe geregelt.

Gemäß § 24f (Entbindung) hat die Versicherte Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. *„Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden. Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Absatz 2 gilt entsprechend.“*

3.2 Wahlfreiheit der Schwangeren

Eine Schwangere hat die Wahl zwischen verschiedenen Entbindungsmöglichkeiten. Gemäß § 24 f SGB V (s.o.) hat die Versicherte einen Anspruch auf eine ambulante oder stationäre Entbindung. Im Rahmen der ambulanten Entbindung kann die Schwangere zwischen verschiedenen Möglichkeiten wählen, wie z.B. die Entbindung in einem Krankenhaus, in einer Einrichtung, die von einer Hebamme geleitet wird (Geburtshaus), in einer ärztlichen geleiteten Einrichtung (Arztpraxis), in einer Hebammenpraxis oder eine Hausgeburt.

Durch diese Auflistung der verschiedenen Möglichkeiten kann der Eindruck entstehen, dass einer Schwangeren auch an ihrem Wohnort alle Möglichkeiten zur Verfügung stehen müssen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Das SGB V regelt die Finanzierungsverpflichtung für die Wahlmöglichkeit, die eine Schwangere gegenüber ihrer gesetzlichen Krankenkasse hat. § 2 Abs. 1 SGB V stellt klar, dass es sich bei den in Kapitel 3 des SGB V genannten Leistungen, zu denen auch die Entbindung gehört,

um Leistungen handelt, deren Erbringung von den Krankenkassen für ihre Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu finanzieren ist.

Das Schleswig-Holsteinische Verwaltungsgericht hat darüber hinaus in einer Entscheidung die Rechtsauffassung vertreten, dass eine Schwangere keinen Anspruch auf Schaffung eines zusätzlichen Versorgungsangebotes aus § 24 f SGB gegenüber dem Land zusteht.¹⁵

In einer weiteren Entscheidung hat das Verwaltungsgericht Schleswig festgestellt, dass ein subjektiv öffentlich-rechtlicher Anspruch eines privaten Drittbetroffenen gegenüber dem für Krankenhausplanung zuständigen Hoheitsträger auf Einrichtung oder Erhalt einer bestimmten regionalen Krankenhausversorgung unter keinem denkbaren rechtlichen Gesichtspunkt besteht.¹⁶

Die Wahlfreiheit einer Schwangeren umfasst somit kein Recht gegenüber dem Land, an allen Kliniken Abteilungen mit Geburtshilfe einzurichten. Außerklinische Geburten (einschließlich Geburten in Geburtshäusern) entziehen sich ohnehin dem Sicherstellungsauftrag des Landes und der Kreise zur stationären Versorgung.

3.3 Anonyme und vertrauliche Geburt

Eine anonyme Geburt ist dadurch gekennzeichnet, dass die Mutter ihre Identität gegenüber niemandem preisgibt und ihre Personenstandsdaten nicht erfasst werden. Ihre Daten sind dann grundsätzlich von niemandem ermittelbar. Das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung ist nicht durchsetzbar und steht dem Recht der Mutter auf informationelle Selbstbestimmung nach.

Im Unterschied zur anonymen Geburt gibt bei einer vertraulichen Geburt die Mutter ihre Personendaten z. B. gegenüber einer Beratungsstelle bekannt, diese werden verschlossen verwahrt. Nur dem Kind wird – je nach gesetzlicher Ausgestaltung – ab einem festzusetzenden Mindestalter Kenntnis über seine Abstammung gewährt. Dem Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung (Artikel 2 Abs. 1 i. V. m. Artikel 1 Abs. 1 Grundgesetz) kann entsprochen werden.

Bei der vertraulichen Geburt werden die Kosten, die im Zusammenhang mit der Geburt sowie der Vor- und Nachsorge entstehen, vom Bund getragen. Auch die umfassende Beratung ist für die Schwangere völlig kostenfrei, sodass für sie keinerlei Kosten entstehen. Sollte sich die Mutter dazu entschließen, ihre Anonymität nach der Geburt aufzugeben, kann der Bund die von ihm übernommenen Kosten von der Krankenversicherung zurückfordern. Für die Mutter entstehen aber auch hierbei keine Kosten. Die Träger der Einrichtung, in der die Geburtshilfe stattgefunden hat, sowie alle anderen an der vertraulichen Geburt Beteiligten können die anfallenden

¹⁵ Urteil des VG Schleswig vom 23.07.2014 (Az: 1 B61/14). Das Urteil ist rechtskräftig, bisher aber nicht veröffentlicht.

¹⁶ Urteil des VG Schleswig vom 29.01.2014 (Az: 1 B1/14). Das Urteil ist rechtskräftig, bisher aber nicht veröffentlicht.

Kosten gegenüber dem Bund geltend machen. Der Bund wird dabei vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) vertreten.

Die Träger anonymer Geburten finanzieren ihre Angebote über Mischfinanzierung, z.B. durch kommunale Mittel, trägereigene Mittel oder Spenden.

4 Bedeutung der Hebammen¹⁷

4.1 Zentrale Rolle der Hebammen bei Entbindungen

Rechtliche Grundlagen für die Tätigkeit der Hebammen finden sich im

- Sozialgesetzbuch
 - § 24d SGB V - Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
 - § 134a SGB V – Versorgung mit Hebammenhilfe,
 - § 301a Abrechnung der Hebammen und der von ihnen geleiteten Einrichtungen),
- im Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG),
- in der Landesverordnung über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger (Hebammenberufsverordnung – HebBVO) sowie
- in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV).

Darüber hinaus gibt es die „Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe“¹⁸ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Die Leitung der normalen Geburt gehört zu den Aufgaben, die den Hebammen nach dem Hebammengesetz (§ 4) ausdrücklich vorbehalten sind. Bei den Gesundheitsfachberufen sind vorbehaltene Tätigkeiten eine Besonderheit. Im Falle des Hebammenberufes führt dies dazu, dass selbst eine Ärztin oder ein Arzt eine Hebamme zur Geburt hinzuziehen muss. Hebammen führen die Geburt selbstständig und eigenverantwortlich und ohne ärztliche Anordnung durch. Nur wenn ärztliche Geburtshilfemaßnahmen notwendig werden, treten sie in die Rolle einer Assistentin der Ärztin oder des Arztes.

Hebammen dokumentieren die Geburt und versorgen nach der Entbindung sowohl das Neugeborene als auch die Mutter. Sie betreuen die Mutter in den ersten Tagen nach der Geburt, übernehmen die Nachsorge des Neugeborenen und beraten in Fragen der Säuglingspflege und – ernährung.

Darüber hinaus beraten Hebammen zur Familienplanung, werdende Mütter und Väter zu allen Fragen einer Schwangerschaft und führen Kurse zur Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik durch. Außerdem übernehmen sie Vorsorgeuntersuchungen.

¹⁷ Wenn im Folgenden von Hebammen die Rede ist, sind immer Hebammen und Entbindungspfleger gemeint.

¹⁸ AWMF 015/030 (S1)

Hebammen kommt also sowohl in der Geburtshilfe selbst als auch in der Betreuung der Schwangeren und Neugeborenen in der Vor- und Nachsorge eine besondere Rolle zu.

Hebammen sind sowohl als angestellte Hebammen in Krankenhäusern als auch als Beleghebammen tätig. Hinzu kommen freiberufliche Hebammen, die in Geburtshäusern arbeiten und/oder Hausgeburten durchführen. Zunehmend gibt es Hebammen, die ausschließlich die vorgeburtliche Begleitung und die Nachsorge übernehmen, selbst aber keine Geburten mehr betreuen.

4.2 Ausbildungssituation / Akademisierung des Hebammenberufs

Das Hebammengesetz sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger bilden die rechtlichen Grundlagen der Ausbildung. Es handelt sich dabei um ein sogenanntes Berufszulassungsgesetz, das auf der Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz beruht.

Die Ausbildung zur Hebamme/ zum Entbindungspfleger dauert drei Jahre. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht sowie einer praktischen Ausbildung und schließt mit einer staatlichen Prüfung ab, die aus einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil besteht.

Die praktische Ausbildung umfasst Einsätze im Kreißaal, auf der Wochenstation, auf der Neugeborenenstation, auf operativen und nicht-operativen Stationen, in der Kinderklinik und im Operationssaal. Die im Mai 2013 erfolgte Änderung des Hebammengesetzes trägt im Sinne einer Sollvorschrift den veränderten Anforderungen an den Hebammenberuf Rechnung, in dem eine stärkere Einbindung des ambulanten Bereichs in die praktische Ausbildung ermöglicht wird.

Die Ausbildung zur Hebamme und zum Entbindungspfleger¹⁹ findet in Schleswig-Holstein derzeit nur an der UKSH Akademie statt.

Pro Jahr stehen 15 Ausbildungsplätze zur Verfügung, auf die es ungefähr 200 Bewerbungen gibt. Höchstens 25 Prozent der Auszubildenden kommen aus Schleswig-Holstein.

Die Ausbildung setzt sich aus zwei Drittel Praxis (3.000 Unterrichtsstunden) und einem Drittel Theorie (1.700 Unterrichtsstunden) zusammen.

Die Ausbildung findet an der Michaelis-Hebammenschule und an den Unikliniken Kiel, Lübeck und Hamburg statt. Zusätzlich wird ein etwa vierwöchiges Externat absolviert, d.h. die Begleitung einer freiberuflichen Hebamme bei ihrem Arbeitsalltag.

Die Auszubildenden erhalten eine Ausbildungsvergütung. Zusätzlich werden Zuschüsse für den Kauf von Büchern, für Heimfahrten und Berufskleidung gewährt. Die

¹⁹ Derzeit werden an der UKSH Akademie keine Entbindungspfleger ausgebildet.

Auszubildenden müssen weder die Fahrtkosten zu Ausbildungsstätten tragen noch Semestergebühren bezahlen.

Durch die Einführung einer zeitlich befristeten Modellklausel im Hebammengesetz besteht seit Oktober 2009 die Möglichkeit, die Ausbildung alternativ zur Fachschule an einer Hochschule zu absolvieren. Der Gesetzgeber möchte im Rahmen dieser Modelle Erkenntnisse gewinnen, die ihn in die Lage versetzen, über die Zukunft der Ausbildung in akademischer oder nichtakademischer Form zu entscheiden.

An der UKSH Akademie werden derzeit die Rahmenbedingungen einer möglichen Akademisierung geprüft.

4.3 Bundesinitiative Frühe Hilfen – Familienhebammen

Frühe Hilfen sind präventive Unterstützungsangebote für Familien von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres des Kindes.

Grundlage der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG), das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist. Kernstück des BKisSchG ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), welches auch die Bundesinitiative Frühe Hilfen enthält (§ 3 Abs. 4 KKG). Grundlage für die Umsetzung ist die Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern, die seit 1. Juli 2012 gilt.

Durch die Bundesinitiative sollen die bereits bestehenden Aktivitäten von Ländern und Kommunen zur Etablierung verbindlicher Netzwerke Frühe Hilfen und zur Einbindung von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich in diese Netzwerke ergänzt werden.

Die Verwaltungsvereinbarung legt unter anderem fest, dass beim Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) die Koordinierungsstelle des Bundes eingerichtet wird. Auch auf Landesebene wurden entsprechende Koordinierungsstellen für die Bundesinitiative aufgebaut. Die Koordinierungsstellen der Länder sind gem. Art. 5 der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen zuständig für Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Sie betreiben einen länderübergreifenden fachlichen Austausch und beraten die Kommunen. Ferner unterstützen sie die Koordinierungsstelle auf Bundesebene bei der Evaluierung der Bundesinitiative.

Bis Ende 2015 fördert die Bundesinitiative den Aus- und Aufbau sowie die Weiterentwicklung der Netzwerke Früher Hilfen mit insgesamt 177 Millionen Euro. Die Fördermittel werden vom Bund bereitgestellt und über die Länder durch die Landeskoordinierungsstellen an die Kreise und kreisfreien Städte vergeben.

Der Einsatz von Familienhebammen ist Fördergegenstand der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, die sie dazu befähigt, Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen zu unterstützen. Sie gehen bis zu einem Jahr nach der Geburt des

Kindes in die Familien, unterstützen diese bei der gesundheitlichen Versorgung und leisten psychosoziale Unterstützung.

Unter Einbindung aller Familienmitglieder geben Familienhebammen u.a. Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung, Entwicklung und Förderung des Kindes. Bei Bedarf vermitteln sie auch weitere Hilfen.

Alle an die Geburt gekoppelten Leistungen gehören nicht zum Tätigkeitsspektrum der Familienhebamme. Sie betreibt keine aktive Geburtshilfe.

Bisher haben die meisten Familienhebammen ihre Zusatzqualifikation durch Fort- und Weiterbildungen erworben, die von den Hebammenlandesverbänden des Deutschen Hebammenverbands e.V. (DHV) angeboten werden. Diese bauen meistens auf einem DHV-internen Curriculum auf, welches den jeweils länderspezifischen Anforderungen angepasst wurde. Das durchschnittliche Stundenkontingent der Fortbildungen beträgt derzeit 200 Stunden. In Niedersachsen wird die bisher einzige staatlich anerkannte Weiterbildung zur Familienhebamme mit 400 Stunden angeboten. Im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen erhalten die Länder für die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich Fördermittel (Art. 5, Abs. 2 der Verwaltungsvereinbarung).

In der Bund-Länder-Verwaltungsvereinbarung ist in Art. 2 Abs. 2 ausgeführt, dass die Vergütung der freiberuflich tätigen Familienhebammen nur in angemessener Höhe gewährt wird und dass die Länder die Einzelheiten in Fördergrundsätzen regeln. In den schleswig-holsteinischen Fördergrundsätzen ist bislang niedergelegt, dass „die Finanzierung auf der Basis eines abgestimmten Finanzierungsprofils“ erfolgt.

In Schleswig-Holstein regelt jeder Kreis bzw. jede kreisfreie Stadt eigenständig im Rahmen von Verhandlungen die Vergütung freiberuflicher Familienhebammen in eigener Zuständigkeit. Die Höhe der Vergütung ist dabei sehr unterschiedlich (sie liegt zwischen 26 und 64 Euro je Stunde) und von verschiedenen Faktoren wie z.B. Berücksichtigung von Fahrtkosten, Fahrtzeiten, Tageszeit des Einsatzes abhängig.

Seitens der Netzwerkkoordinatoren der Kreise und kreisfreien Städte wird auf die Notwendigkeit eines landesbezogenen Regelungsbedarfs hingewiesen. Daher ist in Abstimmung mit den kommunalen Landesverbänden eine Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die Empfehlungen für die Vergütung von freiberuflichen Familienhebammen erarbeiten soll.

4.4 Hebammenvergütung und Haftpflichtversicherung

Hebammen leisten einen unverzichtbaren Beitrag für die Versorgung von Schwangeren, Müttern und Familien. Hierfür ist eine angemessene Vergütung erforderlich.

In der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Vergütung der Hebammen 2007 auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt und die bis dahin geltende Hebammengebühren-Verordnung durch eine Vertragslösung ersetzt. Hiernach schließt der Spit-

zenverband Bund der Krankenkassen mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen sowie die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung mit den Krankenkassen (Hebammenhilfe-Vertrag §134a SGB V).

Größtes Problem sind derzeit die in den letzten Jahren stark gestiegenen Haftpflichtprämien, deren Höhe unabhängig von der Anzahl begleiteter Geburten ist. Zugleich verabschieden sich immer mehr Versicherungsunternehmen aus diesem Geschäftszweig. Damit stehen die freiberuflichen Hebammen vor großen Herausforderungen, die sich nicht mehr allein auf dem Verhandlungswege lösen zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und den Hebammenverbänden lösen lassen.

Bereits zum 1. Januar 2012 wurde gesetzlich klargestellt, dass die Krankenkassen steigende Haftpflichtprämien bei der Vergütung von Hebammen berücksichtigen müssen. Dies erfolgte zunächst über eine Erhöhung der für die Geburt relevanten Abrechnungspositionen.

Schleswig-Holstein hatte im März 2014 eine Bundesratsinitiative gestartet mit dem Ziel, die Situation der freiberuflich tätigen Hebammen zu verbessern.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat daraufhin zusammen mit allen Hebammenverbänden in der Arbeitsgruppe "Versorgung mit Hebammenhilfe" Möglichkeiten geprüft, wie die finanzielle Situation der Hebammen verbessert werden kann. Das BMG hat in der Folge Maßnahmen auf den Weg gebracht, um die Arbeit der Hebammen dauerhaft zu unterstützen:

- Die Krankenkassen wurden gesetzlich verpflichtet, zusätzliche finanzielle Mittel für die Hebammen bereitzustellen, die nur wenige Geburten begleiten. Seit 1. Juli 2014 erfolgte der Ausgleich für die gestiegenen Haftpflichtprämien über sogenannte Haftpflichtzulagen, die zusätzlich zu den relevanten Positionen für Geburtshilfe abgerechnet werden können. Es sollte sichergestellt werden, dass auch Hebammen, die nur wenige Geburten im Jahr betreuen, durch die Haftpflichtprämien nicht finanziell überlastet werden. Diese Zulagen sollten im Juli 2015 von einem noch zu verhandelnden sogenannten Sicherstellungszuschlag abgelöst werden.
- Das GKV-Finanzierungs- und Qualitätsgesetz sieht vor, dass Hebammen, die aufgrund weniger betreuter Geburten nicht für ihre Prämie zur Berufshaftpflichtversicherung aufkommen können und die notwendigen Qualitätsanforderungen erfüllen, für Geburten ab 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag erhalten, der sie dauerhaft entlasten soll. Dieses soll dazu beitragen, eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe zu erhalten. Die Ausgestaltung der Sicherstellungszuschläge ist zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Hebammenverbänden zu verhandeln. Dabei müssen auch Fragen der Qualitätssicherung angemessen berücksichtigt werden. Nach der Festlegung durch die Vertragspartner sollen die Sicherstellungszuschläge rückwirkend zum 1. Juli

2015 gezahlt werden. Leider konnten zwischen den Verhandlungspartnern bis zum 1. Juli keine Einigung erzielt werden. Der GKV-Spitzenverband hat deshalb am 25. Juni die für solche Fälle vorgesehene Schiedsstelle angerufen. Die Schiedsstelle soll im Regelfall innerhalb von drei Monaten entscheiden. Bis zu einer Einigung ist der Haftpflichtausgleich vorläufig ausgesetzt.

- Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird geregelt, dass Kranken- und Pflegekassen künftig darauf verzichten sollen, Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen zu erheben. Dies soll dazu beitragen, die Versicherungsprämien langfristig zu stabilisieren, einen weiteren Anstieg zu bremsen und Hebammen finanziell zu entlasten. Nach Einschätzung des DHV kann der verabschiedete Regressverzicht das Haftpflichtproblem nicht nachhaltig lösen. Sie bestehen daher weiterhin auf Prüfung eines Haftpflichtfonds.

Die nochmalige Erhöhung der Haftpflichtprämie seit 1. Juli 2015 um mehr als 20 Prozent auf 6.274,32 Euro einschließlich Versicherungssteuer²⁰ und die bislang gescheiterten Verhandlungen zwischen Hebammen und dem Spitzenverband der GKV über einen Ausgleich für diese Prämien verschlechtern die Situation für die Hebammen weiter.

Darüber hinaus konnte auch keine Einigung hinsichtlich der Qualitätskriterien bei Hausgeburten erreicht werden.

Die Grundkonzeption des mit Qualitätsnachweisen verknüpften Sicherstellungszuschlags, der als Änderungsantrag in ein laufendes Gesetzgebungsverfahren (GKV-FQWG (Drucksache 18/1307)) eingebracht wurde, wird von der Landesregierung begrüßt.

Der Vorschlag des Regressverzichts wird von der Landesregierung kritisch bewertet und ist vor allem rechtlich schwierig, da eine Begrenzung auf Hebammen nur schwer vorstellbar ist. Außerdem müsste die Differenzsumme von der Gemeinschaft der Versicherten zu Gunsten der Versicherungswirtschaft getragen werden. Es sollten entgegen den Vorstellungen des BMG auch andere Möglichkeiten geprüft werden, so z.B. das Modell der Haftpflichtabsicherung über die Berufsgenossenschaften und die Möglichkeit eines steuerfinanzierten Haftungsfonds für die Differenzsummen.

4.5 Situation in Schleswig-Holstein

Hebammen sind entweder freiberuflich als Beleghebamme oder als freie Hebamme in einem Geburtshaus bzw. bei Hausgeburten tätig oder als angestellte Hebamme in Krankenhäusern. Auch ist beides möglich, also neben einer Anstellung in einer Klinik die Tätigkeit als freiberufliche Hebamme. Die Zahl der Hebammen, die keine Ge-

²⁰ Für Hebammen, die nicht in der Geburtshilfe tätig sind, sondern ausschließlich in der Vor- und Nachbetreuung arbeiten, liegen die Berufshaftpflichtprämien in einer Größenordnung zwischen 300 und 500 Euro jährlich.

burtshilfe mehr machen, sondern nur noch die Betreuung vor oder nach der Geburt übernehmen, steigt.

In den schleswig-holsteinischen Krankenhäuser sind derzeit 161 Vollkräfte beschäftigt (Stand: 31. Dezember 2014). Da viele Hebammen in Teilzeit tätig sind, dürfte die Zahl der angestellten Hebammen deutlich höher liegen.

Der Status der Hebammen ist nicht von der Versorgungsstufe einer Klinik abhängig. So finden sich z.B. an der Klink mit den meisten Geburten im Land, dem Städtischen Krankenhaus Kiel (Perinatalzentrum Level 2) ausschließlich Beleghebammen. Das Marienkrankenhaus in Lübeck, die größte belegärztlich geführte Geburtsklinik in Schleswig-Holstein, arbeitet ausschließlich mit angestellten Hebammen.

Angaben zur Zahl der ausschließlich oder teilweise freiberuflich tätigen Hebammen in Schleswig-Holstein liegen bisher nur für die Mitglieder des Deutschen Hebammenverbandes und ohne Differenzierung nach Zahl der betreuten Geburten vor: Von den etwa 700 Hebammen in Schleswig-Holstein sind 643 im Deutschen Hebammenverband (DHV) organisiert. Geburtshilflich freiberuflich tätig (einschließlich Beleghebammen) waren davon 108 Hebammen (Stand: Oktober 2013).

5 Ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung

5.1 Rechtliche Grundlagen

Rechtliche Grundlage der ärztlichen geburtshilflichen Versorgung von Mutter und Kind in Deutschland sind – neben dem SGB V – die vom G-BA beschlossenen „Mutterschafts-Richtlinien“.

Diese Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung.

Im allgemeinen Teil werden die Ziele, Aufgaben, Kenntnisse und Befugnisse geregelt. Als vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge wird die frühzeitige Erkennung und Abwendung von Risiken für Mutter und Kind genannt.

Die konsequente Einhaltung der Mutterschafts-Richtlinie, d.h. die frühzeitige Entdeckung von Risikoschwangerschaften und die anschließende Beratung zur erforderlichen Vorstellung in einer geburtshilflichen Einrichtung der geeigneten Versorgungsstufe sollte konsequent erfolgen und bedarf nach Aussage von Expertinnen und Experten immer noch einer deutlichen Verbesserung.

5.2 Situation in Schleswig-Holstein

In der ambulanten gynäkologischen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist die Versorgung der Bevölkerung unter Zugrundelegung der Voraussetzungen der Bedarfsplanung (Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, G-BA)²¹ in Schleswig-Holstein rechnerisch sichergestellt.

Derzeit gibt es keine Unterversorgung in Schleswig-Holstein im Sinne der in der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgegebenen Definition²² – vielmehr sind die Planungsbereiche, die den kreisfreien Städten und den Kreisgrenzen entsprechen²³, aufgrund von Überversorgung²⁴ gesperrt.

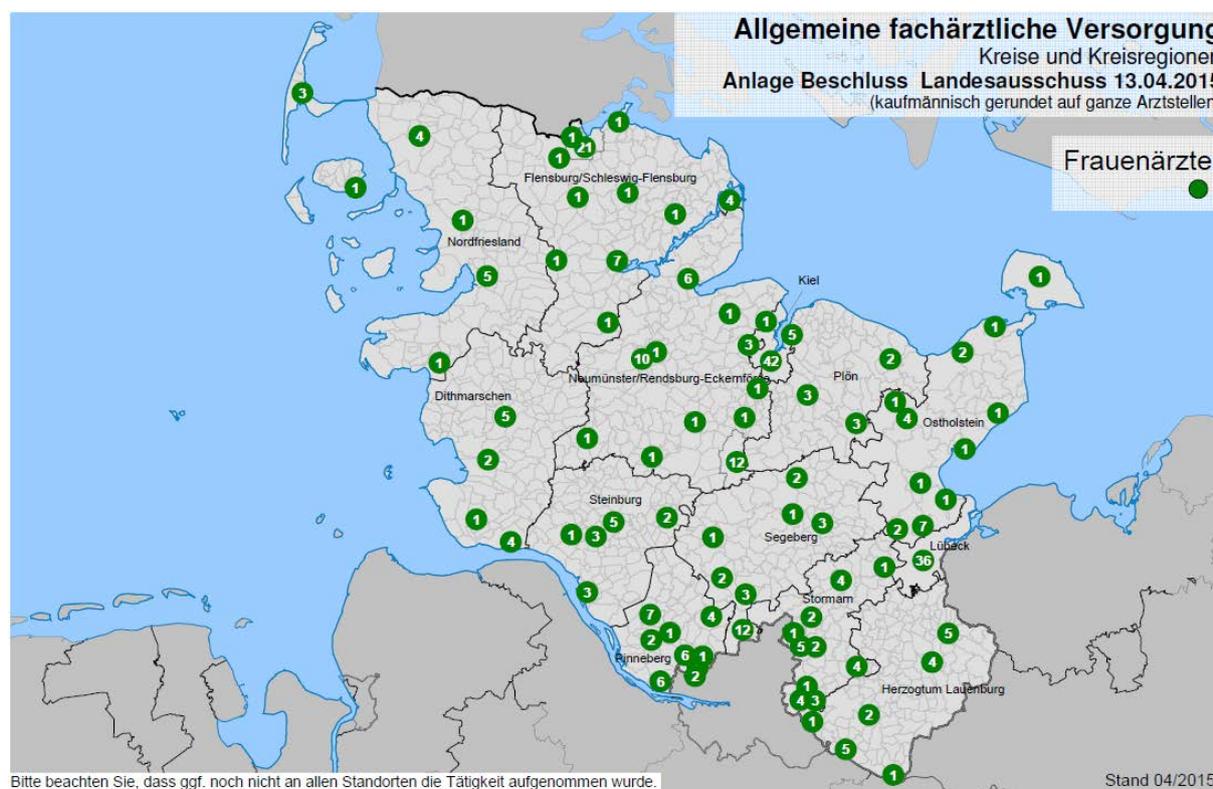
²¹ Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): www.g-ba.de/downloads/62-492-984/BPL-RL_2014-12-18_iK-2015-03-07.pdf

²² vgl. § 29 der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

²³ vgl. § 7 sowie § 12 Abs. 3 der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

²⁴ vgl. § 23 der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

Abb. 3 Allgemeine fachärztliche Versorgung mit Frauenärzten in Schleswig-Holstein



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung (KVSH)²⁵

Der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) obliegt nach § 75 SGB V die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung.

Diesem Sicherstellungsauftrag kommt die KVSH mit einer Vielzahl von Instrumenten nach²⁶.

Die KVSH ist bei der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung – genauso wie die an der Bedarfsplanung und den Zulassungsentscheidungen paritätisch in den einschlägigen Gremien beteiligten gesetzlichen Krankenkassen – an die verbindlichen Rechtsgrundlagen im SGB V, der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA und weiteren Rechtsquellen gebunden.

Zwar muss der Verweis auf die Erfüllung der statistischen Vorhaben zur Bedarfsplanung²⁷ nicht zwangsläufig einer anderen subjektiven Wahrnehmung widersprechen, da die Bedarfsplanung zuvorderst ein Steuerungsinstrument darstellt und keine wis-

²⁵ Beschlüsse des Landesausschusses, Fortschreibung der Bedarfsplanung, www.kvsh.de/index.php?StoryID=814

²⁶ siehe auch den aktuellen Versorgungsbericht der KVSH 2014, „Ambulante Versorgung hat viele Gesichter“ (www.kvsh.de/index.php?StoryID=849) sowie die Statuten der KVSH über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein (www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=373)

²⁷ Bedarfsplan für Schleswig-Holstein: www.kvsh.de/index.php?StoryID=814

senschaftliche fundierte und abschließende Aussage über einen medizinischen Behandlungsbedarf der Bevölkerung einer Region.

Gleichwohl bietet die Bedarfsplanung gewichtige Hinweise zur Versorgungssituation: So kann in Schleswig-Holstein eine Spannweite beim Versorgungsgrad von 111,4 Prozent im Planungsbereich Dithmarschen bis 171,0 Prozent im Planungsbereich Flensburg/Schleswig-Flensburg festgestellt werden.

Eine Unterversorgung ist allerdings erst dann anzunehmen, wenn der Stand der fachärztlichen Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 Prozent unterschreitet²⁸.

Auch im bundesweiten Vergleich 2014 ist die derzeitige Versorgung durch niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen ausweislich der Bedarfsplanung in Schleswig-Holstein gut (132,0 Prozent). Der bundesweite Gesamtversorgungsgrad liegt bei 125,5 Prozent. Die rechnerisch höchsten Gesamtversorgungsgrade auf Basis der Bedarfsplanung finden sich neben Schleswig-Holstein in Mecklenburg-Vorpommer (136,8 Prozent) und Thüringen (134,7 Prozent).

Der Anteil der Gynäkologinnen und Gynäkologen, die 60 Jahre und älter sind, lag 2014 in Schleswig-Holstein bei 24,1 Prozent und damit nah am Bundesdurchschnitt von 23,3 Prozent.²⁹

5.3 Zusammenarbeit von Ärzten und Hebammen

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) hat gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR) „Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe – aus ärztlicher Sicht“ herausgegeben.³⁰

In der Vorbemerkung wird betont, dass Ärztinnen bzw. Ärzte und Hebammen als Angehörige unterschiedlicher, aber gleichermaßen wichtiger Heilberufe in der Geburtshilfe ihren Beitrag zu der heutigen Spitzenstellung der deutschen Geburtsmedizin geleistet haben.

„Die Schwangere selbst entscheidet darüber, ob sie die Geburtshilfe einer freiberuflich tätigen Hebamme oder ärztliche Geburtshilfe in Anspruch nehmen will. Im ersten Fall besitzt die Hebamme die Erstkompetenz, die jedoch ihre Grenze findet, sobald sich Komplikationen abzeichnen, zu deren Beherrschung ärztliche Hilfe nötig ist. Diese Grenze zu erkennen, gehört zu den besonders verantwortungsvollen Aufgaben der Hebamme. Im zweiten Fall liegt die Erstkompetenz beim Arzt, der darüber

²⁸ vgl. § 29 der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

²⁹ vgl. auch Ärzteatlas 2015, Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Wissenschaftliches Institut der AOK (wido), S. 44 ff., http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2015_0615.pdf

³⁰ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-030I_S1_Zusammenarbeit_Arzt_Hebamme_2013-05.pdf

befindet, in welchem Umfang er bestimmte Aufgaben der Geburtshilfe durch eine sinnvolle, an Leistungsvermögen und Berufserfahrung orientierte Arbeitsteilung selbst wahrnimmt oder der Hebamme überlässt.“

Der überwiegende Teil aller Schwangeren macht von dieser Möglichkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Geburtshilfe Gebrauch, meistens im Wege stationärer Entbindung. Aber gerade auch bei der klinischen Geburtshilfe ist die Mitarbeit der Hebamme unverzichtbar.

Ärztinnen bzw. Ärzte und Hebammen sind also sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Bereich auf Zusammenarbeit angewiesen. Dabei können Rechtsfragen auftauchen, wie die Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche gegeneinander abzugrenzen sind und inwieweit Weisungsrechte und Abhängigkeiten bestehen.

Neben der allgemeinen Vorsorge für die Schwangere ist es eine wichtige Aufgabe, die werdende Mutter über die verschiedenen Möglichkeiten einer Geburt aufzuklären, den damit verbundenen Vorteilen und Risiken.

Diese Aufklärung sollte münden in einer Empfehlung des Geburtsortes für ihr spezifisches medizinisches Risiko.

Darüber hinaus gibt die Richtlinie Empfehlungen, wann bei einer Hebammen-geleiteten Geburt die Hinzuziehung eines Arztes oder einer Ärztin notwendig wird.

6 Sektorenübergreifende Kooperation in der Geburtshilfe

Im Rahmen der Geburtshilfe sind - wie aufgezeigt – unterschiedliche Berufsgruppen sowohl im außerklinischen als auch im klinischen Bereich in unterschiedlichen Konstellationen tätig.

Es wurde geprüft, welche Möglichkeiten der Kooperation von ambulantem und stationärem Bereich zur Stärkung der Geburtshilfe im ländlichen Raum bestehen und welche Voraussetzungen für die Realisierung dieser Kooperationen vorliegen müssen.

Parallel zur Erstellung dieses Berichtes führt das MSGWG eine Ausschreibung durch (siehe Anlage 7), um zunächst für die Kreise Nordfriesland und Ostholstein mit Hilfe einer externen Beratung weitere Maßnahmen zu entwickeln, die insbesondere die Vernetzung und die sektorenübergreifende Versorgung stärken. Die Ergebnisse dieses Projektes sollen bis Ende des 1. Quartals 2016 vorliegen.

6.1 Sonderbedarfszulassung im Bereich der Gynäkologie

Rechtsgrundlage für die Sonderbedarfszulassung ist § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 bzw. § 100 Abs. 3 in Verbindung mit § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V jeweils in Verbindung mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)³¹. Die Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen obliegt dem paritätisch besetzten Zulassungsausschuss nach § 96 SGB V.

Um eine Sonderbedarfszulassung handelt es sich, wenn trotz Zulassungsbeschränkung eine weitere Vertragsärztin oder ein weiterer Vertragsarzt in einem Planungsbereich zugelassen wird. Dieses Instrument käme im Hinblick auf die planerisch festgestellte Überversorgung, wie bereits in Kapitel 5.2 dargestellt, bei Gynäkologinnen und Gynäkologen in Schleswig-Holstein zur Anwendung. Voraussetzung ist allerdings, dass eine zusätzliche Vertragsärztin oder ein zusätzlicher Vertragsarzt für die Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung unerlässlich ist, um einen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf innerhalb einer Arztgruppe zu decken.

An dem Ort, an dem eine Sonderbedarfszulassung stattfinden soll, muss also eine unzureichende Versorgungslage vorliegen. Außerdem muss der Ort für die Versorgung geeignet sein. Eine Geeignetheit liegt vor, wenn der Einzugsbereich unter Berücksichtigung der bestehenden Versorgungsstrukturen über genügend Patientinnen verfügt.

³¹ Konkretisierende Bestimmungen befinden sich bspw. in § 35 („Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss“), § 36 („Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf“) und § 37 („Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände“) der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA.

Unter den genannten Voraussetzungen kann eine Ärztin oder ein Arzt folglich auf Antrag trotz Zulassungsbeschränkungen eine Sonderbedarfszulassung erhalten.

Vor dem Hintergrund, dass eine Sonderbedarfszulassung immer eine Ausnahme von der Regel darstellt und diese nur möglich ist, wenn ein lokaler Versorgungsbedarf oder ein qualitativer Sonderbedarf vorliegt, wird – im Hinblick darauf, dass derzeit nicht einmal eine Unterversorgung im Bereich der Gynäkologie droht – darüber hinaus eine Sonderzulassung nicht durchsetzbar sein.

Nach Auffassung der Landesregierung ist eine Sonderzulassung von Gynäkologinnen und Gynäkologen – unabhängig von den hohen Zulassungshürden und dem Fokus auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung - auch in den Regionen, in denen weitere Wege zur nächsten Geburtshilfeeinrichtung zu überwinden sind - nicht zweckmäßig. Sie würde die Situation fehlender Geburtshilfeeinrichtungen nicht ändern.

6.2 Belegärztliche Tätigkeit

Das Belegarztwesen stellt eine historisch gewachsene und bewährte Form der Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung dar. Die belegärztliche Tätigkeit ermöglicht nicht nur eine sektorenübergreifende Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung, sondern kann – gerade in ländlichen Bereichen – maßgeblich zur wohnortnahen Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung beitragen. Für die Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt ist die Weiterführung der vertrauensvollen Arzt-Patientin-Beziehung, wie sie das Belegarztwesen ermöglicht, besonders wünschenswert.

Bei einer belegärztlichen Tätigkeit führen niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte³², die nicht am Krankenhaus angestellt sind, bei Bedarf voll- oder teilstationäre Behandlungen im Krankenhaus durch. Sie haben dabei die Berechtigung, ihre Patientinnen und Patienten im Krankenhaus zu behandeln. Belegärztinnen und Belegärzte sind verpflichtet, die medizinische Versorgung ihrer Patienten Tag und Nacht sicherzustellen. Das Krankenhaus stellt ihnen die dafür nötigen Dienste, Mittel und Einrichtungen zur Verfügung³³.

Gemäß § 2 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zählen belegärztliche Leistungen nicht zu den Krankenhausleistungen. Die Patientin oder der Patient erhält bei der belegärztlichen Behandlung – im Gegensatz zum reinen Krankenhausbehandlungsvertrag – die erforderlichen Leistungen von zwei Akteuren: Während die Sicherstellung der Pflege, Unterbringung, Verpflegung und sonstigen Versorgung

³² Voraussetzung ist die Zulassung nach § 95 Abs. 3 SGB V; Über die Anerkennung als Belegarzt entscheidet die für den Niederlassungsstandort zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einvernehmen mit allen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen. Die Ziele der Krankenhausplanung sind zu berücksichtigen. Das Verfahren über die Anerkennung als Belegarzt wird im 10. Abschnitt (§§ 39 bis 41) des Bundesmantelvertrages „Ärzte“ (BMV-Ä) umfassend geregelt.

³³ vgl. § 121 Abs. 2 SGB V

sowie die Bereitstellung von Räumlichkeiten und Einrichtungen beim Krankenhaus verbleibt, obliegt die Sicherstellung und Erbringung der ärztlichen Leistungen einer bzw. einem selbstständig tätigen und allein verantwortlichen Ärztin oder Arzt. Dabei liegt der wesentliche Aspekt der belegärztlichen Behandlung darin, dass die stationäre Tätigkeit die Fortsetzung der ambulanten Tätigkeit des Belegarztes in freier Praxis bildet, weil das Schwergewicht der Gesamttätigkeit der Ärztin oder des Arztes bei der ambulanten Tätigkeit verbleibt. Die das Belegarztsystem prägende Weiterführung der vertrauensvollen Arzt-Patientin-Beziehung dürfte ein wesentlicher Grund dafür sein, dass die belegärztliche Versorgung im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe noch relativ häufig anzutreffen ist.

Doch auch im Fall der belegärztlichen Versorgung zeichnen sich bei den in der Geburtshilfe tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen im Hinblick auf die Haftpflichtversicherung vergleichbare Probleme zu den freiberuflich tätigen Hebammen ab:

Zwar ist das Haftpflichtrisiko des Krankenhausträgers im Rahmen der belegärztlichen Versorgung in der Regel durch eine Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers abgedeckt – diese umfasst jedoch im Grundsatz nicht die belegärztliche Tätigkeit, weil die belegärztlichen Leistungen gemäß § 2 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG keine Krankenhausleistungen sind und Belegärztinnen und Belegärzte in keinem Dienstverhältnis zum Krankenhausträger stehen.

Belegärztinnen und Belegärzte müssen daher für ihre belegärztliche Tätigkeit grundsätzlich für einen eigenen ausreichenden Versicherungsschutz sorgen. Dies erfordert, neben der obligatorischen Haftpflichtversicherung, die ohnehin für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendig ist, regelmäßig eine Aufstockung bzw. Ergänzung des Haftungsumfanges.

Daneben besteht auch die Möglichkeit, die stationäre Tätigkeit der Belegärztin und des Belegarztes in die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses einzubeziehen, wobei eine Beteiligung der Belegärztinnen und Belegärzte an den Versicherungsbeiträgen regelmäßig vorgesehen ist. Nach Auskunft der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wird insbesondere im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe – nicht zuletzt aufgrund des sehr starken Anstiegs der Haftungssummen – dieser Weg zunehmend gewählt. Gleichzeitig berichten jedoch Krankenhäuser, dass in den letzten Jahren immer mehr Haftpflichtversicherer diese auf Belegärzte und –ärztinnen erweiterte Versicherung nicht mehr vereinbaren.

Der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) verweist darauf hin, dass bei vielen belegärztlich tätigen Geburtshelferinnen und Geburtshelfern aufgrund von Haftpflichtprämien in Höhe von 40.000 Euro und mehr – verbunden mit der Schwierigkeit, einen entsprechenden Versicherer überhaupt zu finden – die Bereitschaft zur Geburtshilfe sinkt.

Genau Zahlen über geburtshilfliche Belegärztinnen und Belegärzte gibt es nicht. Der BVF hat mit der R+V Versicherung und der Assekuranz AG einen Rahmenvertrag geschlossen. Im Jahr 2009 waren über diesen Vertrag 389 belegärztlich tätige

Geburtshelferinnen und Geburtshelfer haftpflichtversichert. Anfang 2014 waren es nur noch 90³⁴.

Ein weiterer Grund für die abnehmende Bereitschaft zur belegärztlichen Geburtshilfe ist die Entwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), in dem aus Sicht der belegärztlich tätigen Geburtshelferinnen und Geburtshelfer der Aufwand in der Geburtshilfe und im Hinblick auf die Haftpflichtprämien als nicht angemessen abgebildet gesehen wird.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied in der Tätigkeit zwischen Belegärzten und –ärztinnen sowie angestellten Ärztinnen und Ärzten findet sich im Arbeitszeitrecht.

Im Gegensatz zu Hauptabteilungen, in denen zur Sicherstellung der Versorgung rund um die Uhr unter Einhaltung des Arbeitsschutzgesetzes mindestens 5,5 Ärztinnen oder Ärzte erforderlich sind, kann eine Belegabteilung mit zwei bis drei Ärztinnen oder Ärzten geführt werden. Für die Belegärztinnen und –ärzte gilt als selbstständig Tätige das Arbeitszeitgesetz nicht.

Die geringe Zahl der Belegärztinnen bzw. Belegärzte je Einrichtung führt jedoch zu einer hohen zeitlichen Belastung. Darüber hinaus können die von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DDDG) benannten Mindestanforderungen zu den Bereitschaftsdiensten (Verfügbarkeit innerhalb von 10 Minuten) kaum erfüllt werden.

Die befragten Expertinnen und Experten (siehe auch Kapitel 9 Expertenanhörung) sind sich einig, dass auch für die besondere Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigen Geburtszahl nicht von den Mindeststandards abgewichen werden darf. Diese wurden formuliert, um die Zahl der geburtshilflichen Schadensfälle zu reduzieren. Abweichungen von den Mindeststandards bedeuten unter Umständen einen Verlust an Versorgungsqualität und somit Gefahr für Mutter und Kind.

Nur unter der Voraussetzung, dass die Einhaltung der Mindeststandards für geburtshilfliche Abteilungen gewährleistet werden kann, stellt die belegärztliche Tätigkeit eine gute Möglichkeit dar, die Geburtshilfe in ländlichen Regionen zu unterstützen.

³⁴ Siehe Deutsches Ärzteblatt, 21. März 2014, S. A 490

7 Aktuelle Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

In der Geburtshilfe wird unterschieden zwischen außerklinischen und klinischen Geburten.

7.1 Außerklinische Geburten

Zu den außerklinischen Geburten zählen Hausgeburten, Geburten in Geburtshäusern und Praxisgeburten sowie ungeplant außerhalb von Krankenhäusern begonnene Geburten³⁵.

Eine amtliche Statistik zur Zahl der außerklinischen Geburten gibt es seit 1982 nicht mehr.

Die Zahl der außerklinischen Geburten kann auch nicht ermittelt werden durch einen Vergleich der vom Standesamt gemeldeten Geburtszahlen mit den in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern geborenen Kindern. Denn die Patientenwanderungen zwischen den Bundesländern (insbesondere Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern) sind erheblich und können nicht ohne weiteres bestimmt werden. Gerade im sogenannten Hamburger Rand wird ein nicht unerheblicher Teil von Frauen für die Geburt in Hamburger Krankenhäuser gehen. Im Raum Lübeck und Ratzeburg wiederum kommen Frauen aus Mecklenburg-Vorpommern für eine Geburt in hiesige Kliniken.

Die Schätzung der Zahl der außerklinischen Geburten, wie sie von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinische Geburtshilfe (QUAG) vorgenommen wird, lässt sich daher nur mit einer großen Unsicherheit für Schleswig-Holstein anwenden. Nach Schätzungen der QUAG ergibt sich aus folgender Rechnung die Zahl der außerklinischen Geburten: Gesamtzahl der Geburten minus der in den Kliniken erfolgten Geburten.³⁶ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die ungeplanten außerklinischen Geburten als außerklinische Geburten gezählt werden. Auf Schleswig-Holstein wird die Bundesquote als Schätzung entsprechend angewandt.

³⁵ Bei einer ungeplant außerklinisch begonnenen Geburt handelt es sich nicht automatisch um einen geburtsmedizinischen Notfall.

³⁶ Siehe dazu die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes unter www.destatis.de

Tab. 5 Schätzung der Zahl der außerklinischen Geburten

Jahr	geborene Kinder in Deutschland incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet, Reihe N 50 Eheschließungen, Geborene, Gestorbene)	davon in Krankenhäusern geborene Kinder incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Krankenhausstatistische Fachserie 12 Reihe 6.1 gemeldet)	Differenz aus Spalte 2 und 3 (Möglichkeit, sich der Anzahl der Kinder zu nähern, die geplant oder ungeplant außerklinisch geboren wurden) Prozent bezogen auf alle in Deutschland geborenen Kinder	geborene Kinder in Schleswig-Holstein incl. Totgeburten	Anwendung der bundesweiten Quote entsprechend Spalte 4 auf Schleswig-Holstein*	Bei QUAG für SH dokumentierte geplant außerklinisch begonnene Geburten (in Klammern Zahl der davon während der Geburt in eine Klinik verlegten und dort beendeten Geburten) Prozentzahlen beziehen sich auf die Geburten in SH in Spalte 5
2010	680.413	668.950	11.463 = 1,68%	22.643	1,68%=380	0,82%=187 (45)
2011	665.072	654.243	10.829 = 1,63%	21.398	1,63%=348	0,83%=179 (30) +2 ungeplant außerklinisch beendete Geburten
2012	675.944	665.780	10.164 = 1,50%	22.093	1,50%=331	0,83%=184 (32) +3 ungeplant außerklinisch beendete Geburten
2013	684.625	674.245	10.388 = 1,52%	21.887	1,52%=333	0,75%=165 (36) +2 ungeplant außerklinisch beendete Geburten
2014	k.A.	k.A.	-	-	-	191 (34) +0 ungeplant außerklinisch beendete Geburten ¹

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis); Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein; Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. QUAG (www.quag.de)
1: In den Angaben für 2014 wird deutlich, dass auch die QUAG nicht alle außerklinischen Geburten erfassen kann, da die Datenerhebung auf freiwilligen Angaben beruhen. In 2014 hat es in SH mindestens zwei ungeplant außerklinisch beendete Geburten gegeben.

Bei Anwendung der Bundesquote würde die geschätzte Zahl der außerklinischen Geburten in Schleswig-Holstein im Jahr 2013 etwa 333 betragen. Diese Schätzung

liegt jedoch über der tatsächlichen Quote, da Schleswig-Holstein ein relativ dünn besiedeltes Flächenland ist und die Bundesquote daher keine optimale Vergleichsgrundlage bietet.

In ihrem Qualitätsbericht 2013³⁷ gibt die QUAG die Zahl der geplant außerklinisch begonnenen und dokumentierten Geburten für Schleswig-Holstein mit 165 (0,75 Prozent der in Schleswig-Holstein geborenen Kinder) an, davon 46 Hausgeburten und 119 Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen. Nach Angaben der QUAG werden etwa 15 Prozent der außerklinisch betreuten Geburten nicht in der QUAG-Statistik erfasst. Für 2013 würde sich demnach eine Zahl von 190 geplant außerklinisch begonnenen Geburten ergeben; dies entspricht etwa 0,87 Prozent der Geburten. Damit finden mehr als 99 Prozent der Geburten in Kliniken statt.

Für das Jahr 2014 gibt die QUAG die Zahl der geplant außerklinisch begonnenen und dokumentierten Geburten für Schleswig-Holstein mit 191 an, davon 77 Hausgeburten und 114 Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen.³⁸

Die interministerielle Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ hat zur Verbesserung der Datenlage eine Erweiterung der GKV-Statistik³⁹ angeregt. Die Bundesregierung ist dem gefolgt und hat die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ab 2015 die außerklinischen Geburten, die über die GKV abgerechnet werden, differenziert nach dem Ort der Geburt (außerklinische Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung, außerklinische Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung und Hausgeburt) in der GKV-Statistik zu erfassen.

Ein besonderes Angebot der außerklinischen Geburtshilfe sind die sogenannten Geburtshäuser. Hierbei handelt es sich um Zusammenschlüsse von freiberuflich tätigen Hebammen, die selbst Geburtshilfe durchführen. Nach dem SGB V können diese Einrichtungen mit den Krankenkassen Verträge für eine Gesamtfinanzierung abschließen (§ 134a SGB V). Grundlage ist ein Rahmenvertrag der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den maßgeblichen Hebammenverbänden. Eine Übersicht über Geburtshäuser gibt es nicht. Nach dem Kenntnisstand der Landesregierung gibt es zumindest ein Geburtshaus in Lübeck. Das Geburtshaus in Flensburg hat 2012 geschlossen, das in Kiel Ende 2014. Dies lässt ein weiteres Absinken der Zahl der außerklinischen Geburten erwarten. Die QUAG geht davon aus, dass es durch den Wegfall des Geburtshauses in Kiel lediglich zu einer Verschiebung hin zu den Hausgeburten kommt.

Die außerklinischen Geburten spielen damit zahlenmäßig keine große Rolle für die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein. Wohl jedoch

³⁷ <http://www.quag.de/quag/publikationen.htm>

³⁸ Bei den Zahlen handelt es sich um vorläufige, noch nicht veröffentlichte Zahlen der QUAG.

³⁹ KG 2-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: u.a. Leistungsfälle und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, -hausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Leistungsfälle bei Schwanger- und Mutterschaft, von Entbindungs- und Sterbegeld)

für einen kleinen Teil der Frauen, für die die Entscheidungsfreiheit für eine außerklinische Geburt ein wichtiges Kriterium der Selbstbestimmung ist.

Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass nach Angaben der QUAG in Schleswig-Holstein zwischen 16,7 und 24,1 Prozent der Frauen, die die Geburt geplant außerklinisch begonnen hatten, während der Geburt in eine Klinik verlegt werden mussten. Aufgrund der kleinen Fallzahlen gibt es aus Datenschutzgründen für die einzelnen Bundesländer keine tiefere Differenzierung, in wie vielen Fällen es sich z.B. um einen Notfall-Transport handelte.

7.2 Klinische Geburten

Klinische Geburten sind alle Geburten im Krankenhaus, unabhängig von der Verweildauer.

Der Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein folgt bei der Einstufung der geburtshilflichen Einrichtungen der entsprechenden Richtlinie des G-BA. Danach werden die Einrichtungen in vier Versorgungsstufen unterteilt.

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik.

Je nach dem Risikoprofil des Früh- oder Reifgeborenen soll eine differenzierte Zuweisung in eine Versorgungsstufe erfolgen.

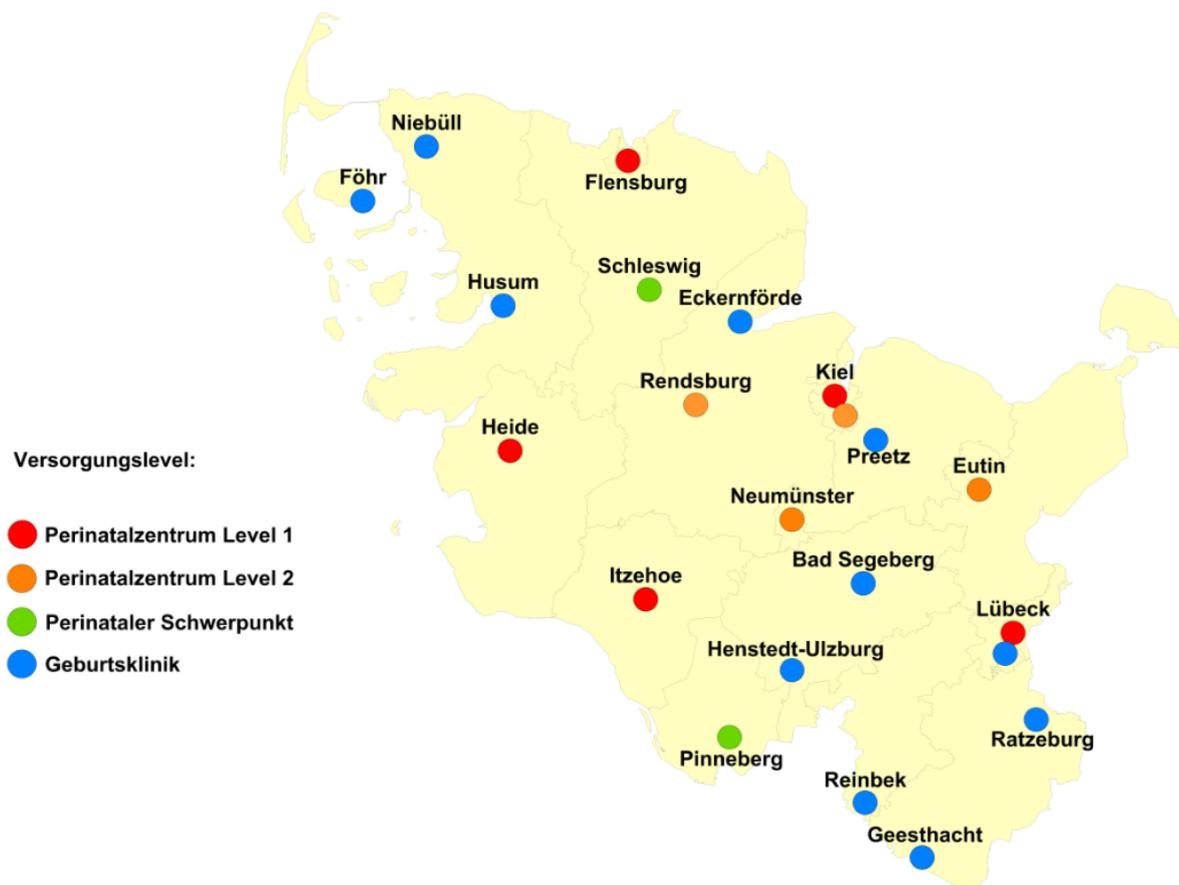
Die Versorgungsstufen I bis III verfügen neben einer hauptamtlichen Geburtshilfe zusätzlich über eine hauptamtliche pädiatrische Abteilung. In Versorgungsstufe IV kann die Geburtshilfe sowohl hauptamtlich als auch belegärztlich geführt werden; über eine Pädiatrie verfügen die Einrichtungen der Versorgungsstufe IV nicht. Häufig gibt es Kooperationen mit niedergelassenen Kinderärzten bzw. einem belegärztlich tätigen Kinderarzt.

Alle Schwangeren mit einer zu erwartenden Behandlungsnotwendigkeit der Mutter oder des Neugeborenen sind risikoadaptiert bereits präpartal⁴⁰ in eine Einrichtung der höheren Versorgungsstufe zu verlegen. Die Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt bei Behandlungsbedarf des Neugeborenen kann so vermieden und der postnatale Neugeborenenentransport auf unvorhersehbare Notfälle beschränkt werden. Eine neonatologische Behandlung in einer Geburtsklinik ohne angeschlossene Kinderklinik ist nicht sachgerecht.

⁴⁰ Die Begriffe pränatal, präpartal, antenatal und antepartal bedeuten „vor der Geburt“. Für Vorgänge, die um den Geburtszeitraum – also kurz vor oder nach der Geburt – stattfinden, verwendet man den Begriff perinatal oder peripartal, für Ereignisse oder Zustände nach der Geburt den Begriff postnatal oder postpartal. Der Begriffsbestandteil „natal“ bezieht sich dabei auf das Kind (z.B. Pränataldiagnostik), der Begriffsbestandteil „partal“ auf die Mutter (z.B. postpartale Depression).

In Schleswig-Holstein gibt es derzeit fünf Perinatalzentren Level 1, vier Perinatalzentren Level 2, zwei perinatale Schwerpunkte sowie 11 Geburtskliniken (siehe Abb. 4).

Abb. 4 Krankenhausstandorte mit Geburtshilfe in Schleswig-Holstein



Quelle: Eigene Darstellung des MSGWG (Stand Januar 2015)

Tab. 6. gibt einen Überblick über die Struktur der klinischen Geburtshilfe in Schleswig-Holstein.

Tab. 6 Struktur der klinischen Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Krankenhaus	Level	Kreis	ärztliche Versorgung		Versorgung Hebammen	
			Hauptamtlich	Belegärztlich	Angestellte	Beleg
Diakonissen-KH Flensburg	1	Flensburg	X		X	
UKSH Campus Kiel	1	Kiel	X		X	X
UKSH Campus Lübeck	1	Lübeck	X		X	X
WKK Heide	1	Dithmarschen	X		X	X
Klinikum Itzehoe	1	Steinburg	X		X	X
Städtisches KH Kiel	2	Kiel	X			X
FEK Neumünster	2	Neumünster	X		X	
Sana Kliniken OH Eutin	2	Ostholstein	X			X
imland Kliniken RD	2	Rendsburg-Eck.	X		X	
Regio Kliniken Pinneberg	3	Pinneberg	X		X	
Helios Klinikum Schleswig	3	Schleswig-Flensburg	X		X	X
Marienkrankenhaus Lübeck	4	Lübeck		X	X	
Johanniter KH Geesthacht	4	Herzgt.-Lauenburg	X		X	X
DRK-Krankenhaus Ratzeburg	4	Herzgt.-Lauenburg		X	X	
Inselklinik Föhr-Amrum	4	Nordfriesland		X		X
Klinikum NF Husum	4	Nordfriesland	X		X	
Klinikum NF Niebüll	4	Nordfriesland		X		X
Klinik Preetz	4	Plön	X			X
imland Kliniken Eck	4	Rendsburg-Eck.	X	X		X
AK Segeberger Kliniken	4	Segeberg	X			X
Paracelsus Klinik Hen.-Utz.	4	Segeberg	X		X	X
Krankenhaus Reinbek	4	Stormarn	X		X	

Quelle: Eigene Darstellung des MSGWG (Stand Januar 2015)

Zurzeit werden in Schleswig-Holstein noch fünf Geburtshilfen belegärztlich geführt. Mit Ausnahme des Marienkrankenhauses in Lübeck sind diese zugleich kleinere Einrichtungen. In diesen Einrichtungen wird die Versorgung mit nur zwei bis drei Belegärzten aufrechterhalten. In Eckernförde gibt es neben der belegärztlichen Versorgung einen angestellten Arzt in der Geburtshilfe.

Belegärztlich geführte Geburtskliniken haben eine Reihe von zusätzlichen Problemen zu bewältigen. Die steigenden Berufshaftpflichtprämien machen diese Aufgabe für die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt unattraktiv; die geringe Zahl der Belegärztinnen bzw. Belegärzte pro Einrichtung führt zu einer hohen zeitlichen Belastung. Die von der Fachgesellschaft benannten Mindestanforderungen zu den Bereitschaftsdiensten sind von kleinen belegärztlichen Kliniken kaum zu erfüllen.

Tab. 7 zeigt die Zahl der im Krankenhaus geborenen Kinder nach dem Krankenhaus, in dem das Kind geboren wurde. Die Zahlen weichen ab von den Zahlen in Tab. 1, die die Zahl der Lebendgeborenen nach Wohnort der Mutter (Kreis) wiedergibt. Für 2014 ergibt sich eine Differenz von 2.579 Neugeborenen, die sich vor allem durch Patientenwanderungen zwischen Schleswig-Holstein und anderen Bundesländern ergibt. Jedes Jahr werden schätzungsweise zwischen 2.000 und 3.000 schleswig-holsteinische Kinder in Hamburg geboren.

Tab. 7 Entwicklung der Zahl der im Krankenhaus geborenen Kinder 2010 bis 2014

Krankenhaus	Level	Kreis	2010	2011	2012	2013	2014	Veränderung 2010-2014 in %
Diakonissen-KH Flensburg	1	Flensburg	1.732	1.541	1.673	1.556	1.590	-8,2
UKSH Campus Kiel	1	Kiel	1.378	1.363	1.428	1.446	1.413	2,5
UKSH Campus Lübeck	1	Lübeck	1.406	1.283	1.420	1.370	1.538	9,4
WKK Heide	1	Dithmarschen	967	867	862	897	962	-0,5
Klinikum Itzehoe	1	Steinburg	1.409	1.308	1.361	1.270	1.464	3,9
Städtisches KH Kiel	2	Kiel	1.798	1.642	1.713	1.714	1.865	3,7
FEK Neumünster	2	Neumünster	1.042	922	884	914	926	-11,1
Sana Kliniken OH Eutin	2	Ostholstein	1.000	988	991	932	1.091	9,1
imland Kliniken RD	2	Rendsburg-Eck	856	872	910	851	914	6,8
Regio Kliniken Pinneberg	3	Pinneberg	1.205	1.167	1.057	1.205	1.183	-1,8
Helios Klinikum Schleswig	3	Schleswig-Flensburg	513	460	510	488	484	-5,7
Marienkrankenhaus Lübeck	4	Lübeck	1.238	1.206	1.328	1.316	1.411	14,0
DRK-Krankenhaus Ratzeburg	4	Herzgt.-Lauenburg	369	349	321	353	336	-8,9
Johanniter KH Geesthacht	4	Herzgt.-Lauenburg	609	603	583	629	677	11,2
Inselklinik Föhr-Amrum	4	Nordfriesland	64	48	45	57	64	0,0
Klinikum NF Husum/Niebüll	4	Nordfriesland	876	772	837	774	891	1,7
davon Klinikum NF Niebüll	4	Nordfriesland				217	252	-
Asklepios Klinik Westerland	4	Nordfriesland	81	107	93	93	-	-
Sana Kliniken OH Oldenburg	4	Ostholstein	242	248	218	180	130	-
Klinik Preetz	4	Plön	378	374	340	344	405	7,1
imland Kliniken Eck	4	Rendsburg-Eck	634	482	545	566	618	-2,5
AK Segeberger Kliniken	4	Segeberg	530	502	648	616	631	19,1
Paracelsus Klinik Hen.-Ulz	4	Segeberg	795	906	870	805	777	-2,3
Asklepios Klinik Bad Oldesloe	4	Storman	458	376	47	-	-	-
Krankenhaus Reinbek	4	Storman	716	787	774	754	844	17,9
Gesamt			20.296	19.173	19.458	19.130	20.214	-0,4

Für den Standort Niebüll des Klinikums Nordfriesland wurde erst ab 2013 die Zahl der geborenen Kinder gesondert ausgewiesen. Der Anstieg von 2013 auf 2014 ist zu einem großen Teil auf die Schließung der Geburtshilfe auf Sylt zurückzuführen.

Für die Sana Kliniken OH Oldenburg wurde wegen der Schließung der Geburtshilfe im Sommer 2014 keine Veränderungsrate mehr angegeben.

Quelle: Eigene Darstellung des MSGWG

Die Entwicklung der Zahl der Neugeborenen in den einzelnen Krankenhäusern spiegelt die demografische Entwicklung wider. Der starke Rückgang der Zahl der geborenen Kinder vor allem in Ostholstein und Nordfriesland hat zur Schließung der geburtshilflichen Abteilung in der Sana Klinik Oldenburg im August 2014 und der geburtshilflichen Abteilung der Asklepios Klinik Westerland im Dezember 2013 geführt. In 2014 ist die Zahl der im Krankenhaus geborenen Kinder gegenüber 2013 um 5,7 Prozent auf 20.214 angestiegen. Dies ist jedoch nur ein kurzfristiger Effekt, der sich aufgrund der demografischen Entwicklung wieder umkehren wird, da die prognostizierte Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter in den nächsten Jahren abnehmen wird (siehe Tab. 3).

7.3 Bewertung der aktuellen Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Obwohl auf Grund der dargestellten Entwicklungs- und Anpassungsprozesse in den letzten Jahren mehrere Geburtskliniken schließen mussten, verfügt Schleswig-Holstein mit 22 Einrichtungen (siehe Tab. 8) dennoch über eine sehr gut ausgebaute Infrastruktur in der Geburtshilfe.

Tab. 8 Krankenhäuser mit Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Krankenhaus	Level	Kreis
Diakonissen-Krankenhaus Flensburg	1	Flensburg
UKSH Campus Kiel	1	Kiel
UKSH Campus Lübeck	1	Lübeck
WKK Heide	1	Dithmarschen
Klinikum Itzehoe	1	Steinburg
Städtisches Krankenhaus Kiel	2	Kiel
FEK Neumünster	2	Neumünster
Sana Kliniken Ostholstein Eutin	2	Ostholstein
imland Kliniken Rendsburg	2	Rendsburg-Eckernförde
Regio Kliniken Pinneberg	3	Pinneberg
Helios Klinikum Schleswig	3	Schleswig-Flensburg
Marienkrankehaus Lübeck	4	Lübeck
Johanniter Krankenhaus Geesthacht	4	Herzogtum Lauenburg
DRK-Krankenhaus Ratzeburg	4	Herzogtum Lauenburg
Inselklinik Föhr-Amrum	4	Nordfriesland
Klinikum NF Husum	4	Nordfriesland
Klinikum NF Niebüll	4	Nordfriesland
Klinik Preetz	4	Plön
imland Kliniken Eckernförde	4	Rendsburg-Eckernförde
AK Segeberger Kliniken	4	Segeberg
Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg	4	Segeberg
Krankenhaus Reinbek	4	Stormarn

Quelle: Eigene Darstellung des MSGWG

Aus Tab. 9 geht hervor, dass Schleswig-Holstein derzeit über fünf Perinatalzentren Level 1, vier Perinatalzentren Level 2, zwei perinatale Schwerpunkte sowie 11 Geburtskliniken verfügt.

Die 11 Zentren der Versorgungsstufen I bis III übernehmen dabei eine besondere Aufgabe, sowohl in der Geburtshilfe als auch in der Pädiatrie.

7.3.1 Bedeutung der Perinatalzentren für die Versorgung

Die Landesregierung will eine flächendeckende Versorgung mit Perinatalzentren gemäß dem Stufenkonzept der G-BA Richtlinie sicherstellen. Dies kommt nicht nur den Frühgeborenen (178 im Jahr 2014), sondern allen Neugeborenen und darüber

hinaus Kindern aller Altersstufen zugute. Etwa 12 bis 15 Prozent aller neugeborenen Kinder werden krankenhauspflichtig; dies entspricht bei 20.214 geborenen Kindern in Schleswig-Holsteinischen Krankenhäusern (2014) zwischen 2.426 und 3.032 kranken Neugeborenen.

Die Perinatalzentren Level 1 und 2 stellen die Versorgung sicher für alle Kinder, die eine intensivmedizinische Behandlung auf höchstem Niveau benötigen; dies können u.a. unvorhersehbare Notfälle, ungeplant zu früh geborene Kinder sowie Unfälle und schwere Infektionen sein.

Zu den Aufgaben der Perinatalzentren gehört ebenfalls die Begleitung und Verzögerung einer drohenden Frühgeburt, um dem Kind durch den Erhalt der Schwangerschaft einen besseren Start ins Leben zu ermöglichen.

Die Perinatalzentren sichern außerdem dauerhaft die Aus- und Weiterbildung des erforderlichen medizinischen und pflegerischen Fachpersonals. Bedingt durch die Anforderungen der neuen G-BA Richtlinie wird der Bedarf an Fachpersonal weiter steigen.

Die beiden folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Zahl der Früh- und Neugeborenen in den Perinatalzentren Level 1 und Level 2 in den Jahren 2013 und 2014.

Tab. 9 Früh- und Neugeborene in den Perinatalzentren Level 1 2013 und 2014

Krankenhaus	Früh- und Neugeborene 2013			Früh- und Neugeborene 2014		
	< 1.500 g	< 1.250 g	Geb. gesamt	< 1.500 g	< 1.250 g	Geb. gesamt
Diakonissen-KH Flensburg	21	10	1.556	28	24	1.590
UKSH Campus Kiel	32	25	1.446	43	31	1.413
UKSH Campus Lübeck	71	50	1.370	60	36	1.538
WKK Heide	12	8	897	21	15	962
Klinikum Itzehoe	19	12	1.270	26	16	1.464
Gesamt	155	105	6.539	178	122	6.967

Quelle: Eigene Darstellung des MSGWG

In den Perinatalzentren Level 1 wurden 2013 insgesamt 6.539 Kinder geboren, davon 155 mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm. Von den 155 Kindern unter 1.500 Gramm hatten wiederum 105 ein Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm. In 2014 hat sich die Zahl der Früh- und Neugeborenen in den Perinatalzentren Level um 6,5 Prozent auf 6.967 erhöht; davon 178 Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm und davon 122 mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm.

Tab. 10 Früh- und Neugeborene in den Perinatalzentren Level 2 2013 und 2014

Krankenhaus	Früh- und Neugeborene 2013			Früh- und Neugeborene 2014		
	< 1.500 g	< 1.250 g	Geb. gesamt	< 1.500 g	< 1.250 g	Geb. gesamt
Städtisches KH Kiel	18	8	1.714	21	11	1.865
FEK Neumünster	11	4	914	13	5	926
Sana Kliniken OH Eutin	10	6	932	6	1	1.091
imland Kliniken RD	11	7	851	6	1	914
Gesamt	50	25	4.411	46	18	4.796

Quelle: Eigene Darstellung des MSGWG

In den Perinatalzentren Level 2 wurden 2013 insgesamt 4.411 Kinder geboren, davon 50 mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm.

In 2014 hat sich die Zahl der Früh- und Neugeborenen in den Perinatalzentren Level 2 um 8,7 Prozent auf 4.796 erhöht; davon 46 Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm und davon 18 mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm. In 2014 hatten das Städtische Krankenhaus Kiel (SKK) sowie das Friedrich-Ebert Krankenhaus (FEK) in Neumünster einen hohen Anteil an Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm.

Die Perinatalzentren der Versorgungsstufen I bis III gewährleisten darüber hinaus die flächendeckende stationäre pädiatrische Versorgung im Land.

Tab. 11 Fallzahl in der Kinderheilkunde nach Versorgungsstufe 2013

Versorgungsstufe	Krankenhaus	Fallzahl
Perinatalzentrum Level 1	Diako Flensburg	2.456
	UKSH Campus Kiel	3.848
	UKSH Campus Lübeck*	3.460
	WKK Heide	2.179
	Klinikum Itzehoe	2.614
Perinatalzentrum Level 2	SKK Kiel	2.520
	FEK Neumünster	2.828
	Sana OH Eutin	1.505
	imland Klinik Rendsburg	1.834
Perinataler Schwerpunkt	Regio Kliniken Pinneberg	1.372
	Schlei-Klinikum Schleswig	713

* In der Fallzahl des UKSH Campus Lübeck sind die Fälle der Kinderchirurgie nicht enthalten. Dies sind etwa 1.500 Fälle.

Quelle: Eigene Darstellung des MSGWG

Aus Tab. 11 geht hervor, dass im Jahr 2013 14.557 Kinder in der Fachabteilung Kinderheilkunde der fünf Perinatalzentren Level 1, 8.687 Kinder in der Fachabteilung Kinderheilkunde der vier Perinatalzentren Level 2 und 2.085 Kinder in der Fachabteilung Kinderheilkunde der zwei Perinatalen Schwerpunkte behandelt wurden.

7.3.2 Bedeutung geburtshilflicher Abteilungen

Neben den 11 Perinatalzentren verfügt Schleswig-Holstein über 11 Geburtskliniken; davon werden vier Einrichtungen belegärztlich geführt. Das Marienkrankenhaus in Lübeck dürfte mit 1.411 Geburten im Jahr 2014 zu den größten belegärztlich geführten Geburtskliniken Deutschlands gehören.

Geburtskliniken verfügen nicht über pädiatrische Abteilungen. Die kinderärztliche Versorgung der Neugeborenen wird über Belegärzte, Konsiliarärzte oder Kooperationen mit größeren Kliniken sichergestellt. Dabei handelt es sich aber nicht um eine kinderärztliche 24-Stunden Versorgung.

Die entsprechenden Richtlinien sowohl des G-BA als auch der Fachgesellschaften sehen daher vor, dass in Geburtskliniken nur Schwangere mit keinem oder nur sehr geringem medizinischen Risiko für Mutter und Kind entbinden sollen.

Für diese Zielgruppe sind die Geburtskliniken ein wichtiger Baustein der geburtshilflichen Versorgung. Im Jahr 2014 wurden in den Geburtskliniken Schleswig-Holsteins 6.972 Kinder geboren, dieses entspricht einem Anteil von 34,5 Prozent an allen Krankenhausgeburten in Schleswig-Holstein.

Für die Geburtskliniken gibt es keine G-BA Richtlinie, die etwa Fragen der Mindestausstattung oder Personalvorhaltung regelt. Allerdings sollten auch die Geburtskliniken – unabhängig von ihrer Größe – die in den Leitlinien der Fachgesellschaften formulierten Mindestanforderungen zur Strukturqualität - insbesondere an die Ausstattung und an die Personalvorhaltung - erfüllen.

7.3.3 Entfernungen zum nächsten Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung mit Ausweis Geburtenzahlen nach Gemeinden

In Deutschland gibt es keine bundesweiten Vorgaben bzw. Mindeststandards zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern.

Ein Teil der Bundesländer macht Vorgaben für die Erreichbarkeit der stationären Grundversorgung (Innere Medizin und Chirurgie); für die Geburtshilfe gibt es jedoch in keinem Bundesland eine solche Vorgabe.

Das Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) aus dem Jahr 2014 hält die Vorgabe von bundesweit einheitlichen Standards zur Erreichbarkeit – differenziert nach Art der Versorgungsleistung für sinnvoll. Vorgeschlagen wird, dass für Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung (Innere Medizin, Chirurgie) die Erreichbarkeitsvorgabe maximal 30 Pkw-Minuten betragen sollte. Bei Schwerpunkt- und Maximalversorgern, bei denen die zeitliche Erreichbarkeit nicht im Vordergrund steht, sollten 60 Minuten als Orientierungswert dienen.

Für die Geburtshilfe finden sich keine evidenzbasierten Angaben zu Mindeststandards der Erreichbarkeit. Dies liegt u.a. darin begründet, dass Schwangerschaft und

Geburt nicht als Krankheit definiert sind, und somit nicht per se einen Notfall darstellen.

Bei der Diskussion um die Erreichbarkeit der nächsten geburtshilflichen Einrichtung muss neben der Frage der Sicherheit und der geburtshilflichen Versorgungsqualität während der Geburt auch die individuelle Situation der Frau und der Betreuungsrahmen vor dem Geburtsbeginn und bei einsetzenden Wehen berücksichtigt werden.

Im Rahmen der staatlichen Daseinsfürsorge (Gesundheitsfürsorge und -vorsorge) ist nie eine 100prozentige Abdeckung aller Fälle möglich. Im Rettungsdienst wurde im Jahr 1996 vereinbart, dass die Planungsvorgabe der Hilfsfrist (§ 7 Absatz 2 DVO-RDG) dann als erfüllt gilt, wenn sie in der Realität in 90 Prozent der Einsätze erreicht wird.

Zu einer Betrachtung der Situation der Geburtshilfe gehört eine Analyse, wie weit es werdende Mütter im ganzen Land zur nächsten Geburtshilfe haben – die Annahme vorausgesetzt, sie wählen auch die für sie nächstgelegene Geburtshilfe.

Daher wurde für alle 1.112 Gemeinden Schleswig-Holsteins⁴¹ zuerst das nächstgelegene Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung und dann die jeweilige Entfernung (Straßenkilometer / Fahrzeit) mit Google Maps ermittelt. Die auf diese Weise ermittelten Fahrtzeiten gelten immer bei normalen Verkehrsverhältnissen und können bei der jeweils aktuellen Verkehrssituation abweichen.

Für die kreisfreien Städte wurden eine durchschnittliche Entfernung von fünf Kilometern und eine durchschnittliche Fahrzeit von 10 Minuten angenommen.

In Schleswig-Holstein (Festland und Inseln / Halligen) beträgt die durchschnittliche Entfernung (Mittelwert) zum nächsten Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung 17,3 Kilometer. Benötigt werden hierfür durchschnittlich 21,0 Minuten. Die minimale Entfernung beträgt 1,7 Kilometer (3,0 Minuten), die maximale Entfernung 105 km (175,0 Minuten) für die Insel Helgoland.

Aufgrund der nicht nur in medizinischer Hinsicht besonderen Versorgungssituation der Inseln und Halligen wurde noch einmal eine gesonderte Berechnung – getrennt nach Festland und Inseln/Halligen – durchgeführt.

Die durchschnittliche Entfernung auf dem Festland weicht nur wenig von der Berechnung für Schleswig-Holstein gesamt ab: sie beträgt 17,1 Kilometer bzw. 20,2 Minuten. Die maximale Entfernung reduziert sich jedoch deutlich auf 60,3 Kilometer bzw. 45 Minuten.

Das heißt, dass von allen Gemeinden auf dem Festland das nächste Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung innerhalb von 45 Minuten erreicht werden kann. Für 10 Gemeinden auf den Inseln und Halligen trifft dieses nicht zu. In diesen 10 Gemein-

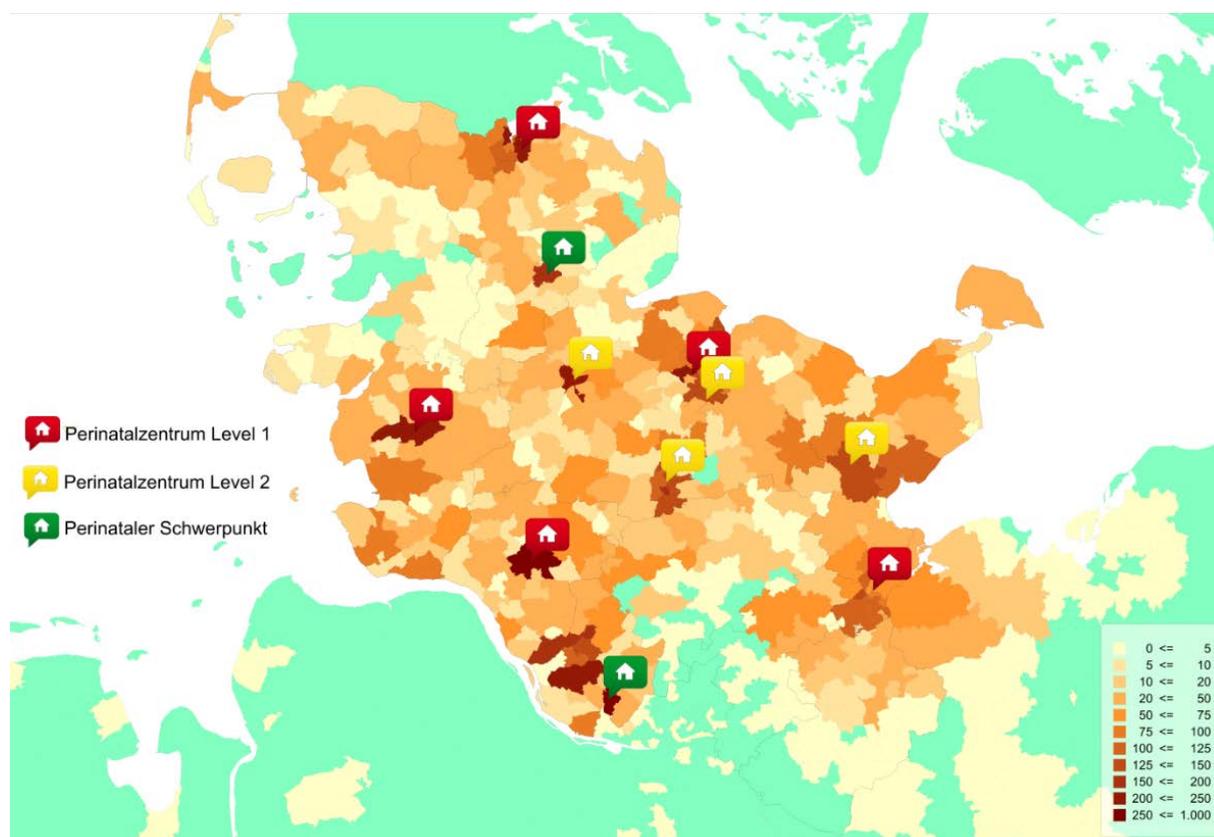
⁴¹ Politisch selbstständige Städte und Gemeinden nach amtlichem 8-stelligem Gemeindeschlüssel zum 31.12.2013

den wurde 2010 bis 2013 durchschnittlich insgesamt 218,9 Kinder pro Jahr geboren. Dies entspricht knapp einem Prozent der Geburten in Schleswig-Holstein.

Damit kann auf dem Festland – und dies betrifft 99 Prozent der Geburten - bei normalen Straßenverhältnissen von jeder Gemeinde innerhalb von 45 Minuten eine Geburtsklinik erreicht werden.

Für die Geburtskliniken der Versorgungsstufen I bis III wurde eine Analyse der Einzugsgebietestatistik, die nach der Postleitzahl des Wohnortes der Mutter von den Krankenhäusern geführt wird, vorgenommen. Das Ergebnis ist in Abb. 5 dargestellt.

Abb. 5 Einzugsgebiete der Krankenhäuser mit Geburtshilfe der Versorgungsstufe 1 bis 3 in 2014



Die Einfärbung der einzelnen Postleitzahlenbereiche richtet sich nach der Anzahl der Mütter aus dem jeweiligen Bereich (siehe Legende).

Quelle: Eigene Darstellung des MSGWG

Die Einzugsgebiete der 11 Krankenhäuser der Versorgungsstufen I bis III decken nahezu die gesamte Fläche von Schleswig-Holstein ab. Dies zeigt zum einen, dass bereits heute Frauen weitere Wege auf sich nehmen, um eine Geburtsklinik mit einer angeschlossenen pädiatrischen Abteilung zu erreichen. Zum anderen zeigt es, dass auf jeden Fall sichergestellt ist, dass Schwangeren mit einem medizinischen Risiko eine adäquate Versorgung in vertretbarer Entfernung zur Verfügung steht.

8 Qualität der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

8.1 Qualitätsvorgaben

Bis zum 31. Dezember 2005 konnte jedes Krankenhaus eine neonatologische Intensivversorgung vorhalten, da die Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Verlegung sehr kleiner Frühgeborener nicht bindend waren.

Am 20. September 2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die erste „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ beschlossen, mit der die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gesichert werden soll. Diese ist am 1. Januar 2006 in Kraft getreten.

Ziele dieser Richtlinie waren und sind u. a. die Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen unter Berücksichtigung der Belange einer flächendeckenden, d.h. allorts zumutbaren Erreichbarkeit der Einrichtungen. Zur Erreichung dieser Ziele definierte die Vereinbarung ein Stufenkonzept der neonatologischen Versorgung mit vier Versorgungsstufen.

- Versorgungsstufe I - Perinatalzentren Level 1
- Versorgungsstufe II - Perinatalzentren Level 2
- Versorgungsstufe III - Perinataler Schwerpunkt
- Versorgungsstufe IV – Geburtskliniken.

Die Vereinbarung regelte die Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Zuweisungs- bzw. Aufnahmekriterien für die jeweilige Versorgungsstufe. Für die Versorgungsstufen I bis III gibt es hierzu detaillierte Vorgaben (siehe Übersicht Anlage 1). Für Geburtskliniken findet sich nur der Hinweis, dass sie die Kriterien für eine Zuweisung in die höheren Versorgungsstufen im Rahmen ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements als Prozessqualitätsmerkmal erfüllen sollen. Weitergehende Regelungen existieren nicht.

Bei Geburtskliniken wird daher auf die „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für Geburtshilfliche Abteilung der Grund- und Regelversorgung“⁴² der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. zurückgegriffen. Diese werden z.B. regelmäßig von Gerichten bei Schadensersatzprozessen zugrunde gelegt.

Im Mai 2015 wurden die „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland“ der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) veröffentlicht.⁴³ Diese berücksichtigen die aktuelle Richtlinie

⁴² http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-078I_S1_Prozessuale_Strukturelle_Organisatorische_Voraussetzungen_2013-05.pdf

⁴³ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001I_S1_Perinatologische_Versorgung_2015-05.pdf

des Gemeinsamen Bundesausschusses und enthalten Hinweise zur Personalausstattung in den verschiedenen Versorgungsstufen.

In geburtshilflichen Abteilungen ohne angeschlossene Kinderklinik („Geburtsklinik“) soll laut diesen Empfehlungen eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren während der Geburt durch eine Hebamme gewährleistet sein, d.h. es muss mindestens eine Hebamme in der Klinik anwesend und mindestens eine weitere rufbereit sein. Somit sind mindestens 5,65 (Vollzeit)-Hebammenstellen⁴⁴ erforderlich, um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit bis zu 600 Geburten je Jahr zu gewährleisten. In Abhängigkeit von der jährlichen Zahl der Geburten sollen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass in mehr als 95 Prozent der Zeit eine 1 zu 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist. Dies erfordert mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen pro zusätzliche 100 Geburten.

Die Empfehlungen werfen die Frage auf, *„inwieweit isolierte Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderkliniken dem geforderten Aspekt einer maximalen Sicherheit für Mutter und Kind bei seltenen Komplikationen genügen, da insbesondere niedrige Geburtenzahlen (< 500 p.a.) mit einer erhöhten neonatalen Letalität assoziiert sind“*.

Durch Beschluss des G-BA vom 19. Februar 2009 wurden die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 beginnend mit dem Jahr 2009 verpflichtet, Angaben zur Ergebnisqualität standardisiert in tabellarischer Form aufzubereiten und jährlich spätestens am 31. Mai auf ihren Internetseiten öffentlich zugänglich zu machen.

Am 20. August 2009 hat der G-BA beschlossen, in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen jährliche Mindestmengen pro Krankenhaus einzuführen. Für Krankenhäuser Level 1 wurde die jährliche Mindestmenge für Früh- und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm auf 14 und für Krankenhäuser Level 2 für Früh- und Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von 1.250 Gramm bis unter 1.500 Gramm ebenfalls auf 14 festgesetzt.

Der G-BA hat dann am 17. Juni 2010 beschlossen, die bestehende Mindestmenge für Perinatalzentren Level 1 von 14 auf 30 Fälle zu erhöhen und die Mindestmenge für Level 2 entfallen zu lassen. Der Beschluss sollte am 1. Januar 2011 in Kraft treten. Gegen den Beschluss wurde jedoch geklagt. Mit Beschluss des G-BA vom 19. Januar 2012 wurde die Erhöhung der erhöhten Mindestmenge außer Vollzug gesetzt, derzeit gilt die Mindestmenge von 14 Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm.

Mit Beschluss vom 17. März 2011 wurde als Veröffentlichungsort der Ergebnisqualität die Internetseite www.perinatalzentren.org festgelegt. Die Teilnahme der Perinatalzentren an der entwickelten Internetseite war zunächst freiwillig.

⁴⁴ Diese Stellenzahl errechnet sich aufgrund der rechtlichen Arbeitszeitregelungen für angestellte Hebammen. Bei Beleghebammen, die als Selbstständige nicht dem Arbeitszeitrecht unterliegen, kann die Zahl der benötigten Hebammen ggf. auch niedriger sein. Da viele Hebammen in Teilzeit arbeiten (auch die Selbstständigen), wird die tatsächlich benötigte Zahl der Hebammen jedoch noch höher liegen.

Am 20. Juni 2013 hat der G-BA grundlegende inhaltliche und strukturelle Änderungen der „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ beschlossen und diese umbenannt in „Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)“.

Die neue Richtlinie setzt noch entschiedener bei der risikoadaptierten Versorgung bereits vor der Geburt an. Erfüllt ein von der Schwangeren aufgesuchtes Krankenhaus die Anforderungen zur Behandlung ihres Risikoprofils nicht und bedarf es einer Krankenhausbehandlung, so muss künftig unverzüglich der Transport der Schwangeren in eine entsprechend qualifizierte Einrichtung veranlasst werden. Die Verlegung von Früh- und Reifgeborenen darf generell nur noch in nicht vorhersehbaren Notfällen erfolgen.

Gemäß der geänderten Richtlinie müssen Krankenhäuser die Anforderungen für die jeweilige Versorgungsstufe erfüllen, um die entsprechenden Leistungen erbringen zu dürfen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist wie bisher berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Einrichtungen vor Ort zu überprüfen.

Erstmalig wurde eine Regelung für Perinatalzentren in die Richtlinie aufgenommen, die mit einer Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2016 eine ständige Verfügbarkeit mindestens einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft je intensivtherapiepflichtigen Frühgeborenen erfordert. Weiterhin muss künftig, ebenfalls spätestens zum 1. Januar 2017, jederzeit mindestens eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft je zwei intensivüberwachungspflichtige Frühgeborenen verfügbar sein.

Das Land Schleswig-Holstein folgt bei der Klassifizierung der geburtshilflichen Einrichtungen im Krankenhausplan seit 2010 den Vorgaben der Richtlinie des G-BA.

Hinsichtlich der Mindestmengenregelung für Perinatalzentren Level 1 hat das Land von der Möglichkeit einer Ausnahmeregelung von der Mindestfallzahl Gebrauch gemacht. Für die Perinatalzentren Level 1 der Krankenhäuser in Flensburg, Heide und Itzehoe ist damit nicht die Mindestfallzahl entscheidend, sondern die Erfüllung der strukturellen Voraussetzungen der G-BA Richtlinie.

8.2 Struktur- und Prozessqualität

Zum Nachweis der Erfüllung der Qualitätsanforderungen der jeweiligen perinatalologischen Versorgungsstufe werden von den Krankenhäusern Checklisten, die als Anlage der Richtlinie des G-BA zur Verfügung stehen, ausgefüllt. Der MDK ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Einrichtungen vor Ort zu überprüfen. Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der in den Checklisten erteilten Auskünfte beurteilen zu können, sind im Falle einer Prüfung dem MDK vor Ort auf Verlangen vorzulegen.

Im Jahr 2014 hat der MDK im Auftrag der Krankenkassen und in Abstimmung mit dem MSGWG die Erfüllung der Richtlinien durch die Perinatalzentren in Schleswig-Holstein überprüft.

Geprüft wurden die Strukturqualität und in kleinerem Umfang die Prozessqualität. Für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 wurden folgende Bereiche geprüft:

- Geburtshilfe:
 - Ärztliche Versorgung
 - Hebammenhilfliche / entbindungspflegerische Versorgung
- Neonatologie:
 - Ärztliche Versorgung
 - Pflegerische Versorgung
- Infrastruktur
 - Lokalisation von Entbindungsbereiches und neonatologischer Intensivstation
 - Geräteausstattung der neonatologischen Intensivstation
 - Voraussetzungen für eine neonatologische Notfallversorgung außerhalb des eigenen Zentrums
 - Voraussetzungen für eine kinderchirurgische Versorgung (Level 1)
- Ärztliche und nicht-ärztliche Dienstleistungen
 - Ärztliche Dienstleistungen (Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Mikrobiologie, Radiologie, Neuropädiatrie, Ophthalmologie, Humangenetik)
 - Nicht-ärztliche Dienstleistungen (Labor, mikrobiologisches Labor, Röntgenuntersuchung)
 - Professionelle psychosoziale Betreuung
- Qualitätssicherungsverfahren
 - Entlassungsvorbereitung / Überleitung in sozialmedizinische Nachsorge
 - Überleitung in eine strukturierte entwicklungsneurologische diagnostische und ggf. therapeutische Betreuung
 - Teilnahme an speziellen Qualitätssicherungsverfahren (externe Infektions-Surveillance „Neo Kiss“, Entwicklungsdiagnostik bis Alter 2 Jahre)
 - Zuweisung in die höhere Versorgungsstufe (Level 2)
 - Interdisziplinäre Fallkonferenzen.

Für die perinatalen Schwerpunkte wurden folgende Bereiche geprüft:

- Ärztliche und pflegerische Versorgung der Neugeborenen
 - Kinderklinik im Haus oder Kooperation
 - Ärztliche Leitung Neonatologie durch Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
 - Pädiatrischer Dienst 24 Stunden / Bereitschaft
 - Versorgung neonatologischer Notfall innerhalb 10 Minuten
 - Pflege Neonatologie durch Fachkrankenschwester
 - Verlegung bei Problemen in Level 1 bzw. 2

- Infrastruktur
 - Möglichkeit der Beatmung
 - Diagnostik / Labor eigene Fachabteilung oder Kooperation.

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass alle Perinatalzentren der Versorgungsstufe I bis III die Anforderungen im Rahmen der Interpretationsspielräume der GBA-Richtlinie erfüllen.

Im Rahmen der Prüfung, der nachfolgenden Auswertung durch den MDK und der Bewertung der Ergebnisse durch das MSGWG wurden folgende Fragestellungen besonders betrachtet:

- Bewertung der für die Notfallversorgung wichtigen Vorhaltungen in der Kinderchirurgie und Kinderkardiologie
Die Richtlinie des G-BA lässt Kooperationen für diese Versorgungsbereiche zu. Nach Auffassung des MSGWG müssen diese Kooperationen verbindlich geregelt werden und den Leistungsumfang beschreiben. In Level 1 Zentren muss eine kinderchirurgische Notfallversorgung vor Ort möglich sein. Kooperationspartner in der Kinderkardiologie und Kinderchirurgie müssen über eine angemessene Expertise verfügen. Insgesamt wird die Vorhaltung jeweils einer Hauptabteilung für Kinderchirurgie (UKSH Campus Lübeck) und Kinderkardiologie (UKSH Campus Kiel) im Land als ausreichend erachtet.
- Ärztliches Personal mit besonderen Weiterbildungsanforderungen
In mehreren Perinatalzentren haben nur wenige Personen die Weiterbildung „spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“. Hier ist der Krankenträger besonders gefordert, dafür zu sorgen, dass eine 24/7 Rufbereitschaft an 365 Tagen im Jahr sichergestellt werden kann.
- Mindestfallzahl
Für die Mindestfallzahl von 14 Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm gibt es für die Level 1 Zentren Flensburg, Heide und Itzehoe eine Ausnahmegenehmigung des MSGWG. In 2014 haben allerdings alle Zentren die Mindestfallzahl erfüllt.
- Pflegepersonal
Die neue Richtlinie der G-BA stellt wesentlich höhere Anforderungen an die fachliche Ausbildung des Pflegepersonals und an den Personalschlüssel. Dabei geht es insbesondere um eine 1:1 Betreuung von intensivpflichtigen Frühgeborenen. Da der G-BA davon ausgegangen ist, dass Zentren die erhöhten Personalanforderungen nicht kurzfristig werden erfüllen können, gibt es eine Übergangsfrist bis zum Jahr 2017. Der G-BA hat von der Bundesregierung den Auftrag zu evaluieren, ob die erhöhten Personalanforderungen bis 2017 überhaupt erfüllt werden können. Derzeit könnten die Anforderungen auch in anderen Bundesländern nicht erfüllt werden. Die bis 2017 geltenden Übergangsregelungen werden von allen Zentren in Schleswig-Holstein erfüllt.

8.3 Ergebnisqualität

Die Behandlungsergebnisse der Krankenhäuser sollen anhand von Qualitätsindikatoren verglichen werden. Qualitätsindikatoren sind (quantitative) Maße, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität der Versorgung ermöglichen soll.

„Gute“ Qualitätsindikatoren zeichnen sich durch folgende Eigenschaften aus:

- Relevanz (kausaler Zusammenhang zwischen formuliertem Ziel und betrachteter Qualität)
- Klarheit / Verständlichkeit (Ziel ist nachvollziehbar formuliert und wird von allen verstanden)
- Messbarkeit (Erreichen eines Ziels ist einfach, zuverlässig und wiederholbar messbar)
- Praktikabilität / Umsetzbarkeit (Ziel muss durch Verhaltensänderung beeinflussbar sein)
- Erreichbarkeit (Erreichen des Ziels ist realistisch).

Um darüber hinaus den Einfluss von patientenindividuellen Risiken (Risikofaktoren) und von unterschiedlichen Verteilungen dieser Risiken zwischen den Krankenhäusern bei der Berechnung von Qualitätsindikatoren berücksichtigen zu können, muss eine Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren erfolgen.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass geringe Fallzahlen und selten auftretende Ereignisse statistisch zuverlässige Aussagen über die Behandlungsqualität erschweren (Fallzahl-Prävalenz-Problem). Eine Möglichkeit, dieses Problem zu lösen, ist das Zusammenfassen mehrerer Qualitätsindikatoren zu einem Qualitätsindex.

Das AQUA-Institut recherchiert für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren nach national und international vorhandenen Indikatoren, die dann von einer Sachverständigengruppe (Panel) aus externen Experten bewertet werden. Diese gehen als Vorschlag an den G-BA, der dann nach einem Stellungnahmeverfahren einen entsprechenden Abschlussbericht erstellt.

Das MSGWG hatte einen Auftrag für eine sekundäre Nutzung der Daten der externen stationären Qualitätssicherung für die Bereiche Geburtshilfe und Neonatologie in Schleswig-Holstein durch das AQUA-Institut erteilt. Eine Umsetzung dieses Auftrages durch AQUA konnte jedoch nicht erfolgen, da die dafür notwendige Zustimmung des G-BA nicht erteilt wurde.

Vor diesem Hintergrund hat das MSGWG unter Hinzuziehung von Experten eine eigene Auswertung öffentlich zugänglicher Daten vorgenommen. Dabei wurden folgende Quellen hinzugezogen:

- AQUA-Institut: Qualitätsreport 2013: Kapitel Geburtshilfe und Neonatologie
- AQUA-Institut: Länderspezifische Ergebnisse Geburtshilfe 2013 (s. Anlage 5)

- AQUA-Institut: Länderspezifische Ergebnisse Neonatologie 2013 (s. Anlage 6)
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Säuglingssterblichkeit, Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene
- Statistisches Bundesamt / Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): Kaiserschnittraten
- Krankenhäuser: Daten zu Kaiserschnittraten.

8.3.1 AQUA-Institut – Qualitätsbericht und länderspezifische Ergebnisse

Die vom AQUA-Institut verwendeten Qualitätsindikatoren⁴⁵ sollen relevante Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität abbilden. Der Satz der verwendeten Indikatoren ist von Jahr zu Jahr weiterentwickelt worden. Mit rechnerisch auffälligen Krankenhäusern wird ein sogenannter Strukturierter Dialog durchgeführt, um zu klären, ob ein außerhalb des Referenzbereichs liegendes Ergebnis zu einem Qualitätsindikator tatsächlich als „qualitativ auffällig“ zu bewerten ist. Für den Strukturierten Dialog steht eine Reihe weiterer qualitätsrelevanter Daten zur Verfügung, die eine differenzierte Darstellung der Versorgungssituation des jeweiligen Krankenhauses ermöglichen sollen.

Die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung werden im jährlich erscheinenden Qualitätsreport veröffentlicht. Darüber hinaus werden länderspezifische Ergebnisse zur Verfügung gestellt.

Geburtshilfe / Perinatalmedizin

Die Perinatalmedizin umfasst den Bereich kurz vor und nach der Entbindung. Seit der Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) und der daraus hervorgegangenen Perinatalerhebung gibt es in Deutschland externe vergleichende Qualitätsbewertungen. Ziel ist es, beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung exakt zu erfassen und die Qualität zu verbessern. Seit 2001 ist bundesweit der Leistungsbereich Geburtshilfe etabliert, in dem alle Geburten in der Bundesrepublik, die in einem Krankenhaus stattgefunden haben, erfasst werden.

Im Erfassungsjahr 2013 wurden drei neue Indikatoren eingeführt sowie erstmals der Index „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ angewendet, in dem verschiedene Qualitätsindikatoren zusammengefasst wurden.

Im Erfassungsjahr 2013 waren die bundesweiten Ergebnisse der Indikatoren Ausdruck einer im Durchschnitt guten Versorgungssituation, auch wenn die Krankenhäuser teilweise eine große Spannweite hinsichtlich ihrer Resultate aufwiesen und einige deutlich außerhalb des Referenzbereichs lagen. Nur bei dem Indikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ wurde ein besonderer Handlungsbedarf ermittelt.

⁴⁵ Der Satz der verwendeten Indikatoren ist im Laufe der Zeit weiterentwickelt worden. Es sind neue Indikatoren hinzugekommen, die z.T. bereits bestehende Indikatoren ergänzen bzw. spezifizieren. Der Indikatorensatz wird jedes Jahr veröffentlicht.

Bei Frühgeburten sollte bereits während der Geburt ein Pädiater anwesend sein, um das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich zu versorgen. Darüber hinaus ist die Gesamtorganisation des Krankenhauses ausschlaggebend für das Behandlungsergebnis von Frühgeborenen. Es wurden in den bundesweiten Ergebnissen Hinweise auf Strukturprobleme gesehen, die insbesondere bei Kliniken mit wenigen Geburten festgestellt wurden.

In der Länderauswertung für das Erfassungsjahr 2013 wurden im Bereich Geburtshilfe die Ergebnisse für 11 ausgewählte Indikatoren verglichen. Bei mehr als der Hälfte der betrachteten Indikatoren war der für Schleswig-Holstein gemessene Wert schlechter als der Bundesdurchschnitt, davon bei den folgenden drei Indikatoren in deutlicherem Maße: „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“, „Fehlende vorgeburtliche Kortisontherapie der Mutter bei drohender Frühgeburt zur Induktion der Lungenreifung des Kindes“ und „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten im rechnerischen Ergebnis kommen kann, ohne dass dadurch schon Rückschlüsse auf die tatsächliche Qualität möglich ist.

Insofern sind die im Rahmen des Strukturierten Dialogs vorgesehenen und eingeforderten Stellungnahmen bei rechnerischen Auffälligkeiten der betroffenen Einrichtungen die richtige Vorgehensweise, um gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen durchzuführen und eine Qualitätsverbesserung zu induzieren. Nach der derzeitigen Rechtslage sind die Bundesländer weder an der Auswertung der Daten noch am Verfahren des strukturierten Dialogs beteiligt.

Eine Aussage zur Gesamt-Qualität der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein im Vergleich zu anderen Bundesländern ist auf Basis dieser Daten nicht sinnvoll, da nicht alle, sondern nur 11 Indikatoren betrachtet wurden und darüber hinaus bisher keine Gewichtung der einzelnen Indikatoren erfolgt. Dennoch sind die Daten eine Grundlage, um zur weiteren Qualitätsverbesserung in der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein beizutragen.

Für das Erfassungsjahr 2014 ist die Einführung weiterer Indikatoren vorgesehen. Mit dem Indikator „Mutter und Kind zusammen nach Hause entlassen“ wird die Abbildung der Behandlungsqualität sowohl der Mutter als auch des Kindes angestrebt und es ist die Einführung eines Indikators geplant, der Aufschluss darüber geben soll, ob Kliniken vermehrt Kaiserschnitte ohne entsprechende Indikation durchführen.

Neonatologie

Bei der Neonatologie handelt es sich um einen Bereich der angewandten Kinderheilkunde, der sich mit der Versorgung und Behandlung von Neu- bzw. Frühgeborenen beschäftigt. Die Behandlung von Frühgeborenen stellt dabei eine besondere therapeutische Herausforderung dar.

Auf Grundlage der Neonatalerhebungen der Bundesländer wurde ein bundeseinheitliches Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie entwickelt und zum 1. Januar 2010 verpflichtend eingeführt. Dies war und ist eine wichtige Voraussetzung, um die seit langer Zeit geplante gemeinsame, einrichtungsübergreifende Zusammenführung der Perinatal- und Neonatalerhebung sicherzustellen. Diese Zusammenführung wird gefordert, um den Behandlungsverlauf von der Schwangerschaft bis zur Entlassung aus der Kinderklinik in die Qualitätssicherung einzubeziehen. Aber auch die Verknüpfung von Fällen innerhalb des Leistungsbereichs Neonatologie ist notwendig, um in der Ergebnisdarstellung die Verläufe von behandelten Kindern abzubilden.

Im Leistungsbereich Neonatologie besteht eine Dokumentationspflicht für alle Neugeborenen, die innerhalb der ersten sieben Lebenstage stationär aufgenommen werden und eine Verweildauer von mehr als 12 Stunden aufweisen oder innerhalb der ersten vier Monate auf eine andere Station zuverlegt werden und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen: Geburtsgewicht von unter 2.000 Gramm, stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung, Beatmung länger als eine Stunde, schwerwiegende Erkrankung. Dokumentationspflichtig sind darüber hinaus Kinder, die in den ersten sieben Lebenstagen versterben.

Der 2011 eingeführte „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ wurde im Erfassungsjahr 2013 grundlegend überarbeitet. Eine wesentliche Änderung ist, dass sich der Index ausschließlich auf nicht zuverlegte Kinder bezieht. Ein Vergleich des Ergebnisses mit dem des Vorjahres ist aufgrund der erfolgten Änderungen nicht mehr möglich.

Die Bundesfachgruppe hat die Versorgungssituation im Erfassungsjahr 2013 insgesamt als gut bewertet. Die meisten Indikatoren haben keine signifikante Änderung im Vergleich zum Vorjahr aufgewiesen.

In der Länderauswertung für das Erfassungsjahr 2013 wurden im Bereich Neonatologie ebenfalls die Ergebnisse für 19 ausgewählte Indikatoren verglichen. Bei knapp der Hälfte der betrachteten Indikatoren war der für Schleswig-Holstein gemessene Wert schlechter als der Bundesdurchschnitt. In diesem Kontext gelten bezüglich einer Bewertung der Qualität der Neonatologie in Schleswig-Holstein im Vergleich zu anderen Bundesländern die gleichen Aussagen wie im vorangegangenen Abschnitt zur Geburtshilfe und Perinatalmedizin.

8.3.2 Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Betrachtet wurden die Säuglingssterblichkeit, d.h. die kindlichen Todesfälle im ersten Lebensjahr, sowie die perinatale Sterblichkeit, d.h. Zahl der Totgeborenen⁴⁶ und in den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen.

Die perinatale Sterblichkeit ist eine Maßzahl für die Qualität der medizinischen Versorgung im Bereich der Perinatalmedizin.

Ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko haben Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht (meist Frühgeborene), Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen und solche, die von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen betroffen sind.

Tab. 12 Säuglingssterbefälle (ohne Totgeborene) je 1.000 Lebendgeborene nach Bundesland 1990 bis 2013

Bundesland	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Saarland	6,6	6,4	4,3	4,3	2,8	4,2	3,9	5,0
Nordrhein-Westfalen	7,7	5,8	4,9	4,6	4,2	4,3	3,8	3,8
Hamburg	6,1	4,9	4,5	4,6	3,9	4,0	3,5	3,7
Niedersachsen	7,0	5,7	4,9	4,5	4,2	5,0	3,8	3,7
Hessen	6,2	4,6	4,3	3,9	3,2	3,7	3,0	3,6
Berlin	8,2	5,6	3,7	3,4	3,0	3,2	2,5	3,5
Bremen	7,4	5,6	8,2	5,3	4,8	6,5	4,3	3,5
Schleswig-Holstein	6,8	4,6	4,2	4,2	3,8	3,2	3,4	3,3
Rheinland-Pfalz	8,1	5,5	5,1	3,8	3,1	3,4	4,2	3,1
Baden-Württemberg	6,4	4,7	3,9	3,3	3,2	3,3	3,3	3,0
Mecklenburg-Vorpommern	7,2	4,6	4,4	3,4	2,5	2,5	3,1	2,9
Sachsen-Anhalt	8,0	6,2	4,2	3,1	2,8	3,0	3,0	2,9
Brandenburg	7,4	4,9	3,7	4,1	3,4	3,7	2,6	2,8
Bayern	6,2	5,0	3,9	3,5	3,0	3,1	2,7	2,7
Sachsen	6,7	5,7	3,7	3,4	2,2	2,3	2,4	2,6
Thüringen	8,0	5,8	4,2	4,1	2,5	2,3	3,2	2,6
Bundesdurchschnitt	7,0	5,3	4,4	3,9	3,4	3,6	3,3	3,3

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de)

Die Säuglingssterblichkeit hat sich in Deutschland von 1990 bis 2013 von 7,0 auf 3,3 mehr als halbiert. Im Jahr 2013 hatte das Saarland mit 5,0 die höchste Rate, Thüringen mit 2,6 die niedrigste Rate. Die Rate in Schleswig-Holstein entsprach genau dem Bundesdurchschnitt.

⁴⁶ Nach der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung des Statistischen Bundesamtes zählen als Totgeborene seit dem 01.04.1994 nur Kinder, deren Geburtsgewicht mindestens 500 g beträgt. Fehlgeburten (seit 01.04.1994 unter 500 g Geburtsgewicht) werden vom Standesamt nicht registriert und bleiben außer Betracht.

Tab. 13 Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 100.000 Lebend- und Totgeborene nach Bundesland 1990 bis 2013

Bundesland	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Berlin	673	719	693	595	620	590	566	684
Mecklenburg-Vorpommern	847	795	702	540	590	512	579	681
Saarland	596	727	646	705	409	520	493	611
Nordrhein-Westfalen	664	771	619	624	595	608	600	611
Brandenburg	729	708	589	611	662	632	651	607
Hessen	580	624	588	560	587	538	527	580
Niedersachsen	578	638	663	602	584	654	543	572
Thüringen	792	837	680	578	426	403	431	560
Hamburg	543	684	677	481	465	518	507	533
Sachsen-Anhalt	701	751	633	557	461	467	484	516
Sachsen	682	738	469	441	497	495	428	501
Baden-Württemberg	580	623	571	510	442	523	516	484
Rheinland-Pfalz	634	732	642	480	502	472	582	483
Schleswig-Holstein	546	660	584	541	503	495	588	471
Bayern	546	582	561	502	498	475	426	455
Bremen	521	866	837	527	570	886	636	451
Bundesdurchschnitt	626	682	607	555	535	547	529	545

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de)

Die Zahlen in Tab. 13 beziehen sich jeweils auf 100.000 Lebend- und Totgeborene. Bezogen auf die Geburtenzahlen in Schleswig-Holstein bedeutet dies, dass 1990 von 29.140 in Schleswig-Holstein geborenen Kindern 159 tot geboren wurden oder in den ersten sieben Lebenstagen verstorben sind. Von den 21.887 Kindern in 2013 wurden 103 tot geboren oder sind in den ersten sieben Lebenstagen verstorben. Schleswig-Holstein liegt mit diesen Werten deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

8.3.3 Kaiserschnittraten

Die Zahl der Krankenhausentbindungen durch Kaiserschnitt hat in Deutschland trotz rückläufiger Geburtenzahl bis 2011 stetig zugenommen. Seit Beginn der Erhebung im Jahr 1991 erhöhte sich der Anteil der Kaiserschnittgeburten von 15,3 Prozent auf 32,2 Prozent und hatte sich damit mehr als verdoppelt.

2012 hat der Anteil der Kaiserschnittgeburten in Deutschland erstmals leicht abgenommen auf 31,9 Prozent und in 2013 weiter auf 31,8 Prozent. Der Anteil variiert je nach Bundesland.

Für das Erfassungsjahr 2014 plant das AQUA-Institut die Einführung eines Indikators, der Aufschluss darüber geben soll, ob die Krankenhäuser vermehrt Kaiserschnitte ohne entsprechende Indikation durchführen. Ergebnisse hierzu liegen noch nicht vor.

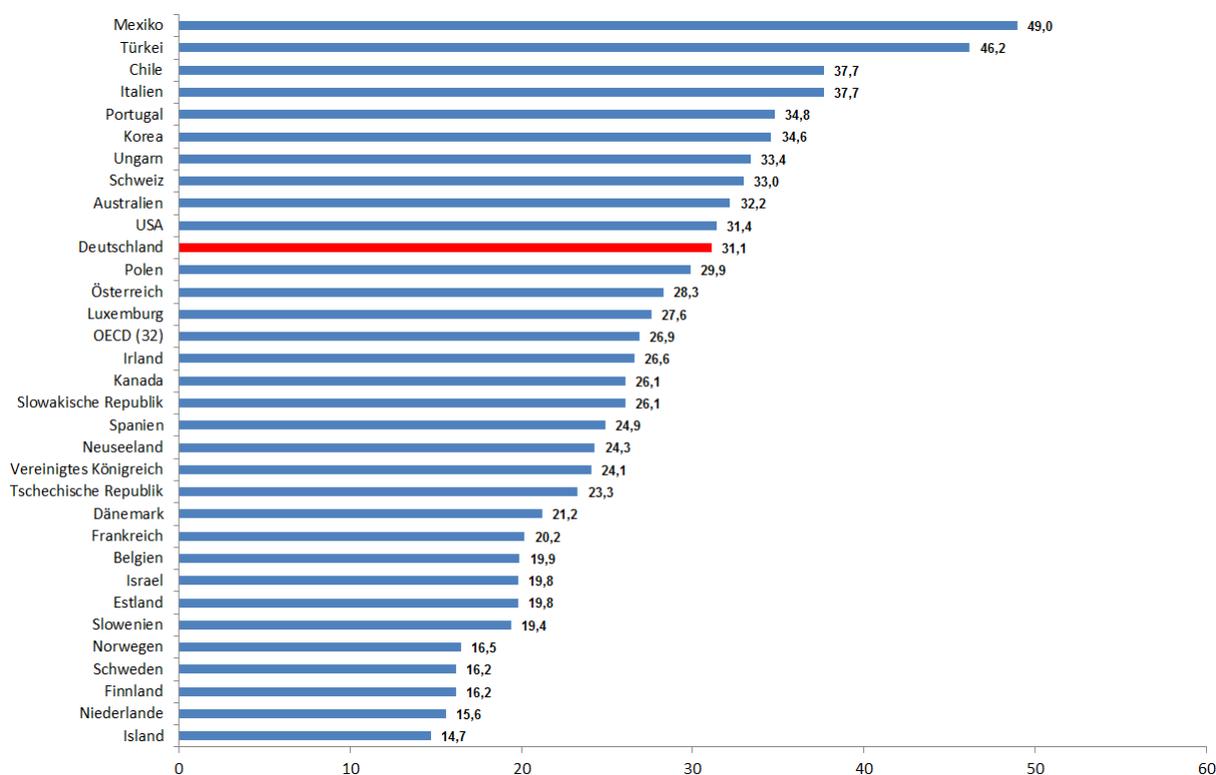
Tab. 14 Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt an den Krankenhausentbindungen nach Bundesland 2013

Bundesland	Anteil Entbindung durch Kaiserschnitt in %
Saarland	38,1
Hamburg	34,0
Hessen	33,9
Rheinland-Pfalz	33,6
Nordrhein-Westfalen	33,1
Schleswig-Holstein	33,0
Baden-Württemberg	32,6
Bayern	32,6
Niedersachsen	32,6
Bremen	31,8
Sachsen-Anhalt	29,3
Berlin	28,2
Mecklenburg-Vorpommern	28,1
Thüringen	28,1
Brandenburg	26,7
Sachsen	23,8
Bundesdurchschnitt	31,8

Quelle: Statistisches Bundesamt 2015 (www.destatis.de)

Im Bundesländervergleich (2013) war der Anteil der Kaiserschnittgeburten im Saarland mit 38,1 Prozent am höchsten. Die wenigsten Kaiserschnittentbindungen gab es mit 23,8 Prozent in Sachsen. Schleswig-Holstein lag mit einem Anteil von 33,0 Prozent leicht über dem Bundesdurchschnitt (31,8 Prozent).

Abb. 6 Anteil der Entbindungen durch Kaiserschnitt im internationalen Vergleich 2011



Quelle: OECD Health at a Glance 2013, S. 99

Auch im internationalen Vergleich liegt der Anteil der Kaiserschnittentbindungen in Deutschland mit 31,1 Prozent über dem Durchschnitt der OECD-Länder (26,9 Prozent). Den niedrigsten Anteil hat Island mit 14,7 Prozent und den höchsten Anteil hat Mexiko mit 49,0 Prozent.

Die Ursachen für den Anstieg der Kaiserschnittentbindungen sind vielfältig und es werden verschiedene Hypothesen diskutiert. Neben einer Zunahme der Risikoschwangerschaften aufgrund eines gestiegenen Durchschnittsalters bei Geburt des Kindes werden auch die stärkere Beachtung der körperlichen Folgen einer vaginalen Geburt, nicht ausreichende Strukturen zur Betreuung von Risikoschwangeren und die geringe Nutzung des Hebammenwissens diskutiert. Ökonomische Aspekte spielen ebenso eine Rolle wie die Krankenhausroutinen und die Personalvorhaltung. Auch aus medizinischer Sicht wird die Diskussion zum Teil kontrovers geführt. Zweifellos kann ein Kaiserschnitt in vielen Fällen das Leben von Mutter und / oder Kind retten und ein geplanter Kaiserschnitt ist bei bestehenden Risiken in der Regel einer abgebrochenen Geburt, die mit einem Notkaiserschnitt endet und auf die sich weder die Mutter noch das geburtshilfliche Personal rechtzeitig vorbereiten konnten, vorzuziehen. Aber auch der Katalog der so genannten „relativen Indikationen“, bei denen die Kaiserschnittentbindung nur eine von mehreren Möglichkeiten ist, hat sich ausgeweitet und einige Indikationen, wie z.B. Angst vor dem Geburtsschmerz, pathologi-

sche Herztöne des Kindes oder ein verzögerter Geburtsverlauf, mögen heute großzügiger gestellt werden als noch vor einigen Jahren.

Betrachtet man die Entwicklung der Kaiserschnittraten ist zunächst zwischen primären und sekundären Kaiserschnitten zu unterscheiden. Nach der medizinischen Definition handelt es sich um einen primären Kaiserschnitt, wenn sie vor Beginn der Geburt, d.h. vor Einsetzen der Wehen und bei intakter Fruchtblase, durchgeführt wird. Die primäre Sectio ist somit stets ein geplantes Ereignis, welches normalerweise durchgeführt wird, wenn bereits vor der Geburt erkennbar ist, dass eine vaginale Entbindung nicht möglich oder mit zu großen Risiken verbunden wäre.

Erfolgt der Entschluss zum Kaiserschnitt dagegen erst, wenn die Geburt bereits begonnen hat, dann spricht man von einem sekundären Kaiserschnitt. In diesem Fall haben vor der Geburt keine wesentlichen Gründe gegen den Versuch einer vaginalen Entbindung gesprochen; im Verlauf der Geburt sind dann jedoch Komplikationen aufgetreten, die eine Schnittentbindung erforderlich machten bzw. als die risikoärmere Vorgehensweise erscheinen ließen.

Die Definition von primärem und sekundärem Kaiserschnitt im Abrechnungssystem für die Krankenhäuser unterscheidet sich von der medizinischen Definition. In den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2015 (S. 150) heißt es:

„Ein primärer Kaiserschnitt ist definiert als ein Kaiserschnitt, der als geplante Prozedur vor oder nach dem Einsetzen der Wehen durchgeführt wird; die Entscheidung zur Sectio wird dabei vor Einsetzen der Wehen getroffen.

Ein sekundärer Kaiserschnitt (inkl. Notfallkaiserschnitt) wird definiert als ein Kaiserschnitt, der aufgrund einer Notfallsituation oder des Geburtsverlaufs aus mütterlicher oder kindlicher Indikation erforderlich war, auch wenn dieser primär geplant war.“

In beiden Definitionen wird der sekundäre Kaiserschnitt in mehr oder weniger ausgeprägten Notfallsituationen durchgeführt. Wenn davon gesprochen wird, dass Kaiserschnittentbindungen heutzutage ein risikoarmer Eingriff sind, dann gilt dies vor allem für die primären Kaiserschnitte. Diese werden üblicherweise zu den „Kernarbeitszeiten“ der Kliniken durchgeführt.

Sekundäre Kaiserschnitte, die gemäß Definition Folge einer Notfallsituation bzw. eines ungünstigen Geburtsverlaufs sind, sollten so weit wie möglich vermieden werden. Die Zunahme sekundärer Kaiserschnitte bzw. ein besonders hoher Anteil sekundärer Kaiserschnitte kann also entweder auf eine tatsächliche Zunahme oder Konzentration von Risikogeburten zurückzuführen sein oder Zeichen einer Absenkung der Grenze sein, ab wann eine auf natürlichem Wege begonnene Geburt abgebrochen und durch Kaiserschnitt beendet wird.

Eine Veröffentlichung der Zahl der durchgeführten primären und sekundären Kaiserschnitte für die einzelnen Kliniken ist aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich. Daher werden im Folgenden die Kaiserschnittraten (Mittelwert, Minimum, Maximum) für die einzelnen Versorgungsstufen dargestellt. Bei den Geburtskliniken wurde in der

Auswertung zwischen hauptamtlich und belegärztlich geführten Kliniken unterschieden.

Tab. 15 Anteil der primären und sekundären Kaiserschnitte nach Versorgungsstufe 2014

Versorgungsstufe	Anteil primäre Sectio in %	Anteil sekundäre Sectio in %	Anteil Sectio gesamt in %
Perinatalzentren Level 1	17,8 (11,2 - 28,0)	18,1 (14,6 - 21,5)	35,9 (26,7 - 42,6)
Perinatalzentren Level 2	16,5 (10,4 - 21,6)	17,2 (12,1 - 22,9)	33,7 (29,9 - 38,7)
Perinatale Schwerpunkte	18,3 (16,8 - 19,8)	17,3 (15,6 - 19,0)	35,6 (32,4 - 38,8)
Geburtskliniken hauptamtlich geführt	13,7 (9,6 - 22,0)	14,6 (7,0 - 19,6)	28,4 (23,3 - 33,6)
Geburtskliniken belegärztlich geführt	25,3 (16,2 - 47,6)	10,7 (2,8 - 22,9)	36,0 (27,1 - 50,4)

Quelle: Eigene Darstellung des MSGWG (Stand Januar 2015)

Der durchschnittliche Anteil der Kaiserschnitte gesamt ist mit 36,0 Prozent in den belegärztlich geführten Geburtskliniken am höchsten. In den Perinatalzentren Level 1 beträgt sie 35,9 Prozent, in den Perinatalen Schwerpunkten 35,6 Prozent, in den Perinatalzentren Level 2 33,7 Prozent und in den hauptamtlich geführten Geburtskliniken 28,4 Prozent.

Auffällig ist, dass in allen Versorgungsstufen der Anteil der Kaiserschnitte zwischen den Einrichtungen sehr stark schwankt. Insbesondere in den belegärztlich geführten Geburtskliniken, in denen nur Frauen mit geringem medizinischem Risiko entbinden sollen, sind sowohl der Ausreißer nach oben (50,4 Prozent) als auch der insgesamt höchste durchschnittliche Anteil auffällig.

Der Anteil der sekundären, d.h. nicht geplanten Kaiserschnitte, ist in den Geburtskliniken zum Teil ebenfalls auffallend hoch. Der Höchstwert von 22,9 Prozent wird neben einem Perinatalzentrum Level 2 ebenfalls von einer belegärztlich geführten Geburtsklinik erreicht.

In den Geburtskliniken sollen nur Frauen entbinden, bei denen weder für das Kind noch für die Mutter ein nennenswertes medizinisches Risiko erwartet wird. Daher sollten diese Kliniken deutlich niedrigere Sectio-Raten aufweisen als Kliniken der Versorgungsstufe I bis III.

9 Expertenanhörung

9.1 Fragestellung

Der schleswig-holsteinische Landtag hat das Gesundheitsministerium im Sommer 2014 gebeten, Experten zur Situation der Geburtshilfe zu befragen. Dabei standen aus Sicht des Landtages folgende Fragen im Vordergrund:

1. Ergeben sich durch aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen neue Aspekte bzgl. Der Qualität und der Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene?
2. Erreichbarkeit von stationären geburtshilflichen Abteilungen. Welche Entfernungen (in Kilometern oder Minuten Anfahrt) sind maximal zumutbar?
3. Sind Boarding-Konzepte eine sinnvolle Ergänzung um große Entfernungen zu überbrücken?
4. Inwieweit wäre es denkbar, im Rahmen von Klinikkooperationen die Mindestanforderungen zu erfüllen?
5. Wären für die besondere Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigen Geburtenzahl Abweichungen von den Mindeststandards denkbar oder gäbe es andere Möglichkeiten diese Randlagen besonders zu berücksichtigen?

Es liegen Stellungnahmen von folgenden Experten vor, die im Bericht zusammengefasst dargestellt werden⁴⁷:

- Prof. Dr. Rolf Kreienberg (Direktor der Universitäts-Frauenklinik Ulm bis 2012 und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) 2008 bis 2010, seit 2012 Mitglied des Präsidiums der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Leiter der ständigen Kommission "Leitlinien" der AWMF)
- Dr. Achim Niesel (Chefarzt der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Klinik Preetz)
- Prof. Dr. Achim Rody (Ärztlicher Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe UKSH Lübeck)
- Prof. Dr. Rainhild Schäfers (Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.)
- Prof. Dr. Diethelm Wallwiener (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Ärztlicher Direktor der Uni-Frauenklinik Tübingen)
- Doris Scharrel (niedergelassene Frauenärztin und Berufsverbandsvorsitzende der niedergelassenen Frauenärzte in Schleswig-Holstein).

⁴⁷ Die Originale der Expertenanhörung befinden sich in Anlage 4.

9.2 Ergebnisse

9.2.1 Qualität und Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene

Prof. Dr. Rolf Kreienberg. Die Leitlinie der DGGG "Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung"⁴⁸ legt Minimalvoraussetzungen für eine stationäre Geburtshilfe, insbesondere personelle Besetzung, fest. Die Leitlinie wird seit 1995 im Dreijahresabstand, zuletzt 5/2013, überarbeitet und ist bis 5/2016 gültig. Es gibt keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die diese Voraussetzungen bzw. die Qualitätsansprüche an die geburtshilfliche Versorgung in Häusern der Grund- und Regelversorgung verändert hätten.

Dr. Achim Niesel. Die vielzitierte Arbeit von Heller (Hat die Größe der Geburtsklinik Einfluss auf das neonatale Überleben? 2003) wurde vor Einführung der Risikoklassifikation durch Perinatalzentren publiziert und spiegelt die reale Versorgungssituation nicht mehr wider. Die jährlich erhobene Perinatalstatistik bildet die regionale Ergebnisqualität gut ab und zeigt für Schleswig-Holstein, dass größere Kliniken z.T. schlechter abschneiden als kleinere. Primär sollte nicht die Größe einer Klinik, sondern die medizinische Qualität einer leitliniengerechten Therapie im Fokus stehen.

Prof. Dr. Achim Rody. Erfolgreiche Beispiele im europäischen Ausland und die Daten der hessischen Perinatalstatistik zeigen, dass die Zentralisierung der Geburtshilfe die perinatale Mortalität senken und die Versorgungsqualität steigern kann. Allerdings kann eine erforderliche Mindestmenge nicht klar definiert werden. In Skandinavien wird das Boardingsystem erfolgreich angewendet. Aufgrund der hohen perinatalen Mortalität wurden in Portugal alle Geburtskliniken mit weniger als 1.500 Entbindungen pro Jahr geschlossen. In der Risikogeburtshilfe besteht ein klarer Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität (daher G-BA Richtlinie). Für Niedrigrisikoschwangerschaften liegen keine Zahlen vor. Eine Zentralisierung muss begleitet werden von einem Boardingsystem, einem Transportsystem via Luft und Straße sowie der Einbindung der niedergelassenen Ärzte. Testsysteme auf mögliche Risikofaktoren sind hilfreich.

Prof. Dr. Rainhild Schäfers. Die Bedeutung der Zentralisierung für die Geburtshilfe wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Auch wenn einige Studien geringere Komplikations- und Mortalitätsraten in großen Perinatalzentren sowohl für Reif- als auch für Frühgeborene im Vergleich zu kleinen geburtshilflichen Kliniken aufzeigen, bleibt die Studienlage inkonsistent. Des Weiteren beschreiben diese vergleichenden Studien nicht, wie verlängerte Fahrtzeiten und erhöhte Distanzen, also der grundsätzliche Wegfall einer wohnortnahen Versorgung, die Ergebnisqualität beeinflussen können. Eine generelle Übertragbarkeit der Zentralisierungsbestrebungen anderer

⁴⁸ Leitlinie der DGGG/AWMF Register 015/078

Länder ist nach Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) nicht zielführend und auch nicht zulässig, da die Versorgungsstrukturen in den einzelnen Ländern grundlegend von den Versorgungsstrukturen und Zuständigkeiten in Deutschland abweichen. Die Größe einer Klinik muss nicht zwingend ein Garant für eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe sein.

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener. Aus der wissenschaftlichen Literatur und den Analysen der deutschen Perinatalerhebung korrelieren die Qualität der geburtshilflichen Versorgung und damit die Sicherheit von Mutter und Kind mit einer ausreichenden Strukturqualität der Geburtsklinik. Nicht "kurze Wege", sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines Perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, erhöht die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind. Diese sollte an oberster Stelle stehen bei der Diskussion um optimale Versorgungsstrukturen.

Doris Scharrel. Die geburtshilfliche Versorgung ist eine komplexe, verantwortungsvolle Aufgabe mit dem Ziel der gesunden Mutter mit dem gesunden Neugeborenen. Nach § 24c SGB V hat die Schwangere das Recht auf Leistungen im Rahmen der Entbindung; aber die Wahl des Entbindungsortes ist abhängig von medizinischer Notwendigkeit und regionaler geburtshilflicher Versorgung. Steigendes Alter, Übergewicht sowie die steigende Zahl der Schwangeren mit Zustand nach Sectio erhöhen die Rate der Risikoschwangeren. Die Basisauswertung der AQUA-Daten 2013 misst nur 23,7 Prozent aller Schwangeren kein Risiko zu. Die subjektiven Erwartungen der Schwangeren entsprechen der momentanen Anspruchshaltung der Bevölkerung. So steht auch bei der Wahl des Entbindungsortes häufig nur das eigene mütterliche Befinden im Fokus. Die ärztliche Beratung vor Geburt zur Geburtsplanung nimmt hier eine entscheidende Stellung ein, um den kindlichen Bedürfnissen entsprechen zu können.

9.2.2 Maximal zumutbare Entfernung geburtshilflichen Abteilungen

Prof. Dr. Rolf Kreienberg. Geburtshilfliche Abteilungen können in Deutschland heute im Durchschnitt in 17 bis 19 Minuten erreicht werden. Bundesweit einheitliche Standard-Definitionen zu Kilometern und Minuten fehlen bisher. In einzelnen Bundesländern sind Entfernungsvorgaben vorhanden. Nordrhein-Westfalen betrachtet "wohnnortnahe Versorgung" als sichergestellt, wenn das Krankenhaus nicht weiter als 15 bis 20 Kilometer entfernt ist. Hessen legt fest, dass Notfallpatienten innerhalb von 20, maximal innerhalb von 30 Minuten, nach Übernahme durch den Rettungsdienst, im Krankenhaus sein müssen. In eigenen Untersuchungen wurde deshalb auch für den geburtshilflichen Notfall eine maximale Fahrzeit von 30 Minuten für Zukunftsrechnungen eingesetzt und festgestellt, dass diese auch in Flächenstaaten nicht überschritten werden.

Dr. Achim Niesel. Die Zumutbarkeit der Entfernung sollte sich an der Schnelligkeit der Rettungskräfte orientieren. Ein schneller Lufttransport von Fehmarn nach Lübeck

ist besser als ein langsamer Transport mit dem Rettungswagen (RTW). Kritisch ist die Art des geburtshilflichen Notfalls, da zum Teil sofortiges Eingreifen erforderlich ist. Ein gut ausgebildeter Rettungsassistent auf dem Transportweg kann den ortsnahe (Klinik-)Geburtshelfer nicht ersetzen.

Prof. Dr. Achim Rody. Es existieren keinerlei gesicherte Daten; die diskutierte Fahrzeit von maximal 30 Minuten ist nicht evidenzbasiert. Empfohlen wird eine Analyse, wie viele Schwangere im Jahr per RTW in eine Entbindungsklinik transportiert wurden, wie lange der Transport dauerte und wie das Outcome der Kinder war. Außerdem sollte eine Analyse der Geburten auf dem RTW erfolgen.

Prof. Dr. Rainhild Schäfers. Augurzky et al.⁴⁹ empfehlen eine Bündelung der ambulanten und stationären Leistungen für ländliche Regionen in Gesundheitszentren mit geburtshilflicher Versorgung für Frauen mit niedrigem anamnestischen und geburtshilflichen Risiko. Dieses Versorgungsmodell könnte Fahrtzeiten unter 30 Minuten gewährleisten. Andere Quellen empfehlen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung, dass Krankenhäuser nicht mehr als 20 Kilometer entfernt sein sollten⁵⁰ bzw. Notfallpatienten innerhalb von maximal 30 Minuten eine stationäre Einrichtung erreichen sollten⁵¹. Neben der Frage der Sicherheit und der geburtshilflichen Versorgungsqualität während der Geburt ist bei der Diskussion um die Erreichbarkeit des geburtshilflichen Settings auch die individuelle Situation der Frau und der Betreuungsrahmen außerhalb des klinischen Settings vor dem Geburtsbeginn und bei einsetzender Wehentätigkeit zu berücksichtigen. Bei zunehmender Entfernung der geburtshilflichen Versorgung vom Wohnort wird die Schwangere oder Gebärende mit vielfältigen Unsicherheiten und Unwägbarkeiten konfrontiert, die einen physiologischen Geburtsverlauf erschweren oder verhindern können.

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener. Wenn man die Perspektive der Versorgungsstrukturen der benachbarten Nordischen Länder einnimmt, dann sind viel größere Entfernungen als die maximalen 100 Kilometer von den Inseln in ein Perinatalzentrum mit hoher Versorgungsqualität in Nordfriesland oder Ostholstein seit Jahrzehnten akzeptiert. Möglicherweise wird die Mobilität der betroffenen Frauen unterschätzt, die für eine maximale Sicherheit unter der Geburt für sich und ihr Kind durchaus eine sinnvolle Regionalisierung der Versorgungsstrukturen akzeptieren. Untersuchungen dazu sind jedoch nicht bekannt. Die Transportzeit in Notfällen kann durch einen gut abgestimmten Hubschraubertransport wesentlich verkürzt werden.

Doris Scharrel. Die Basiserhebungen der AQUA-Daten 2013 messen wie bereits auch in den Vorjahren dem Transportweg und der Transportzeit hinsichtlich Qualität der Geburtshilfe keine Bedeutung zu. Selbst in Großstädten wie Hamburg nehmen

⁴⁹ Augurzky, B., Kreienberg, R., Mennicken, R. (2014). Die Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe. Heidelberg, Neckar: medhochzwei-Verlag

⁵⁰ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. (2002). Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen: Rahmenvorgaben. Düsseldorf

⁵¹ Metzner, J. (2008). Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Report / HA Hessen-Agentur GmbH: Nr. 727. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium

Schwangere eine Fahrtzeit zur Wunsch-Entbindungsklinik von mehr als einer Stunde in Kauf. Nach aufklärendem Gespräch und guter Geburtsplanung sind der Transportweg und die Transportzeit ein planbarer Faktor, der bei aller Unvernunft auch von Schwangeren beim Transport aus dem Urlaubsort normal empfunden wird.

9.2.3 Boarding-Konzepte als sinnvolle Ergänzung

Prof. Dr. Rolf Kreienberg. In Deutschland besteht wenig Erfahrung mit Boarding-Konzepten. Norwegen und Schweden sind uns wegen der großen räumlichen Entfernungen deutlich voraus. Da etwa 25 Prozent der Schwangeren anamnestiche oder in der akuten Schwangerschaft diagnostizierte Risiken aufweisen, von denen eine nicht unerhebliche Zahl einer stationären oder krankenhaushen Überwachung bedürfen, sind Boarding-Konzepte bei dünner Krankenhausdichte sicher sinnvoll.

Dr. Achim Niesel. Das Boarding Konzept ist ein Kompromiss bei wirtschaftlich schlechter Lage, die aus medizinischer Sicht nicht wünschenswert ist, da auch akute Notfälle in der Geburtshilfe bei unreifen Kindern auftreten können. Gute ortsgebundene Geburtshilfe ist überlegen. Eine Trennung der werdenden Mutter von der Familie bzw. vom ortsnahen Umfeld ist keine gute Lösung.

Prof. Dr. Achim Rody. Durch das Boarding-Konzept ist eine erfolgreiche Zentralisierung der Geburtshilfe möglich. Zur Vermeidung von Notfallsituationen ist eine Risikoeinschätzung durch den niedergelassenen Gynäkologen bzw. erfahrenen Geburtshelfer sowie eine regelmäßige ambulante Betreuung der Schwangeren erforderlich.

Prof. Dr. Rainhild Schäfers. Ob Boardingcenter den Bedürfnissen gesunder Schwangeren qualitativ als auch quantitativ entsprechen, ist nicht bekannt. Es kann jedoch angenommen werden, dass diese Einrichtungen sinnvoll für einzelne Frauen mit besonderen Risiken sind, die nicht im Rahmen einer normalen Schwangerschaftsbetreuung bis zum Geburtstermin vor Ort betreut werden können, da besondere Risiken evtl. ein umgehendes geburtshilfliches Management erfordern. Falls allerdings Boardingcenter in Kombination mit Klinikzentren die Strategie für die gesamte Region darstellen sollen, so würden sie wohnortferne Betreuung und Aufenthalte für das Gros der Schwangeren bedeuten. Dies ist weder aus der psychosozialen Perspektive der Schwangeren zu empfehlen, da dieses Modell fern ihrer individuellen Lebenswelt wäre, noch wäre eine solche Form der Hospitalisierung gesunder Schwangerer nach Einschätzung der DGHWi aus volkswirtschaftlicher Perspektive sinnvoll.

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener. Aus den Erfahrungen der skandinavischen Länder kann ein positiver Effekt dieser Möglichkeiten abgeleitet werden. Es empfiehlt sich für die weitere Entwicklung dieses Konzeptes die Erfahrungen mit den bereits existierenden Boarding-Angeboten in Eutin und Niebüll auszuwerten und insbesondere die Akzeptanz bei den Schwangeren zu analysieren.

Doris Scharrel. Emotionalität, Diskussion in den Medien und Verfolgung persönlicher Interessen sind fehl am Platze. Die in Fernsehberichten demonstrierte Anspruchshaltung der Schwangeren, die Vergleiche mit Urlaubsapartments heranziehen, sind fehl am Platze. In europäischen Ländern wie Finnland, Norwegen oder Schweden und weiteren Flächenländern gilt das Prinzip der Regionalisierung und Zentralisierung von Geburtshilfe zur Senkung von Säuglings- und Müttersterblichkeit als Standard. Das Boarding ist dabei ein selbstverständliches Konzept. Das Risiko einer Geburt beginnt nicht auf dem Transport zur Klinik. Das heißt, dass bei der Vorstellung zur Geburtsplanung in der Klinik nach Mutterschafts-Richtlinien auch über vorsorgliche kliniknahe Unterbringung zum Zeitpunkt der möglichen Geburt beraten werden kann. Entsprechend der AQUA -Basisauswertung 2013 wurden nur 756 Kinder (0,11%) vor Klinikaufnahme entbunden.

9.2.4 Erfüllung von Mindestanforderungen im Rahmen von Klinikkooperationen

Prof. Dr. Rolf Kreienberg. Die Erfüllung der Mindestanforderungen entsprechend der Leitlinie der DGGG ist in erster Linie ein finanzielles Problem. Der hohe personelle Aufwand für Geburtshelfer, Hebamme, Anästhesist, Kinderschwester und OP-Bereitschaft rund um die Uhr (24 Stunden, 365 Tage) überfordert Belegabteilungen und geburtshilfliche Hauptabteilungen bei niedrigen Geburtenzahlen völlig. Eigene Berechnungen haben ergeben, dass Abteilungen erst ab 400 bis 500 Geburten kostendeckend arbeiten. In diesem Sinne sind Klinikkooperationen mit dann höheren gemeinsamen Geburtenzahlen sinnvoll.

Dr. Achim Niesel. Flexible Rund-um-die Uhr Konzepte für Neugeborenen-Transporte sind flächendeckend wünschenswert. Für den seltenen Fall einer notfallmäßigen Verlegung eines akut erkrankten Neugeborenen in eine Kinderklinik sollte ein pädiatrischer Notarzt für die Verlegung in eine Schwerpunktlinik zur Verfügung stehen.

Prof. Dr. Achim Rody. Klinikkooperationen machen nur Sinn, wenn dadurch die Qualität der Versorgung verbessert wird. Geburtshilfliche Versorgung sollte möglichst unter einem Dach und ohne Verlegung der Kinder erfolgen können.

Prof. Dr. Rainhild Schäfers. Vor dem Hintergrund der Schließung privatwirtschaftlich nicht mehr rentabler geburtshilflicher Einrichtungen sind die Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik auf Bundes-, aber auch auf Landesebene gefordert, praxistaugliche Konzepte zu fördern, die eine wohnortnahe kontinuierliche geburtshilfliche Versorgung der Gebärenden in ihrer Region sicherstellen. Für Schleswig-Holstein und insbesondere die Regionen nordfriesische Inseln und Ostholstein mit der Insel Fehmarn ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um ausgeprägte Urlaubsregionen für Familien handelt. In den Ferienzeiten bereisen Schwangere anderer Bundesländer mit ihren Familien diese Regionen. Diese dürfen auch an ihrem Urlaubsort eine bedarfsgerechte Versorgung erwarten. Auch die Bereitstellung eines Storchenwagens für die betroffenen Regionen wäre denkbar, um die geburtshilfliche

Versorgung in strukturschwachen Regionen stärken zu können. Bei diesem Versorgungsmodell handelt es sich um einen Rettungswagen, der mit einer Notfallsanitäterin/einem Notfallsanitäter und einer Hebamme besetzt wird und zu geburtshilflichen Fällen in der Region gerufen wird.

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener. Mindestanforderungen sind als strukturelle und personelle Vorhaltungen vor Ort zu verstehen, da diese unter Umständen in kürzester Zeit von weniger als 20 Minuten zur Verfügung stehen müssen. Deshalb ist die Frage so zu verneinen. Jedoch kann durch regional abgestimmte Versorgungskonzepte eine hohe Versorgungsqualität für jede Schwangere wohnortnah vor und nach der Geburt durch den betreuenden Gynäkologen und Hebamme erreicht werden und der Transfer zur Geburt in das regionale Krankenhaus durch diese vorbereitet und ggf. dabei begleitet werden. Erste Ansätze dazu sind bereits zwischen den Hebammen auf Sylt und dem Krankenhaus Niebüll entstanden.

Doris Scharrel. Die Geburtskliniken in Schleswig-Holstein garantieren flächendeckend eine gute geburtshilfliche Versorgung. Sie streben in jedem Fall den antenatalen Transport des Kindes bei Risikoschwangerschaft an. Dazu gehört die Beratung zur Vorstellung in der Entbindungsklinik rechtzeitig vor der Geburt mit Planung der Geburtseinleitung. Die Frau mit Risikoschwangerschaft wird bei der Wahl der Entbindungsklinik unter dem Gesichtspunkt, dass die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten verfügt, beraten. Der Arzt hat die Verantwortung, nicht nur die artikulierten Interessen der Mutter, sondern auch die angenommenen Interessen des Kindes zu beachten. Da viele Folgeschäden bei den Kindern erst im Schulalter erkannt werden, verbietet sich hier ein Kompromiss hinsichtlich der Mindestanforderungen einer geburtshilflichen Abteilung. Die Schließung von Kliniken mit kleiner Entbindungszahl in Schleswig-Holstein wird im Sinne der Regionalisierung von Geburtshilfe nicht zur Verschlechterung der Qualität der geburtshilflichen Versorgung von Mutter und Kind führen.

9.2.5 Berücksichtigung der besondere Situation in Insel- und Randlagen

Prof. Dr. Rolf Kreienberg. Die Absenkung der Mindeststandards ist undenkbar. Die dadurch entstehende Verantwortung für Fehler würde keine Versicherung übernehmen. Denkbar ist allerdings, dass die Kostenträger Häuser der Grund- und Regelversorgung mit niedrigen Geburtenzahlen in Rand- und Insellagen subventionieren, um dort die Geburtshilfe aufrecht zu erhalten. Da diese Subventionierung eher Wunschenken ist, wird eine qualitativ hochwertige Tätigkeit eines Frauenarztes in Kooperation mit Hebammen vor Ort, die exzellente Schulung des Notfall- und Rettungsdienste und das Anbieten eines suffizienten Boarding- Konzeptes für eher realisierbar gehalten.

Dr. Achim Niesel. Auch für die besondere Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigen Geburtenzahl darf nicht von den Mindeststandards abgewichen werden. Die Qualität der Versorgung von Mutter und Kind darf nicht gefährdet werden. Auf-

grund der aktuellen Daten der Perinatalstatistik Schleswig-Holstein ist allerdings nicht von einer schlechteren medizinischen Qualität in den kleineren Geburtskliniken auszugehen.

Prof. Dr. Achim Rody. Mindeststandards wurden formuliert, um die Zahl der geburtshilflichen Schadensfälle zu reduzieren. Abweichungen von den Mindeststandards bedeuten unter Umständen einen Verlust an Versorgungsqualität und somit Gefahr für Mutter und Kind. Die Zentralisierung der Geburtshilfe - in Verbindung mit Boarding-Konzepten - ist alternativlos.

Prof. Dr. Rainhild Schäfers. Eine wohnortnahe Versorgung durch eine vertraute Hebamme oder ein konzeptionell abgestimmtes Hebammenteam sind hierfür essentiell, um ein gutes geburtshilfliches Ergebnis zu fördern. Dementsprechend sollte bei einer Konzeptgestaltung für die geburtshilfliche Versorgung in Schleswig-Holstein die wohnortnahe Versorgung mit vertrautem Fachpersonal - mit Blick auf die Hinzuziehungspflicht allen voran mit vertrauten Hebammen - im Fokus der Landesregierung stehen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein Haus der Grundversorgung in einer Region weniger sicher sein soll als keinerlei geburtshilfliche Versorgung in einer Region. Wenn eine Versorgung über privatwirtschaftlich geführte geburtshilfliche Abteilungen der Krankenhäuser nicht mehr sichergestellt werden kann, müssen andere wohnortnahe Versorgungsstrukturen etabliert werden. Dementsprechend ist für Frauen mit niedrigem anamnestischen Risiko die Versorgung in einem, aus öffentlichen Mitteln finanzierten, Geburtshaus ein erster Lösungsansatz. Auch die Bereitstellung eines Storchenwagens für die betroffenen Regionen wäre denkbar, um die geburtshilfliche Versorgung in strukturschwachen Regionen stärken zu können.

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener. Abweichungen von den Mindeststandards bedeuten eine potenzielle Gefährdung der Gesundheit und des Lebens von Mutter und Kind. Dies kann keine akzeptable Lösung der regionalen Versorgungsprobleme darstellen. Alle Verantwortungsträger müssen sicherstellen, dass das Vertrauen der schwangeren Frauen auf eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung vor, unter und nach der Geburt auch gerechtfertigt ist. Eine besondere Berücksichtigung von Randlagen sollte eine materielle Sicherstellung von Netzwerkbildungen zwischen wohnortnaher Betreuung und regionaler Entbindungsklinik sowie insbesondere die Etablierung von klar geregelten und unkomplizierten Transfermöglichkeiten in eine Entbindungsklinik einer den medizinischen Erfordernissen entsprechenden Versorgungsstufe.

Doris Scharrel. Für Schwangere, die in diesen Regionen leben, gelten natürlich auch die Vorgaben der Mutterschafts-Richtlinien, die eine Vorstellung vor Geburt zur Geburtsplanung in der Geburtsklinik vorsehen. Seit 2004 haben Helgoländer Frauen Erfahrungen mit Geburten auf dem Festland, was unproblematisch fern der Medienpräsenz wahrgenommen wird. Wer auf den Inseln oder auf dem Lande lebt, stellt sich auch auf das Ereignis der Geburt ein. Ein funktionsfähiges Rettungstransportsystem transportierte in der Silvesternacht 2014 mit dem Seenotkreuzer eine hochschwangere Frau mit ihrer Hebamme von Amrum nach Föhr ins Wyker Krankenhaus.

Ein Beispiel dafür, dass im Zusammenspiel aller Leistungserbringer auch in besonderen Situationen eine qualitativ gute Geburtshilfe geleistet werden kann, deren Kosten weit unter denen eines Betriebes einer geburtshilflichen Abteilung Level 4 liegen. Bei fachärztlicher Einschätzung der geburtshilflichen Situation werden Risikoschwangere auf das Festland zur Entbindung geschickt, so dass es vor Ort etwa einmal in der Woche zu einer Entbindung kommt und damit hohe Vorhaltekosten auslöst.

10 Zukunftsperspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Auf der Grundlage der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Parameter für die geburtshilfliche Versorgung und der Ausgangssituation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein entwickelt die Landesregierung die im Folgenden beschriebenen Zukunftsperspektiven und Handlungsnotwendigkeiten.

10.1 Einbeziehung der Ergebnisse der Expertenanhörung

Qualität und Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene:

Es besteht Konsens unter den Experten, dass die Leitlinie „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung“ die Qualitätsanforderungen an die stationäre Geburtshilfe festlegt.

Die Qualität der geburtshilflichen Versorgung und damit die Sicherheit von Mutter und Kind korrelieren mit einer ausreichenden Strukturqualität der Geburtsklinik. Nicht kurze Wege, sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, erhöht die Sicherheit von Mutter und Kind.

Während für die Risikogeburtshilfe Studien vorliegen, die einen klaren Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität belegen, gibt es für Schwangerschaften mit niedrigem Risiko keine eindeutigen Studienergebnisse.

Erfolgreiche Beispiele im europäischen Ausland zeigen, dass eine Zentralisierung der Geburtshilfe die perinatale Mortalität senken und Versorgungsqualität steigern kann. Bei internationalen Vergleichen müssen jedoch immer die unterschiedlichen gesellschaftlichen Strukturen und Gesundheitsversorgungssystem berücksichtigt werden, so dass unmittelbare Rückschlüsse auf die Situation in Deutschland schwierig sind. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass eine Zentralisierung immer begleitet werden muss von ergänzenden Maßnahmen wie Boardingsystemen, Transport- und Rettungssystemen via Luft und Straße sowie einer Einbindung der niedergelassenen Ärzte sowie der Hebammen.

Maximal zumutbare Entfernung geburtshilflichen Abteilungen:

Die Experten stimmen darin überein, dass es hinsichtlich der maximal zumutbaren Entfernung zur nächsten Geburtshilfe keinerlei evidenzbasierte Daten gibt. Bereits heute akzeptieren viele Schwangere für eine maximale Sicherheit unter der Geburt für sich und ihr Kind eine sinnvolle Zentralisierung der Versorgungsstrukturen und nehmen hierfür weitere Wege in Kauf. Bei der Diskussion um Entfernungen sollte berücksichtigt werden, dass derzeit in Schleswig-Holstein auf dem Festland das nächste Krankenhaus mit geburtshilflicher Abteilung in durchschnittlich 21 Minuten erreicht werden kann (siehe Kapitel 7.3.3).

Die von Prof. Kreienberg diskutierten maximalen Entfernungen von 30 Minuten wurden abgeleitet aus der Notfallversorgung und die Grund- und Regelversorgung in der

Inneren Medizin und Chirurgie. Nach Auffassung der Landesregierung sind diese Überlegungen nicht auf die Geburtshilfe übertragbar. Durch das neue Krankenhausstrukturgesetz ist der G-BA aufgefordert, maximal zumutbare Entfernungen für bestimmte Bereiche der stationären (Notfall)-Versorgung zu definieren. Wenn diese vorliegen, wird eine weitere Prüfung der medizinischen Versorgungsstrukturen notwendig sein.

Die Empfehlung von Prof. Rody, Transporte von Schwangeren im RTW sowie geburtshilfliche Notfälle im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zu untersuchen, könnte ein sinnvoller Ansatz sein. Jedoch müsste zunächst in einer Vorstudie geklärt werden, ob in einer auf das Land Schleswig-Holstein beschränkten Erhebung die Fallzahlen nicht zu niedrig bleiben, um zu auch statistisch belastbaren Aussagen zu kommen. In jedem Fall wäre eine entsprechende Studie mit einem erheblichen finanziellen Aufwand verbunden und hätte eine mehrjährige Laufzeit. Bei den Rettungsdiensten würde sich zudem der Dokumentationsaufwand erheblich erhöhen.

Boarding-Konzepte als sinnvolle Ergänzung:

Im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern gibt es in Deutschland bisher wenig Erfahrung mit dem Boarding. In Schleswig-Holstein wurde das Boarding als unterstützende Maßnahme für die Inseln und Halligen sowie für die Regionen, in denen sich die Wege aufgrund der geschlossenen Geburtskliniken verlängert haben, eingeführt. Das Boarding wird von den Experten überwiegend als sinnvolle Ergänzung angesehen, vor allem für Frauen mit Risiken, die nicht bis zum Geburtstermin vor Ort durch Hebammen oder niedergelassene Gynäkologen betreut werden können. Das heißt, bei der Vorstellung in der Geburtsklinik gemäß Mutterschafts-Richtlinien sollten diese Frauen vorsorglich auch über eine kliniknahe Unterbringung zum errechneten Geburtszeitpunkt beraten werden.

Erfüllung von Mindestanforderungen im Rahmen von Klinikkooperationen

Die strukturellen Mindestanforderungen sind als Vorhaltungen vor Ort zu verstehen, da sie unter Umständen in kürzester Zeit zur Verfügung stehen müssen. Sie können also nicht im Rahmen von Klinikkooperationen erfüllt werden. Eine Kooperation ist jedoch trotzdem möglich bei flexiblen Rund-um-die-Uhr Konzepten für Neugeborenenentransporte mit einem pädiatrischen Notarzt, die für den seltenen Fall einer notfallmäßigen Verlegung eines akut erkrankten Neugeborenen in eine Kinderklinik zur Verfügung stehen sollten. Ziel von Klinikkooperationen sollte immer eine Verbesserung der Qualität der Versorgung sein. Sie kommt auch dann in Frage, wenn im Rahmen einer Kooperation die personellen Mindeststandards vor Ort aufrechterhalten werden können.

Berücksichtigung der besonderen Situation in Insel- und Randlagen

Eine Abweichung von den in der Leitlinie definierten Mindeststandards zur Berücksichtigung der besonderen Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigen Geburtenzahl wird von allen befragten Experten abgelehnt, da dies eine potenzielle Gefährdung der Gesundheit und des Lebens von Mutter und Kind bedeuten würde

und daher keine akzeptable Lösung der regionalen Versorgungsprobleme darstellen kann.

Die Bildung von Netzwerken zwischen wohnortnaher Betreuung und regionaler Entbindungsklinik sollte unterstützt werden sowie insbesondere die Etablierung von klar geregelten und unkomplizierten Transfermöglichkeiten in eine Entbindungsklinik einer den medizinischen Erfordernissen entsprechenden Versorgungsstufe.

Das von Frau Prof. Schäfers vorgeschlagene öffentlich finanzierte Geburtshaus als Alternative zur Geburtsklinik muss kritisch diskutiert werden. Die Zahl der Frauen, die sich für ein Geburtshaus entscheiden, ist bereits heute verhältnismäßig niedrig (siehe Kapitel 7.1). Der Trend zu Geburtshilfeeinrichtungen mit Pädiatrie ist deutlich erkennbar. Zudem wird von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. im Qualitätsbericht 2013⁵² angegeben, dass 16,9 Prozent aller außerklinisch begonnenen Geburten (Hausgeburt, Geburtshaus, Praxis) doch noch unter der Geburt in ein Krankenhaus verlegt werden mussten. Daher würde ein Geburtshaus als Ersatz für eine Geburtsklinik womöglich die Zahl der geburtshilflichen Notfalleinsätze deutlich erhöhen.

10.2 Flächendeckende Versorgung durch regionale Zentren

Die Analyse der Ist-Situation hat bestätigt, dass in der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein eine flächendeckende Versorgung mit adäquaten Krankenhäusern der Versorgungsstufen I bis IV gewährleistet ist.

Dieses gilt auch vor dem Hintergrund, dass in den letzten Jahren in einigen Regionen die Wege zur nächsten Geburtshilfe weiter geworden sind.

Eine Ausnahme bilden – wie auch bei der medizinischen Versorgung insgesamt – die Inseln und Halligen.

Die Entwicklung der vergangenen Jahre hat deutlich gezeigt, dass eine Umkehr bisher statt gefundener Zentralisierungsprozesse nicht möglich sein wird.

Denn in den Diskussionen zu den Geburtshilfen ist deutlich geworden, dass nicht ausschließlich wirtschaftliche Gründe zu den Schließungen geburtshilflicher Standorte geführt haben, sondern dass es sich um einen Zielkonflikt zwischen einer den medizinischen Mindeststandards entsprechenden Geburtshilfe und einer sehr wohnortnahen Geburtshilfe handelt. Auch wenn wirtschaftliche Überlegungen eine Rolle spielen, so setzt sich die Erkenntnis durch, dass eine Geburtshilfe, die medizinischen Mindestanforderungen nicht genügt, nicht durch einen Sicherstellungszuschlag aufrechterhalten werden kann. Insbesondere der Mangel an Fachkräften in ländlichen Regionen ist der wesentliche Grund, dass die personellen Mindestanforderungen nicht erfüllt werden können.

⁵² <http://www.quag.de/quag/publikationen.htm>

10.3 „Safety First“

„Nicht „kurze Wege“, sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines Perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, erhöht die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind. Diese sollte an oberster Stelle stehen bei der Diskussion um optimale Versorgungsstrukturen.“⁵³

Kleine und belegärztlich geführte Geburtshilfen haben deutlich größere Probleme, die Mindestvoraussetzungen an die Strukturqualität zu erfüllen. Dieses muss nicht zwingend und sofort mit einer schlechteren Ergebnisqualität einhergehen. Es steigt jedoch die Gefahr, dass in schwierigen Situationen eine sichere Geburt nicht mehr gewährleistet werden kann.

Auf die Feststellung der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Geburtshilfen mit weniger als 500 Geburten pro Jahr mit einer erhöhten neonatalen Letalität assoziiert, sei an dieser Stelle noch einmal verwiesen.

Aufgabe der Krankenhausplanung des Landes Schleswig-Holstein ist es, gemeinsam mit allen Beteiligten sicherzustellen, dass Mutter und Kind auch zukünftig in dem Krankenhaus versorgt werden können, das ihrem medizinischen Risikoprofil am besten entspricht.

Die Vorhaltung von Alternativen zur klinischen Geburt (Hausgeburt, Geburtshaus) ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Analyse hat gezeigt, dass diese Angebote von Faktoren abhängig sind (z.B. Haftpflichtprämien), die von einer Landesregierung kaum oder nur indirekt zu beeinflussen sind (z.B. Einfluss auf Bundesgesetzgebung). Hinzu kommt, dass die außerklinische Geburtshilfe – genau wie die klinische Geburtshilfe – den Auswirkungen des demografischen Wandels unterworfen ist (Fachkräftemangel, sinkende Geburtenzahlen, Bevölkerungswanderungen).

Unter Berücksichtigung der im Kapitel 1.2 dargelegten rechtlichen Handlungsspielräume des Landes macht die Landesregierung die im Folgenden dargestellten Kriterien für eine Geburtshilfe in Schleswig-Holstein zur Grundlage künftiger Entscheidungsprozesse.

10.4 Kriterien für zukünftige Entscheidungsprozesse

Qualitätssicherung

Die rechtlichen Möglichkeiten der Länder einer aktiven Beteiligung an den bestehenden Instrumenten der Qualitätssicherung sind derzeit nicht befriedigend. Das neue Krankenhausstrukturgesetz wird den Bundesländern hier mehr Informations- und Handlungsmöglichkeiten geben. Die Umsetzung dieser neuen gesetzlichen Normen

⁵³ Prof. Dr. Diethelm Wallwiener: 204. Stellungnahme der DGGG: Zur Anfrage „Expertenanhörung zum Thema Geburtshilfe“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein im Oktober 2014

wird jedoch Zeit in Anspruch nehmen. Das MSGWG wird diesen Umsetzungsprozess aktiv begleiten und sobald wie möglich die dann zur Verfügung stehenden Instrumente in das Landeskrankenhausrecht wie der Krankenhausplanung übernehmen.

Zukünftig werden die Geburtskliniken im neuen Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein gesondert ausgewiesen. Die Landesregierung wird prüfen, ob und in welchem Umfang Vorgaben zur Personal- und Geräteausstattung (Strukturqualität) verbindlich vorgegeben werden können – unabhängig von der Umsetzung der Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes.

Perinatale Einrichtungen (Versorgungsstufe I bis III)

- Die 11 Einrichtungen der perinatalen Versorgung mit den vom G-BA definierten Versorgungslevel I bis III haben eine besondere Bedeutung sowohl für die geburtshilfliche wie auch die pädiatrische Versorgung im Land.
- Diese perinatalen Versorgungszentren der Stufe I bis III versorgen heute etwa zwei Drittel der schwangeren Frauen. Sie haben sowohl von ihrer medizinischen Leistungsfähigkeit her als auch von der Zahl der versorgten Mütter und Neugeborenen eine zentrale Bedeutung für eine gute Geburtshilfe in Schleswig-Holstein. Zugleich stellen sie die pädiatrische Versorgung aller Kinder mit ihrem jeweiligen Versorgungsauftrag sicher.
- Diese 11 Standorte sollen auch zukünftig als Perinatalzentren mindestens der Versorgungsstufe III erhalten bleiben.

Die fünf Perinatalzentren Level 1 in Schleswig-Holstein erfüllen derzeit alle die Anforderungen des G-BA. Neben einer qualitativ hochwertigen neonatologischen Versorgung halten sie intensivmedizinische Kapazitäten in der Pädiatrie vor. Die Landesregierung sieht die Standorte derzeit nicht als gefährdet an. Insgesamt wird in der Bundesrepublik eine Diskussion über eine weitere Zentralisierung der Level 1 Zentren geführt. Vor diesem Hintergrund ist eine erneute Prüfung der Level 1 Zentren dann erforderlich, wenn der G-BA Ergebnisse zur Evaluierung der erhöhten personellen Anforderungen vorgelegt hat (vgl. hierzu Kap. 4.2).

Die vier Perinatalzentren Level 2, erfüllen alle – nach Aussage des MDK – die Anforderungen an die Strukturqualität. Dabei haben die Level 2 Zentren mit Level 1 Zentren annähernd vergleichbar hohe Vorhaltekosten. Aufgrund des Versorgungsauftrages, den die GBA-Richtlinie den Level-2 Zentren vorgibt, gestaltet sich eine entsprechende Refinanzierung jedoch deutlich schwieriger. Die Landesregierung wird in den nächsten Monaten die Versorgungsbedarfe und Versorgungsaufgaben der Level 2 Zentren prüfen und die Ergebnisse mit der Runde der an der Krankenhausplanung Beteiligten erörtern. Erst dann kann eine Diskussion und Entscheidung darüber erfolgen, in welcher Struktur der Versorgungsbedarf optimal gesichert werden kann. Die zwei Perinatalen Schwerpunkte erfüllen die Anforderungen an die Strukturqualität voll umfänglich.

Geburtskliniken (Versorgungsstufe IV)

Die Krankenhausträger der Geburtskliniken stehen in der Verantwortung, die Einhaltung der „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung“ der Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sicherzustellen. Dieses gilt insbesondere für die personelle Ausstattung mit Hebammen, ärztlichem und pflegerischem Personal.

Auf Grund der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Entwicklungen werden besonders kleinere Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV die Herausforderung meistern müssen, trotz demographischen Wandels, sinkender Geburtenzahlen und Fachkräftemangels, die qualitativen und prozessualen Anforderung an eine gute Versorgung sicherzustellen. Dies wird erwartungsgemäß regionale Diskussionsprozesse zur Folge haben.

Wenn zukünftig durch die vorgenannten Sachverhalte die Schließung weiterer kleiner Geburtshilfen zur Diskussion steht, wird im Einzelfall eine Entscheidung zwischen Sicherstellung der Qualität (Strukturqualität) und Wohnortnähe getroffen werden müssen. Der G-BA wird im Rahmen der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen festlegen und konkreten Zeiten vorgeben, wie schnell ein Krankenhaus mit einer Geburtshilfe erreichbar sein muss.

Versorgung ländlicher Regionen mit weiteren Wegen zur nächsten Geburtshilfe

- **Vernetzung der Akteure und Sozialraumorientierung**

Sowohl in Nordfriesland als auch in Ostholstein haben sich mit allen relevanten Akteuren Runde Tische etabliert, um mit der veränderten Versorgungssituation umzugehen. Wie auch in anderen medizinischen Versorgungsbereichen, ist die Anpassung medizinischer Versorgungsstrukturen an den demografischen Wandel ein langfristiger Prozess.

Die Landesregierung unterstützt daher die regionalen Initiativen sowohl mit fachlicher Begleitung als auch finanziell. Unter anderem hat die Landesregierung eine externe fachliche Begleitung ausgeschrieben, die gemeinsam mit den Akteuren vor Ort über die schon umgesetzten Maßnahmen hinaus, weitere Handlungsoptionen zur Verbesserung der Versorgung entwickeln soll.

Im Mittelpunkt stehen Konzepte der Sozialraumorientierung mit den im SGB V vorhandenen Instrumenten (z.B. integrierte Versorgung), mit denen sowohl die klinische als auch die außerklinische Geburtshilfe gestärkt werden kann. Die Ergebnisse dieses Projektes sollen bis Ende des 1. Quartals 2016 vorliegen.

- **Vor- und nachgeburtliche Betreuung – Bedeutung der Hebammen bei der Versorgung im ländlichen Raum**

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die vor- und nachgeburtliche Betreuung der schwangeren Frauen. Ihr kommt eine besondere Bedeutung zu. Expertinnen

und Experten haben dargelegt, dass die Geburtsplanung und die Betreuung und Beratung durch Hebammen, Ärzte und Ärztinnen für die Erkennung möglicher Risiken, die Wahl der richtigen Geburtsklinik sowie die möglichst genaue Bestimmung des voraussichtlichen Geburtstermins wesentlich sind.

In einigen Regionen wird es für schwangere Frauen zunehmend schwerer, eine Hebamme für die vor- und nachgeburtliche Betreuung zu finden. Die Landesregierung unterstützt daher die Landkreise, in denen durch Netzwerke die vor- und nachgeburtliche Betreuung von Frauen gestärkt wird. Das gilt vor allem auch für die konsequente Umsetzung der Mutterschafts-Richtlinie. Im Rahmen der externen Begleitung wird geprüft werden, ob eine Anstellung von Hebammen beim Kreis oder in der Gemeinde – eventuell im Rahmen des Familienhebammenkonzeptes - die Situation verbessern kann und rechtlich und finanziell möglich ist.

Die von der Bundesregierung auf den Weg gebrachten Regelungen zur (Teil-)Kostenübernahme der Haftpflichtversicherung sind nach Auffassung der Landesregierung nicht ausreichend. Die gescheiterten Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband der GKV und den maßgeblichen Hebammenverbänden verdeutlichen den weiterhin dringenden Handlungsbedarf. Die Landesregierung wird sich weiterhin auf Bundesebene für eine tragfähige Lösung einsetzen.

- **Boarding-Angebote**

Bei Bedarf wird das Land mit den Kostenträgern über die Finanzierung weiterer Boardingmöglichkeiten vorzugsweise in einem der 11 regionalen Versorgungszentren verhandeln. Dabei sind das Wettbewerbsrecht sowie die rechtlichen Vorgaben des SGB V zu beachten. Derzeit gibt es bereits Boardingangebote in Flensburg, Niebüll und Eutin.

- **Stabilisierung der Zentren und Sicherstellungszuschläge**

Der Gesetzentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes sieht eine Neuregelung der gesetzlichen Bedingungen für Zentrums- und Sicherstellungszuschläge vor. Die Landesregierung setzt sich in der Umsetzung dieser gesetzlichen Norm dafür ein, dass regionale Zentren, die in Netzwerken zusätzliche, nicht DRG-finanzierte Aufgaben bei der Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen übernehmen, einen Zentrumszuschlag erhalten können (vgl. hierzu Kap. 1.4). Die Landesregierung wird die Bundesregierung auffordern, die Länder an der Erarbeitung von Kriterien für die Genehmigung von Sicherstellungszuschlägen zu beteiligen. Dabei steht im Vordergrund, dass Schleswig-Holstein durch die spezielle geografische Situation mit Inseln und Halligen und die demografische Entwicklung besondere Herausforderungen in der Versorgung der Bevölkerung zu bewältigen hat.

- **Rettungsdienst bei geburtshilflichen Notfällen**

Aufgabe des Rettungsdienstes ist die notfallmedizinische Versorgung auch bei geburtshilflichen Notfällen auf der Grundlage des Rettungsdienstgesetzes (RDG). Zwar sind geburtshilfliche Notfälle selten - gleichwohl ist der Rettungs-

dienst auf diese Fälle vorbereitet und eingestellt. Unabhängig davon haben die Träger des Rettungsdienstes in den vergangenen Monaten zur Vertiefung der Ausbildungskennnisse bei geburtshilflichen Notfällen ergänzende Schulungsmaßnahmen für Rettungsassistenten auf den Weg gebracht. Ergänzend dazu wurde die Nachtflugfähigkeit des in Rendsburg stationierten Rettungshubschraubers ausgeweitet und die Ausstattung einiger Rettungswagen für geburtshilfliche Notfälle ergänzt.

Die Bundesregierung hat mit dem Notfallsanitätäergesetz neue Qualifikationsanforderungen vorgegeben. Das Land hat für die Ausbildung ein Modellcurriculum empfohlen, in dem in der Ausbildung eine stärkere Sensibilisierung für geburtshilfliche Notfälle erreicht werden soll.

Bereits heute wird in einigen Regionen wie z. B. Ostholstein Rettungskräften und Notärzten eine unmittelbar einsatzbezogene ergänzende telefonische Beratung ermöglicht. Diese erfolgt durch rund um die Uhr erreichbare Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen und Hebammen der Perinatalzentren der Level 1 und 2, die z.B. bei Fragen hinsichtlich der Medikation der Schwangeren ergänzende Hilfestellungen geben können. Die Landesregierung hält diese Regelung für sinnvoll und wird – falls erforderlich - den Ausbau unterstützen.

- **Bedeutung der Hebammen bei geburtshilflichen Notfällen**

In einem geburtshilflichen Notfall ist es von enormer Bedeutung, schnell und fachkompetent die richtigen Maßnahmen einzuleiten. Idealerweise werden Notärzte und Fachkräfte des Rettungsdienstes dabei von Hebammen unterstützt, die im besten Fall der werdenden Mutter vertraut sind und damit zur Sicherheit und emotionalen Stabilisierung beitragen.

Die Einbeziehung von Hebammen in den Rettungsdienst ist aufgrund fehlender rechtlicher Grundlagen jedoch sehr schwierig. Für die Insel Sylt konnte mit nachhaltiger, auch finanzieller Unterstützung und Intervention der Landesregierung vom Kreis und von den Kostenträgern eine Hebammen-Notfallbereitschaft ermöglicht werden. Damit wurde erstmals die Einbeziehung von Hebammen bei geburtshilflichen Notfällen vertraglich geregelt.

- **Geburtshäuser**

Von Hebammen geleitete Einrichtungen sind dort, wo die personellen und strukturellen Voraussetzungen gegeben sind, ein Bestandteil des geburtshilflichen Angebots. Sie können aber kein Ersatz für eine Geburtsklinik sein. Ein Geburtshaus benötigt auf jeden Fall die Kooperation mit einer möglichst kurzfristig erreichbaren klinischen Geburtshilfe.

Mit 11 Einrichtungen der Versorgungsstufe I bis III und 11 Geburtskliniken hat Schleswig-Holstein sowohl qualitativ hochwertige Zentren als auch eine sehr breite Grundversorgung, die überwiegend gut zu erreichen sind.

Eine sehr wohnortnahe Versorgung wird aufgrund der demografischen Entwicklung, des Fachkräftemangels und der steigenden Anforderungen an qualitative Voraussetzungen zunehmend auf eine Versorgung in regionalen Zentren verlagert.

Dort, wo die Wege zur geburtshilflichen Versorgung weiter werden, muss mit den beschriebenen Maßnahmen wie Ausbau der Vor- und Nachbetreuung, der Vernetzung zwischen niedergelassenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen, Hebammen und Geburtsklinik und einem entsprechenden Ausbau rettungsdienstlicher Strukturen wie beschrieben reagiert werden.

Mit diesen Maßnahmen wird die Landesregierung auch in Zukunft angesichts der im Bericht dargestellten Herausforderungen und notwendigen Anpassungsprozesse eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung gewährleisten. Dabei orientiert sie sich daran, die Sicherheit für Mutter und Kind im Rahmen der Geburt zu erhöhen und die möglichen individuellen Risiken zu minimieren.

Anlage 1

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V

(Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL)

Nach dieser Richtlinie werden geburtshilfliche Abteilungen vier Versorgungsstufen zugeordnet, dieses beinhaltet auch die entsprechende Versorgung von Risikoschwangeren. Wesentliche Inhalte werden im Folgenden dargestellt. Die aktuelle Fassung der Richtlinie findet sich unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-947/QFR-RL_2014-11-20.pdf

Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus Einrichtungen einer niedrigeren Versorgungsstufe erfolgt nach folgenden Kriterien:

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht unter 1250 Gramm oder mit einem Gestationsalter < 29 + 0 SSW1,
- (2) Schwangere mit Drillingen und mit einem Gestationsalter < 33 + 0 SSW sowie Schwangere mit über drei Mehrlingen,
- (3) Schwangere mit allen pränatal diagnostizierten fetalen oder mütterlichen Erkrankungen, bei denen nach der Geburt eine unmittelbare spezialisierte intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen absehbar ist. Dieses betrifft insbesondere den Verdacht auf angeborene Fehlbildungen (z. B. kritische Herzfehler, Zwerchfellhernien, Meningomyelozenen, Gastroschisis). Hierbei ist darauf zu achten, dass in der aufnehmenden Einrichtung die erforderliche spezialisierte Versorgung gewährleistet werden kann.

Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus Einrichtungen einer niedrigeren Versorgungsstufe erfolgt nach folgenden Kriterien:

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von 1250 bis 1499 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 29 + 0 bis 31 + 6 SSW,
- (2) Schwangere mit schweren schwangerschaftsassozierten Erkrankungen, z. B. HELLP-Syndrom (Hämolyse, Erhöhter Leber Enzymes, Low Platelets) oder Wachstumsretardierung des Fetus unterhalb des 3. Perzentils,
- (3) Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung mit absehbarer Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt

Die Aufnahme von Schwangeren bzw. ihre Zuweisung aus einer Geburtsklinik erfolgt nach folgenden Kriterien:

- (1) Schwangere mit erwartetem Frühgeborenen mit einem geschätzten Geburtsgewicht von mindestens 1500 Gramm oder mit einem Gestationsalter von 32 + 0 bis ≤ 35 + 6 SSW,
- (2) Schwangere mit Wachstumsretardierung des Fetus (zwischen dem 3. und 10. Perzentil des auf das Gestationsalter bezogenen Gewichts),
- (3) Schwangere mit insulinpflichtiger diabetischer Stoffwechselstörung ohne absehbare Gefährdung für Fetus bzw. Neugeborenes.

Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

Die Aufnahme von Schwangeren in eine Geburtsklinik erfolgt nach folgendem Kriterium: Schwangere ab 36 + 0 SSW ohne zu erwartende Komplikationen.

In allen 4 Versorgungsstufen ist die **Risiko-adaptierte Versorgung Schwangerer** zu beachten:

- (1) Schwangere mit einem Risiko gemäß den vom G-BA festgelegten Aufnahme- und Zuweisungskriterien dürfen nur in einer Einrichtung aufgenommen und versorgt werden, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.
- (2) Erfüllt eine von den Schwangeren aufgesuchte Einrichtung die Anforderungen für das jeweilige Risiko der Schwangeren nicht und bedarf es nach Einschätzung der Krankenhausärztinnen und -ärzte einer Krankenhausbehandlung, so ist unverzüglich der Transport der Schwangeren in eine Einrichtung zu veranlassen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.
- (3) Bereits von einer Einrichtung aufgenommene Schwangere, bei denen ein Risiko gemäß den vom G-BA festgelegten Aufnahme- und Zuweisungskriterien eintritt, sind unverzüglich in eine Einrichtung zu verlegen, die mindestens die Anforderungen an die Versorgung der jeweiligen Risikokonstellation erfüllt.
- (4) Im begründeten Einzelfall kann von den Regelungen in den Absätzen 1 bis 3 abgewichen werden, sofern ein solcher Einzelfall unter Abwägung der Risiken für Mutter und Kind und des medizinisch-pflegerischen Versorgungsbedarfs dies erforderlich macht. Jede Einzelfallentscheidung ist unter Angabe der jeweiligen Abwägungsbelange zu dokumentieren.

Darüber hinaus ist die **Risiko-adaptierte Verlegung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm** zu beachten:

- (1) Frühgeborene mit einem aktuellen Gewicht unter 1250 Gramm dürfen in begründeten Einzelfällen in eine Einrichtung der Versorgungsstufe I oder II verlegt werden, wenn dies unter Einbeziehung mindestens der Risiken des Transports und der möglicherweise nicht erfolgenden Einhaltung der in dieser Richtlinie festgelegten Mindestanforderungen medizinisch und psychosozial angemessen erscheint und eine begründete medizinische Versorgungsnotwendigkeit besteht.
- (2) Frühgeborene mit einem aktuellen Gewicht ab 1250 Gramm dürfen in begründeten Einzelfällen in eine Einrichtung der Versorgungsstufe I, II oder III verlegt werden, wenn dies unter Einbeziehung mindestens der Risiken des Transports und der möglicherweise nicht erfolgenden Einhaltung der in dieser Richtlinie festgelegten Mindestanforderungen medizinisch und psychosozial angemessen erscheint und eine begründete medizinische Versorgungsnotwendigkeit besteht.
- (3) Eine wohnortnahe Verlegung von Frühgeborenen mit einem aktuellen Gewicht unter 1250 Gramm darf ab dem 29. Lebenstag in eine Einrichtung der Versorgungsstufe I oder II vorgenommen werden, wenn dies unter Einbeziehung mindestens der Risiken des Transports und der möglicherweise nicht erfolgenden Einhaltung der in dieser Richtlinie für die Versorgung Frühgeborener festgelegten Mindestanforderungen medizinisch und psychosozial angemessen erscheint.

- (4) Eine wohnortnahe Verlegung von Frühgeborenen mit einem aktuellen Gewicht ab 1250 Gramm darf ab dem 29. Lebenstag in eine Einrichtung der Versorgungsstufe I, II oder III vorgenommen werden, wenn dies unter Einbeziehung mindestens der Risiken des Transports und der möglicherweise nicht erfolgenden Einhaltung der in dieser Richtlinie für die Versorgung Frühgeborener festgelegten Mindestanforderungen medizinisch und psychosozial angemessen erscheint.
- (5) Die Verlegungsentscheidung ist unter Angabe der jeweiligen Abwägungsbelange für jedes Kind zu dokumentieren.
- (6) Zur Sicherstellung von Entwicklung und Aufrechterhaltung der Bindung zwischen Mutter und Kind ist es grundsätzlich anzustreben, dass Mutter und Kind in größtmöglicher Nähe zueinander untergebracht und gegebenenfalls gemeinsam verlegt werden.



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen

publiziert bei:	
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------

AWMF-Register Nr.	015/078	Klasse:	S1
--------------------------	----------------	----------------	-----------

*Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft
Medizinrecht (AG MedR)*

Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung

Einleitung

Diese ursprüngliche Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde 1995 publiziert. Sie hat dazu beigetragen, das Niveau der klinischen geburtshilflichen Versorgung zu verbessern. Aus haftungsrechtlicher Sicht definieren die „Mindestanforderungen“ den heute gebotenen Standard der Versorgung.

Die Gesamtzahl der Haftungsklagen ist angestiegen. In der Geburtshilfe beeindruckt allerdings weniger die Zahl der geltend gemachten Ansprüche als vielmehr deren Höhe. Neben den Schmerzensgeldern sind dies insbesondere die hohen Kosten, die durch die Betreuung geschädigter Kinder entstehen. In zahlreichen Fällen waren hier defizitäre Rahmenbedingungen für die Aufrechterhaltung des gebotenen Standards ursächlich.

Der Frauenarzt¹ schuldet seiner Patientin bei all seinen Maßnahmen die gebotene Sorgfalt, d.h. die Einhaltung eines fachspezifischen Standards. Mit dieser Formulierung, die inhaltsgleich mit den „anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst“ oder dem „Stand der Wissenschaft“ ist, umschreibt die Haftungsrechtsprechung des Zivil- und Strafrechts den stets zu fordernden, deshalb objektiv-typisierenden Sorgfaldmaßstab. Nicht „das Übliche“, nicht „individuelle, örtliche Qualitätsdefizite“ oder optimale, ja maximale Bedingungen, sondern der Standard des jeweiligen Fachgebiets ohne Ansehen der Person und ohne Rücksicht auf die subjektiven Fähigkeiten des Arztes ist maßgebend für das ärztliche Tun und Lassen. Abstrakt lässt sich der Standard als das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis Gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können umschreiben, mit den Worten des Mediziners als „die gute, verantwortungsbewusste ärztliche Übung“ im Sinne der Facharztqualität.

¹ zur besseren Lesbarkeit sind mit der männlichen Form „Arzt“ auch die Ärztin, bzw. mit der weiblichen Form „Krankenschwester“ auch männliche Pflegekräfte gemeint.

Mit anderen Worten, das Versorgungsniveau von Frauen und Kindern in der Geburtshilfe ist unabhängig von Ort und Krankenhausgröße und unabhängig von der Uhrzeit jederzeit zu realisieren.

Seit 1995 haben die Rechtsprechung bei Arzthaftungsprozessen, sowie auch der Gemeinsame Bundesausschuss wichtige Maßstäbe gesetzt. Daher lag es nahe, die ursprüngliche Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe dem heutigen Stand der Versorgungsansprüche anzupassen.

1 Voraussetzungen für eine dem Standard entsprechende geburtshilfliche Versorgung

1.1 Personelle Voraussetzungen

1.1.1

Es muss ein im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätiger Arzt (abgeschlossene oder begonnene Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe) ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Dem entspricht auch eine Rufbereitschaft, wenn sie gegenüber einer unmittelbaren Präsenz in der Klinik keine Nachteile beinhaltet, also der Arzt in gleicher Zeit wie ein Arzt im Bereitschaftsdienst bei der Gebärenden sein kann.

1.1.2

Es muss ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe innerhalb von 10 min im Krankenhaus verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten, wenn vorbereitende Arbeiten durch fachkundiges Personal im Krankenhaus (Hebamme, Assistenzarzt etc.) bis zum Eintreffen des Facharztes kompetent erbracht werden können.

1.1.3

Es muss mindestens eine Hebamme ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Vergleichbar ist ein Rufbereitschaftsdienst der Hebamme, wenn sie innerhalb fünf Minuten bei der Schwangeren erscheinen kann.

1.1.4

Es muss ein Anästhesist innerhalb von 10 min bei der Schwangeren verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten, wenn vorbereitende Arbeiten durch fachkundiges Personal im Krankenhaus (Hebamme, Pflegekräfte, Assistenzarzt etc.) bis zum Eintreffen des Facharztes kompetent erbracht werden können.

1.1.5

Es soll mindestens eine examinierte Kinderkrankenschwester ständig rund um die Uhr anwesend sein (Bereitschaftsdienst). Wo dies nicht möglich ist, müssen die in der „integrierten Wochenbettpflege“ tätigen Mitarbeiter (Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern, Hebammen) soweit fortgebildet sein, dass sie in der Lage sind, einerseits die mütterliche (Wund-) Versorgung sicherzustellen, sowie andererseits Notfälle und Krankheiten Neugeborener zu erkennen und entsprechend zu handeln.

1.1.6

Es muss die jederzeitige (24 h x 7 Tage) Operationsbereitschaft durch die ständige Anwesenheit entsprechend ausgebildeten Funktionspersonals sichergestellt sein.

1.1.7

Es müssen jederzeit wichtige Laborergebnisse (rund um die Uhr innerhalb von 2 h verfügbar sein (siehe 1.2.3.4).

1.2 Prozessuale und organisatorische Voraussetzungen

1.2.1 Ziel der Organisation

Die sachgerechte Versorgung der Kreißenden, des Kindes unter der Geburt und des Neugeborenen ist rund um die Uhr sicherzustellen.

Dabei ist die Bereitstellung eines für die Notfallversorgung geeigneten Teams - interdisziplinär und interprofessionell - im Regelfall ausreichend.

1.2.2 Organisationsstatut

Der Krankenhausträger erarbeitet auf der Basis bestehender Empfehlungen und Vorschriften ein Organisationsstatut, das verbindlich die Verantwortlichkeiten der an einer dem Standard entsprechenden Versorgung beteiligten Personengruppen regelt (Frauenarzt, Hebamme, Anästhesist, Kinderarzt, OP- und Pflege-Personal, Labor etc.).

- Der antenatale Transfer der Mutter bei drohender Frühgeburt oder anderen kindlichen oder mütterlichen Risiken soll in ein dem Risiko und der Erkrankung entsprechendes Zentrum (z.B. Perinatalzentrum Level 1 entsprechend G-BA) erfolgen.
- Die bestehenden Vereinbarungen mit Anästhesisten und Pädiatern müssen als Basis einer im Organisationsstatut verankerten Regelung herangezogen werden^{2,3,4,5}.
- Basis der Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfer und Hebamme ist die Leitlinie der AG Medizinrecht der DGGG⁶.
- Die Beherrschung von Notfällen muss rund um die Uhr und auch an Feiertagen sichergestellt werden. Dabei ist eine EE-Zeit von maximal 20 min vorzugeben. Einzelheiten hierzu finden sich in der entsprechenden Leitlinie der DGGG⁷. Im Organisationsstatut muss eine gemeinsame Durchführungsvereinbarung von Geburtshelfern, Hebammen, Anästhesisten, Pädiatern und Pflegepersonal schriftlich niedergelegt werden.
- Weitere Handlungsempfehlungen und Dienstanweisungen („Clinical Pathways“), zum Beispiel für
 - das Vorgehen und die Beratung/Aufklärung bei Klinikeintritt der Gebärenden,
 - das Vorgehen bei mutmaßlicher fetaler Makrosomie
 - das Vorgehen bei mütterlichem Gestationsdiabetes
 - das Vorgehen bei drohender Frühgeburt/Verdacht
 - das Vorgehen bei Verdacht auf Intrauterine Infektion
 - die Behandlung einer Schulterdystokie,
 - eines HELLP-Syndroms,
 - einer Beckenendlage etc.sollen ebenfalls Gegenstand des Organisationsstatuts sein und ausformuliert werden.

² Gemeinsame Stellungnahme der DGGG, des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) zur Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe. www.dggg.de/Leitlinien

³ Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI), DGGG, DGAI, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM): die Erstversorgung von Neugeborenen. www.dggg.de/Leitlinien

⁴ GNPI, DGGG: Betreuung des gesunden Neugeborenen im Kreissaal und während des Wochenbettes der Mutter. www.dggg.de/Leitlinien

⁵ GNPI, Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), DGPM, DGGG: Verlegung Neugeborener aus Geburtskliniken in Kinderkliniken (neonataler Transport). www.dggg.de/Leitlinien

⁶ Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe. www.dggg.de/Leitlinien

⁷ DGGG: zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (EE-Zeit) bei einer Notlage. www.dggg.de/Leitlinien

1.2.2.3 Die Ausstattung des Kreißsaals

- Gerätschaften und Einrichtungen zur kontinuierlichen Herzfrequenz- und Wehenregistrierung sowie für die mütterliche transkutane Sauerstoffsättigungsmessung
- Gerätschaften zur kontinuierlichen Blutdruckmessung der Mutter
- Gerätschaft für die Entnahme und Untersuchung fetalen Blutes (Amnioskop, pH-Meter mit der Option der Messung von metabolischen Parametern)
- Ein Gerät zur Blutgasanalyse aus fetalem, neonatalem und mütterlichem Blut
- funktionsgeprüfte Gerätschaften zur Reanimation des Neugeborenen: Reanimationstisch, Wärmestrahler, regulierbare Absaugung, Säuglings-Stethoskop, Pulsoximeter, Säuglings-Blutdruckmessgerät, Beatmungsbeutel, Atemmaske, Laryngoskop, Magill-Zange, Nasotrachealtuben, Nabelgefäßkatheterbesteck
- Es ist ein so genanntes Notfall-Labor rund um die Uhr bereitzuhalten, das mindestens über folgende Untersuchungsmöglichkeiten verfügt: Differenzialblutbild, Gerinnung, Elektrolyte, Blutgruppenbestimmung inklusive Antikörpern, Infektionsparameter wie CRP und IL-6 oder -8, Bilirubin

2. Die Maßnahmen im Einzelnen

2.1

Die für die Sicherstellung von Mutter und Kind notwendigen Leistungen müssen jederzeit erbracht werden können, insbesondere soll eine Notsectio innerhalb von 20 min jederzeit durchführbar sein⁹.

Die dieser Forderung zu Grunde liegende EE-Zeit, (Entschluss-Entwicklungs-Zeit) von 20 min geht davon aus, dass der Entschluss zur Sectio auf einer kompetenten Beurteilung der Situation basiert. Die EE-Zeit beginnt daher mit einer Indikationsstellung durch den Facharzt. Das Ausrufen des Notfalls mit der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen kann auch zum Beispiel durch die Hebamme oder den Assistenzarzt erfolgen.

Die Zeitvorgabe von 20 min stellt eine Orientierungsgröße dar. Im Einzelfall wird der Gesundheitszustand der Kreißenden und des Kindes ebenso zu berücksichtigen sein wie außergewöhnliche Umstände im Organisationsablauf.

2.2

Die Erstversorgung des Neugeborenen muss durch einen auf diesem Gebiet erfahrenen Arzt kompetent sichergestellt werden. Ob dies der Geburtshelfer, der Kinderarzt oder der Anästhesist ist, ist kein prinzipielles Problem, sondern entscheidet sich danach, wer in der gegebenen Notsituation am kompetentesten ist. Diesbezüglich müssen bindende Regelungen im Organisationsstatut geschaffen werden.

2.3

Der Geburtsbereich

- soll auf der gleichen Ebene liegen wie OP-Bereich, Aufwachraum und Intensivstation (der Schlüssel zum Op-Bereich ist ständig verfügbar)
- ist apparativ so einzurichten, dass neben der adäquaten Versorgung normaler Geburten auch unerwartete Zwischenfälle rechtzeitig erkannt und effizient behandelt werden können
- muss eine adäquate, d.h. einem Aufwachraum vergleichbare, postoperative Überwachung möglich machen
- muss in Fällen von Komplikationen eine intensivmedizinische Versorgung organisatorisch sicherstellen⁸

⁸ AG Medizinrecht der DGGG: Zur Frage der postoperativen Überwachung von Kaiserschnittpatientinnen. www.dggg.de/Leitlinien

- muss eine ständige geregelte Kommunikation und Kooperation mit dem regionalen Perinatalzentrum organisieren.

3 Weitere Verpflichtungen

3.1

Die geburtshilfliche Abteilung verpflichtet sich zur Regionalisierung entsprechend der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen⁹. Dabei ist explizit vorzugeben, welche Patientinnen mit welchen Risiken nicht in dieser geburtshilflichen Abteilung behandelt werden können, sondern vor der Klinikaufnahme an eine andere größere geburtshilfliche Abteilung beziehungsweise Perinatalzentrum abgegeben werden müssen¹⁰.

3.2

Die geburtshilfliche Abteilung verpflichtet sich zu regelmäßiger, interprofessioneller, strukturierter Weiterbildung.

3.3

Der Krankenhausträger ist für die Bereitstellung der Mindestversorgung (in Belegabteilungen gemeinsam mit den Belegärzten) verantwortlich.

3.4

In Qualitätsberichten der geburtshilflichen Abteilungen ist auf die Erfüllung dieser Mindestanforderungen gesondert hinzuweisen.

3.5

Kostendruck ist kein Rechtfertigungsgrund für die Unterschreitung dieser Mindestanforderungen. Wo dies nicht gewährleistet werden kann, bleibt als Ausweg in der Regel die Regionalisierung, konkret: die rechtzeitige Verlegung der Patientin oder die Schließung der Abteilung.

⁹ Vereinbarung des gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen in der Fassung vom 27. Mai 2009. www.dggg.de/Leitlinien

¹⁰ DGGG, DGPM, GNPI, DGKJ und BLFG: Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe. www.dggg.de/Leitlinien

Leitlinienreport

Federführend für die AG Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. Dr. D. Berg, Dr. R. Ratzel, Prof. Vetter, Prof. Dudenhausen, Prof. Obladen, Berlin

Mitglieder der AG Medizinrecht:

*Vors. Richter R. Baur, Hamm (Münster)
Prof. Dr. med. D. Berg, Amberg
Frau Dr. med. G. Bonatz, Bochum
Prof. Dr. med. J. W. Dudenhausen, Berlin
Dr. med. M. Gonser, Wiesbaden
*Frau RÄ C. Halstrick, München
*Dr. jur. U. Hamann, Celle (2. Vorsitzender)
Prof. Dr. med. H. Hepp, München
Prof. Dr. med. E. Keller, Ingolstadt
*Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig
*Frau OStÄ S. Nemetschek, Celle
*RA F. M. Petry, Detmold
*Dr. jur. R. Ratzel, München
Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Northeim(1. Vorsitzender)
Prof. Dr. med. K. Renziehausen, Chemnitz
*Frau Ruth Schimmelpfeng-Schütte, Celle
*Frau Prof. Dr. jur. E. Schumann, Göttingen
Prof. Dr. med. T. Schwenger, Dortmund
*Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, Göttingen
Dr. med. F. Staufer, Dachau
Prof. Dr. med. A. Strauss, Kiel
Prof. Dr. med. A. T. Teichmann, Aschaffenburg
*Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer, München
Dr. med. A. Umlandt, Bremen- BVF
Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin
*RA P. Weidinger, München
Prof. Dr. med. A. Wischnik, Augsburg
* (Juristen)

Publiziert In Frauenarzt 1995; 36:27ff

Aktualisiert Oktober 2011

Mitglieder der AG Medizinrecht 2013

Juristische Mitglieder:

R. Baur, Hamm, Münster
RÄ C. Halstrick, München
Dr. jur. U. Hamann, Celle
Prof. Dr. jur. B.-R. Kern, Leipzig
OStÄ S. Nemetschek, Celle
RA F. M. Petry, Detmold
Dr. jur. R. Ratzel, München
Prof. Dr. jur. E. Schumann, Göttingen
Dr. jur. Ch. Simmler, Berlin
Fr. StÄ Söfker, Hannover

Medizinische Mitglieder:

Prof. Dr. med. D. Berg, Amberg
Frau Dr. med. G. Bonatz, Bochum
Prof. Dr. med. J.W. Dudenhausen, Berlin
Prof. Dr. med. M. Gonser, Wiesbaden
Prof. Dr. med. H. Hepp, München
Prof. Dr. med. R. Rauskolb, Göttingen
Prof. Dr. med. T. Schwenger, Dortmund
Dr. med. F. Staufer, Dachau
Prof. Dr. med. A. Strauss, Kiel
Prof. Dr. med. A. T. Teichmann, Aschaffenburg

Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, Göttingen Dr. med. A. Umlandt, Bremen – BVF
Prof. Dr. Dr. jur. K. Ulsenheimer, Mch. Prof. Dr. med. K. Vetter, Berlin
RA P. Weidinger, München

Überarbeitung und Gültigkeit bestätigt durch die Mitglieder der AG Medizinrecht im März 2013.

Die Gültigkeit der Leitlinie wurde durch den Vorstand der DGGG und die DGGG Leitlinienkommission im Mai 2013 bestätigt.

Die Gültigkeit der Leitlinie geht bis Mai 2016.

© DGGG 2013

Erstellungsdatum: 05/2013

Nächste Überprüfung geplant: 05/2016

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online



AWMF-Register Nr.	087/001	Klasse:	S1
--------------------------	----------------	----------------	-----------

Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland

Erstellende Fachgesellschaft: DGPM

AG-Mitglieder:

Für die DGPM: Prof. Dr. R. Rossi und Prof. Dr. K. Vetter

Für die DGGG: Prof. Dr. E. Schleußner

Für die DGPGM: Prof. Dr. D. Grab

Für die DGKJ: Prof. Dr. C. Bühner

Für die GNPI: Prof. Dr. E. Herting und Dr. D. Olbertz

Für die DGKCH: Prof. Dr. B. Tillig

Für die DGAI: Dr. K. Becke

Patientenvertreter: H.-J. Wirthl (Bundesverband „Das Frühgeborene Kind“)

Präambel

Die DGPM und die anderen beteiligten Fachgesellschaften sowie die Patientenvertretung intendieren mit dieser Leitlinie, die die bisherige Leitlinie (1) fortentwickelt, die Strukturierung der perinatalen Versorgung in Deutschland entsprechend den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2) differenzierend zu ergänzen, wobei diese Mindest-Anforderungen durchweg eingehalten werden. Dies geschieht mit dem Ziel, die Sicherheit von Mutter und Kind sowie wichtige Ergebnisparameter zu optimieren.

Ungeachtet des mehrfach belegten Zusammenhangs zwischen Struktur- und Ergebnisqualität - für Intensivstationen allgemein, aber auch für Neugeborenen-Intensivstationen im Besonderen (3 - 7) - ist eine gute perinatologische Versorgung letztlich über Ergebnisqualität zu definieren. In Deutschland stößt die Erfassung der Ergebnisqualität mit Hilfe der Neonatalerhebung allerdings an Grenzen. Während die Unterdokumentation (8) über die Koppelung der Qualitätssicherung an Abrechnungsdaten abnimmt, lässt sich das Problem der Unteradjustierung für zuweisungssteuernde Risikofaktoren nur durch ausreichend kleine, über Geburtsgewicht oder Gestationsalter definierte Strata lösen. Die mangelnde Nachverfolgbarkeit verlegter Patienten („Verlegungsketten“) erschwert die Betrachtung der Ergebnisqualität und macht einen Übergang von einer Fall- zu einer Patienten-basierten Betrachtungsweise erforderlich, die in anderen Ländern bereits realisiert ist.

Die vorliegenden Empfehlungen berücksichtigen die aktuelle Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.06.2013 inklusive seiner Nomenklatur, obwohl die meisten internationalen Klassifikationen (u.a. 9) eine „umgekehrte“

Abstufung verwenden, also die jeweils höchste Versorgungsstufe als „Level III“ bezeichnen; dies erschwert im Einzelfall die Vergleichbarkeit der Strukturen.

In dem Bemühen, Doppelungen zu vermeiden, wird darauf verwiesen, dass AWMF-Leitlinien zur Betreuung von Mutter und Kind in ihren jeweils aktuellen Fassungen zu beachten sind. Es handelt sich insbesondere um die Leitlinien

- 024/001 - Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe
- 024/002 - Verlegung von Früh- und Reifgeborenen in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe
- 024/003 - Aufgaben des Neugeborenennotarzt-Dienstes
- 024/004 - Erstversorgung von Neugeborenen
- 024/005 - Betreuung des gesunden reifen Neugeborenen in der Geburtsklinik
- 057/023 - Diabetes und Schwangerschaft
- 024/006 - Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter
- 024/007 - Hyperbilirubinämie des Neugeborenen - Diagnostik und Therapie
- 024/019 - Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes
- 024/023 - Hypothermiebehandlung asphyktischer Neugeborener

und eine derzeit entstehende LL der GNPI zur psychosozialen Betreuung in der Perinatalmedizin (024/027) sowie einschlägige Regelungen nach dem Infektionsschutzgesetz und der aktuell geltenden RKI-Richtlinien.

Damit nimmt die Leitlinie nicht eigens Stellung zu Verlegungsindikationen, Struktur und apparativen Ausstattungen, die in der G-BA-Richtlinie ohnehin vorgegeben sind und/oder in den genannten Leitlinien ausgeführt sind, um so Doppelungen zu vermeiden.

Geburtsmedizinische und anästhesiologische Voraussetzungen für eine geburtshilfliche Tätigkeit

Neben den in der Weiterbildung ohnehin verankerten Kenntnissen in der Notfallversorgung muss jede Klinik sicherstellen, dass ein regelmäßiges Notfall- und Teamtraining sowie Übungen zum Management unter Stress für die typischen fachspezifischen Notfallsituationen wie z.B. Schulterdystokie, peripartale Blutungen, hämorrhagischer Schock und Reanimation des Reif- und Frühgeborenen trainiert werden.

Jede geburtshilfliche Klinik muss zudem sicherstellen, dass die für die Sicherheit von Mutter und Kind Entscheidungs-Entbindungszeit („E-E-Zeit“) unter 20 Minuten jederzeit einzuhalten ist. Hierfür muss im Bereich der Geburtshilfe eine anästhesiologische ärztliche 24-Stunden-Bereitschaftsdienstleistung (inklusive anästhesiologischer Pflegekraft) gewährleistet sein. Ein Bereitschaftsdienst reicht dafür aus, da im Unterschied zur neonatologischen Betreuung der Intensivstation ein vergleichbar kontinuierlicher anästhesiologischer Bedarf in der Geburtshilfe nicht besteht. Der anwesende Anästhesist muss in geburtshilflichen Analgesie- und

Anästhesieverfahren geschult und erfahren sein. Ist er kein Facharzt, so bedarf es eines fachärztlichen Rufdienstes.

Grundsätzlich ist in Geburtskliniken ohne Pädiatrie der Geburtshelfer für die Erstversorgung von Neugeborenen ärztlich-organisatorisch verantwortlich. Für Ausnahmefälle müssen verbindliche Absprachen über die Zuständigkeit für die Erstversorgung von kranken Neugeborenen existieren und der zuständige Arzt der Geburtshilfe oder der Anästhesie in der Erstversorgung von Neugeborenen geschult (z.B. durch einen Neugeborenennotarztkurs der GNPI oder einen ERC-Kurs „Newborn Life Support“) und erfahren sein.

Die Anästhesie-Pflegekraft soll zudem in der Assistenz bei geburtshilflicher Anästhesie und Analgesie und gegebenenfalls bei der Erstversorgung von Neugeborenen ausreichend erfahren sein.

Auch bei Schwangeren ohne spezielles peripartales Risiko kann es grundsätzlich und jederzeit im Verlauf zu Komplikationen kommen, die eine Intensivtherapie notwendig machen. Es ist daher zu fordern, dass unabhängig von der Versorgungsstufe Strukturen zur Erstversorgung, d.h. zur primären intensivmedizinischen Überwachung und/oder Therapie in allen geburtshilflichen Kliniken vorhanden sind.

Für die Weiterbehandlung und/oder spezielle Therapieformen, die in der intensivmedizinischen Einrichtung der Geburtsklinik nicht angeboten werden (z.B. Behandlung des Lungenversagens inklusive extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), kontinuierliche Nierenersatztherapie (CRRT), kardiale Unterstützungssysteme (VAD) etc.) soll eine Absprache mit einer spezialisierten intensivmedizinischen Abteilung/Klinik vorliegen.

Assoziierte Einrichtungen für die Versorgung der Schwangeren/Mutter, die 24 h verfügbar sein müssen, sind:

- Notfalllabor
- Blutbank/Blutdepot

Weitere Konsildienste ohne prinzipielle 24-h-Verfügbarkeit sind:

- Kardiologie
- Radiologie
- Pathologie inkl. Plazentahistologie

Die Implementierung bzw. Vorhaltung folgender Strukturen kann zu einer weiteren Optimierung der Versorgung Schwangerer führen:

- **Antepartale** anästhesiologische Vorstellung aller identifizierbaren Risikoschwangeren durch den Geburtshelfer (z.B. BMI > 40, Präeklampsie, schwierige Atemwege, Mehrlinge etc.)
- Frühzeitiges Einbeziehen eines Anästhesisten in den *peripartalen* Ablauf bei Risikoschwangeren (Präeklampsie, Eklampsie, HELLP etc.)
- Erstellung von SOPs zu definierten Risikokonstellationen
 - Peripartale Blutung
 - Fruchtwasserembolie
 - Lokalanästhetika-Intoxikation
 - Reanimation Schwangerer
- Verfahrensbeschreibungen für anästhesiologische Standardverfahren
 - Peridurale/spinale Anästhesie und Analgesie
 - Postpartale Analgesie
- Interdisziplinäre Festlegungen
 - Vorgehen bei zwei zeitgleichen Notfällen
 - Abklärung von Intensivbettenkapazität, Verlegungspolitik

- Zeitlimit, in dem eine PDA bei jeder Schwangeren regelhaft durchführbar sein sollte
- Festlegung, wer im Rahmen von rückenmarknahen Analgesieverfahren jederzeit für die Schwangere zur Verfügung stehen muss (Anwesenheitspflicht im Krankenhaus)
- *Antepartale* Informationsmöglichkeiten der Schwangeren über die angebotenen Formen der geburtshilflichen Anästhesie und Analgesie und deren Komplikationsmöglichkeiten (in mehreren Sprachen)
- Anästhesiologische Qualitätssicherung der durchgeführten Anästhesie-/ Analgesieverfahren in der Geburtshilfe (z.B. Versagerraten, Rate an postpunktionellem Kopfschmerz, Konversionen/ITN-Sectio)

Unabhängig von der Level-Zuordnung ist zu fordern, dass jede Klinik sich an den Qualitätssicherungsverfahren wie der Peri- und Neonatalerhebung sowie an Systemen zur Infektionssurveillance beteiligt. Dazu gehören regelmäßige Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen.

Wann und wo immer Neugeborene behandelt werden, sind die vom G-BA geforderten Prinzipien der entwicklungsfördernden Pflege umzusetzen. Im Falle jeder Erkrankung von Mutter und/oder Kind greifen zudem die vom G-BA geforderten Grundsätze zur psychosozialen Betreuung.

Pflegekräfte auf neonatologischen Intensivstationen

Für diese Pflegekräfte ist ein Zusammenhang zwischen der Besetzungstärke und verschiedenen Ergebnis-qualitativen Parametern gezeigt worden (6, 7, 10 - 14). Daher ist im G-BA für Frühgeborene (Gestationsalter < 37+0 SSW) eine an der entsprechenden Festlegung der British Association of Perinatal Medicine (BAPM) von 2011 orientierte Anforderung (15) hinterlegt, die sich nicht an der Bettenzahl einer gegebenen Station, sondern vielmehr an der individuell notwendigen Pflegeintensität der betreuten Patienten orientiert; dies ist in der 2014 aktualisierten Fassung der BAPM-Empfehlungen bekräftigt (16). Während der G-BA-Beschluss den Fokus auf Frühgeborene legt, umfassen die o.g. BAPM-Kriterien unterschiedslos Früh- und Reifgeborene, bei denen bei bestimmten Krankheitsbildern ein ähnlich hoher Pflegebedarf wie bei kleinen Frühgeborenen besteht. Berechnungen des Pflegeschlüssels auf neonatologischen Intensivstationen sollen dieser Tatsache Rechnung tragen. Besonders Zentren, die Kinderchirurgie oder Kinderkardiochirurgie in größerem Umfang anbieten, werden einen hohen Anteil an reifen Neugeborenen zu betreuen haben, die einer 1:1 Betreuung in der perioperativen Pflege bedürfen. Diese Leitlinie schlägt unter Berücksichtigung der in Deutschland üblichen Aufgabenverteilung zwischen Pflegekräften und Ärzten die folgende Klassifikation der Pflegeintensität von Früh- und Neugeborenen vor. Damit soll der Patientensicherheit bei potentiell risikoreichen Prozeduren ebenso Rechnung getragen werden wie der Tatsache, dass die ersten Therapietage eines kranken Früh- und Reifgeborenen häufig besonders pflegeintensiv sind. Im Unterschied zu den Empfehlungen der BAPM wird z.B. eine parenterale Ernährung nicht per se als besonders pflegeintensiv gewertet, da die Herstellung der parenteralen Ernährungslösungen aus Infektionsschutzgründen typischerweise eine Aufgabe der Krankenhausapotheken darstellt. Die zur Verfügung gestellten Pflegekräfte sollen aber auch die vom G-BA geforderte entwicklungsfördernde Pflege sowie die

Elterngarbeit und die Anforderungen, die sich aus dem Infektionsschutz ergeben, für diese Patienten erfüllen. Daher sind hier zusätzlich berücksichtigte Empfehlungen zur pflegerischen Ausstattung die der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI, 17) sowie der BAPM in der Version von 2001 (18).

Der häufig nicht planbaren und wechselnden Belegungsintensität neonatologischer Intensivstationen soll durch Anpassung der Pflegepersonalbesetzung innerhalb von 24 h begegnet werden, um gegebenenfalls auch in- oder externe Verlegungen organisieren zu können.

Kriterien für Intensivtherapie-Patienten (Pflegeverhältnis 1:1)

1. Endotracheale Beatmung
2. Nicht-invasive druckunterstützte Beatmung (z.B. NIPPV, NHFOV, CPAP) bei Frühgeborenen mit einem aktuellen Gewicht < 1.000 g Tag 1 – 3*
3. Nabelvenen- oder –arterienkatheter, peripherer Arterienkatheter
4. Tag einer Operation, einer Austauschtransfusion, Dialyse oder ECMO-Therapie
5. Therapeutische Hypothermie
6. Kontinuierliche Insulin-, Prostaglandin-, Katecholamin- oder Opiatinfusion (Tag 1 – 3)
7. Thoraxdrainage, Schlüpf-(Replogle-)Sonde bei Ösophagusatresie, intraoperativ gelegte Magensonde bei operativer Ösophagusatresiekorrektur, inkompletter Bauchdeckenverschluss, externe Ventrikeldrainage (Tag 1 – 3)
8. Barrierepflege bei multiresistenten Keimen, sofern keine Kohortierung möglich ist
9. Tag des Todes

Kriterien für Intensivüberwachungs-Patienten (Pflegeverhältnis 1:2)

1. Nichtinvasive druckunterstützte Beatmung (nicht aber Flow-Brille/Sonde)
2. Zentraler Katheter, Tracheostoma, suprapubischer Katheter, Nasochoanal-Röhrchen, kontinuierliches aEEG-Monitoring (Tag 1 – 3)
3. Thoraxdrainage, Schlüpf-(Replogle-)Sonde, intraoperativ gelegte Magensonde nach operativer Korrektur einer Ösophagusatresie, Inkompletter Bauchdeckenverschluss bei Bauchwanddefekten, externe Ventrikeldrainage (nach Tag 3)
4. Kontinuierliche Insulin-, Prostaglandin-, Katecholamin- oder Opiatinfusion (nach Tag 3)
5. Barrierepflege, sofern eine Kohortierung möglich ist
6. Medikamentös behandelte neonatale Drogenentzug

Kriterien für Neugeborenen-Spezialpflege (Pflegeverhältnis 1:4)

Alle anderen hospitalisierten Neugeborenen mit mindestens 4-stündiger Dokumentation der Vitalparameter

1. Kontinuierliches Monitoring von EKG, Atmung und/oder Sauerstoffsättigung
2. Sauerstofftherapie
3. Magen-, Jejunalsonde oder Gastrostoma
4. Infusion über einen peripheren venösen Zugang
5. Phototherapie

6. Stomapflege

*: Bezeichnungen der Tage meinen die Interventions- nicht die Lebensstage

Stufensystem der perinatologischen Versorgung

Versorgungsstufen	Geburtsmedizinische Versorgungsstufen	Neonatologische Versorgungsstufen
IV	Geburtshilfliche Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik)	Kooperation mit Kinderklinik für Notfallbetreuung und Vorsorge-Untersuchungen (letzteres ggf. mit niedergelassenem Pädiater)
III	Geburtshilfliche Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (Perinataler Schwerpunkt)	Neonatologische Grundversorgung in einer Kinderklinik (Perinataler Schwerpunkt)
II	Perinatalzentrum Level 2	Perinatalzentrum Level 2
I	Perinatalzentrum Level 1	Perinatalzentrum Level 1

In **Geburtskliniken** sollen exklusiv Schwangere ohne bekannte Risiken und am Geburtstermin versorgt werden; allerdings ist zu fragen, inwieweit isolierte Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderkliniken dem geforderten Aspekt einer maximalen Sicherheit für Mutter und Kind bei seltenen Komplikationen genügen, da insbesondere niedrige Geburtenzahlen (< 500 p.a.) mit einer erhöhten neonatalen Letalität assoziiert sind (19). Neugeborenentransporte müssen wegen des höheren Transportrisikos der Neugeborenen durch rechtzeitige präventive Verlegung von Risikoschwangeren soweit als irgend möglich vermieden werden. Damit werden ein postnataler Neugeborenentransport und die zumindest vorübergehende Trennung von Mutter und Kind auf unvorhersehbare Notfälle beschränkt. Ist ein postnataler Transport dennoch nicht zu vermeiden, ist unbedingt anzustreben, Mutter und Kind in dieselbe Zielklinik zu verlegen. Eine neonatologische Behandlung in einer Geburtsklinik ohne angeschlossene Kinderklinik ist nicht sachgerecht.

Schwangere mit bekannten Risiken und/oder Entbindung vor 36+0 SSW sollen ausschließlich in Geburtskliniken versorgt werden, in denen eine adäquate präpartale und geburtshilfliche Behandlung möglich ist. Analog sollen Kinder, bei denen eine postnatale Therapie absehbar ist, ausschließlich in Einrichtungen geboren werden, in denen eine Pädiatrie bzw. Neonatologie (stratifiziert nach Risikosituation und Reifestatus des Kindes) vorhanden ist und pränatal diagnostizierte Probleme adäquat versorgt werden können.

Eine leistungsfähige Perinatalmedizin auf einer mittleren Versorgungsstufe (Versorgungsstufe III, **Perinataler Schwerpunkt**) soll eine flächendeckende Versorgung von Mutter und Kind auch noch bei erhöhten perinatalen Risiken gewährleisten. Diese Einrichtungen sollen in der Lage sein, plötzlich auftretende, unerwartete Notfälle adäquat zu behandeln. Bei anhaltenden Problemen des Neugeborenen soll aber eine Verlegung in eine Einrichtung mit höherer neonatologischer Versorgungsstufe erfolgen. Prinzipiell sollen in einer Kinderklinik mit perinatalem Schwerpunkt nur Kinder mit einem Gestationsalter $\geq 32+0$ SSW und einem Geburtsgewicht ≥ 1.500 g behandelt werden.

Eine Betreuung von Hochrisiko-Schwangeren sowie Reif- und Frühgeborenen mit hohen Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken muss hingegen zur Gewährleistung der

Sicherheit von Mutter und Kind in geburtshilflich-neonatologischen **Perinatalzentren** (Versorgungsstufe II und I bzw. **Level 1 und 2**) erfolgen. Diese erfüllen umfassende Anforderungen an Struktur und Qualifikationen zur Gewährleistung einer sicheren Betreuung auch kritisch kranker Schwangerer sowie Reif- und Frühgeborener. Die höchsten Anforderungen sind an ein Perinatalzentrum des Levels 1 zu stellen, da dort Patienten mit dem höchsten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko zu betreuen sind. In der Konsequenz ist für ein solches Perinatalzentrum eine nochmals höhere Qualifikation der Mitarbeiter gerechtfertigt und gefordert, um für diese sehr wenigen, aber hochgradig gefährdeten Patienten die maximal mögliche Sicherheit zu gewährleisten. Alle Schwangeren mit pränatal diagnostizierten fetalen Fehlbildungen und Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen sind in ein Perinatalzentrum zu verlegen. Operative Eingriffe sollen nur von Kinderchirurgen bzw. bei Bedarf von chirurgischen Disziplinen mit Expertise, z.B. in Kinderkardiochirurgie, Kinderneurochirurgie oder Kinderurologie, durchgeführt werden. Für einige sehr seltene Fehlbildungen ist eine besondere Erfahrung zu fordern, die nur in wenigen Zentren vorgehalten werden muss. Für die Anästhesie soll ein Facharzt für Anästhesiologie mit Expertise in Kinderanästhesie zur Verfügung stehen.

Versorgungsstufe IV: Geburtshilfliche Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik („Geburtsklinik“) – Struktur-qualitative Anforderungen

Geburtshilfe: Zur Aufnahme von Schwangeren in eine Geburtsklinik und zur Zuweisung in die höhere Versorgungsstufen: s. G-BA-RL

Hebammen: Es soll eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren *sub partu* durch eine Hebamme gewährleistet sein. Dazu soll mindestens eine Hebamme in der Klinik anwesend und mindestens eine weitere rufbereit sein. Um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit ≤ 600 Geburten/Jahr zu gewährleisten, sind somit mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Abhängig von der jährlichen Geburtenrate sollen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine 1 zu 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist. Dies erfordert pro zusätzlichen 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen (20, 21).

Anästhesie/OP: Es gelten die o.g. Voraussetzungen.

Neonatologische Pflege: 24-h-Präsenz einer qualifizierten Pflegekraft oder Hebamme mit Erfahrung/Qualifikation in der Betreuung eines gesunden Neugeborenen; diese Person muss in der Lage sein, Störungen in der Neonatalperiode zu erkennen und erforderlichenfalls und in Absprache mit dem verantwortlichen Arzt diagnostische Schritte bzw. eine Verlegung in eine geeignete Kinderklinik zu initiieren.

Für neonatologische Notfälle sollen sowohl ein Notfallvorgehen als auch ein Kooperationsvertrag mit einer Kinderklinik vorliegen und bekannt sein. Ferner bedarf es eines geregelten Vorgehens für neonatologische Visiten und Vorsorgeuntersuchungen.

Die genannten Strukturmerkmale gelten auch für die Betreuung gesunder Neugeborener in Kliniken anderer Versorgungsstufen.

Versorgungstufe III: Geburtshilfliche Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik („Perinataler Schwerpunkt“) – Struktur-qualitative Anforderungen

Geburtshilfe: s. G-BA-RL

Hebammen: Anforderungen s.o.

Anästhesie/OP: Anforderungen s.o.

Pädiatrie: s. G-BA-RL

Kinderchirurgie: Es besteht eine Kooperationsvereinbarung für eine kinderchirurgische Behandlung (Expertise für Neugeborenenchirurgie) in den Fällen, in denen eine Therapie in einer Level 1 oder 2-Einrichtung nicht indiziert ist.

Versorgungstufe II: Perinatalzentrum Level 2 – Struktur-qualitative Anforderungen

Geburtshilfe: s. G-BA-RL

In einem Perinatalzentrum Level 2 sollen jederzeit ein FA für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Verfügung stehen und im Kreißaal eine ärztliche 24-h-Präsenz mit Facharztstandard gegeben sein.

Im Rufdienst soll ein FA mit Schwerpunkt (SP) Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin erreichbar sein, es sei denn, der präsenente Arzt verfügt über diese Qualifikation.

Pränataldiagnostik und -therapie sollen entsprechend der DEGUM-II-Qualifikation vorgehalten werden.

Es soll eine Weiterbildungsbefugnis im SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin für mindestens 1 Jahr vorliegen.

Es soll die Sicherstellung einer E-E-Zeit < 20 Minuten auch bei zeitgleichen Notfällen gegeben sein.

Die beteiligten Fachgesellschaften sind sich einig, dass die Forderung nach einer fachärztlichen Präsenz im Bereich der Geburtsmedizin über die durch den G-BA bisher gestellten Anforderungen hinausgeht. Da im Perinatalzentrum jedoch bei kritisch kranken Schwangeren über Zeitpunkt und Form der Entbindung ggf. sehr rasch und kompetent entschieden werden muss, erscheint diese Forderung gerechtfertigt.

Hebammen: Anforderungen s.o. Leitung des Entbindungsbereiches durch eine Hebamme mit nachgewiesener Leitungsqualifikation

Anästhesie/OP: Anforderungen s.o. Für die anästhesiologische Versorgung des Neugeborenen sollen Anästhesist und Pflegekraft mit Expertise in der Kinderanästhesie zur Verfügung stehen.

Pädiatrie: Ärztliche Besetzung: s. G-BA-RL

Bei drohender Frühgeburt von Zwillingen/höhergradigen Mehrlingen sollen für jedes Frühgeborene ein eigener neonatologischer Arzt und eine eigene Kinderkrankenschwester bereitstehen.

Kinderchirurgie: Mindestens Kooperation mit kinderchirurgischer Klinik.

Verantwortlicher Arzt und Vertreter: FA für Kinderchirurgie.

Versorgungstufe I: Perinatalzentrum Level 1 – Struktur-qualitative Anforderungen

Geburtshilfe: Ärztliche Besetzung: s. G-BA-RL

Rufdienst - FA mit Schwerpunkt (SP) Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin erreichbar, es sei denn, der präsenente Arzt verfügt über diese Qualifikation.

Pränataldiagnostik und -therapie sollen entsprechend der DEGUM-II-Qualifikation vorgehalten werden.

Es soll eine vollständige Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin vorliegen.

Hebammen: Wie im Level 2 beschrieben.

Anästhesie/OP: Wie im Level 2 beschrieben.

Pädiatrie: Ärztliche Besetzung: s. GBA-RL

Sofern dabei der „Facharztstandard“ Kinder- und Jugendmedizin nicht gewährleistet ist, soll zusätzlich ein FA für Kinder und Jugendmedizin mit oder in Weiterbildung zum FA mit Schwerpunkt „Neonatalogie“ im Hause als Bereitschaftsdienst für die Intensivstation verfügbar sein.

Im Rufbereitschaftsdienst soll ein FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der SP-Qualifikation Neonatalogie hinzugezogen werden können.

Es soll eine volle Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt Neonatalogie vorliegen.

Bei drohender Frühgeburt von Zwillingen/höhergradigen Mehrlingen sollten für jedes Frühgeborene ein eigener neonatologischer Arzt und eine eigene Kinderkrankenschwester bereitstehen.

Kinderchirurgie: Klinik für Kinderchirurgie im Perinatalzentrum Level 1 anzustreben, mindestens Kooperation mit kinderchirurgischer Klinik.

Verantwortlicher Arzt und Vertreter: FA für Kinderchirurgie.

Es soll eine volle Weiterbildungsbefugnis für Kinderchirurgie vorliegen.

Ausblick

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland in der Folge der G-BA-RL eine Versorgungslandschaft mit vielen Level-1- und vergleichsweise nur wenigen Level-2-Kliniken entwickelt, da Level-2-Kliniken bei dem nur kleinen Gewichtsfenster zwischen 1.250 g und 1.500 g die Strukturanforderungen kaum wirtschaftlich sinnvoll tragen können. In Kenntnis internationaler Erfahrungen (3 - 5, 22) plädieren die beteiligten Fachgesellschaften dafür, dass die Betreuung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht zwischen 1.000 g und 1.250 g auch in einem Perinatalzentrum des Level 2 erfolgen kann, sofern Versorgungsdaten aus Deutschland die Gleichwertigkeit nachweisen. Diese Verschiebung der Gewichtsgrenze soll dazu beitragen, die Zahl der Level-1-Zentren zu reduzieren und die der Level-2-Zentren zu erhöhen, um damit die sonst in der Patientenversorgung übliche Pyramidenstruktur wieder herzustellen. Dies gilt selbstverständlich nur unter der Voraussetzung, dass die o.g. Strukturkriterien komplett erfüllt werden. Im Hinblick auf die weitere Verbesserung der Ergebnisqualität ist nach internationalen Erfahrungen und Vorgaben (16) eine ausreichende Zahl von Behandlungsfällen besonders in Level-1-Zentren anzustreben.

Analog zum Pflegeschlüssel in der Neonatologie sollten künftig neben den Qualifikationskriterien auch erforderliche Besetzungszahlen im ärztlichen Dienst eines Perinatalzentrums erarbeitet werden.

Anmerkungen

Die Leitlinie wurde von allen beteiligten Fachgesellschaften und dem Patientenvertreter konsentiert mit Ausnahme des „Ausblickes“, bei dem sich der Patientenvertreter insbesondere gegen eine Verschiebung der Gewichtsgrenzen zwischen Level 1 und 2 ausgesprochen hat.

Die GNPI plädiert dafür, den Halbsatz „sofern Versorgungsdaten aus Deutschland die Gleichwertigkeit nachweisen“ und den Satz "sofern dabei der „Facharztstandard“ Kinder- und Jugendmedizin nicht gewährleistet ist, soll zusätzlich ein FA für Kinder- und Jugendmedizin mit oder in Weiterbildung zum FA mit SP „Neonatologie“ im Hause als Bereitschaftsdienst für die Intensivstation verfügbar sein" zu streichen.

Die DGKJ fordert bei einer Aktualisierung der Leitlinie Betrachtungen zur Ergebnisqualität stärker zu berücksichtigen. Sie plädiert außerdem dafür, den Halbsatz „sofern Versorgungsdaten aus Deutschland die Gleichwertigkeit nachweisen“ im Kapitel 'Ausblick' der jetzt vorliegenden Fassung zu streichen, da unter den gegenwärtigen Bedingungen in Deutschland diese Daten nicht in einem angemessenen Zeitrahmen generiert werden können. Ferner weist die DGKJ darauf hin, dass bei einer Neufassung nochmals über die Erfordernisse bezüglich der Weiterbildungsermächtigungen in den jeweiligen Versorgungsstufen diskutiert wird, da grundsätzlich die Weiterbildungsermächtigungen in die Hoheit der Ärztekammern gestellt sind.

(*): Die in diesem Text verwendete männliche Form gilt für Personen beiderlei Geschlechts

Literatur

1. Bauer K, Vetter K, Groneck P, Herting E, Gonser M, Hacklöer BJ, Harms E, Rossi R, Hofmann U, Trieschmann U: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. *Z Geburtsh Neonatol* 2006;210:19-24 (AWMF-LL 087-001)
2. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“. BAnz AT 19.12.2013; http://www.g-ba.de/downloads/62-492-814/QFR-RL_2013-12-19.pdf
3. Chung JH, Phibbs CS, Boscardin WJ, Kominski GF, Ortega AN, Needleman J: The effect of neonatal intensive care level and hospital volume on mortality of very low birthweight infants. *Med Care* 2010;48:635-644
4. Marlow N, Bennett C, Draper ES, Hennessy EM, Morgan AS, Costeloe KL: Perinatal outcomes for extremely premature babies in relation to place of birth in England: the EPICure 2 study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2014;99F181-F188
5. Watson SI, Arulampalam W, Petrou S, Marlow N, Morgan N, Draper ES, Santhakumaran S, Modi N on behalf of the Neonatal Data Analysis Unit and the NESCOPE Group: The effects of designation and volume of neonatal care on mortality and morbidity outcomes of very preterm infants in England: retrospective population-based cohort study. *BMJ open* 2014;4:e004856.doi:10.1136/bmjopen-2014-004856
6. Sink DW, Hope SA, Hagadorn JI: Nurse:patient ratio and achievement of oxygen saturation goals in premature infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;96:F93-F98
7. Rogowski JA, Staiger D, Patrick D, Horbar J, Kenny M, Lake ED: Nurse staffing and NICU infection rates. *JAMA Pediatr* 2013;167:444-450
8. Hummler HD, Poets C: Mortalität sehr unreifer Frühgeborener – Erhebliche Diskrepanz zwischen Neonatalerhebung und amtlicher Geburten-/Sterbestatistik. *Z Geburtsh Neonatol* 2011;215:10-17
9. American Academy of Pediatrics: Levels of neonatal care. *Pediatr* 2012;130:587-597
10. Cimiotti JP, Haas J, Saiman L, Larson EL. Impact of staffing on bloodstream infections in the neonatal intensive care unit. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:832-6
11. Hamilton KE, Redshaw ME, Tarnow-Mordi W. Nurse staffing in relation to risk-adjusted mortality in neonatal care. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007;92:F99-F103
12. Panknin HT. Personalausstattung im Pflegedienst: Höhere Komplikationsraten bei personeller Unterbesetzung. [Staffing resources in nursing: higher rate of complications with deficit of nursing staff]. *Kinderkrankenschwester* 2012;31:91-3
13. Profit J, Petersen LA, McCormick MC, Escobar GJ, Coleman-Phox K, Zheng Z, Pietz K, Zupancic JA. Patient-to-nurse ratios and outcomes of moderately preterm infants. *Pediatrics* 2010;125:320-6
14. Wilson S, Bremner A, Hauck Y, Finn J. The effect of nurse staffing on clinical outcomes of children in hospital: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc* 2011;9:97-121

15. British Association of Perinatal Medicine: Categories of Care 2011; <http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/CatsofcarereportAug11.pdf>
16. British Association of Perinatal Medicine: Optimal Arrangements for Neonatal Intensive Care Units in the UK including guidance on their Medical Staffing - A framework for practice. <http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/Optimal%20size%20of%20NICUs%20final%20June%202014.pdf>
17. Jorch G, Kluge S, König F, Markewitz A, Notz K, Parvu V, Quintel M, Schneider D, Sybrecht GW, Waydhas C, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen. (Kurzversion); <http://www.online-divi.de/default.asp?pagekey=leitlinien>
18. British Association of Perinatal Medicine: Standards for Hospitals providing neonatal intensive and high dependency care. http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/hosp_standards.pdf
19. Heller G, Richardson DK, Schnell R, Misselwitz B, Künzel W, Schmidt S: Are we regionalized enough? Early neonatal deaths by the size of the delivery units in Hesse, Germany 1990 – 1999. Int J Epidemiol 2002;31:1061-1068
20. Kühnert M, Hellmeyer L, Schmidt S: Minimalstandard im Kreißsaal. Gynäkolog Prax 2006;30:629-636
21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C: Continuous support for women during childbirth (review). Cochrane Database for Systematic Reviews 2013;7: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
22. Johansson S, Montgomery SM, Ekbohm A, Olausson PO, Granath F, Norman M, Cnattingius S: Preterm delivery, level of care, and infant death in Sweden: a population based study. Pediatr 2004;113:1230-1235

Verfahren zur Konsensbildung:

Erarbeitet im informellen Konsens durch eine Expertengruppe der beteiligten Fachgesellschaften, die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften haben die Leitlinie in der vorliegenden Form verabschiedet.

Erstellungsdatum: 09/2005

Überarbeitung von: 05/2015

Nächste Überprüfung geplant: 05/2020

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

Anlage 4

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: rolfprofkreienberg [<mailto:r.kreienberg@t-online.de>]

Gesendet: Mittwoch, 19. November 2014 18:37

An: Langner, Anette (Sozialministerium)

Cc: Seemann, Silke (Sozialministerium)

Betreff: Expertenanhörung zum Thema Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Frau Staatssekretärin Langner
Kiel

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Langner,

Sie hatten mich im Oktober aufgefordert zum Thema geburtshilfliche Versorgung in Schleswig-Holstein als Experte Stellung zu nehmen. Da ich mich seit fünf Wochen wegen einer Fußoperation in stationärer Behandlung befinde, darf ich mir erlauben Ihnen meine Stellungnahme per Email zuzusenden.

Die Schließungen von geburtshilflichen Einrichtungen haben in dem Flächenland Schleswig-Holstein zu intensiven Diskussionen über die Perspektiven einer wohnortnahen Geburtshilfe geführt. Dies betrifft akut die Schließung der belegärztlichen Geburtshilfe in Sylt (90 Geburten) und die Schließung der hauptamtlichen Geburtshilfe in Oldenburg (180 Geburten).

Im Rahmen der Diskussion hatten Sie mich gebeten eine Reihe von Fragen zu beantworten:

1. **Ergeben sich durch aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen neue Aspekte bzgl. der Qualität und der Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene?**

Für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) bereits 1995 in der Leitlinie "Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung" die Minimalvoraussetzungen für eine stationäre Geburtshilfe insbesondere, was die personelle Besetzung einer solchen Abteilung betrifft festgelegt.

Diese Leitlinie ist seither im Dreijahresabstand, zuletzt 5/2013, überarbeitet worden und bis 5/2016 gültig. Es gibt keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse die diese Voraussetzungen bzw. die Qualitätsansprüche an die geburtshilfliche Versorgung in Häusern der Grund- und Regelversorgung verändert hätten. (Leitlinie der DGGG/AWMF Register 015/078)

2. **Erreichbarkeit von stationären geburtshilflichen Abteilungen. Welche Entfernungen (in km oder Minuten Anfahrt) sind maximal zumutbar?**

Eigene aktuelle Untersuchungen (Augurzy/Kreienberg/Mennicken "Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe" medhochzwei 2014 Heidelberg) zeigen, dass geburtshilfliche Abteilungen von Schwangeren heute im Durchschnitt in Deutschland in 17 Minuten (17-19 Minuten) erreicht werden können. Bundesweit einheitliche Standarddefinitionen hierzu (zu km und Minuten) fehlen bisher. In einzelnen Bundesländern sind Kilometer-Entfernungsvorgaben vorhanden.

Nordrhein-Westfalen hat in seinem Landeskrankenhauseusschuss 2001/2002 "wohnortnahe Versorgung" als sichergestellt betrachtet, wenn das Krankenhaus nicht weiter als 15 bis 20 Kilometer entfernt ist. Hessen legt fest, dass Notfallpatienten innerhalb von 20, maximal innerhalb von 30 Minuten, nach Übernahme durch den Rettungsdienst, im Krankenhaus sein müssen. In unseren Untersuchungen haben wir deshalb auch für den geburtshilflichen Notfall (akute Gefahr für Mutter / Kind bei normaler Schwangerschaft 1,67% [0,7-7%], bei nicht normaler Schwangerschaft [=anamnestische und diagnostische Risiken] 10,66% [6-17%]), eine maximale Fahrzeit 30 Minuten für unsere Zukunftsberechnungen eingesetzt und festgestellt, dass diese auch in Flächenstaaten nicht überschritten werden (= zumutbar?)

3. **Sind Boarding-Konzepte eine sinnvolle Ergänzung um große Entfernungen zu überbrücken?**

Leider haben wir in Deutschland wenig Erfahrung mit Boarding-Konzepten. Norwegen und Schweden sind uns da wegen der großen räumlichen Entfernungen deutlich voraus. Da ca. 25% der Schwangeren über anamnestische oder in der akuten Schwangerschaft diagnostizierte Risiken aufweisen, von denen eine nicht unerhebliche Zahl einer stationären oder Krankenhausnahen Überwachung bedürfen, sind Boarding- Konzepte bei dünner Krankenhausedichte (Entfernung!) sicher sinnvoll.

4. **Inwieweit wäre es denkbar, im Rahmen von Klinikkooperationen die Mindestanforderungen zu erfüllen?**

Die Erfüllung der Mindestanforderungen entsprechend der Leitlinie der DGGG ist in erster Linie ein finanzielles Problem. Der hohe personelle Aufwand Geburtshelfer, Hebamme, Anästhesist , Kinderschwester und Op-Bereitschaft rund um die Uhr (24Stunden,7Tage ganzjährig) überfordert Belegabteilungen und geburtshilfliche Hauptabteilungen bei niedrigen Geburtenzahlen völlig. Unsere Berechnungen haben ergeben, dass Abteilungen erst ab 400 bis 500 Geburten kostendeckend arbeiten. In diesem Sinne sind Klinikkooperationen mit dann höheren gemeinsamen Geburtenzahlen sinnvoll.

5. **Wären für die besondere Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigen Geburtenzahl Abweichungen von den Mindeststandards denkbar oder gäbe es andere Möglichkeiten diese Randlagen besonders zu berücksichtigen?**

Die Absenkung der Mindeststandards ist undenkbar. Die dadurch entstehende Verantwortung für Fehler würde keine Versicherung übernehmen. Denkbar ist allerdings, dass die Kostenträger Häuser der Grund- und Regelversorgung und niedrigen Geburtenzahlen in Rand- und Insellagen subventionieren um dort die Geburtshilfe aufrechtzuerhalten.

Da diese Subventionierung eher Wunschdenken ist, halte ich eine qualitativ hochwertige Tätigkeit eines Frauenarztes in Kooperation mit Hebammen vor Ort, die exzellente Schulung des Notfall- und Rettungsdienste und das Anbieten eines suffizienten Boarding- Konzeptes für eher realisierbar.

Für Fragen Mobil 0151 2405 6646

Herzliche Grüsse

R. Kreienberg



Klinik Preetz

Krankenhaus des Kreises Plön

Geb.-Gyn. Abteilung
Chefarzt: Dr. A. Niesel

Klinik Preetz - Am Krankenhaus 5 - 24211 Preetz

Datum: 28.10.2014
Diktatzeichen: Barckhan

Frau
Staatssekretärin Anette Langner
Ministerium f. Soziales, Gesundheit,
Wissenschaft und Gleichstellung
Postfach 7061
24170 Kiel

ST/W	LSB	PR	PS	PS1
1	2	3	4	5

Eingang VIII ST

18. Nov. 2014

<input type="checkbox"/> m. d. B. u.	<input type="checkbox"/> Beantwortung
<input type="checkbox"/> w. Verwendung	<input type="checkbox"/> v. Abg. z. Kts.
<input type="checkbox"/> Kenntnisnahme	<input type="checkbox"/> n. Abg. z. Kts.
<input checked="" type="checkbox"/> Stellungnahme	<input type="checkbox"/> in eigener Zust.
<input type="checkbox"/> AE für M	<input type="checkbox"/> Eingabe
<input type="checkbox"/> AE für St	<input type="checkbox"/> bel

Klinik Preetz
Krankenhaus des Kreises Plön
Am Krankenhaus 5
24211 Preetz

Telefon: 04342 / 801-0

Fax: 04342/801258
www.klinik-preetz.de
info@klinik-preetz.de

442 801-V.
20/11

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Langner,

herzlichen Dank für Ihr Schreiben vom Oktober d. J. mit der Möglichkeit, die Sichtweise der regionalen Versorgung in einer kleineren Geburtsklinik darzustellen. Als Chefarzt der Frauenklinik in Preetz - seit 12 Jahren - betreue ich ca. 340 bis 380 Geburten pro Jahr. Durch meine vorherige Tätigkeit in größeren inländischen Kliniken (u. a. Universitätsfrauenklinik Göttingen) sowie im Ausland sind mit die Vor- und Nachteile von verschiedenen Geburtskliniken bekannt. In Preetz handelt es sich um ein Klinikum mit Perinatallevel 4, das sich durch eine familiäre Geburtshilfe bei Einhaltung der hohen Standards der Qualitätssicherung auszeichnet. Dieses drückt sich in den hervorragenden Ergebnissen der Perinatalstatistik aus. Es bestehen hier kurze Alarmierungszeiten bei einem gut eingespielten Team von neun Hebammen, vier Fachärzten für Frauenheilkunde und neun Assistenzärztinnen. In der jüngeren Vergangenheit wurde bezüglich des Standes der Technik viel in die Infrastruktur investiert, darunter die Reanimationseinheit zur Erstversorgung der Neugeborenen. Regelmäßige Reanimationstrainings mit einem Kinderarzt werden durchgeführt.

Beim Blick in die Literatur bezüglich Qualität der Geburtshilfe und Mindestmengen der Entbindung wird immer wieder die Arbeit von Heller et al. „Hat die Größe der Geburtsklinik Einfluss auf das neonatale Überleben?“, Deutsche Medizinische Wochenschrift (2003) zitiert. Dabei wurden Daten aus der hessischen Perinatalstatistik zwischen 1990 und 2000 ausgewertet. Diese 14-24 Jahre alten Daten wurden

1. vor Einführung der Risikoklassifikation durch Perinatalzentren (eingeführt ab 2006)
2. vor der generellen Abklärung eines Gestationsdiabetes (in den Mutterschaftsrichtlinien ab 2012)
3. vor dem erweiterten Ultraschallscreening (ab 2013) erhoben.

Zwischen 1990 und 2000 wurde eine - im Vergleich zu heute - deutlich weniger differenzierte Diagnostik in der Schwangerschaft und damit Risikoselektion vorgenommen. In der Publikation von Heller et al. wurde dargestellt, „dass es unabdingbar ist, vergleichbare

Analysen auch in anderen Bundesländern durchzuführen, um ein detaillierteres und sicheres Bild des bearbeiteten Problems zu erhalten.“ Weiterhin führt Heller aus: „..., dass eine bessere medizinische Ausrüstung, eine bessere Ausstattung mit qualifiziertem medizinischen Personal oder eine Kombination aus den genannten Faktoren die beobachteten Mortalitätsdifferenzen verursachen. Der Grad der Ausbildung im Sinne der Kenntnis von Neugeborenen-Reanimationstechniken mag eine weitere Erklärung darstellen.“ Diese Voraussetzungen sind z. B. in der Preetzer Geburtsklinik erfüllt. Des Weiteren berichtet Heller: „In der Gruppe von Kindern mit weniger als 1000 g Geburtsgewicht fanden sich mit Abstand die meisten vermeidbaren Todesfälle. Die weiteren Geburtsgewichtgruppen folgten in erheblichem Abstand.“ Seit Einrichtung der Perinatalzentren (ab 2006) werden Kinder mit diesem niedrigen Geburtsgewicht nicht mehr in kleineren Geburtskliniken geboren. Somit spiegelt diese Publikation nicht mehr die reale Versorgungssituation.

Einen aktuellen Überblick in die geburtshilfliche Versorgung ermöglicht die Perinatalstatistik - bislang geführt von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) -, die Angaben zu allen Geburten in deutschen Krankenhäusern enthält.

Beim Blick in die Perinatalstatistik Schleswig-Holstein (Auswertung durch Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, Feldstr. 75, 24105 Kiel, Tel. 0431/8810544) ergibt sich folgendes Bild bei Auswertung der Daten ab 2008 und Unterteilung der Kliniken in Geburten > und < als 500 Geburten pro Jahr:

1. In den größeren Kliniken werden seltener pH-Bestimmungen im Nabelschnurblut vorgenommen (Graphik anbei). Das Qualitätsziel ist aber stets die Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen.
2. Bezüglich des sensitiven Qualitätsmarkers „Kritisches Outcome bei Reifgeborenen“ fallen die größeren Häuser ebenfalls durch ein ungünstigeres Ergebnis auf. Hier ist das Qualitätsziel, dass selten 5 Minuten Apgar-Werte < 5 und eine metabolische Azidose mit pH < 7 oder Baseexcess < - 16 bei Reifgeborenen verzeichnet wird (Graphik anbei).
3. Bei dem Parameter „EE-Zeit bei Sectio“ (Entschluss Entwicklungszeit beim Notfallkaiserschnitt) waren in den letzten beiden Jahren nur die größeren Geburtskliniken auffällig (s. Graphik).
4. Bei dem Kriterium „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburt“ zeigt sich, dass häufig in den größeren Häusern dieses Qualitätsziel nicht erreicht wurde. Wünschenswert ist aber die häufige Anwesenheit eines Pädiaters bei der Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24/0 bis > 35/0 Wochen.
5. Der seit 2 Jahren neu erhobene Parameter „Minuten-Apgar < 5 Minuten und fehlender Angaben“ zeigte nur bei den großen Geburtskliniken eine Auffälligkeit.

Meines Erachtens bildet die aktuelle und jährlich erhobene deutsche Perinatalstatistik die regionale Ergebnisqualität sehr viel besser ab. Publikationen aus anderen Ländern, z. B. Portugal oder der Verweis auf Skandinavien sind nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Primär sollte nicht die Größe einer Klinik, sondern die medizinische Qualität einer leitliniengerechten Therapie im Fokus stehen. Solange keine externe medizinische Qualitätssicherung die Behandlungsqualität sichert, ermöglicht nur die Perinatalstatistik die validesten Daten.

Boarding-Konzept

Das Boarding-Konzept ist mir aus meiner langjährigen Zeit als Arzt und Entwicklungshelfer in Botswana (Afrika) bekannt. Es handelt sich um eine wirtschaftlich pragmatische Lösung. Meines Erachtens ist dieses Konzept aus medizinischer Sicht nicht wünschenswert, da auch

akute Notfälle in der Geburtshilfe bei unreifen Kindern auftreten können. Es ist wohl ein Kompromiss bei wirtschaftlich kritischer Lage, eine gute ortsgebundene Geburtshilfe ist diesem Konzept jedoch überlegen. Angesichts des sensiblen Themas der Geburtshilfe scheint mir eine Trennung der werdenden Mutter von Familie bzw. ortsnahem Umfeld keine gute Lösung.

Entfernungen zur Geburtsklinik

Die Zumutbarkeit der Entfernung zu einer Geburtsklinik kann sich z. B. an der Schnelligkeit der Rettungskräfte orientieren. So wäre z. B. ein schneller Flugtransport von Fehmarn nach Lübeck besser als ein langsamer Transport mit Rettungswagen aus dem Umfeld von Lübeck über enge Landstraßen. Kritisch ist die Art des geburtshilflichen Notfalles, da z. B. bei einer vorzeitigen Lösung des Mutterkuchens ein sofortiges Eingreifen erforderlich ist. Meines Erachtens kann in dieser Situation ein gut ausgebildeter Rettungsassistent auf dem Transportweg nicht den ortsnahen (Klinik) Geburtshelfer ersetzen.

Klinikkooperationen

Flexible, rund um die Uhr-Konzepte für Neugeborenen-Transporte sind flächendeckend wünschenswert. Für den seltenen Fall einer notfallmäßigen Verlegung eines akut erkrankten Neugeborenen in eine Kinderklinik sollte ein pädiatrischer Notarzt (Notärztin) für die Verlegung in eine Schwerpunktlinik zur Verfügung stehen. Die häufigsten der insgesamt seltenen Verlegungen von Neugeborenen erfolgen wegen angeborener Infektionen, die keine ärztliche Begleitung in die Kinderklinik notwendig machen.

Mindeststandards

Auch für die besondere Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigen Geburtenzahl darf meines Erachtens nicht von den Mindeststandards abgewichen werden, um nicht die Qualität der Versorgung von Mutter und Kind zu gefährden. Aufgrund der aktuellen Daten der Perinatalstatistik Schleswig-Holstein ist allerdings auch nicht von einer schlechteren medizinischen Qualität in den kleineren Geburtskliniken auszugehen.

Fazit:

1. Die von den Kliniken selbst erhobenen Daten für die jährliche Perinatalstatistik zeigen den aktuellen Stand der geburtshilflichen Qualität auf.
2. Nach der Perinatalstatistik 2008-2013 besteht ein besseres geburtshilfliches Outcome in Kliniken < 500 Geburten als > 500 Geburten.

Mit freundlichen Grüßen



(Dr. Niesel)

Ministerium für Soziales, Gesundheit,
 Wissenschaft und Gleichstellung
 des Landes Schleswig-Holstein
 z.Hd. Frau Staatssekretärin Arlette Langner
 Postfach 7016
 24170 Kiel

→ Campus Lübeck

M	St	STW	LSB	PR	PS	PS1
KSt	KStI	1	2	3	4	5
Eingang VIII ST						
<i>Langner</i> 19. Nov. 2014 <i>AK/M</i>						
m. d. B. u.			O Beantwortung			
O w. Verwendung			O v. Abg. z. Kts.			
O Kenntnisnahme			O n. Abg. z. Kts.			
O Stellungnahme			O in eigener Zust.			
O AE für M			O Eingabe			
O AE für St			b3l			

Telefon:	0451 / 500-	2134 / 6374	
		Telefon	Fax
Pforte:	0451 / 500-	2155 od. 2156	2430
Oberarztsekretariat:		2141	
Poliklinik:		2158	2170
Brustsprechstunde		5275	5276
Chemotherapie-Pavillon:		5075	4613
Geburtshilfliche Ambulanz und Kreißsaal:		2148	2367
Pränatale Medizin:		2149	2430
Sterilitäts- und Hormon- sprechstunde:		4418	5764
Andrologische interdisziplinäre Sprechstunde:		4418	5764
Privatambulanz:		6374	2139
E-Mail:	achim.rody@uksh.de		
Datum:	14.11.2014 Re		

4/42

Expertenanhörung zum Thema Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

*4/1784 bitte kopie für mal
 Dr 24/11 2014*

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Langner,

herzlichen Dank für Ihre Anfrage, die ich mit dem anhängenden Text versucht habe, zu beantworten. Da die Mehrzahl der gestellten Fragen keine evidenzbasierten Antworten zulassen, gilt hier eine praxisbezogene Einschätzung.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Achim Rody



Campus Lübeck

Telefon:	0451 / 500-	2134 / 6374	
		Telefon	Fax
Pforte:	0451 / 500-	2155 od. 2156	2430
Oberarztsekretariat:		2141	
Poliklinik:		2158	2170
Brustsprechstunde		5275	5276
Chemotherapie-Pavillon:		5075	4613
Geburtshilfliche Ambulanz und Kreißsaal:		2148	2367
Pränatale Medizin:		2149	2430
Sterilitäts- und Hormon- sprechstunde:		4418	5764
Andrologische interdisziplinäre Sprechstunde:		4418	5764
Privatambulanz:		6374	2139
E-Mail:	achim.rody@uksh.de		
Datum:	14.11.2014 Re		

Expertenanhörung zum Thema Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein als Flächenland weist eine besondere geografische und demografische Situation auf. Dabei muss das oberste Ziel sein, eine flächendeckende und für alle Patientinnen in zumutbarer Nähe erreichbare medizinische geburtshilflich-medizinische Versorgung zu gewährleisten und dabei höchste Qualitätsstandards vorzuhalten. Die Geburtshilfe insgesamt ist geprägt durch verschiedene Entwicklungen. Eine stetige Abnahme der Geburtenzahlen in Deutschland und Schleswig-Holstein ist zu verzeichnen. Derzeit kommen pro Frau ca. 1,3 Kinder zur Welt. Die Wirtschaftlichkeit einer geburtshilflichen Abteilung ist je nach Berechnungsgrundlage erst ab 1.000 – 1.300 Geburten pro Jahr gegeben. Dementsprechend hoch ist der entsprechende Kostendruck auf die Krankenträger. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland bezüglich der Säuglingssterblichkeit im Mittelfeld. Abnehmende Geburtenzahlen, zunehmender Fachkräftemangel im ärztlichen Bereich und bei den Hebammen haben nun auch in Deutschland den Ruf nach einer Zentralisierung der Geburtshilfe lauter werden lassen.

1.:

Ergeben sich durch aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen neue Aspekte bezüglich der Qualität und der Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene?

In Bezug auf den Effekt einer Zentralisierung der Geburtshilfe können wir auf erfolgreiche Beispiele im europäischen Ausland, sowie auf Daten der hessischen Perinatalstatistik zurückgreifen. Diese Beispiele zeigen, dass offenbar eine Zentralisierung der Geburtshilfe in der Lage ist, die perinatale Mortalität zu reduzieren und die Qualität der Versorgung zu steigern.



Allerdings kann eine Mindestmenge nicht klar definiert werden. Folgende Beispiele zeigen, dass eine Reduktion der perinatalen Mortalität mit einer Zentralisierung der Geburtshilfe offenbar in engem Zusammenhang steht.

1. Hessische Perinatalstatistik

In der hessischen Perinatalstatistik konnte gezeigt werden, dass in Geburtskliniken mit weniger als 500 Entbindungen pro Jahr die perinatale Mortalität um den Faktor 3,5 höher ist im Vergleich zu Kliniken, die mehr als 1.500 Entbindungen pro Jahr aufweisen (Heller et al., Int J Epidemiol 31: 1061-68, 2002).

2. Ähnliche Daten gibt es auch aus Norwegen (Moster et al., Arch Dis Child Fetal Neonatal 80:221-5, 1999) und Finnland (Hemminki et al., BJOG, 1-10, 2011).

In Norwegen zeigte sich, dass in Entbindungskliniken mit weniger als 100 Geburten pro Jahr das Risiko für das perinatale Versterben eines Kindes um das 2,2 fache höher liegt (Moster et al., BJOG, 108: 904-9, 2001). In den skandinavischen Ländern wurde in den vergangenen Jahren eine starke Zentralisierung/Regionalisierung der Geburtshilfe durchgeführt, es wurde z.B. in Finnland im Jahre 2010 von einer ministerialen Arbeitsgruppe vorgeschlagen, folgende Kriterien an eine Geburtsklinik anzulegen:

Mehr als 1.000 Geburten pro Jahr, sowie eine 24-Stunden-Bereitschaft, innerhalb von 15 Minuten einen Kaiserschnitt durchführen zu können. Grundsätzlich besteht dort die Freiheit für die Schwangere, die Geburtsklinik selbst auszuwählen. Entscheidet sich die Schwangere jedoch für eine andere Klinik, als ein kommunales Haus, in dem entsprechende Kriterien erfüllt werden, müssen entsprechende Zusatzkosten selbst getragen werden. Das in Skandinavien völlig akzeptierte „Boardingsystem“ wird erfolgreich angewendet.

3. In Portugal wurde 1990 bei einer perinatalen Mortalität von 11‰ beschlossen, Geburtskliniken mit einer Geburtenrate von weniger als 1.500 Entbindungen pro Jahr zu schließen. Im Zuge dessen konnte die perinatale Mortalität auf 3,6‰ gesenkt werden (Netro et al. 2006, Acta paediatrica 95: 1349-1352, 2006).

Aus der Risikogeburtshilfe zeigt sich in der Versorgung von Früh- und Risikogeburten ein enger Zusammenhang zwischen ansteigender Fallzahl und Versorgungsqualität. Daher werden entsprechende Mindestmengen vom GbA für die jeweiligen perinatalen Versorgungsstufen definiert. Für die Niedrigrisikoschwangerschaft liegen keine entsprechenden Zahlen vor. Eine Zentralisierung ist in den Ländern, in denen sie erfolgreich umgesetzt wurde, erfolgreich an ein Boarding-System, sowie an ein Transportsystem via Luft und Straße, sowie entsprechende Einbindung der niedergelassenen Kollegen in dünn besiedelten Regionen, erfolgreich umgesetzt worden. Insbesondere auch das Achten auf mögliche Risikofaktoren hinsichtlich der Entwicklung einer drohenden Frühgeburtlichkeit kann heutzutage durch die Zuhilfenahme der Zervixlängenbestimmung und zusätzlich molekularer Methoden, wie z.B. die Bestimmung des fetalen Fibronektins und das Abschätzen des Risikos für das Auftreten einer Präeklampsie mittels Messung angiogeneitscher Faktoren im Blut besser eingeschätzt werden. Eine Mitbetreuung der Schwangeren in entsprechenden Zentren mit Erfahrung und die diese Testsysteme zur Verfügung stellen und die Abrechnung entsprechender Testverfahren wäre wünschenswert.

2.:

Welche Entfernungen (in km oder Minuten) Anfahrt sind maximal zumutbar?

In dieser Frage gibt es keinerlei gesicherte Daten. Immer wieder gibt es Berichte über Sturzgeburten auf dem Weg zu einer Klinik. Diese sind jedoch in aller Regel unproblematisch, da sie ja schnell geschehen. Grzybowski et al. publizierten eine Analyse aus Kanada, die jedoch lediglich eine Anfahrtszeit von 1-2 Stunden, 2-4 Stunden und mehr als 4 Stunden miteinander verglichen (BMC Health Services Researche 11: 147, 2011). Bei einer Anfahrtszeit von mehr als 4 Stunden und 2-4 Stunden war das Risiko für den Aufenthalt eines Neugeborenen auf einer neonatalen Intensivstation dreimal so hoch, wie bei 1-2 Stunden Anfahrt. Diese Studie ist jedoch nur eingeschränkt verwertbar, da keine Schwangere in Schleswig-Holstein eine längere Anfahrt als 1 Stunde hat. Prinzipiell sollte eine Entbindung stets in einem Zentrum erfolgen, das Mutter und Kinder der Risikosituation angemessen versorgen kann. Das Eintreffen in einer Entbindungsklinik mit einem niedrigen Versorgungsgrad, in der die kompetente Versorgung durch einen Rufdienst, der bis zu 20 Minuten bis zum Eintreffen in der Klinik benötigen kann, ist auch möglicherweise als problematisch zu werten. Um diese Frage genauer beantworten zu können, wäre ggf. eine Anfrage beim Rettungstransportwesen zu stellen und eine Analyse einzufordern, wieviele Schwangere im vergangenen Jahr per RTW in eine Entbindungsklinik transportiert wurden, wie lange der entsprechende Transport dauerte und wie das Outcome der Kinder in den entsprechenden Kliniken war. Des Weiteren wäre auch eine Analyse von Geburten auf dem Rettungswagen zur Beantwortung dieser Frage interessant. Die immer wieder diskutierte Zahl von max. 30 Min. Fahrzeit basiert nicht auf einer spezifischen Evidenz. Insofern können durch die Optimierung des Transportwesens entsprechende Wege verkürzt werden.

3.:

Sind Boarding-Konzepte eine sinnvolle Ergänzung, um große Entfernung zu überbrücken?

Wie bereits oben erwähnt, zeigt das Beispiel Skandinavien, dass durch ein Boarding-Konzept eine erfolgreiche Zentralisierung der Geburtshilfe möglich ist. Um weitere Notfallsituationen jedoch zu vermeiden, sollte eine Risikoeinschätzung durch niedergelassene Gynäkologen bzw. erfahrene Geburtshelfer, regelhaft durchgeführt werden. Dies erfordert eine regelmäßige und ggf. auch engmaschigere ambulante Betreuung der Schwangeren.

4.:

Inwieweit wäre es denkbar, im Rahmen von Klinikkooperationen die Mindestanforderungen zu erfüllen?

Klinikkooperationen machen nur Sinn, wenn damit eine qualitativ bessere Versorgung verbunden ist. Diese ist allerdings an organisatorische, logistische sowie personelle Vorgaben gebunden. Am wichtigsten erscheint die Erfahrung der geburtshilflichen Mitarbeiter zu sein. Das Beispiel der Brustzentren, die durch Kooperationen von mehreren Häusern mit kleineren Fallzahlen die Mindestanforderungen erfüllen, wird jedoch zunehmend kritisch gesehen.

Darüber hinaus muss auch zur Kenntnis genommen werden, dass es eine Abnahme des ärztlichen Nachwuchses gibt, insbesondere in ländlichen Regionen. Die Konzentration des medizinischen Nachwuchses in größeren Städten muss hier ebenfalls zur Kenntnis genommen werden. Für die einzelnen Kliniken, die eine Kooperation eingehen, bleibt jedoch die Frage der minimalen Geburtenzahl. Auch eine Ausdehnung des Babynotarztwesens ist zwar wünschenswert, jedoch prinzipiell auch mit einer entsprechenden zeitlichen Verzögerung verbunden. Die gewünschte geburtshilfliche Versorgung, insbesondere in der Risikosituation, sollte, und da sind sich alle Experten einig, möglichst unter einem Dach und ohne Verlegung der entsprechenden Kinder erfolgen können.

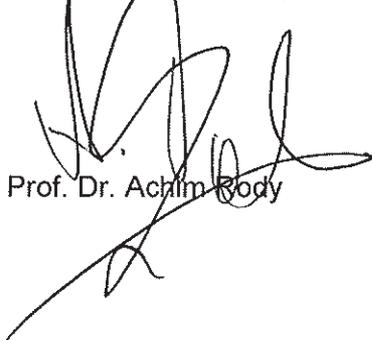
5.:

Wäre für die besondere Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigeren Geburtenzahl, abweichend von den Mindeststandards, denkbar und gäbe es andere Möglichkeiten, diese Randlagen besonders zu berücksichtigen?

Die Aufweichung von Mindeststandards bedeutet, Zugeständnisse hinsichtlich einer Verschlechterung der Versorgungsqualität einzugehen. Die Mindeststandards wurden formuliert, um die Anzahl an geburtshilflichen Schadensfällen zu reduzieren. In der S1-Leitlinie „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe heißt es: „...das Versorgungsniveau von Frauen und Kinder in der Geburtshilfe ist unabhängig von Ort und Krankenhausgröße und unabhängig von der Uhrzeit jederzeit zu realisieren“. Das heißt, Abweichungen von den Mindeststandards bedeuten u.U. ein Verlust an Versorgungsqualität, und somit eine Gefahr für Mutter und Kind. Bei einer durchschnittlichen Geburtenzahl von 1,3 je Frau, käme ein geburtshilfliches Boarding ca. 1-2x im Leben einer Frau zur Anwendung. Dies halte ich und das zeigt, das Beispiel in den skandinavischen Ländern, für zumutbar. Daher ist in meinen Augen die Umsetzung eines Boarding-Konzeptes, sollte dies politisch gewünscht sein, eine Zentralisierung der Geburtshilfe vorzunehmen, alternativlos.

Ich hoffe, ich konnte Ihre Fragen beantworten und stehe gerne jederzeit für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Achim Body

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zur
Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Autorinnen: Nina Knape, Christine Loytved, Rainhild Schäfers

Datum: 10.12.2014

Problemstellung

Die Geburt eines Kindes ist ein bedeutsames und auch kritisches Lebensereignis in der Biographie von Frauen und ihren Familien (Ladwig, 2014). Eine sichere und bedürfnisgerechte Versorgung ist für die physische und psychische Gesundheit der Mutter, des Kindes und des familiären Umfeldes von großer Relevanz (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000; Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, & Weston, 2011; Sauls, 2002).

Vor diesem Hintergrund ist eine Diskussion um die Zentralisierung der Geburtshilfe mehr als ein probabilistisches Abwägen, welche Versorgungsstufe eine optimale medizinische Versorgung gewährleisten kann. Auch der lebensweltliche Kontext der Frau sollte bei der geburtshilflichen Versorgung seine Berücksichtigung finden. Eine zunehmende Zentralisierung kann für die Gebärenden und ihre Familien weitreichende Folgen haben, welche nachfolgend ausführlich dargestellt werden. Diese Implikationen sind für die Benennung von Empfehlungen und Zielsetzungen der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein von Relevanz. Externe und interne Evidence sollten daher für die Gestaltung der zukünftigen Versorgungssituation der Frauen berücksichtigt werden.

Die Strukturierung der Stellungnahme orientiert sich an den Fragestellungen des Landtages, welche in einem Anschreiben des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung im Oktober 2014 an den Deutschen Hebammenverband e.V. (DHV) formuliert und an die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) übermittelt wurden.

1. Aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen zur Zentralisierung der Geburtshilfe

Die Bedeutung der Zentralisierung für die Geburtshilfe wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Auch wenn einige Studien geringere Komplikations- und Mortalitätsraten in großen Perinatalzentren sowohl für Reif- als auch für Frühgeborene im Vergleich zu kleinen geburtshilflichen Kliniken aufzeigen (Heller, 2002; Heller, Gunster, Misselwitz, Feller, & Schmidt, 2007; Moster, Lie, & Markestad, 1999) bleibt die Studienlage inkonsistent, da andere Studien dies für normgewichtige Kinder bzw. Kinder, welche nach der 29. Schwangerschaftswoche geboren werden, nicht bestätigen können (Trotter & Pohlandt, 2010; Viisainen, Gissler, & Hemminki, 1994). Des Weiteren beschreiben die Autorinnen und Autoren dieser vergleichenden Studien nicht, wie verlängerte Fahrtzeiten und erhöhte Distanzen, also der grundsätzliche Wegfall einer wohnortnahen Versorgung, die Ergebnisqualität beeinflussen können. In anderen Forschungsarbeiten wurde dieser Fragestellung nachgegangen: Die fehlende Bereitstellung einer lokalen geburtshilflichen Versorgung ist in den Vereinigten Staaten von Amerika mit einer negativen perinatalen Ergebnisqualität (u.a. Frühgeburtlichkeit und Mortalität) assoziiert (Larimore & Davis, 1995; Nesbitt, Connell, Hart, & Rosenblatt, 1990). In einer weiteren Studie

(aus Kanada) stehen Fahrtzeiten von 1-2 Stunden in einem signifikanten Zusammenhang mit einer erhöhten Anzahl von stationären Belegungstagen auf Kinderintensivstationen, einer vermehrten Rate an ungeplanten Geburten auf der Fahrt ohne fachgerechte Betreuung sowie, einer erhöhten Rate an medikamentösen Geburtseinleitungen (Grzybowski, Stoll, & Kornelsen, 2011).

Combiat et al. (2013) konnten anhand einer Datenanalyse von über 110.000 Geburten zwischen 2000 und 2009 im französischen Burgund feststellen, dass es bei Frauen, die über 30 Minuten Fahrtzeit von der geburtshilflichen Abteilung entfernt wohnten ($n=8.782$), signifikant häufiger ($p<0,05$) zu einer vorzeitigen Hospitalisierung (24 Stunden und mehr bevor Geburt) kam. Insgesamt wurden im Studienkollektiv 8.555 Geburten mit grünem Fruchtwasser identifiziert, wobei dies signifikant häufiger ($p<0,05$) bei Frauen auftrat, die über 45 Minuten Fahrtzeit zu bewältigen hatten, gegenüber Frauen, die weniger als 16 Minuten bis zur Klinik fahren mussten (Combiat et al., 2013).

Eine generelle Übertragbarkeit der Zentralisierungsbestrebungen anderer Länder und dem Verweis, dass diese Zentralisierung ursächlich sei für die gesunkenen bzw. niedrigen perinatalen Mortalitätsraten beispielweise in Schweden oder Portugal, ist nach Einschätzung der DGHWi nicht zielführend und auch nicht zulässig, da die Versorgungsstrukturen in den einzelnen Ländern grundlegend von den Versorgungsstrukturen und Zuständigkeiten in Deutschland abweichen. Des Weiteren können aus retrospektiv deskriptiv ausgewerteten Daten keine Kausalzusammenhänge zwischen der Zentralisierung und den Mortalitätsraten abgeleitet werden.

In der Gesundheitsversorgung von Schwangeren hat Schweden beispielsweise historisch bedingt einen anderen Ansatz als das bundesdeutsche Versorgungssystem. Die Schwangerenbegleitung wird dort seit vielen Jahrzehnten von Hebammen als Primärversorgerinnen im Gesundheitssystem auch in dünn besiedelten Gebieten durchgeführt. Die routinemäßige Betreuung durch eine Ärztin/einen Arzt ist in der Schwangerschaft nicht vorgesehen und auch die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen ist in Schweden mit 6-9 Vorsorgen im Vergleich zu Deutschland deutlich niedriger (Hildingsson, Andersson, & Christensson, 2014). Die Hälfte der ca. 115.000 Geburten in Schweden wird in Kliniken mit einer Geburtenzahl von über 3.000 Geburten jährlich betreut. In Deutschland finden nur ca. ein Viertel der ca. 640.000 Geburten pro Jahr in derart großen geburtshilflichen Einrichtungen statt. Die neonatale Sterblichkeit (Todesfälle in den ersten sechs Lebenstagen bei einer Geburt nach mindestens 24 vollendeten Schwangerschaftswochen) liegt in Schweden bei 1,1 Fällen pro 1.000 Geburten, gegenüber 1,8 Fällen pro 1.000 Geburten in Deutschland (Zeitlin, Mohangoo, & Delnord, 2013). Es bleibt ungeklärt, worin die niedrigere Rate der neonatalen Sterblichkeitsrate in Schweden gegenüber Deutschland begründet liegt. Es könnten sowohl die in Schweden übliche hebammengeleitete Schwangerenbetreuung mit reduzierter Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen als auch die dortige Verlagerung der Geburten in Kliniken mit über 3.000 Geburten hierfür verantwortlich gemacht werden. Ersteres scheint eine provokante Vermutung – wäre aber mit dem unzulässigen Anspruch, Kausalzusammenhänge aus

retrospektiven Datenauswertungen mittels Verfahren der deskriptiven Statistik beschreiben zu wollen – ebenfalls ein denkbarer Zusammenhang. Die Zentralisierungsbestrebungen und Sterblichkeitsraten in einen ursächlichen Zusammenhang bringen zu wollen, ist methodisch wie erwähnt nicht zulässig. Es können aus wissenschaftlicher Perspektive lediglich statistische Assoziationen dargestellt werden. Im Europäischen Vergleich zeigt sich zudem, dass die neonatalen Sterblichkeitsraten (Todesfälle in den ersten sechs Lebenstagen bei einer Geburt nach mindestens 24 vollendeten Schwangerschaftswochen) 2010 im Vergleich zu 2004 europaweit gesunken sind (Zeitlin et al., 2013). Es darf davon ausgegangen werden, dass nicht in jeder der betrachteten Regionen gleichermaßen eine Zentralisierung der Geburtshilfe stattgefunden hat, die einheitlich für diese Entwicklung verantwortlich gemacht werden kann. Auch Länder wie Schweden haben in der Geburtshilfe Probleme mit der Überwindung großer Entfernungen und schildern die Versorgungssituation als verbesserungswürdig. So gebären, nach Einschätzung von schwedischen Gesundheitsexpertinnen, zu viele Frauen ihre Kinder ungeplant auf Fähren oder in Autos, da sie nicht rechtzeitig die großen Versorgungszentren erreichen können (persönliche Mitteilung).

Diskussion um Mindestmengen als Qualitätsinstrument

In der Diskussion um die Aufrechterhaltung und Förderung der Qualität in der geburtshilflichen Versorgung wird immer wieder auch die Diskussion um Mindestmengen geführt. Diskutiert werden diese Mindestmengen in der Regel vor dem Hintergrund der Mortalitätsraten sehr kleiner Frühgeborener. Ebenso wichtig erscheint es aber, das Thema Mindestmengen auch vor dem Hintergrund der interventionsarmen, physiologischen Geburt von Reifgeborenen zu diskutieren. Ein Blick in die Bundesauswertung der klinischen Perinatalerhebung zeigt, dass über 60% der gesamten Geburten entweder vaginal mit einer Periduralanästhesie oder in Form eines Kaiserschnitts erfolgen (AQUA-Institut, 2014). Dies bedeutet gleichzeitig, dass über 60% der Geburten im klinischen Setting unter Hinzuziehung einer Notfallmedizinerin/eines Notfallmediziners (Anästhesistin/Anästhesist) stattfinden. Hinzukommen die Gabe von Wehenmittel, das Anlegen eines Dammschnittes oder auch die Geburtsbeendigung durch einen vaginal operativen Eingriff, sodass eine Geburt ohne einen der genannten Eingriffe inzwischen in Deutschen Kliniken Seltenheit hat.

Eine hohe Fallzahl in Häusern mit einer hohen Versorgungsstufe geht nicht immer mit einem breiten geburtshilflichen Erfahrungswissen der dort tätigen Personen einher. Hohe Interventionsraten in der Geburtshilfe lassen das Erlangen von Wissen um einen physiologischen Geburtsverlauf fraglich erscheinen. Medizinerinnen/ Mediziner wie auch Hebammen beklagen gleichermaßen, dass mit den hohen Interventionsraten geburtshilfliches Wissen verloren gehe. Zudem verfügen Kliniken oft – im Sinne der Vereinbarkeit von Beruf und Familie – über eine große Anzahl teilzeitbeschäftigter Hebammen sowie Ärztinnen/Ärzte. Auch müssen Aspekte wie die in diesem Arbeitsfeld hohe Personalfuktuation in der Diskussion um Qualität vermehrt Berücksichtigung finden – dies vor dem Hintergrund, dass Berufsanfängerinnen und -anfänger naturgemäß über weniger Erfahrungswissen verfügen als

langjährig erfahrene Kolleginnen und Kollegen. Diese Beispiele zeigen, dass die Größe einer Klinik nicht zwingend ein Garant für eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe sein muss. Ebenso wenig zwangsläufig müssen Geburten nach einer physiologisch verlaufenden Schwangerschaft, die in Kliniken mit einer geringen Fallzahl stattfinden, mit qualitativen Einbußen verbunden sein. Bisher finden sich nur wenig Evidenzen zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland vor allem vor dem Hintergrund der nachhaltigen Gesundheit von Mutter und Kind. Forensische Diskussionen werden eher vor dem Hintergrund der Unterlassung einer Intervention als deren Durchführung diskutiert, wodurch die Intervention als solche oftmals nur bedingt in Frage gestellt wird. Fachliche Diskussionen in der Geburtshilfe beziehen sich in der Regel auf den Aspekt einer potenziellen Unterversorgung. Eine Diskussion um eine Überversorgung und ihre Folgen findet in Deutschland so gut wie nicht statt. Im Vergleich dazu findet sich in Großbritannien eine kritische, auf externen Evidenzen basierende Reflexion erhöhter Interventionsraten in der Geburtshilfe. Es erscheint beachtenswert, dass vor dem Hintergrund erhöhter Interventionsraten im klinischen Setting das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in seiner im Dezember 2014 erschienenen Guideline Intrapartum Care geburtshilfliches Fachpersonal auffordert, Frauen mit einem geringen Ausgangsrisiko für eine Geburt (Low-risk Schwangere) die Geburt in einer hebammengeleiteten Einrichtung (*freestanding or alongside*) zu empfehlen (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2014).

2. Angemessene Entfernungen für die Erreichbarkeit des geburtshilflichen Settings

Restrukturierungsmaßnahmen der Versorgung bzw. Empfehlungen zur Zentralisierung können nicht unabhängig von dem Betrachtungsgegenstand (städtische oder ländliche Region) erfolgen und nicht allgemeingültig für die Bundesrepublik Deutschland beantwortet werden. Augurzky et al. empfehlen eine Bündelung der ambulanten und stationären Leistungen für ländliche Regionen in Gesundheitszentren mit geburtshilflicher Versorgung für Frauen mit niedrigem anamnestischen und geburtshilflichen Risiko. Dieses Versorgungsmodell (ähnlich medizinischer Versorgungszentren) könnte Fahrtzeiten unter 30 Minuten gewährleisten (Augurzky, Kreienberg, & Mennicken, 2014). Andere Quellen empfehlen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung, dass Krankenhäuser nicht mehr als 20 km entfernt sein sollten (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2002) bzw. Notfallpatienten und -patientinnen innerhalb von maximal 30 Minuten eine stationäre Einrichtung erreichen sollten (Metzner, 2008). Diese Ziele sind derzeit weder für Betroffene auf Sylt noch auf Fehmarn umzusetzen.

Die Ergebnisse der Birthplace-Study aus England belegen, dass eine wohnortnahe Versorgung in hebammengeleiteten Einrichtungen (birth centres) nicht zu erhöhten Risiken führt. Für unabhängige Geburtshäuser (birth centres) oder hebammengeleitete Kreißsäle in Krankenhäusern (midwife-led units) überwiegen die medizinischen Vorteile. Diese sind eine

signifikant niedrigere Rate an Interventionen wie Kaiserschnitte, eine höhere Stillrate und eine bessere Kosten-Effektivität gegenüber der konventionellen Klinikgeburt. Auch belegt diese Studie, dass die Geburten in wohnortnahen hebammengeleiteten Einrichtungen – also in Modellen der Grundversorgung – auf Grund der Verlegungsdistanzen zur nächst größeren Klinik nicht gefährlich für Mutter und Kind sind. Unabhängige Geburtshäuser mit durchschnittlichen Verlegungsdistanzen in das nächste Krankenhaus von 20 Meilen (ca. 32 km) erzielten keine schlechteren Geburtsergebnisse für Erst- oder Mehrgebärende gegenüber der Krankenhausgeburt (Brocklehurst et al., 2011). Diese Ergebnisse sprechen für die Effektivität lokaler und kontinuierlicher Betreuungsstrukturen und die Qualität von hebammengeleiteter Versorgung.

Insbesondere für sozioökonomisch vulnerable Familien stellt die Überwindung größerer Entfernungen bzw. längerer Fahrtzeiten eine Herausforderung dar. Sowohl die finanziellen Möglichkeiten als auch die soziale Unterstützung der zurückbleibenden Familie müssen bedacht werden (Kornelsen & Grzybowski, 2005). Frauen mit Fahrtzeiten von einer Stunde und mehr weisen in Kanada eine 7,4-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, moderate bis schwere Stresssymptome zu entwickeln (Kornelsen, Stoll, & Grzybowski, 2011). Verunsichernde Situationen wie die Wahl des richtigen Zeitpunktes, um eine geburtshilfliche Einrichtung aufzusuchen und die längerfristige Unterbringung von Geschwisterkindern sind für die Gebärende Stressoren, welche den Geburtsverlauf möglicherweise negativ beeinflussen. Das Erleben von Unsicherheit und Angst sind Faktoren, welche Muskelanspannungen und das Schmerzerleben erhöhen und zu unnötigen Geburtskomplikationen beitragen können. Diese Zusammenhänge sind bereits seit den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts bekannt (Dick-Read, 2013). Mütterlicher Stress steht im Zusammenhang mit vorzeitiger Wehentätigkeit, geringem kindlichen Geburtsgewicht (Sable & Wilkinson, 2000), Frühgeburtlichkeit und erhöhten Raten von Fehlgeburten (Rondó et al., 2003). Zudem erfahren Frauen mit weiten Anfahrtswegen eine geringeres Maß an kontinuierlicher Betreuung (Grzybowski et al., 2011), welche für eine interventionsarme und sichere Geburt einen entscheidenden Faktor darstellt (Hodnett et al., 2011). Eine sichere wie vertraute Umgebung, welche den Bedürfnissen der Frau gerecht wird, wirkt sich somit förderlich auf den Geburtsverlauf aus.

Neben der Frage der Sicherheit und der geburtshilflichen Versorgungsqualität während der Geburt ist bei der Diskussion um die Erreichbarkeit des geburtshilflichen Settings auch die individuelle Situation der Frau und der Betreuungsrahmen außerhalb des klinischen Settings vor dem Geburtsbeginn und bei einsetzender Wehentätigkeit zu berücksichtigen. Bei zunehmender Entfernung der geburtshilflichen Versorgung vom Wohnort der Leistungsempfängerin wird die Schwangere oder Gebärende mit vielfältigen Unsicherheiten und Unwägbarkeiten konfrontiert, die einen physiologischen Geburtsverlauf erschweren oder verhindern können. Hierbei gilt: Je niedriger der sozio-ökonomische Status desto größer ist die Problemlage für die betroffenen Familien.

Zusammenfassend sprechen gegen die Zentralisierung folgende Punkte:

Aspekte aus der Perspektive der Frauen und ihrer Familien:

- Abwägen, wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist eine Klinik aufzusuchen. Je länger die Fahrtstrecke desto größer die Unsicherheit.
- Organisatorische Barrieren: Die Unterbringung von Geschwisterkindern, die rechtzeitige Anwesenheit des Partners.
- Finanzielle Barrieren: Fahrtkosten für Familienbesuche, Unterbringung der Familie.
- Ängste, dass die Geburt im Auto oder Rettungswagen stattfindet.

Neben der Perspektive der Familien sind auch die Belange solcher Berufsgruppen zu berücksichtigen, welche bei einer zunehmenden Zentralisierung gehäuft mit der ungeplanten Betreuung von geburtshilflichen Fällen konfrontiert sein werden:

Aspekte aus der Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, der Notfallmedizinerinnen/-mediziner und weiterer Gesundheitsfachberufe:

- Unsicherheiten und Unerfahrenheit der Notfallsanitäter und –sanitäterinnen bezüglich der Geburtsbetreuung und -überwachung sowie die fehlende Befugnis und Kenntnis den Geburtsverlauf einordnen zu können.
- Notärztliches Personal, dem es an klinischer Expertise mangelt, eine Geburt zu leiten bzw. die wenig Erfahrung in der Beatmung und/ oder Reanimation von Neugeborenen haben.
- Moralische, ethische und juristische Verpflichtung von niedergelassenen Hebammen und Gynäkologinnen/ Gynäkologen, Notfälle in der Geburtshilfe vor Ort betreuen zu müssen, unabhängig von der zur Verfügung stehenden Infrastruktur, Materialien bzw. einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung.

Die Notwendigkeit einer zentralisierten/regionalisierten Geburtshilfe wird von Befürwortern mit der Notwendigkeit von Versorgungsstandards und unabdingbaren Rahmenbedingungen begründet. Hierfür wird häufig auf die S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) *Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung* verwiesen (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., 2013). Diese ist eine Handlungsempfehlung, welche die Voraussetzung für die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Institution Krankenhaus beschreibt, jedoch nicht die geburtshilfliche Versorgung im Allgemeinen zum Gegenstand hat. Zudem hat sie keine grundsätzliche rechtliche oder juristische Verbindlichkeit und beschreibt lediglich einen Handlungskorridor (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften, 2014). Auch liegt dieser Empfehlung keine systematische

Literaturrecherche zur Versorgungsforschung zu Grunde. Aus diesen und weiteren Gründen ist sie im Rahmen von evidence-based practice nur hinsichtlich einer Expertenmeinung zu berücksichtigen.

3. Die Bewertung von Boarding-Konzepten aus wissenschaftlicher Perspektive

Ob sogenannte Boardingcenter den Bedürfnissen und dem Bedarf in der geburtshilflichen Versorgung von gesunden Schwangeren qualitativ als auch quantitativ entsprechen, ist nicht bekannt. Es kann jedoch angenommen werden, dass diese Einrichtungen sinnvoll für einzelne Frauen mit besonderen Risiken sind, die nicht im Rahmen einer normalen Schwangerschaftsbetreuung durch die Hebammen oder die niedergelassenen Gynäkologinnen/ Gynäkologen bis zum Geburtstermin vor Ort betreut werden können, da besondere Risiken evtl. ein umgehendes geburtshilfliches Management erfordern. Falls allerdings Boardingcenter in Kombination mit Klinikzentren die Strategie für die gesamte Region darstellen sollen, so würden sie wohnortferne Betreuung und Aufenthalte für das Gros der Schwangeren bedeuten. Dies ist weder aus der psychosozialen Perspektive der Schwangeren zu empfehlen, da dieses Modell fern ihrer individuellen Lebenswelt wäre, noch wäre eine solche Form der Hospitalisierung gesunder Schwangerer nach Einschätzung der DGHWi aus volkswirtschaftlicher Perspektive sinnvoll. Auch kann die Frage nicht beantwortet werden, ab welchem Zeitpunkt eine Aufnahme im Boardingcenter stattfinden soll. Kanada hat aus den negativen psychosozialen Folgen einer solchen Hospitalisierung für Schwangere und Gebärende seine Konsequenzen gezogen. Es etabliert erneut wohnortnahe geburtshilfliche Strukturen in den Northern Territories, um die geburtshilfliche Versorgung wieder in die Lebenswelt der Gebärenden zu integrieren (van Wagner, Epoo, Nastapoka, & Harney, 2007; van Wagner, Osepchook, Harney, Crosbie, & Tulugak, 2012).

Boardingcenter führen möglicherweise zu einer verfrühten Hospitalisierung der Frauen beispielsweise in der Latenzphase (Teil der Eröffnungsperiode, die in der Regel noch keiner medizinischen Überwachung bedarf und über mehrere Tage andauern kann). Die frühe stationäre Aufnahme einer Gebärenden während der Latenzphase führt zu erhöhten Interventionsraten wie Periduralanästhesie, Wehentropf oder auch Kaiserschnitt, ohne dabei das geburtshilfliche Outcome zu verbessern (Hemminki & Simukka, 1986; Holmes, Oppenheimer, & Wu Wen, 2001; Rahnama, Ziaei, & Faghihzadeh, 2006). Zu diskutieren ist außerdem, inwieweit Frauen durch die frühzeitige Hospitalisierung auch eine größere Akzeptanz gegenüber geplanten geburtshilflichen Interventionen wie der Geburtseinleitung oder der geplanten Schnittentbindung entwickeln, um zeitnah in ihr familiäres Umfeld zurückkehren zu können. Neben der erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Gebärende, geburtshilfliche Interventionen einzufordern oder zu benötigen, implizieren diese Interventionen nicht unerhebliche volkswirtschaftliche Folgekosten, welche zu berücksichtigen sind.

4. Konzepte und Mindeststandards für die Geburtshilfe in Randlagen

Vor dem Hintergrund der Schließung privatwirtschaftlich nicht mehr rentabler geburtshilflicher Einrichtungen sind die Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik auf Bundes-, aber auch auf Landesebene gefordert, praxistaugliche Konzepte zu fördern, die eine wohnortnahe kontinuierliche geburtshilfliche Versorgung der Gebärenden in ihrer Region sicherstellen.

Für Schleswig-Holstein und insbesondere die Regionen nordfriesische Inseln als auch Ostholstein mit der Insel Fehmarn ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um ausgeprägte Urlaubsregionen für Familien handelt. In den Ferienzeiten bereisen Schwangere anderer Bundesländer mit ihren Familien diese Regionen. Diese dürfen auch an ihrem Urlaubsort eine bedarfsgerechte Versorgung erwarten. Andernfalls könnte ein Hauptwirtschaftszweig des Landes, die Tourismusbranche, vermehrt Schaden auf Grund der negativen öffentlichen Berichterstattung bzw. dem Eintreten vermeidbarer Notfallgeschehnisse nehmen.

Nach Einschätzung der DGHWi sind dem Risiko einer unzureichenden Expertise im Notfallmanagement und längeren E-E-Zeiten (die Zeitspanne vom Entschluss zum Notfallkaiserschnitt bis zur Geburt des Kindes) in den kleinen Geburtskliniken in ländlichen Regionen die Risiken einer fehlenden geburtshilflichen Grundversorgung und von unzureichend ausgebildetem Personal im Rettungsdienst (welches zwangsläufig über eine geringere Ausbildung in der Geburtshilfe verfügt als ärztliche Geburtshelfende und Hebammen) gegenüberzustellen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein Haus der Grundversorgung in einer Region weniger sicher sein soll als keinerlei geburtshilfliche Versorgung in einer Region (Grzybowski et al., 2011). Augurzky et al. verweisen zudem auf die Bedeutung sog. *Sole Provider*. Dies sind Krankenhäuser, welche trotz ihres wirtschaftlichen Defizites durch die Allgemeinheit wirtschaftlich getragen werden, da sie die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherstellen sollen (Augurzky et al., 2014).

Wenn eine Versorgung über privatwirtschaftlich geführte geburtshilfliche Abteilungen der Krankenhäuser nicht mehr sichergestellt werden kann, müssen andere wohnortnahe Versorgungsstrukturen etabliert werden, welche eine bedarfsgerechte Versorgung der Schwangeren und Gebärenden garantieren. Die Hebamme ist zum einen auf Grund ihrer Hinzuziehungspflicht nach §4 des Hebammengesetzes aus gesetzgeberischer Perspektive bei der Betreuung der Gebärenden unverzichtbar. Zum anderen ist sie auf Grund ihrer medizinischen als auch psychosozialen Expertise geeignet, die Schwangeren und Gebärenden wohnortnah sicher zu betreuen.

Dementsprechend ist für Frauen mit niedrigem anamnestischen Risiko die Versorgung in einem, aus öffentlichen Mitteln finanzierten, Geburtshaus ein erster Lösungsansatz. Ein Vergleich der Daten aus der hessischen, klinischen Perinatalerhebung mit den Daten aus der bundesweiten, außerklinischen Perinatalerhebung zeigt, dass die hebammengeleiteten, außerklinischen Einrichtungen in ausgewählten medizinischen Parametern wie dem kindlichen

Outcome eine vergleichbare Qualität zur Klinik mit zugleich deutlich geringeren Interventionsraten aufweisen. Zurückgeführt wird dies auf die sorgfältige Risikoselektion im Vorfeld und die Arbeitsweise der in der außerklinischen Geburtshilfe tätigen Hebammen (Bauer & Kötter, 2013). Für die Finanzierung einer solchen Einrichtung in ländlichen Regionen sind Kosten für Investitionen, Unterhalt, Haftpflichtversicherung sowie Rufbereitschaft der Hebammen zu berücksichtigen. Auch wäre ein Geburtshaus auf dem Gelände des Klinikums Oldenburg/ bzw. Sylt denkbar, um die gesundheitliche Versorgung in Oldenburg und auf Sylt zu optimieren. In England spricht man hierbei von sogenannten *alongside midwifery units*, also Geburtshäuser, welche der Klinik angegliedert werden. Analog zur Finanzierung der *Familienhebammen* sollte hierfür eine tragfähige Finanzierung von der Landesregierung sichergestellt werden, da diese Sicherstellung außerhalb des unternehmerischen Risikos der freiberuflichen Hebammen zu finanzieren wäre. Hierfür wären auch Anstellungsverhältnisse denkbar. Es gilt zu prüfen, ob die Kliniken bei einem weiteren Erhalt der Abteilung „Gynäkologie“ über die Möglichkeiten verfügen, einen geburtshilflichen Notfall mit einem Notkaiserschnitt beenden zu können. Gegebenenfalls wären auch Honorarverträge mit niedergelassenen Gynäkologinnen/Gynäkologen eine Möglichkeit, um die fachgerechte Versorgung eines geburtshilflichen Notfalles in dem OP der jeweiligen Kliniken zu gewährleisten. Die Verfügbarkeit von Anästhesie könnte über das Klinikum oder über den Rettungsdienst mit dem notärztlichen Dienst organisiert werden. Auch für diese Berufsgruppen ist die Kostenübernahme der Haftpflichtversicherung und eine Vergütung der Rufbereitschaft zu prüfen, um die Versorgung zu gewährleisten.

Auch die Bereitstellung eines *Storchenwagens* für die betroffenen Regionen wäre denkbar, um die geburtshilfliche Versorgung in strukturschwachen Regionen stärken zu können. Bei diesem Versorgungsmodell handelt es sich um einen Rettungswagen, der mit einer Notfallsanitäterin/einem Notfallsanitäter und einer Hebamme besetzt wird und zu geburtshilflichen Fällen in der Region gerufen wird. Im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes von Hebammen an zentralen Punkten in der Region (z.B. Angliederung an den Rettungsdienst, an die Rettungswachen Heiligenhafen bzw. Sylt/Westerland) wäre eine sofortige fachliche Unterstützung des Rettungsdienstes durch eine Hebamme möglich. Dies würde, analog zu dem Storchenwagen-Modell an den Berliner Feuerwachen in den 1990er Jahren, zu einem Zuwachs der fachlichen Expertise des Notfallsanitätsdienstes und zu einer Absicherung der Versorgung beitragen.

Länder wie Neuseeland, die über eine breite Erfahrung in der Überwindung von Distanzen in der geburtshilflichen Versorgung verfügen, weisen die Qualität ihrer Versorgung durch regelmäßige Schulungen mit anschließenden praktischen Prüfungen nach, die von Hebammen in regelmäßigen Abständen zu absolvieren sind. Auch dies wäre ein Konzept, was für strukturschwache Gebiete bzw. geburtshilfliche Einrichtungen mit niedrigen Fallzahlen denkbar wäre.

Nach Kenntnisstand der DGHWi ist ein demographiebedingter Fachkräftemangel zumindest für die Region Ostholstein nicht ersichtlich. Die Beleghebammen in der Region haben ihre Arbeit auf Grund der Schließung der geburtshilflichen Abteilung in Oldenburg beendet und nicht auf Grund des Erreichens des Rentenalters. Ein Nachweis, dass erforderliches fachärztliches Personal wegen eines Mangels an Bewerbungen nicht eingestellt werden konnte, wurde nicht ersichtlich und wäre sicher wünschenswert. Darüber hinaus stimmt die DGHWi dem Bericht der schleswig-holsteinischen Landesregierung zu, dass eine Beurteilung der Ergebnisqualität und die Beurteilung möglicher Risiken – auf Grund der fehlenden Veröffentlichung interner Qualitätsberichte – nicht möglich ist.

Nachvollziehbar ist jedoch, dass die Standorte Oldenburg/Westerland auf Grund der niedrigen Geburtenzahlen betriebswirtschaftlich nicht rentabel arbeiten können, da das notwendige Erlösvolumen bei fortwährender Abnahme der Fallzahlen nicht erzielt werden kann. Auch perspektivisch kann auf Grund des demographischen Wandels mit einem Rückgang der geburtshilflichen Fallzahlen gerechnet werden, wenngleich der Einfluss von Zuwanderungen in Bezug auf die geburtshilflichen Fallzahlen in den Überlegungen bisher kaum berücksichtigt wurde.

Die DGHWi sieht die Sicherstellung der Versorgung und damit den Versorgungsauftrag der Länder als gefährdet an, wenn marktwirtschaftlich orientierte Unternehmen zur Gewinnmaximierung grundsätzlich autonom über die Schließung bzw. Zusammenlegung von geburtshilflichen Standorten beschließen dürfen und an anderen Standorten daraufhin vermehrt Gewinne durch steigende Geburtenzahlen erwirtschaften.

5. Prioritäre Zielsetzung in der geburtshilflichen Versorgung

Die Gestaltung einer sicheren Geburtsumgebung ist weit mehr als die Bereitstellung eines Kreißsaales mit entsprechend technischer Ausstattung und die Vorhaltung eines Operationssaales an einer zentralen Stelle. Frauen wünschen sich die Möglichkeit der Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit von Fachpersonen und einen Rückzugsort, welcher ihre Intimität wahrt. Diese Faktoren vermitteln einer Gebärenden das notwendige Vertrauen und sind damit zentrale Rahmenbedingungen für eine physiologische Geburtshilfe. Jede Frau mit ihren individuellen Bedürfnissen, Vorstellungen und Wünschen an eine geburtshilfliche Betreuung sollte daher in der regionalen Versorgungsgestaltung Berücksichtigung finden. Eine wohnortnahe Versorgung durch eine vertraute Hebamme oder ein konzeptionell abgestimmtes Hebammenteam sind hierfür essentiell, um ein gutes geburtshilfliches Ergebnis zu fördern (Hodnett et al., 2011). Dementsprechend sollte bei einer Konzeptgestaltung für die geburtshilfliche Versorgung in Schleswig-Holstein die wohnortnahe Versorgung mit vertrautem Fachpersonal - mit Blick auf die Hinzuziehungspflicht allen voran mit vertrauten Hebammen - im Fokus der Landesregierung stehen, nicht zuletzt auch, um der Überalterung ländlicher Regionen entgegenzuwirken.

Diese Empfehlung wird nicht kostenneutral umzusetzen sein, sondern bedarf des Willens und der Akzeptanz der politischen Entscheidungsträger. Ähnlich wie bei anderen Investitionen (Hochwasserschutz: finanzielle Belastungen, welche andere Bundesländer nicht vorzuhalten haben), sollte die Landesregierung auch den geographischen Besonderheiten ihres Landes in der geburtshilflichen Versorgung begegnen.

Die von der Landesregierung veranschlagten 45.000€ als Einmalzahlung zur Finanzierung der genannten Empfehlungen werden nicht ausreichen. Eine kontinuierliche Finanzierung und Sicherstellung dieser Versorgungsstrukturen wäre notwendig.

Anmerkungen der Autorinnen

Die Stellungnahme der DGHWi basiert auf einem fachwissenschaftlichen Verständnis und wurde unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes formuliert. Die aufgezeigten Empfehlungen sind jedoch darüber hinaus sowohl juristisch als auch betriebswirtschaftlich von der Landesregierung im Detail zu prüfen.

Literatur:

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2014): Retrieved from <http://www.awmf.org/die-awmf/awmf-aktuell/detail/news/es-bleibt-dabei-leitlinien-sind-nicht-rechtlich-verbindlich.html>
- AQUA-Institut. (2014). AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2013 - 16/1 – Geburtshilfe.
- Augurzyk, B., Kreienberg, R., & Mennicken, R. (2014). Die Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe. Heidelberg, Neckar: medhochzwei-Verlag.
- Bauer, S., & Kötter, C. (2013). Geburtshäuser: Versorgungsalternative zur Klinikentbindung? Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 217(1), 14–23. doi:10.1055/s-0032-1333214
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Stewart, M. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d7400.
- Combler, E., Charreire, H., Le Vaillant, M., Michaut, F., Ferdynus, C., Amat-Roze, J.-M., Zeitlin, J. (2013). Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. *Health & place*, 24, 225–233. doi:10.1016/j.healthplace.2013.09.006
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*, 27(2), 104–111.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. (2013). Retrieved from http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-078l_S1_Prozessule_Strukturelle_Organisatorische_Voraussetzungen_2013-05.pdf
- Dick-Read, G. (2013). Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. London: Pinter & Martin.
- Grzybowski, S., Stoll, K., & Kornelsen, J. (2011). Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Services Research*, 11, 147. doi:10.1186/1472-6963-11-147
- Heller, G. (2002). Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. *International Journal of Epidemiology*, 31(5), 1061–1068. doi:10.1093/ije/31.5.1061
- Heller, G., Gunster, C., Misselwitz, B., Feller, A., & Schmidt, S. (2007). Jährliche Fallzahl pro Klinik und Überlebensrate sehr untergewichtiger Frühgeborener (VLBW) in Deutschland--Eine bundesweite Analyse mit Routinedaten. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 211(3), 123–131.
- Hemminki, E., & Simukka, R. (1986). The timing of hospital admission and progress of labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 22(1-2), 85–94. doi:10.1016/0028-2243(86)90093-6
- Hildingsson, I., Andersson, E., & Christensson, K. (2014). Swedish women's expectations about antenatal care and change over time – a comparative study of two cohorts of women. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(2), 51–57. doi:10.1016/j.srhc.2014.01.001
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous Support for Women during Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003766.
- Holmes, P., Oppenheimer, L. W., & Wu Wen, S. (2001). The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(11), 1120–1124. doi:10.1016/S0306-5456(01)00265-0
- Kornelsen, J., & Grzybowski, S. (2005). The cost of separation: The birth experiences of women in isolated and remote communities in British Columbia. *Canadian Woman Studies Journal*, (24), 75–80.
- Kornelsen, J., Stoll, K., & Grzybowski, S. (2011). Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. *The Australian journal of rural health*, 19(1), 9–14. doi:10.1111/j.1440-1584.2010.01170.x
- Ladwig, K.-H. (2014). Kritische Lebensereignisse. *Public Health Forum*, 22(1), 10.e1–10.e3. doi:10.1016/j.phf.2013.12.013
- Larimore, W., & Davis, A. (1995). Relationship of infant mortality to availability of care in rural Florida. *J Am Board Fam Pract*, (8), 392–399.
- Metzner, J. (2008). Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Report / HA Hessen-Agentur GmbH: Nr. 727. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. (2002). Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen: Rahmenvorgaben. Düsseldorf.
- Moster, D., Lie, R. T., & Markestad, T. (1999). Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries: population based study. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 80(3), F221-5.

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2014). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Clinical Guideline 109. ISBN 978-1-4731-0862-2. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynecologists.
- Nesbitt, T. S., Connell, F. A., Hart, L. G., & Rosenblatt, R. A. (1990). Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *American Journal of Public Health*, (80), 814–818.
- Rahnama, P., Ziaei, S., & Faghihzadeh, S. (2006). Impact of early admission in labor on method of delivery. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 92(3), 217–220. doi:10.1016/j.ijgo.2005.12.016
- Rondó, P H C, Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M C N, Lobert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(2), 266–272. doi:10.1038/sj.ejcn.1601526
- Sable, M. R., & Wilkinson, D. S. (2000). Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. *Family planning perspectives*, 32(6), 288–294.
- Sauls, D. J. (2002). Effects of Labor Support on Mothers, Babies, and Birth Outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(6), 733–741.
- Trotter, A., & Pohlandt, F. (2010). Aktuelle Ergebnisqualität der Versorgung von Frühgeborenen 1 500 g Geburtsgewicht als Grundlage für eine Regionalisierung der Risikogeburten. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 214(2), 55–61. doi:10.1055/s-0030-1249640
- van Wagner, V., Epoo, B., Nastapoka, J., & Harney, E. (2007). Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(4), 384–391. doi:10.1016/j.jmwh.2007.03.025
- van Wagner, V., Osepchook, C., Harney, E., Crosbie, C., & Tulugak, M. (2012). Remote midwifery in Nunavik, Québec, Canada: outcomes of perinatal care for the Inuulitsivik health centre, 2000-2007. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 39(3), 230–237. doi:10.1111/j.1523-536X.2012.00552.x
- Viisainen, K., Gissler, M., & Hemminki, E. (1994). Birth outcomes by level of obstetric care in Finland: a catchment area based analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48(4), 400–405. doi:10.1136/jech.48.4.400
- Zeitlin, J., Mohangoo, A., & Delnord, M. (2013). European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Retrieved from http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf.



DGGG e.V. • Hausvogteiplatz 12 • 10117 Berlin

Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung
Frau Staatssekretärin Anette Langner
Postfach 7061
24170 Kiel

per E-Mail an:
anette.langner@sozmi.landsh.de; silke.seemann@sozmi.landsh.de

Präsident
Prof. Dr. Diethelm Wallwiener
Ärztlicher Direktor
Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Hausvogteiplatz 12
D-10117 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 514883340
Telefax: +49 (0) 30 51488344
info@dggg.de

Berlin, den 26.11.2014

204. Stellungnahme der DGGG: Zur Anfrage „Expertenanhörung zum Thema Geburtshilfe“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein im Oktober 2014

Sehr geehrte Frau Langner,

auf Ihre bzw. die Anfrage des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung Schleswig-Holstein vom Oktober 2014 zur Stellungnahme der Fachgesellschaft zur geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein unter besonderer Berücksichtigung folgender Fragen möchten wir Ihnen Auskunft geben:

1. Ergeben sich durch aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen neue Aspekte bzgl. der Qualität und der Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene?
2. Welche Entfernungen (in km oder Minuten Anfahrt) sind maximal zumutbar?
3. Sind Boarding-Konzepte eine sinnvolle Ergänzung, um große Entfernungen zu überbrücken?
4. Inwieweit wäre es denkbar, im Rahmen von Klinikkooperationen die Mindestanforderungen zu erfüllen?
5. Wären für die besondere Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigen Geburtenzahl Abweichungen von den Mindeststandards denkbar oder gäbe es andere Möglichkeiten diese Randlagen besonders zu berücksichtigen?

Die Beantwortung der Fragen erfolgt auf Basis der wissenschaftlichen Leitlinien der DGGG in ihrer jeweils aktuellsten Version:

015/078 Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung
087/001 Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland
024/001 - Indikationen zur Einweisung von Schwangeren in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe
024/002 - Verlegung von Früh- und Reifgeborenen in Krankenhäuser der adäquaten Versorgungsstufe



Zur Beurteilung der aktuellen Qualität der Perinatologischen Betreuung in Schleswig-Holstein wurden die Daten der

- externen stationären Qualitätssicherung Geburtshilfe des AQUA-Instituts in Ihrer Länderbezogenen Darstellung Erfassungsjahr 2012 (siehe Anlage 1)
- des Faktencheck-Reports [„Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung“](#)
- der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte der einzelnen Kliniken, soweit auf deren homepages vorhanden, verwendet

Weiterhin wurde zur Beantwortung der Fragen eine internationale Literaturrecherche unter den Suchworten [Maternal Health Services/organization & administration*](#) and [Regional Health Planning](#) durchgeführt.

Standards der geburtshilflichen Betreuung

Geburtshilfliche Betreuung kann nicht isoliert von der Betreuungsqualität der Neugeborenen gesehen werden, so dass im Folgenden Standards der Perinatologischen Betreuung auf Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in seiner aktuellen Fassung vom 20.6.2013, ergänzt um die Expertenempfehlungen oben genannter Leitlinien dargestellt werden.

Die Standards des G-BA und der Fachgesellschaften sowie der Patientenvertretung beschreiben **Mindest-Anforderungen**, die durchweg eingehalten werden müssen. Dies geschieht mit dem Ziel, die Sicherheit von Mutter und Kind sowie wichtige Ergebnisparameter zu optimieren. Die beschriebenen Strukturanforderungen sind wissenschaftlich begründet und Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte hochwertige Perinatalmedizin. Vergleichende Bewertungen wie z. B. solche von UNICEF, OECD, der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (GBE-Bund) oder des European Perinatal Health Reports weisen in der Bundesrepublik im Bereich der Perinatalmedizin eine nur gut durchschnittliche Leistungsfähigkeit, jedoch keine Spitzenposition nach: Dies gilt insbesondere im Vergleich zu den nordeuropäischen Ländern, in denen trotz großer Distanzen zwischen den Kliniken bezüglich der perinatalen Versorgungsqualität die besten Ergebnisse generiert werden. (vgl. hierzu Europeristat 2008 und European Perinatal Health Report 2010; www.europeristat.com).

Unabhängig von ihrer Versorgungsstufe muss jede Geburtshilfe anbietende Klinik folgende Mindestanforderungen erfüllen (AWMF Leitlinie 015-078):

- Es muss ein im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätiger Arzt (abgeschlossene oder begonnene Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe) ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Dem entspricht auch eine Rufbereitschaft, wenn sie gegenüber einer unmittelbaren Präsenz in der Klinik keine Nachteile beinhaltet, also der Arzt in gleicher Zeit wie ein Arzt im Bereitschaftsdienst bei der Gebärenden sein kann.
- Es muss ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe innerhalb von zehn min im Krankenhaus verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten, wenn vorbereitende Arbeiten durch fachkundiges Personal im Krankenhaus (Hebamme, Assistenzarzt etc.) bis zum Eintreffen des Facharztes kompetent erbracht werden können.
- Es muss mindestens eine Hebamme ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Vergleichbar ist ein Rufbereitschaftsdienst der Hebamme, wenn sie innerhalb von fünf Minuten bei der Schwangeren erscheinen kann.
- Es muss ein Anästhesist innerhalb von 10 min bei der Schwangeren verfügbar sein. Er kann seinen Dienst in Rufbereitschaft ableisten, wenn vorbereitende



Arbeiten durch fachkundiges Personal im Krankenhaus (Hebamme, Pflegekräfte, Assistenzarzt etc.) bis zum Eintreffen des Facharztes kompetent erbracht werden können.

- Es soll mindestens eine examinierte Kinderkrankenschwester ständig rund um die Uhr anwesend sein (Bereitschaftsdienst). Wo dies nicht möglich ist, müssen die in der „integrierten Wochenbettpflege“ tätigen Mitarbeiter (Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern, Hebammen) soweit fortgebildet sein, dass sie in der Lage sind, einerseits die mütterliche (Wund-) Versorgung sicherzustellen, sowie andererseits Notfälle und Krankheiten Neugeborener zu erkennen und entsprechend zu handeln.
- Es muss die jederzeitige (24 h x 7 Tage) Operationsbereitschaft durch die ständige Anwesenheit entsprechend ausgebildeten Funktionspersonals sichergestellt sein.
- Es müssen jederzeit wichtige Laborergebnisse (rund um die Uhr innerhalb von 2 h) verfügbar sein.

Jede geburtshilfliche Klinik muss sicherstellen, dass die für die Sicherheit von Mutter und Kind Entscheidungs-Entbindungszeit („E-E-Zeit“) unter 20 Minuten jederzeit einzuhalten ist.

Neben den in der Weiterbildung ohnehin verankerten Kenntnissen in der Notfallversorgung ist sicherzustellen, dass ein regelmäßiges Notfall- und Teamtraining für die typischen fachspezifischen Notfallsituationen wie z.B. Schulterdystokie, schwere Blutungen unter der Geburt, Reanimation bei Kreislaufchock der Mutter oder des Neugeborenen durchgeführt wird. Grundsätzlich ist in Geburtskliniken ohne Pädiatrie der Geburtshelfer für die Erstversorgung von Neugeborenen ärztlich-organisatorisch verantwortlich. Auch bei Schwangeren ohne spezielles geburtshilfliches Risiko kann es grundsätzlich und jederzeit im Verlauf der Geburt zu Komplikationen kommen, die eine Intensivtherapie notwendig machen, so dass unabhängig von der Versorgungsstufe Strukturen zur Erstversorgung, d.h. zur primären intensivmedizinischen Überwachung und/oder Therapie in allen geburtshilflichen Kliniken vorhanden sein müssen.

In Deutschland ist ein **Stufensystem der perinatalogischen Versorgung** etabliert:

Versorgungsstufen	Geburtsmedizinische Versorgungsstufen	Neonatalogische Versorgungsstufen
IV	Geburtshilfliche Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik)	Kooperation mit Kinderklinik für Notfallbetreuung und Vorsorge-Untersuchungen (letzteres ggf. mit niedergelassenem Pädiater)
III	Geburtshilfliche Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (Perinataler Schwerpunkt)	Neonatalogische Grundversorgung in einer Kinderklinik (Perinataler Schwerpunkt)
II	Perinatalzentrum Level 2	Perinatalzentrum Level 2
I	Perinatalzentrum Level 1	Perinatalzentrum Level 1

In **Geburtskliniken** sollen exklusiv Schwangere ohne bekannte Risiken und am Geburtstermin versorgt werden; allerdings ist zu fragen, inwieweit isolierte Geburtskliniken ohne angeschlossene Kinderkliniken dem geforderten Aspekt einer maximalen Sicherheit für Mutter und Kind bei seltenen Komplikationen genügen, da insbesondere niedrige Geburtenzahlen (< 500 p.a.) mit einer erhöhten neonatalen Mortalität assoziiert sind (Merlo et al 2005). Neugeborenen Transporte müssen wegen des höheren Transportrisikos der Neugeborenen durch rechtzeitige präventive Verlegung von Risikoschwangeren soweit als irgend möglich vermieden werden. Eine



neonatologische Behandlung in einer Geburtsklinik ohne angeschlossene Kinderklinik ist nicht sachgerecht.

Es gelten die oben genannten strukturellen und personellen Minimalanforderungen. Um eine kontinuierliche Betreuung jeder Schwangeren *sub partu* durch eine Hebamme zu gewährleisten muss mindestens eine Hebamme in der Klinik anwesend und mindestens eine weitere rufbereit sein. Um eine durchgehende Besetzung in einer Klinik mit ≤ 600 Geburten/Jahr zu gewährleisten, sind somit mindestens 5,65 Hebammenstellen erforderlich. Abhängig von der jährlichen Geburtenrate müssen so viele Hebammen in der Klinik anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95% der Zeit eine 1 zu 1 Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist. Dies erfordert pro zusätzliche 100 Geburten mindestens 0,93 weitere Hebammenstellen (BAPM Guideline 2011).

Eine leistungsfähige Perinatalmedizin auf einer mittleren Versorgungsstufe (Versorgungsstufe III, **Perinataler Schwerpunkt**) soll eine flächendeckende Versorgung von Mutter und Kind auch noch bei erhöhten perinatalen Risiken gewährleisten. Diese Einrichtungen sollen in der Lage sein, plötzlich auftretende, unerwartete Notfälle adäquat zu behandeln. Bei anhaltenden Problemen des Neugeborenen soll aber eine Verlegung in eine Einrichtung mit höherer neonatologischer Versorgungsstufe erfolgen. Prinzipiell sollen in einer Kinderklinik mit Perinatalem Schwerpunkt nur Kinder über 32 vollendeten Schwangerschaftswochen (SSW) und einem Geburtsgewicht $\geq 1.500\text{g}$ behandelt werden.

Ergänzend zu den oben genannten Mindestanforderungen muss ein im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin tätiger Arzt mit „Facharztstandard“ ständig rund um die Uhr im Bereitschaftsdienst verfügbar sein. Ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin muss in Rufbereitschaft sein. Es müssen die Möglichkeiten einer kurzfristigen Beatmung sowie qualifizierte diagnostische Möglichkeiten wie Notfalllabor, Röntgen, Sonographie inkl. Echokardiographie bis zur Verlegung möglich sein.

Eine Betreuung von Hochrisiko-Schwangeren sowie Reif- und Frühgeborenen mit hohen Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken muss hingegen zur Gewährleistung der Sicherheit von Mutter und Kind in geburtshilflich-neonatologischen **Perinatalzentren Level 1 und 2** erfolgen. Diese erfüllen umfassende Anforderungen an Struktur und Qualifikationen zur Gewährleistung einer sicheren Betreuung auch kritisch kranker Schwangerer sowie Reif- und Frühgeborener. Die höchsten Anforderungen sind an ein Perinatalzentrum des Levels 1 zu stellen, da dort Patienten mit dem höchsten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko zu betreuen sind. In der Konsequenz ist für ein solches Perinatalzentrum eine nochmals höhere Qualifikation der Mitarbeiter gerechtfertigt und vom G-BA gefordert, um für diese sehr wenigen, aber hochgradig gefährdeten Patienten die maximal mögliche Sicherheit zu gewährleisten (G-BA 2013). Alle Schwangeren mit pränatal diagnostizierten fetalen Fehlbildungen und Neugeborene mit angeborenen Fehlbildungen sind in ein Perinatalzentrum zu verlegen, das kinderchirurgische Expertise besitzt (AWMF Leitlinie 87-001).

Situation der Geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein

Die Situation und Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein sind im Bericht der Landesregierung Drucksache 18/2027 vom 16.Juni 2014 detailliert beschrieben und sollen hier nicht im Einzelnen wiederholt werden.

Geprägt wird die Situation durch anhaltende Anpassungsprozesse der Krankenhauslandschaft an die veränderten demographische Entwicklung, die von einem drastischen Geburtenrückgang von 27.729 Geburten in 1998 auf 18.791 in 2013 ($-32,3\%$). Regional am stärksten betroffen sind die Landkreise Nordfriesland, Dithmarschen und Neumünster, während die Geburtenzahlen in Kiel und Flensburg



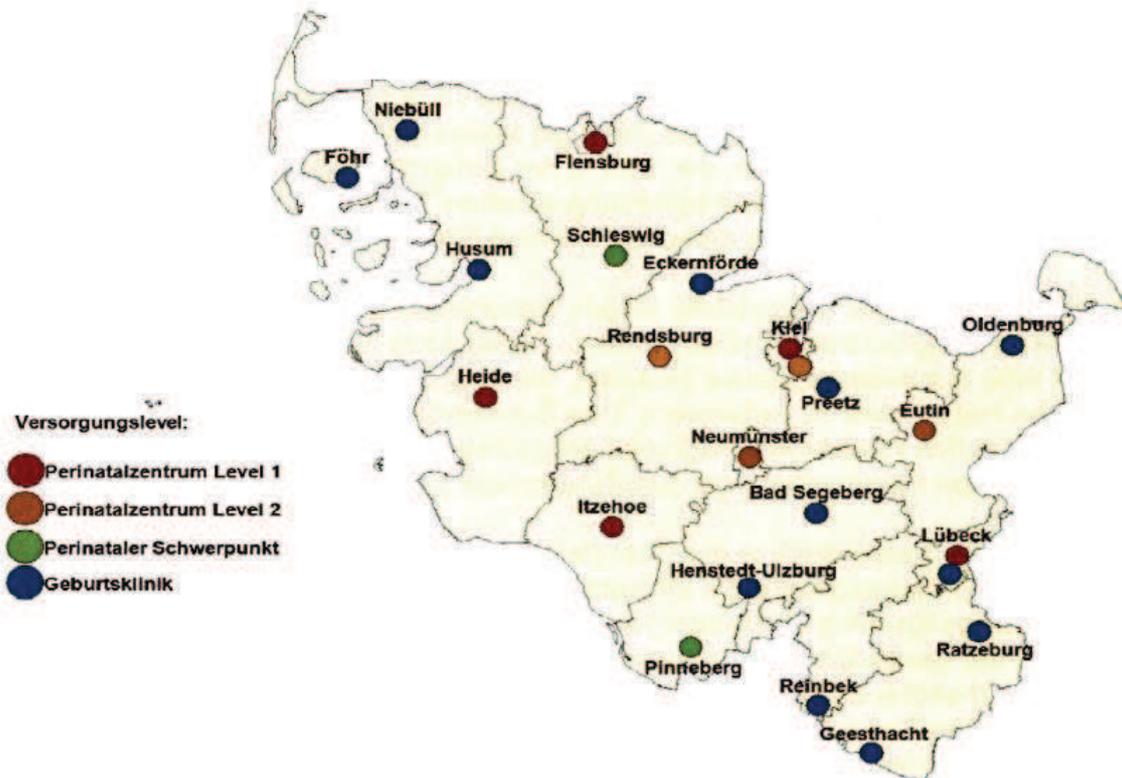
weitgehend konstant blieben. Für die nächsten 10 Jahre wird ein weiterer Geburtenrückgang um 13 % (regional unterschiedlich bis –20% in Nordfriesland und Ostholstein) prognostiziert.

Die außerklinische Geburtshilfe durch freiberufliche Hebammen spielt mit maximal 330 Geburten in 2012 = 1,5 % aller Geburten für die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein keine Rolle, auch wenn auf Initiative der Landesregierung Schleswig-Holsteins am 14.03.2014 im Bundesrat ein Antrag zur Absicherung der Geburtshilfe durch Hebammen erfolgreich eingebracht wurde. Es muss außerdem berücksichtigt werden, dass lt. Qualitätsreport der außerklinischen Geburtshilfe 16,6 %, also ca. jede sechste Kreißende unter der (Haus-)Geburt notfallmäßig in eine Klinik verlegt werden musste (QUAG Qualitätsbericht 2011)

Es gibt in Schleswig-Holstein derzeit 22 Geburtshilfe anbietende Kliniken, von denen jedoch 10 ohne angeschlossene kinderärztliche Versorgung dem niedrigsten Versorgungsstandard entsprechen. Gleichzeitig sind 5 Perinatalzentren der höchsten Versorgungsstufe Level I ausgewiesen, was bei ca. 18.000 Geburten einer wesentlichen Überversorgung entspricht. International wird von einem Perinatalzentrum der Maximalversorgung auf 15.000 Geburten ausgegangen (Gerber et al. 2008). Die Perinatalzentren in Flensburg, Kiel und Lübeck erfüllen soweit nachvollziehbar die Kriterien eines Perinatalzentrums Level 1 des GBA.

Es gibt eine regionale Ungleichverteilung der Versorgungsstruktur. In Ostholstein sind Entbindungen nach Schließung der Geburtshilfe im KH Oldenburg nur noch im Level 2 Zentrum der SANA Kliniken Eutin möglich. Das bedeutet für Schwangere von der Insel Fehmarn eine Anfahrt von ca. 60-70 km und etwa 1 Stunde per Auto lt. Routenplaner. Im Regionalisierungskonzept des Krankenhausträgers wurden 2 kostenlose Apartments zum „Boarding“ von Schwangeren kurz vor der Geburt eingerichtet.

In Nordfriesland existieren zwar 3 geburtshilfliche Einrichtungen, von denen jedoch nur die Hauptabteilung im KH Husum den Mindestanforderungen einer Geburtsklinik entspricht. Auf Föhr wird eine Belegabteilung von einer Belegärztin und 3 Beleghebammen (57 Geburten in 2013), im KH Niebüll die Belegabteilung von einem Belegarzt und 5 Beleghebammen (217 Geburten 2013) geführt. Das bedeutet für Schwangere von der Insel Sylt eine Anfahrt von ca. 85 km und etwa 90 Minuten per Auto lt. Routenplaner nach Husum und in gleicherweise in das Perinatalzentrum Level 1 in Flensburg. Im Regionalisierungskonzept des Krankenhausträgers wurden 2 kostenlose Apartments zum „Boarding“ von Schwangeren kurz vor der Geburt in Niebüll eingerichtet.



Quelle. Eigene Darstellung MSGFG

Da die Perinatalerhebung der Landesärztekammer Schleswig-Holstein nicht allgemein zugänglich ist, kann zur Qualität der geburtshilflichen Versorgung in Schleswig-Holstein nicht regional oder Klinikbezogen erfolgen.

Im bundesweiten Ländervergleich der gesetzlich festgelegten 11 Qualitätsindikatoren der Perinatalogischen Betreuung, der durch das AQUA Institut im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses jährlich veröffentlicht wird (AQUA 2014) liegt Schleswig-Holstein in 10 von 11 Indikatoren unter dem deutschen Durchschnitt (siehe Anlage 1). Besonders große Abweichungen von der geforderten Qualität finden sich bei der perioperativen Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnitt, der sogenannten Lungenreifeinduktion bei drohender Frühgeburt mit Kortikosteroiden und bei der Bestimmung des Nabelschnur-pH Wertes zur Überprüfung des Versorgungszustandes des Neugeborenen unter der Geburt.

Als besonders kritisch muss angemerkt werden, dass in 11% der untersuchten Kliniken die „E-E-Zeit“ von maximal 20 Minuten bis zur Geburt bei einem Notkaiserschnitt nicht eingehalten wurde. In 8 von 20 Kliniken (40%) war kein Kinderarzt in mehr als 10% der Frühgeburten anwesend. Bei anderen Qualitätsindikatoren erreichen 45% der Kliniken nicht die geforderte Qualität.

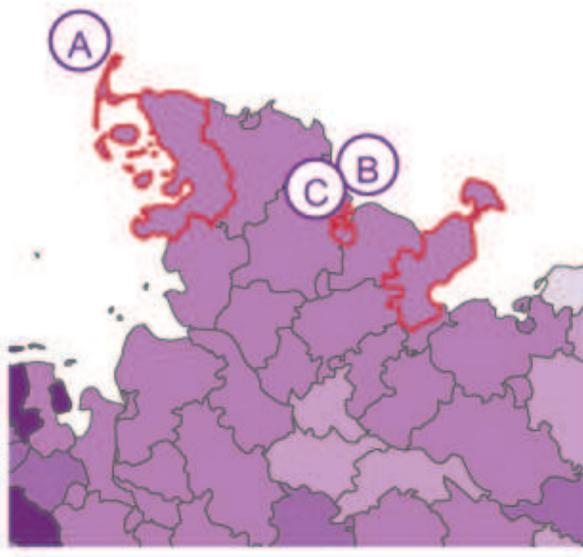
Die Kaiserschnitttrate liegt mit landesweit 33,4% in 2012 etwas über dem deutschen Durchschnitt. Die höchsten Kaiserschnitttraten sind in den Landkreisen Nordfriesland und Ostholstein, während die niedrigste Rate mit 29% in Kiel berichtet wurde, obwohl im Unterschied zu den Landkreisen dort ein hoher Anteil von Risikogeburten versorgt wird (Faktencheck Kaiserschnitt).

Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung

Ausgewähltes Thema: Kaiserschnitt rate nach Kreisen 2010

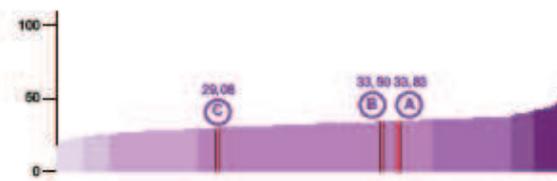
Kaiserschnitt rate nach Kreisen 2010

Die Karte zeigt den Anteil der Kinder, die 2010 per Kaiserschnitt auf die Welt kamen, an allen lebendgeborenen Kindern. Während in einigen Kreisen nur rund 17 % der Kinder per Kaiserschnitt geboren wurden (rund jedes sechste), waren es anderswo mehr als die Hälfte (51 %). Die Daten beziehen sich auf den Wohnortkreis der Mütter. Unterschiede in der Altersstruktur der Mütter wurden rechnerisch ausgeglichen.



(A) Kreis Nordfriesland	33,83
(B) Kreis Ostholstein	33,50
(C) Stadt Kiel	29,08

Landkreise sortiert nach Kaiserschnitt rate in %



Legende:

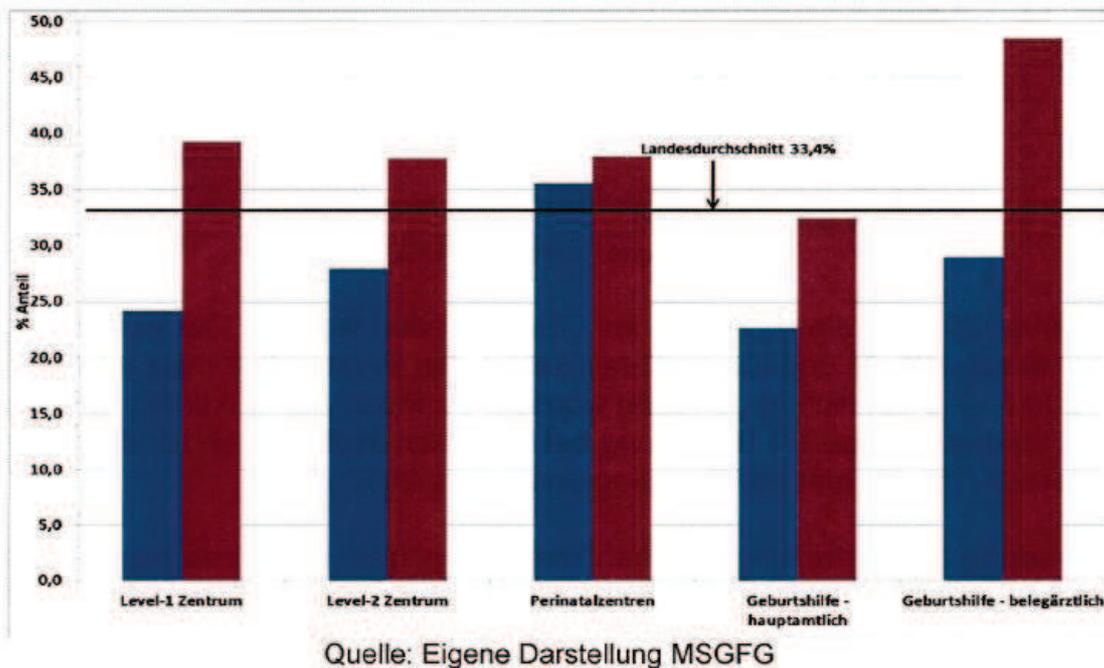
0,00 % 22,60 % 25,60 % 28,60 % 34,60 % 37,60 % 40,60 %

Direktvergleich der ausgewählten Kreise

<https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/interaktive-karten/>

Auch aus anderen Regionen Deutschlands ist bekannt, dass in Belegkliniken trotz der Versorgung von ausschließlich Schwangeren ohne bekannte Risiken höhere Kaiserschnitt rates als in Perinatalzentren berichtet werden. Im Bericht der Landesregierung ist ersichtlich, dass einzelne Belegkliniken in Schleswig-Holstein eine Sectorate von knapp 50% haben (siehe Abb. 7 des Berichts). Dies kann als Ausdruck einer geringeren geburtshilfliche Routine und daraus entstehenden Qualitätsproblemen interpretiert werden.

Abb. 7: Kaiserschnittraten in den einzelnen Versorgungsstufen im Jahr 2012



Aus dem Bericht der Landesregierung Drucksache 18/2027 vom 16.Juni2014

Insgesamt stellt sich aus den zur Verfügung stehenden Qualitätsindikatoren für die geburtshilfliche Betreuung in Schleswig-Holstein ein deutlicher Verbesserungsbedarf dar, so dass die Diskussion um die Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgung nicht ausschließlich unter Strukturaspekten, sondern vor allem auch zur Erhöhung von Sicherheit und Versorgungsqualität von Mutter und Kind geführt werden sollte.

Durch ein Vielzahl von wissenschaftlichen Studien weltweit belegt ist, dass die perinatale Mortalität und Morbidität bei Hochrisikogeburten durch eine Zentralisierung in entsprechend personell und strukturell ausgestatten Perinatalzentren deutlich sinkt (eine Metaanalyse von 42 Studien bei Lasswell et al. 2010). Dies gilt aber auch für Schwangere ohne vorher bekannte Risiken wie Studien aus Deutschland (Heller et al. 2002), Schweden (Merlo et al. 2005), Japan (Sudo et al. 2013) und Norwegen (Grytten et al. 2014) belegen. Eine hessische Untersuchung wies bei Niedrigrisikogeburten eine mehr als dreifach höhere perinatale Sterblichkeit in Kliniken mit weniger als 500 Geburten im Vergleich zu großen Geburtskliniken nach (Heller et al. 2002). Wichtiger noch als die Geburtenzahl erscheint dabei die Anbindung an eine Kinderklinik (entsprechend Perinataler Schwerpunkt oder Perinatalzentrum) (Merlo et al 2005), was in Schleswig-Holstein in 10 von 22 Kliniken jedoch nicht der Fall ist. Norwegische Erfahrungen zeigen, dass sich durch die Schließung kleiner Kliniken trotz längerer Wege die Versorgungsqualität für die Schwangeren und Neugeborenen nicht verschlechtert (Grytten et al. 2014). Befürchtungen, dass durch längere Anfahrtswege mehr geburtshilfliche Notfälle entstehen lassen sich also nicht belegen.

Auf Basis der dargestellten Analysen können die vorgelegten Fragen wie folgt beantwortet werden:



1. *Ergeben sich durch aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen neue Aspekte bzgl. der Qualität und der Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene?*

Aus der wissenschaftlichen Literatur und den Analysen der deutschen Perinatalerhebung korrelieren die Qualität der geburtshilflichen Versorgung und damit die Sicherheit von Mutter und Kind mit einer ausreichenden Strukturqualität der Geburtsklinik. Nicht „kurze Wege“, sondern eine Geburtsklinik entsprechend eines Perinatalen Schwerpunktes, die zumindest eine kinderärztliche Versorgung rund um die Uhr sicherstellen kann, erhöht die Sicherheit für eine gesunde Geburt für Mutter und Kind. Diese sollte an oberster Stelle stehen bei der Diskussion um optimale Versorgungsstrukturen.

2. *Welche Entfernungen (in km oder Minuten Anfahrt) sind maximal zumutbar?*

Diese Frage kann so nicht beantwortet werden. Wenn man die Perspektive der Versorgungsstrukturen der Schleswig-Holstein benachbarten Nordischen Länder einnimmt, dann sind viel größere Entfernungen als die nach grober Kalkulation maximalen 100 km von den Inseln in ein Perinatalzentrum mit hoher Versorgungsqualität in Nordfriesland oder Ostholstein seit Jahrzehnten akzeptiert. Es empfiehlt sich auf die Erfahrungen der benachbarten Regionen Süd-Dänemarks zurückzugreifen, die hier nicht zur Verfügung stehen. Aus Sicht der bisherigen Versorgungsdichte in Deutschland jedoch ist dies mit ca. 90 Minuten Transport per Auto eine neue Dimension. Allerdings wird möglicherweise die Mobilität der betroffenen jüngeren Frauen unterschätzt, die wie in anderen Lebensbereichen auch für eine maximale Sicherheit unter der Geburt für sich und ihr Kind rund um die Uhr durchaus eine sinnvolle Regionalisierung der Versorgungsstrukturen akzeptieren. Untersuchungen dazu sind jedoch nicht bekannt. Die Transportzeit in Notfällen kann durch einen gut abgestimmten Hubschraubertransport, der in ganz Deutschland fest etabliert ist, wesentlich verkürzt werden.

3. *Sind Boarding-Konzepte eine sinnvolle Ergänzung, um große Entfernungen zu überbrücken?*

Aus den Erfahrungen der skandinavischen Länder kann ein positiver Effekt dieser Möglichkeiten abgeleitet werden. Es empfiehlt sich für die weitere Entwicklung dieses Konzeptes die Erfahrungen mit den bereits existierenden Boarding-Angeboten in Eutin und Niebüll auszuwerten und insbesondere die Akzeptanz bei den Schwangeren zu analysieren.

4. *Inwieweit wäre es denkbar, im Rahmen von Klinikkooperationen die Mindestanforderungen zu erfüllen?*

Mindestanforderungen sind als strukturelle und personelle Vorhaltungen vor Ort zu verstehen, da diese unter Umständen in kürzester Zeit von weniger als 20 Minuten zur Verfügung stehen müssen. Deshalb ist die Frage so zu verneinen. Jedoch kann durch regional abgestimmte Versorgungskonzepte der lokalen und regionalen Leistungserbringer eine hohe Versorgungsqualität für jede Schwangere wohnortnah vor und nach der Geburt durch ihre(n) betreuende(n) Frauenärztin / Frauenarzt und Hebamme erreicht werden und der Transfer zur Geburt in das regionale Krankenhaus durch diese vorbereitet und ggf. dabei begleitet werden. Erste Ansätze dazu sind bereits z.B. zwischen den Hebammen auf Sylt und dem Krankenhaus Niebüll entstanden.



5. Wären für die besondere Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigen Geburtenzahl Abweichungen von den Mindeststandards denkbar oder gäbe es andere Möglichkeiten diese Randlagen besonders zu berücksichtigen?

Abweichungen von den Mindeststandards bedeuten eine potentielle Gefährdung der Gesundheit und des Lebens von Mutter und Kind. Dies kann keine akzeptable Lösung der regionalen Versorgungsprobleme darstellen. Alle Verantwortungsträger müssen sicherstellen, dass das Vertrauen der schwangeren Frauen auf eine qualitative hochwertige und sichere Versorgung vor, unter und nach der Geburt auch gerechtfertigt ist. Eine besondere Berücksichtigung von Randlagen, die auch in anderen dünnbesiedelten oder abgelegenen Regionen Deutschlands notwendig ist, sollte eine materielle Sicherstellung von Netzwerkbildungen zwischen wohnortnaher Betreuung und regionaler Entbindungsklinik sowie insbesondere die Etablierung von klar geregelten und unkomplizierten Transfermöglichkeiten in eine Entbindungsklinik einer den medizinischen Erfordernissen entsprechenden Versorgungstufe.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Diethelm Wallwiener
Präsident Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Die Stellungnahme wurde erstellt durch: Prof. Dr. Ekkehard Schleußner, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Materno-Fetale Medizin der DGGG

Quellen

AQUA – Institut: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Länderauswertung mit Geodarstellung für veröffentlichungspflichtige Indikatoren (Erfassungsjahr 2012)

https://www.sgg.de/downloads/Themen/Laenderauswertung/2012/022_LB_M16N1.pdf

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“. BAnz AT 19.12.2013; http://www.g-ba.de/downloads/62-492-814/QFR-RL_2013-12-19.pdf

Bertelsmann Stiftung: Kaiserschnittgeburten - Entwicklung und regionale Verteilung" November 2012. https://kaiserschnitt.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcg/Downloads/Pressebereich/FCKS/Report_Faktencheck_Kaiserschnitt_2012.pdf

British Association of Perinatal Care: Categories of Care 2011; <http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/CatsofcarereportAug11.pdf>

Europeristat 2008 und European Perinatal Health Report 2010; www.europeristat.com.



Gerber A, Lauterbach K, Lungen W: Perinatalzentren: Manchmal ist weniger mehr. Dtsch Ärztebl 2008;105:A1439

Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.): Qualitätsbericht 2011 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Verlag Wissenschaftliche Scripten 1. Auflage 2013 ISBN: 978-3-942267-70-0
http://www.quag.de/downloads/QUAG_bericht2011.pdf

Grytten J, Monkerud L, Skau I, Sørensen R. [Regionalization and local hospital closure in Norwegian maternity care--the effect on neonatal and infant mortality.](#) Health Serv Res. 2014 Aug;49(4):1184-204

[Heller G](#), [Richardson DK](#), [Schnell R](#), [Misselwitz B](#), [Künzel W](#), [Schmidt S](#). Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990-1999. [Int J Epidemiol.](#) 2002 Oct;31(5):1061-8.

Lasswell S M, Barfield WD, Rochat R, Blackmon L.. Perinatal Regionalization for Very Low-Birth-Weight and Very Preterm Infants. A Meta-Analysis. JAMA 2010; 304: 992–1000.

Merlo J, Gerdtham UG, Eckerlund I, Håkansson S, Otterblad-Olausson P, Pakkanen M, Lindqvist PG. [Hospital level of care and neonatal mortality in low- and high-risk deliveries: reassessing the question in Sweden by multilevel analysis.](#) Med Care. 2005 Nov;43(11):1092-100.

Schleswig-Holsteinischer Landtag - 18. Wahlperiode: Bericht der Landesregierung zur Situation und Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein Drucksache 18/2027 vom 16. Juni 2014

Doris Scharrel

1. Ergeben sich durch aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen neue Aspekte bzgl. der Qualität und der Erreichbarkeit der Versorgung für Schwangere und Neugeborene?

Die geburtshilfliche Versorgung ist eine komplexe, verantwortungsvolle Aufgabe mit dem Ziel der gesunden Mutter mit dem gesunden Neugeborenen. Es gibt rechtliche Grundlagen nach SGB V und GBA-Mutterschaftsrichtlinien für die Versorgung der Schwangeren in Deutschland. Nach SGBV 24c hat die Schwangere das Recht auf Leistungen im Rahmen der Entbindung, aber die Wahl des Entbindungsortes ist abhängig von medizinischer Notwendigkeit und regionaler geburtshilflicher Versorgung.

Steigendes Alter der Schwangeren und Übergewicht erhöhen die Rate der Risikoschwangeren, sowie die steigende Zahl der Schwangeren mit Zustand nach Sectio. Die Basisauswertung der AQUA-Daten 2013 messen nur 23,7 % aller Schwangeren kein Risiko zu. Bei 22,5 % aller Schwangeren zeigt sich ein nach den Mutterschafts-Richtlinien definiertes Altersrisiko.

Aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen befassen sich mit der Physiologie des Geburtsablaufes, den subjektiven Erwartungen der Schwangeren, der Beratung vor Geburt und dem Umgang im Rettungsdienst.

- Zur Vorbereitung zur Geburt gehörte die mehrtägige Phase der Cervixreifung, die nicht nur subjektiv von der Schwangeren wahrgenommen wird, sondern durch Veränderung der hormonellen Situation nachgewiesen wurde.
- Die subjektiven Erwartungen der Schwangeren entsprechen der üblichen momentanen Anspruchshaltung der Bevölkerung. Nach einer unbeschwerten Bilderbuch-Schwangerschaft ohne Übelkeit, Schwangerschaftsstreifen, Hämorrhoiden und Rückenschmerzen folgt eine entsprechende Geburt mit einem Wochenbett ohne Stillprobleme und einem bald straffen Körper. Eine Wunschvorstellung, die für viele fern der Realität ist. Die Wahrnehmung der körperlichen und seelischen Veränderungen in der Schwangerschaft wird mit einem Krankheitsgefühl verbunden, die in einer Schwangerenbetreuung nur zu dem häufig gesagten Satz „Das ist alles normal!“ führen können.
- So steht auch bei der Wahl des Entbindungsortes häufig nur das eigene mütterliche Befinden im Fokus. Die ärztliche Beratung vor Geburt zur Geburtsplanung nimmt hier eine entscheidende Stellung ein, um den kindlichen Bedürfnissen entsprechen zu können.
- Die Situation „Geburt“ im Rahmen eines notfallmedizinischen Einsatzes ist Thema interdisziplinärer Kongresse der Notfallmedizin. Es werden praktische Handlungsempfehlungen gegeben

Literaturquellen als Anlage

- **AQUA Daten 2013**
- **Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung** Gynäkologe 2008 · 41:21–27 M. David · H. Kentenich
- **Ärztliche Beratung und Wahl der Geburtsklinik** Gynäkologe 2006 · 39:608–613 - J. W. Dudenhausen · B. Locher · H.-D. Nolting
- **Ärztliche Beratung zur Geburt** Gynäkologe 2005 · 38:639–646 - K. Vetter · M. Goeckenjan
- **(Patho-)Physiologische Grundlagen des Geburtsbeginns. Neue Erkenntnisse**

als Ansatz für eine effiziente und sichere Einleitung der Geburt Gynäkologie 2004 ·
37:305–313 W. R. Schäfer · H.P. Zahradnik

- Das Kind kommt
- Das schaffen Sie

AQUA Daten

Risiken

	2013		2012	
	n	%	n	%
Schwangerschaftsrisiken				
Alle Schwangeren	N = 658.735		N = 651.696	
Schwangere ohne Risiken	156.325	23,7	158.908	24,4
Schwangere mit Risiken	502.410	76,3	492.788	75,6
Anamnestische Risiken (Schlüssel 2)				
(09) Diabetes mellitus	6.256	0,95	6.386	0,98
(14) Schwangere > 35 Jahre	105.256	16,0	100.387	15,4
(16) Z.n. Sterilitätsbehandlung	18.548	2,8	17.687	2,7
(17) Z.n. Frühgeburt	15.283	2,3	14.815	2,3
(18) Z.n. Mangelgeburt	2.906	0,44	2.805	0,43
Schwangere mit anamnestischen Risiken gesamt	460.921	70,0	449.462	69,0
Befundete Risiken (Schlüssel 2)				
(39) Placentainsuffizienz	6.794	1,0	6.789	1,0
(41) Vorzeitige Wehen	20.006	3,0	20.631	3,2
(50) Gestationsdiabetes	29.103	4,4	27.717	4,3
Schwangere mit befundeten Risiken gesamt	176.610	26,8	175.767	27,0

Informationen zur Schwangeren

	2013			2012		
	n	%	kum. %	n	%	kum. %
Alter der Schwangeren						
< 18	3.843	0,58	0,58	3.870	0,59	0,59
18 - 29	276.636	42,0	42,6	281.432	43,2	43,8
30 - 34	229.805	34,9	77,5	222.964	34,2	78,0
35 - 39	120.586	18,3	95,8	115.230	17,7	95,7
≥ 40	27.865	4,2	100,0	28.200	4,3	100,0

Schwangerschaftsrisiken	ohne Geburtsrisiko		mit Geburtsrisiko	
	n	%	n	%
2013				
ohne Schwangerschaftsrisiko	53.260	8,1	103.065	15,6
mit Schwangerschaftsrisiko	92.253	14,0	410.157	62,3
2012				
ohne Schwangerschaftsrisiko	54.628	8,4	104.280	16,0
mit Schwangerschaftsrisiko	90.842	13,9	401.946	61,7

Informationen zur Geburt

Aufnahme

Aufnahmeart	2013		2012	
	n	%	n	%
(1) Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt	653.380	99,2	645.531	99,1
(2) Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, ursprünglich nicht als stationäre Entbindung geplant	4.599	0,70	5.428	0,83
(3) Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	756	0,11	737	0,11

Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung

Gynäkologie 2008 · 41:21-27 M. David · H. Kenterich

Die subjektiven Erwartungen Schwangerer an die Geburtshilfe im Allgemeinen und die Geburtsbegleitung im Speziellen (Geburtsablauf, Partner/andere familiäre Begleitpersonen, geburtshilfliches Team) sind zeitabhängig und soziokulturell geprägt. Sie sind nur vor dem Hintergrund der psychischen Prozesse und Veränderungen, die sich während der Schwangerschaft vollziehen, zu verstehen.

Neben einer möglichst natürlichen und schmerzarmen Geburt erwarten viele Schwangere heute vor allem, dass sie sowohl während der Entbindungsphasen ausreichend Informationen erhalten als auch in adäquater Weise in Entscheidungsprozesse während der Geburt einbezogen werden. Die für die Zufriedenheit und eine positive Geburtserfahrung entscheidenden Einstellungen und Verhaltensweisen des geburtshilflichen Teams umfassen: Gute Arzt/Hebammen-Patientinnen-Beziehung, gute Kooperation

zwischen Hebammen und Ärzten und eine positive, möglichst kontinuierliche Unterstützung der Gebärenden während des Geburtsablaufs.

Ärztliche Beratung und Wahl der Geburtsklinik Gynäkologe 2006 · 39:608–613
– J. W. Dudenhausen · B. Locher · H.-D. Nolting

Seit Mitte der 1970er-Jahre werden die Regionalisierung und Zentralisierung von Risikogeburten in speziell ausgewiesenen Einrichtungen (Perinatalzentren) empfohlen. Die Begründung für diese Empfehlung ergibt sich aus populationsbasierten Studienergebnissen als eine wirksame Maßnahme zur Vermeidung perinataler Mortalität und Morbidität. Die wissenschaftlichen Ergebnisse haben sich in Leitlinien der wissenschaftlichen Gesellschaften niedergeschlagen, die den antenatalen Transfer der Risikoschwangeren dem postnatalen Transport des Risikoneugeborenen vorziehen.

Ärztliche Beratung zur Geburt Gynäkologe 2005 · 38:639–646 – K. Vetter · M. Goeckenjan

Frauen haben in der Schwangerschaft enge Kontakte mit der sie betreuenden Frauenarztpraxis. Die Vorsorgetermine im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge umfassen neben der Risikoabklärung auch das klärende Gespräch und die Beratung zur Geburt. Besonders die juristischen Hintergründe haben in den letzten Jahren zunehmend zu einer defensiven Geburtsmedizin geführt, die primär auf die Vermeidung von Risiken ausgerichtet ist. Die ärztliche Beratung vor und zur Geburt bedeutet eine Beratung über allgemeine und individuelle Risiken bezüglich des Entbindungsmodus, unabhängig davon, welcher Geburtsmodus schließlich gewählt wird.

(Patho-)Physiologische Grundlagen des Geburtsbeginns. Neue Erkenntnisse als Ansatz für eine effiziente und sichere Einleitung der Geburt Gynäkologe 2004 · 37:305–313
W. R. Schäfer · H.P. Zahradnik

Die Wehentätigkeit ist ein physiologischer Prozess, der einer äußerst komplexen hormonellen Steuerung unterliegt. In den letzten Jahren wurden neue Erkenntnisse über die Faktoren gewonnen, die im Wechselspiel zwischen dem Fetus, der Plazenta und dem mütterlichen Organismus die Dauer der Schwangerschaft bestimmen. Der vorliegende Beitrag bietet eine Übersicht über die an der Steuerung der Geburt beteiligten Hormone und Signalstoffe, sowie über die physiologischen und pathologischen Prozesse, die an der Auslösung von Wehen beteiligt sind. Bei den Pathomechanismen der Frühgeburt, aber auch bei der Vermittlung der physiologischen Wehentätigkeit spielen entzündungsähnliche Reaktionen eine zentrale Rolle. Auch Stresshormone sind am „Timing“ der Geburt entscheidend beteiligt. Noch weitgehend unbekannt sind Pathogenese und Ätiologie der Übertragung. Auf der Basis dieser Grundlagen werden Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen benannt.

2. Erreichbarkeit von stationären geburtshilflichen Abteilungen. Welche Entfernungen (in km oder Minuten Anfahrt) sind maximal zumutbar?

Die Fragestellung impliziert die Bereitschaft der Schwangeren bestimmte Dinge zu tun, wie z.B. mit dem Rauchen aufzuhören. Hier ist die Zumutbarkeit nicht das ausschlaggebende Moment, sondern - was ist medizinisch verantwortbar. Die Basiserhebungen der AQUA-Daten 2013 messen wie bereits auch in den Vorjahren dem Transportweg und der Transportzeit hinsichtlich Qualität der Geburtshilfe keine Bedeutung zu.

Selbst in Großstädten wie Hamburg nehmen Schwangere eine Fahrtzeit zur Wunsch-Entbindungsklinik von mehr als 1 Stunde in Kauf. Nach telefonischer Auskunft einer schwedischen Hebamme ist „eine Stunde nichts.“ Angesichts der bekannten mehrstündigen Eröffnungsphase gibt es ausreichend Zeit, die Geburtsklinik zu erreichen. Nach aufklärendem Gespräch und guter Geburtsplanung sind der Transportweg und die Transportzeit ein planbarer Faktor, der bei aller Unvernunft auch von Schwangeren beim Transport aus dem Urlaubsort normal empfunden wird.

3. Sind Boarding-Konzepte eine sinnvolle Ergänzung um große Entfernungen zu überbrücken?

Emotionalität, Diskussion in den Medien und Verfolgung persönlicher Interessen sind fehl am Platze. Anspruchshaltung der Schwangeren wie in Fernsehberichten demonstriert, die Vergleiche mit Urlaubsapartments heranziehen, sind fehl am Platze.

In europäischen Ländern wie Finnland, Norwegen oder Schweden und weiteren Flächenländern gilt das Prinzip der Regionalisierung und Zentralisierung von Geburtshilfe zur Senkung von Säuglings- und Müttersterblichkeit als Standard. Das Boarding ist dabei ein selbstverständliches Konzept. Das Risiko einer Geburt beginnt nicht auf dem Transport zur Klinik. Das heißt, dass bei der Vorstellung zur Geburtsplanung in der Klinik nach Mutterschafts-Richtlinien auch über vorsorgliche kliniknahe Unterbringung zum Zeitpunkt der möglichen Geburt beraten werden kann.

Entsprechend der AQUA -Basisauswertung 2013 wurden nur 756 Kinder entsprechend 0,11% vor Klinikaufnahme entbunden.

4. Inwieweit wäre es denkbar, im Rahmen von Klinikkooperationen die Mindestanforderungen zu erfüllen?

Die Geburtskliniken in Schleswig-Holstein garantieren flächendeckend eine gute geburtshilfliche Versorgung mit Perinatalzentren aller Level. Die Steuerung der Schwangeren folgt den Kriterien der Regionalisierung der Geburtshilfe und strebt in jedem Fall den antenatalen Transport des Kindes bei Risikoschwangerschaft an. Die Betreuung der Schwangeren zum Zwecke der Vorsorge, Erkennung, bzw. Abwendung möglicher Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind in Schleswig-Holstein ist gewährleistet. Dazu gehört die Beratung zur Vorstellung in der Entbindungsklinik rechtzeitig vor der Geburt mit Planung der Geburtsleitung.

Die Frau mit Risikoschwangerschaft wird bei der Wahl der Entbindungsklinik unter dem Gesichtspunkt, dass die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten verfügt, beraten. Bei 75 % dokumentierten Risikoschwangeren kann die Beratung entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien nur nach oben genannten Erwägungen erfolgen.

Für die Geburtskliniken bedeutet dies, dass Einrichtungsträger und Geburtshelfer rechtlich dafür einstehen müssen, dass die Risikoschwangere vorab über alle Gefahrerhöhungen aufgeklärt wird, die sich aus Standardunterschreitungen insbesondere bei der Personalausstattung ergeben und im Aufklärungszeitpunkt bekannt sind bzw. sein müssen. Diese Pflicht besteht auch im Hinblick auf die Ausstattungsunterschiede zwischen Einrichtungen verschiedener geburtshilflicher Versorgungsstufen, wenn sich diese für die Risikoschwangere medizinisch signifikant auswirken.

Die Unvorhersehbarkeit des „eiligen Kaiserschnitts“ soll Veranlassung sein, großzügig aufzuklären. Schematisierte Diagnose- und Therapieverfahren, klinische Behandlungspfade und wissenschaftlich orientierte Leitlinien sind gedacht als Hilfe zur Orientierung und zur Verbesserung klinischer Ergebnisse. Der Arzt hat die Verantwortung, nicht nur die artikulierten Interessen der Mutter, sondern auch die angenommenen Interessen des Kindes zu beachten.

Die Abwägung der Interessen, die Information über deren möglicherweise auftretenden Differenzen und die klinischen Konsequenzen müssen dargelegt werden.

In der Betrachtung der zukünftigen Entwicklungen in Schleswig-Holstein mit seiner negativen Bevölkerungsentwicklungsrate wird die fetale Programmierung mit Risikoeinschätzung und Prävention eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Der gesundheitliche Zustand, das Körpergewicht, die körperliche Aktivität und das Alter der Frau bei Kinderwunsch, sowie das intrauterine Milieu des Kindes haben entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes und die Morbidität des Kindes und des späteren Erwachsenen hinsichtlich Karzinomentstehung, Diabetes mellitus und Herz-Kreislaufkrankungen.

Da viele Folgeschäden bei den Kindern erst im Schulalter erkannt werden, verbietet sich hier ein Kompromiss hinsichtlich der Mindestanforderungen einer geburtshilflichen Abteilung.

Die Schließung von Kliniken mit kleiner Entbindungszahl in Schleswig-Holstein wird im Sinne der Regionalisierung von Geburtshilfe nicht zur Verschlechterung der Qualität der geburtshilflichen

Versorgung von Mutter und Kind führen, im Gegenteil führte z.B. in Portugal die Schließung kleiner Kliniken zur Senkung von Mütter- und Säuglingssterblichkeit.

5. Wären für die besondere Situation in Insel- und Randlagen mit einer niedrigen Geburtenzahl Abweichungen von den Mindeststandards denkbar oder gäbe es andere Möglichkeiten diese Randlagen besonders zu berücksichtigen?“

Für Schwangere, die in diesen Regionen leben, gelten natürlich auch die Vorgaben der Mutterschafts-Richtlinien, die eine Vorstellung vor Geburt zur Geburtsplanung in der Geburtsklinik vorsehen. Die meisten Schwangeren haben einen selbstverständlichen Umgang mit der Situation „Geburt“ und wissen, wann die ersten Zeichen der Geburtsbestrebungen einsetzen, was bereits einige Tage vor einer Geburt geschieht. Seit 2004 haben Helgoländer Frauen Erfahrungen mit Geburten auf dem Festland, was unproblematisch fern der Medienpräsenz wahrgenommen wird. Wer auf den Inseln oder auf dem Lande lebt, stellt sich auch auf das Ereignis der Geburt ein.

Ein funktionsfähiges Rettungstransportsystem transportierte in der Silvesternacht 2014 mit dem Seenotkreuzer eine hochschwangere Frau mit ihrer Hebamme von Amrum nach Föhr ins Wyker Krankenhaus, wo sie nach 4 Stunden eine gesunde Tochter geboren hat.

Ein Beispiel dafür, dass im Zusammenspiel aller Leistungserbringer auch in besonderen Situationen eine qualitativ gute Geburtshilfe geleistet werden kann, deren Kosten weit unter denen eines Betriebes einer geburtshilflichen Abteilung Level 4 liegen.

Das Wyker Krankenhaus mit der geburtshilflichen Abteilung und den niedrigen Geburtenzahlen hat hier durch die dort arbeitenden Ärzte eine Sonderposition. Bei fachärztlicher Einschätzung der geburtshilflichen Situation werden Risikoschwangere auf das Festland zur Entbindung geschickt, so dass es vor Ort ca. einmal in der Woche zu einer Entbindung kommt und damit hohe Vorhaltekosten auslöst.

Fazit:

Nach den zahlreichen Diskussionen, die ich zum Thema Geburtshilfe in Schleswig-Holstein mit verschiedenen Vertretern der Presse, der Krankenkassen und der Politik geführt habe, sollte es jetzt endlich zu einem Entscheidungsprozess kommen.

Die Aussage „Mit Säuglingssterblichkeit kann ich meinen Wählern nicht kommen“ wirkt angesichts meiner täglichen Sorge um Mutter und Kind auf mich als ambulant tätige Frauenärztin sehr fremdartig.

Auch wenn einige Schritte für den Moment unpopulär sind, verbessern sie für die Zukunft des Landes die Gesundheit und das Leben von Mutter und Kind.

Die Zukunft einer guten geburtshilflichen Versorgung liegt entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien weiterhin in der Erkennung und Abwendung von Risiken für Mutter und Kind. Die Beratung zur Vorstellung in der Geburtsklinik und Risikoschwangerschaft sollte konsequent erfolgen und bedarf lt. Datenerhebung mit nur 67 % einer deutlichen Verbesserung. Damit könnte eine bessere Akzeptanz bei den Schwangeren für den Entbindungsort erreicht werden.

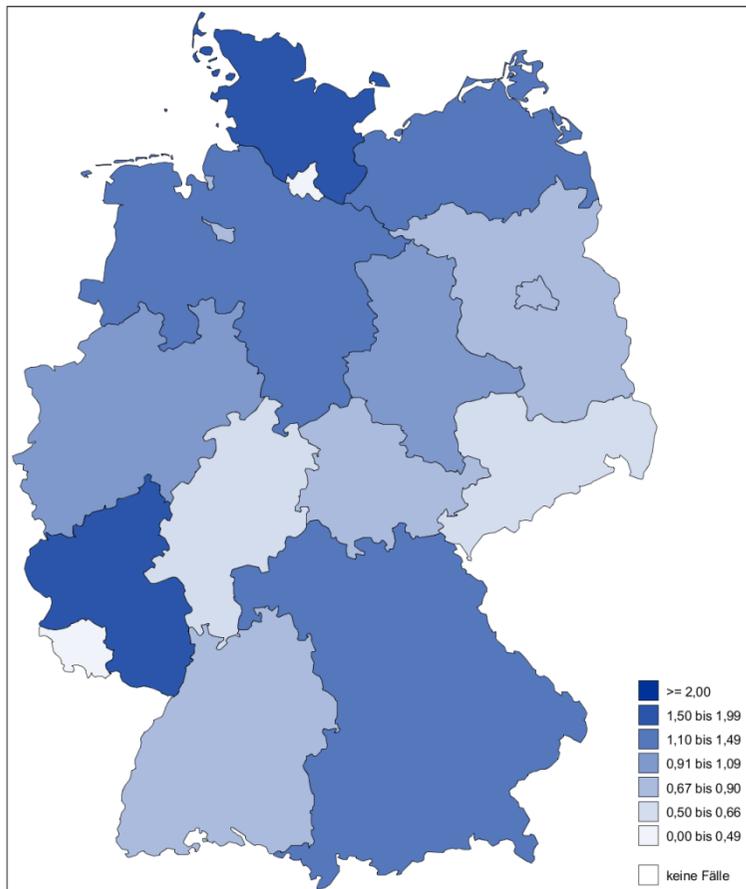
Die strukturellen Voraussetzungen für eine qualitativ gute Geburtshilfe sollten erhalten und verbessert werden, was auch bedeutet, dass man Kliniken mit geringen Entbindungszahlen schließen muss.

Anlage 5

16/1: Geburtshilfe

QI-ID 330*: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

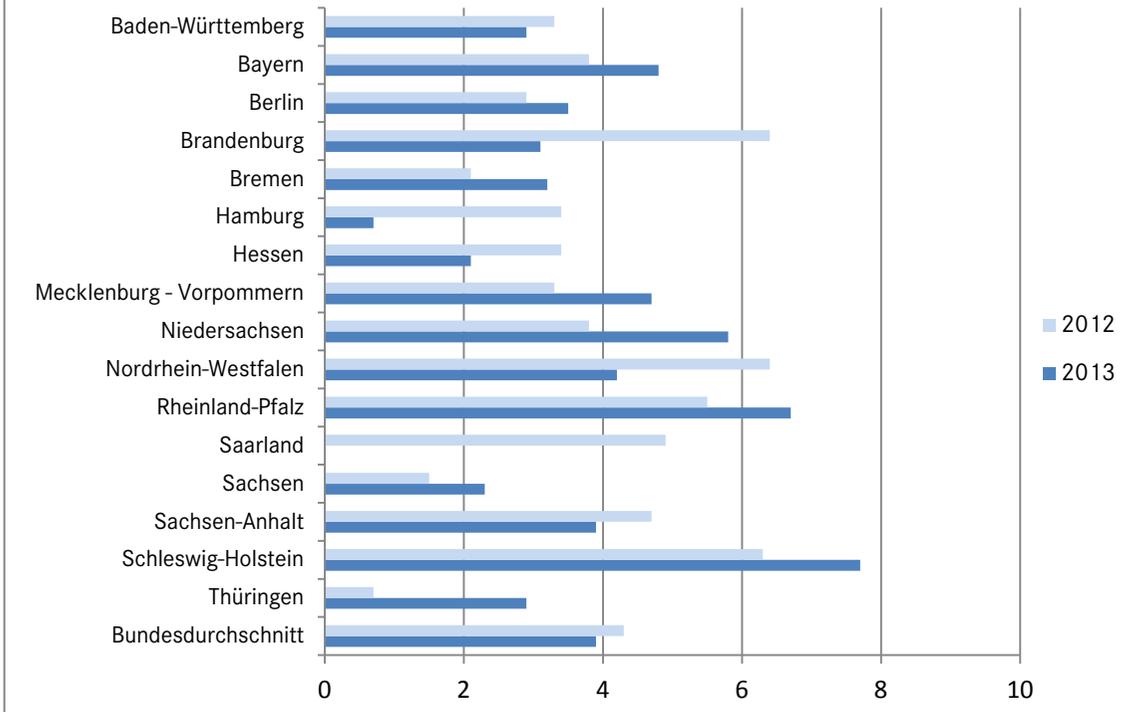
Qualitätsziel	Selten keine antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Referenzbereich	< 5,0 %, Zielbereich
Zähler	Keine antenatale Kortikosteroidtherapie
Nenner	Alle Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

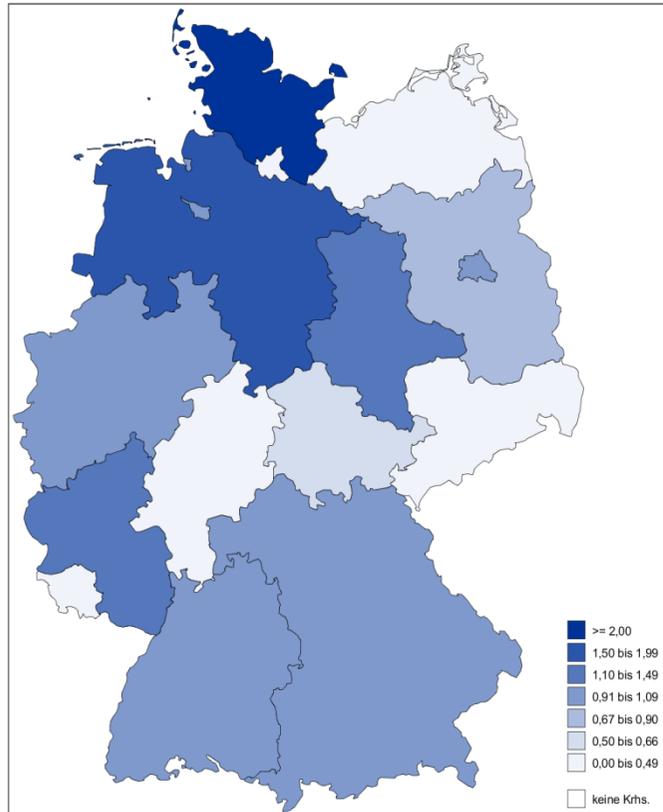
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	2,9	2,0 - 4,2	0,74	3,3	2,3 - 4,6	-0,4	↔
Bayern	4,8	3,6 - 6,2	1,23	3,8	2,8 - 5,2	1,0	↔
Berlin	3,5	2,1 - 5,7	0,90	2,9	1,7 - 5,0	0,6	↔
Brandenburg	3,1	1,2 - 7,8	0,79	6,4	3,3 - 12,1	-3,3	↔
Bremen	3,2	1,3 - 7,9	0,82	2,1	0,6 - 7,2	1,1	↔
Hamburg	0,7	0,2 - 2,6	0,18	3,4	1,7 - 6,6	-2,7	↔
Hessen	2,1	1,2 - 3,7	0,54	3,4	2,2 - 5,1	-1,3	↔
Mecklenburg - Vorpommern	4,7	2,1 - 9,8	1,21	3,3	1,3 - 8,3	1,4	↔
Niedersachsen	5,8	4,3 - 8,0	1,49	3,8	2,6 - 5,5	2,0	↔
Nordrhein-Westfalen	4,2	3,4 - 5,3	1,08	6,4	5,4 - 7,7	-2,2	↗
Rheinland-Pfalz	6,7	4,4 - 10,0	1,72	5,5	3,5 - 8,5	1,2	↔
Saarland	0,0	0,0 - 3,5	0,00	4,9	2,1 - 11,0	-4,9	↔
Sachsen	2,3	1,2 - 4,5	0,59	1,5	0,7 - 3,6	0,8	↔
Sachsen-Anhalt	3,9	1,8 - 8,3	1,00	4,7	2,3 - 9,4	-0,8	↔
Schleswig-Holstein	7,7	4,4 - 13,3	1,97	6,3	3,5 - 11,3	1,4	↔
Thüringen	2,9	1,2 - 6,5	0,74	0,7	0,1 - 3,9	2,2	↔
Gesamt	3,9	3,5 - 4,4	1,00	4,3	3,8 - 4,8	-0,4	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	27	931	32	983
Bayern	51	1.071	39	1.015
Berlin	14	405	12	411
Brandenburg	4	128	8	125
Bremen	4	125	2	97
Hamburg	2	274	8	234
Hessen	12	564	20	594
Mecklenburg - Vorpommern	6	129	4	120
Niedersachsen	37	633	25	661
Nordrhein-Westfalen	74	1.744	113	1.761
Rheinland-Pfalz	21	313	18	330
Saarland	0	107	5	102
Sachsen	8	342	5	323
Sachsen-Anhalt	6	152	7	148
Schleswig-Holstein	11	142	10	158
Thüringen	5	175	1	143
Gesamt	282	7.235	309	7.205



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	35	10	28,6	1,09	33	5	15,2	0,61	4	0	0
Bayern	41	11	26,8	1,02	41	12	29,3	1,17	6	1	4
Berlin	7	2	28,6	1,09	9	3	33,3	1,33	3	0	3
Brandenburg	10	2	20,0	0,76	11	4	36,4	1,45	4	0	2
Bremen	4	1	25,0	0,95	5	1	20,0	0,80	1	0	1
Hamburg	8	0	0,0	0,00	8	2	25,0	1,00	1	0	0
Hessen	17	2	11,8	0,45	18	5	27,8	1,11	3	0	2
Mecklenburg - Vorpommern	10	1	10,0	0,38	9	1	11,1	0,44	-	-	-
Niedersachsen	33	13	39,4	1,50	33	6	18,2	0,73	5	0	1
Nordrhein-Westfalen	72	20	27,8	1,06	70	21	30,0	1,20	16	0	14
Rheinland-Pfalz	18	7	38,9	1,48	16	4	25,0	1,00	2	0	2
Saarland	5	0	0,0	0,00	5	3	60,0	2,39	3	0	1
Sachsen	25	3	12,0	0,46	22	4	18,2	0,73	3	0	0
Sachsen-Anhalt	14	5	35,7	1,36	13	4	30,8	1,23	0	0	0
Schleswig-Holstein	11	6	54,5	2,08	11	5	45,5	1,81	3	0	0
Thüringen	14	2	14,3	0,55	15	0	0,0	0,00	-	-	-
Gesamt	324	85	26,2	1,00	319	80	25,1	1,00	54	1	30

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

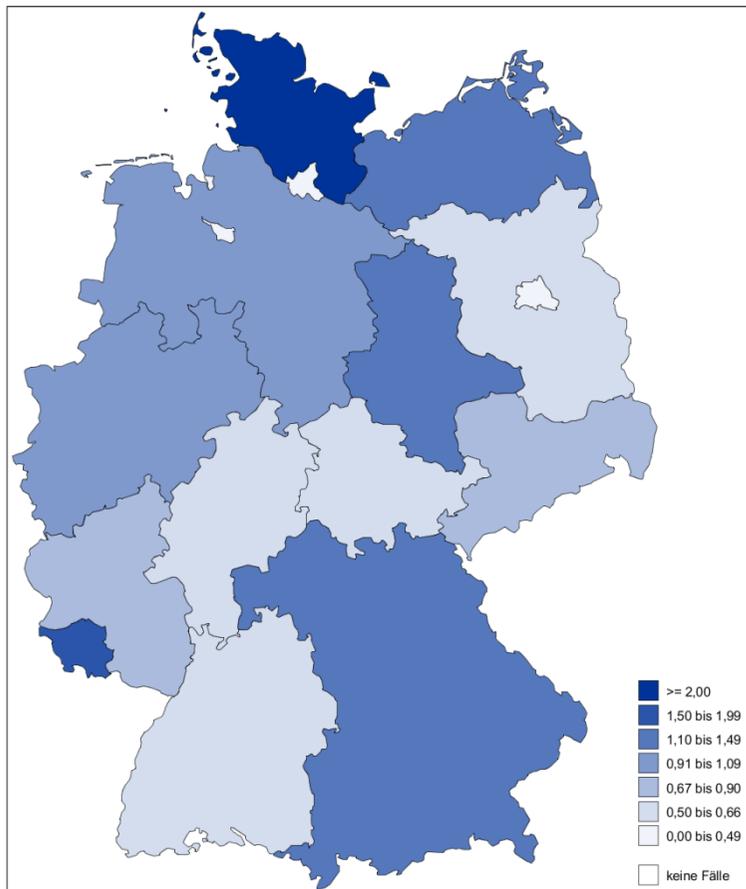
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 50045*: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

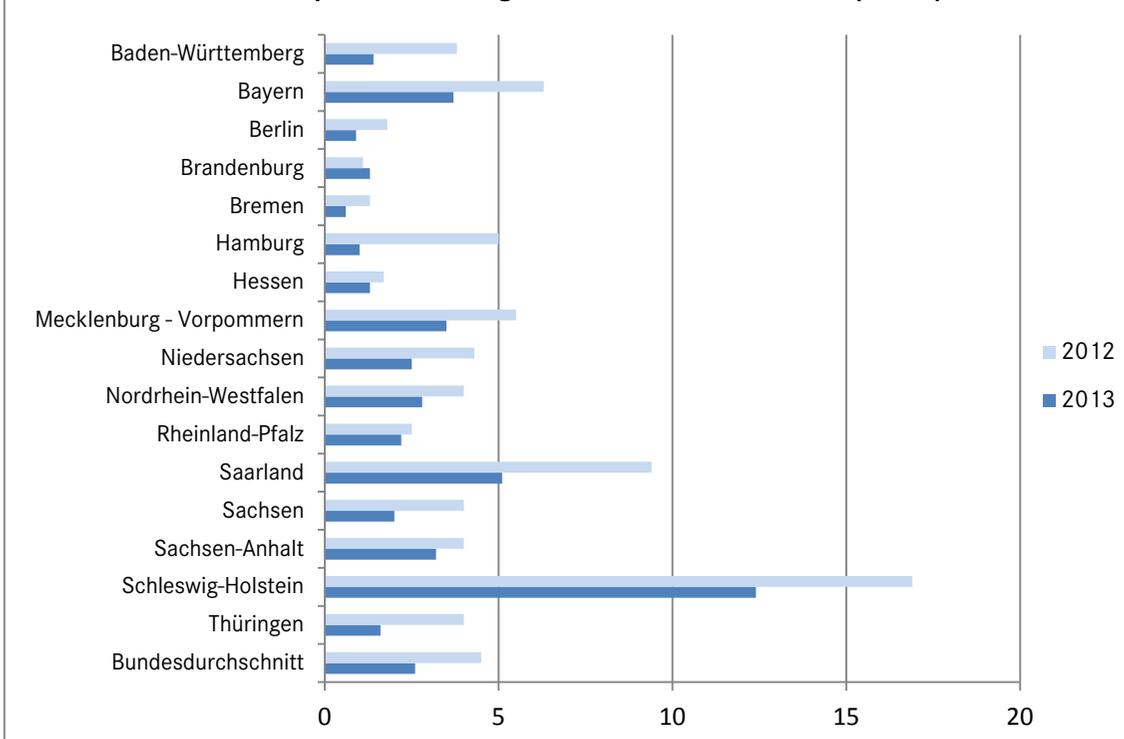
Qualitätsziel	Möglichst selten keine perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Referenzbereich	< 10,0 %, Zielbereich
Zähler	Keine perioperative Antibiotikaprophylaxe
Nenner	Alle Geburten mit Kaiserschnitt-Entbindung



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

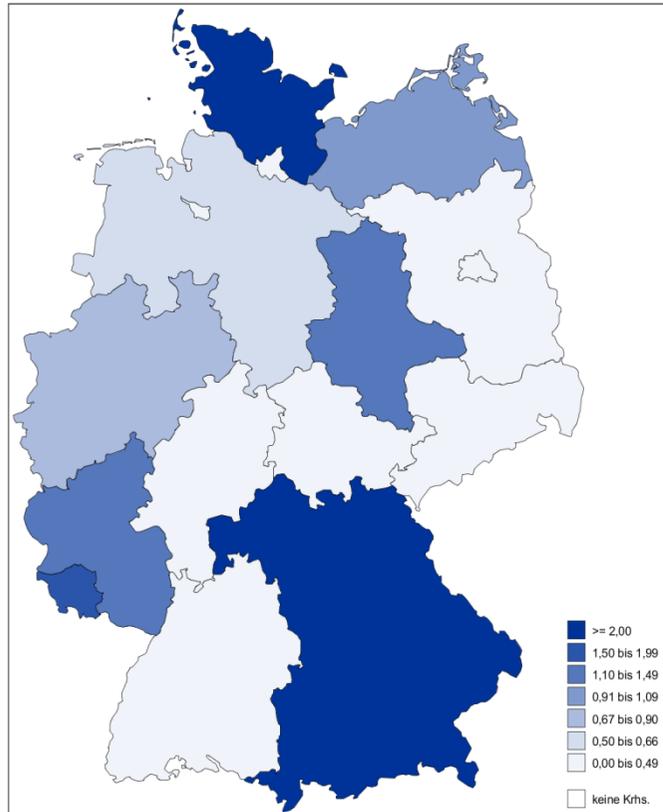
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,4	1,3 - 1,6	0,54	3,8	3,6 - 4,1	-2,4	↻
Bayern	3,7	3,5 - 3,9	1,42	6,3	6,1 - 6,6	-2,6	↻
Berlin	0,9	0,7 - 1,1	0,35	1,8	1,6 - 2,1	-0,9	↻
Brandenburg	1,3	1,0 - 1,7	0,50	1,1	0,8 - 1,4	0,2	↻
Bremen	0,6	0,4 - 1,0	0,23	1,3	0,9 - 1,8	-0,7	↻
Hamburg	1,0	0,8 - 1,3	0,38	5,0	4,5 - 5,6	-4,0	↻
Hessen	1,3	1,1 - 1,5	0,50	1,7	1,5 - 1,9	-0,4	↻
Mecklenburg - Vorpommern	3,5	2,9 - 4,2	1,35	5,5	4,8 - 6,3	-2,0	↻
Niedersachsen	2,5	2,3 - 2,7	0,96	4,3	4,0 - 4,6	-1,8	↻
Nordrhein-Westfalen	2,8	2,6 - 2,9	1,08	4,0	3,8 - 4,2	-1,2	↻
Rheinland-Pfalz	2,2	2,0 - 2,5	0,85	2,5	2,2 - 2,8	-0,3	↻
Saarland	5,1	4,3 - 6,0	1,96	9,4	8,3 - 10,5	-4,3	↻
Sachsen	2,0	1,7 - 2,4	0,77	4,0	3,6 - 4,5	-2,0	↻
Sachsen-Anhalt	3,2	2,8 - 3,8	1,23	4,0	3,5 - 4,6	-0,8	↻
Schleswig-Holstein	12,4	11,6 - 13,3	4,77	16,9	16,0 - 17,9	-4,5	↻
Thüringen	1,6	1,3 - 2,1	0,62	4,0	3,4 - 4,6	-2,4	↻
Gesamt	2,6	2,6 - 2,7	1,00	4,5	4,4 - 4,5	-1,9	↻

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	406	28.371	1.091	28.361
Bayern	1.278	34.982	2.194	34.577
Berlin	90	10.034	182	9.927
Brandenburg	54	4.161	43	3.988
Bremen	16	2.473	30	2.388
Hamburg	73	6.953	345	6.880
Hessen	217	16.709	288	16.979
Mecklenburg - Vorpommern	117	3.336	188	3.412
Niedersachsen	479	19.324	819	19.135
Nordrhein-Westfalen	1.314	47.429	1.881	47.297
Rheinland-Pfalz	232	10.423	264	10.679
Saarland	144	2.823	264	2.818
Sachsen	165	8.152	324	8.035
Sachsen-Anhalt	149	4.587	187	4.686
Schleswig-Holstein	767	6.181	1.081	6.378
Thüringen	73	4.450	169	4.236
Gesamt	5.574	210.388	9.350	209.776



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	83	2	2,4	0,41	87	10	11,5	0,87	9	6	0
Bayern	116	17	14,7	2,49	117	27	23,1	1,75	12	6	5
Berlin	15	0	0,0	0,00	15	2	13,3	1,01	2	0	2
Brandenburg	25	0	0,0	0,00	25	0	0,0	0,00	-	-	-
Bremen	6	0	0,0	0,00	7	0	0,0	0,00	-	-	-
Hamburg	12	0	0,0	0,00	12	2	16,7	1,27	2	0	0
Hessen	54	1	1,9	0,32	56	2	3,6	0,27	1	0	1
Mecklenburg - Vorpommern	17	1	5,9	1,00	17	2	11,8	0,89	2	2	0
Niedersachsen	81	3	3,7	0,63	85	10	11,8	0,89	10	0	7
Nordrhein-Westfalen	169	7	4,1	0,69	172	19	11,0	0,83	19	8	9
Rheinland-Pfalz	41	3	7,3	1,24	42	5	11,9	0,90	4	1	1
Saarland	9	1	11,1	1,88	10	2	20,0	1,52	2	2	0
Sachsen	45	1	2,2	0,37	45	4	8,9	0,67	4	1	1
Sachsen-Anhalt	23	2	8,7	1,47	25	2	8,0	0,61	2	2	0
Schleswig-Holstein	22	6	27,3	4,63	24	11	45,8	3,47	0	0	0
Thüringen	24	0	0,0	0,00	24	3	12,5	0,95	4	0	3
Gesamt	742	44	5,9	1,00	763	101	13,2	1,00	73	28	29

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

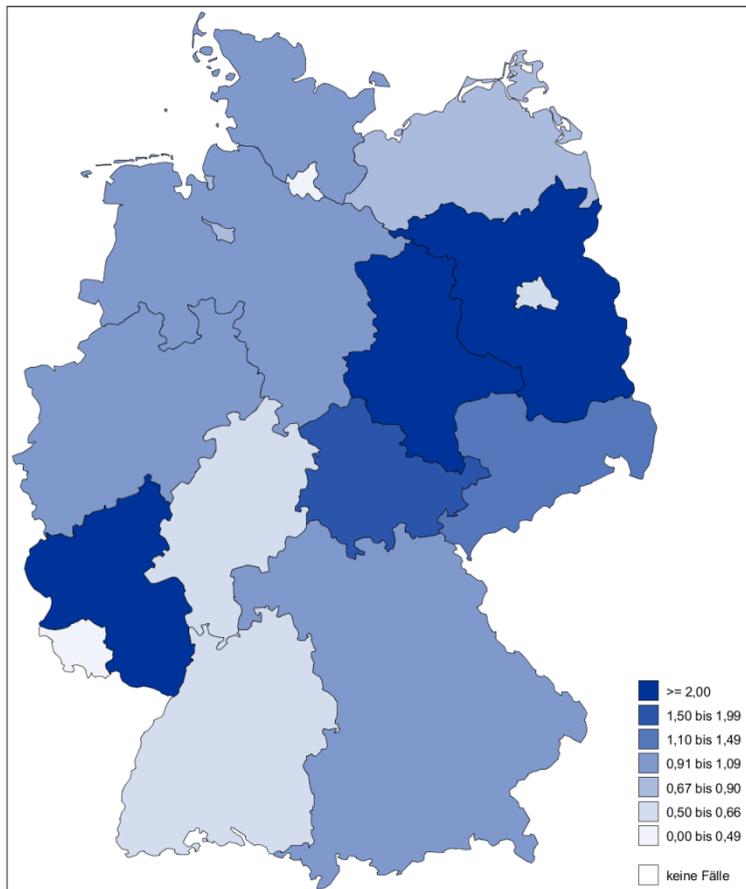
¹ Im Rahmen des Strukturierten Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

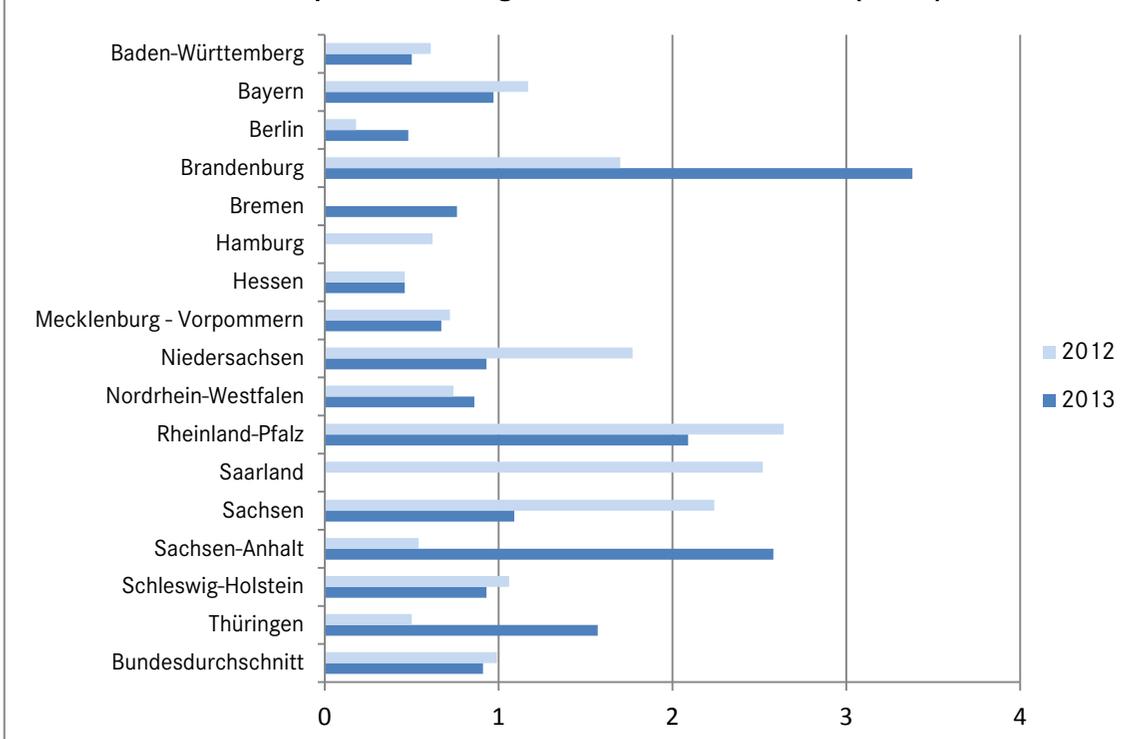
Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
Referenzbereich	Sentinel-Event: Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse. Daher wird jedem dieser Ereignisse im sogenannten Strukturierten Dialog nachgegangen. Das Ergebnis dieser Einzelfallanalyse gibt Aufschluss darüber, ob eine rechnerische Auffälligkeit oder ein Qualitätsmangel vorliegt. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für diesen Indikator sind in einem separaten Bericht veröffentlicht.
Zähler	E-E-Zeit > 20 min
Nenner	Alle Kinder die per Notfallkaiserschnitt entbunden wurden



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

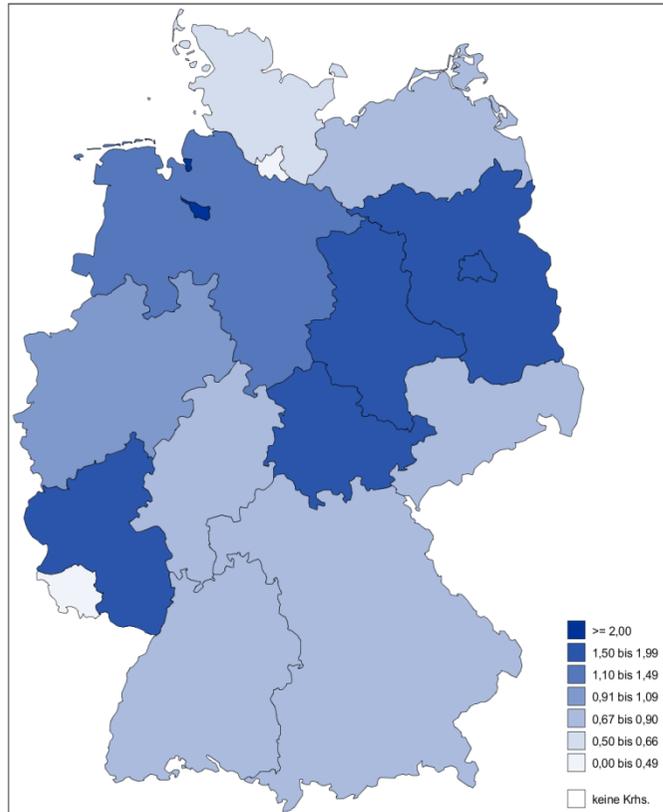
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,50	0,21 - 1,16	0,55	0,61	0,28 - 1,32	-0,11	↔
Bayern	0,97	0,54 - 1,73	1,07	1,17	0,68 - 1,98	-0,20	↔
Berlin	0,48	0,16 - 1,41	0,53	0,18	0,03 - 0,99	0,30	↔
Brandenburg	3,38	1,65 - 6,81	3,71	1,70	0,58 - 4,89	1,68	↔
Bremen	0,76	0,13 - 4,17	0,84	0,00	0,00 - 2,85	0,76	↔
Hamburg	0,00	0,00 - 1,19	0,00	0,62	0,17 - 2,24	-0,62	↔
Hessen	0,46	0,16 - 1,35	0,51	0,46	0,15 - 1,33	0,00	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,67	0,12 - 3,68	0,74	0,72	0,13 - 3,99	-0,05	↔
Niedersachsen	0,93	0,45 - 1,90	1,02	1,77	1,04 - 3,00	-0,84	↔
Nordrhein-Westfalen	0,86	0,52 - 1,41	0,95	0,74	0,42 - 1,29	0,12	↔
Rheinland-Pfalz	2,09	0,96 - 4,49	2,30	2,64	1,34 - 5,12	-0,55	↔
Saarland	0,00	0,00 - 3,40	0,00	2,52	0,86 - 7,15	-2,52	↔
Sachsen	1,09	0,42 - 2,77	1,20	2,24	1,19 - 4,21	-1,15	↔
Sachsen-Anhalt	2,58	1,11 - 5,89	2,84	0,54	0,10 - 3,00	2,04	↔
Schleswig-Holstein	0,93	0,26 - 3,33	1,02	1,06	0,29 - 3,80	-0,13	↔
Thüringen	1,57	0,61 - 3,96	1,73	0,50	0,09 - 2,78	1,07	↔
Gesamt	0,91	0,72 - 1,14	1,00	0,99	0,80 - 1,24	-0,08	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	5	1.002	6	990
Bayern	11	1.135	13	1.115
Berlin	3	620	1	571
Brandenburg	7	207	3	176
Bremen	1	132	0	131
Hamburg	0	318	2	321
Hessen	3	649	3	659
Mecklenburg - Vorpommern	1	150	1	138
Niedersachsen	7	756	13	736
Nordrhein-Westfalen	15	1.746	12	1.618
Rheinland-Pfalz	6	287	8	303
Saarland	0	109	3	119
Sachsen	4	367	9	401
Sachsen-Anhalt	5	194	1	185
Schleswig-Holstein	2	215	2	188
Thüringen	4	255	1	200
Gesamt	74	8.142	78	7.851



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	78	5	6,4	0,78	85	6	7,1	0,84	6	2	0
Bayern	109	8	7,3	0,89	107	7	6,5	0,76	4	3	0
Berlin	14	2	14,3	1,74	14	1	7,1	0,84	1	0	0
Brandenburg	22	3	13,6	1,66	20	3	15,0	1,76	3	0	2
Bremen	6	1	16,7	2,04	7	0	0,0	0,00	-	-	-
Hamburg	12	0	0,0	0,00	12	2	16,7	1,96	2	0	0
Hessen	52	3	5,8	0,71	47	3	6,4	0,75	3	1	2
Mecklenburg - Vorpommern	15	1	6,7	0,82	16	1	6,3	0,74	1	0	1
Niedersachsen	76	7	9,2	1,12	82	9	11,0	1,29	9	2	2
Nordrhein-Westfalen	158	12	7,6	0,93	161	10	6,2	0,73	10	2	4
Rheinland-Pfalz	38	5	13,2	1,61	39	6	15,4	1,81	6	3	2
Saarland	9	0	0,0	0,00	10	2	20,0	2,35	2	2	0
Sachsen	42	3	7,1	0,87	41	6	14,6	1,72	6	2	1
Sachsen-Anhalt	20	3	15,0	1,83	23	1	4,3	0,51	1	0	0
Schleswig-Holstein	20	1	5,0	0,61	18	2	11,1	1,31	2	0	0
Thüringen	22	3	13,6	1,66	22	1	4,5	0,53	1	0	0
Gesamt	693	57	8,2	1,00	704	60	8,5	1,00	57	17	14

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

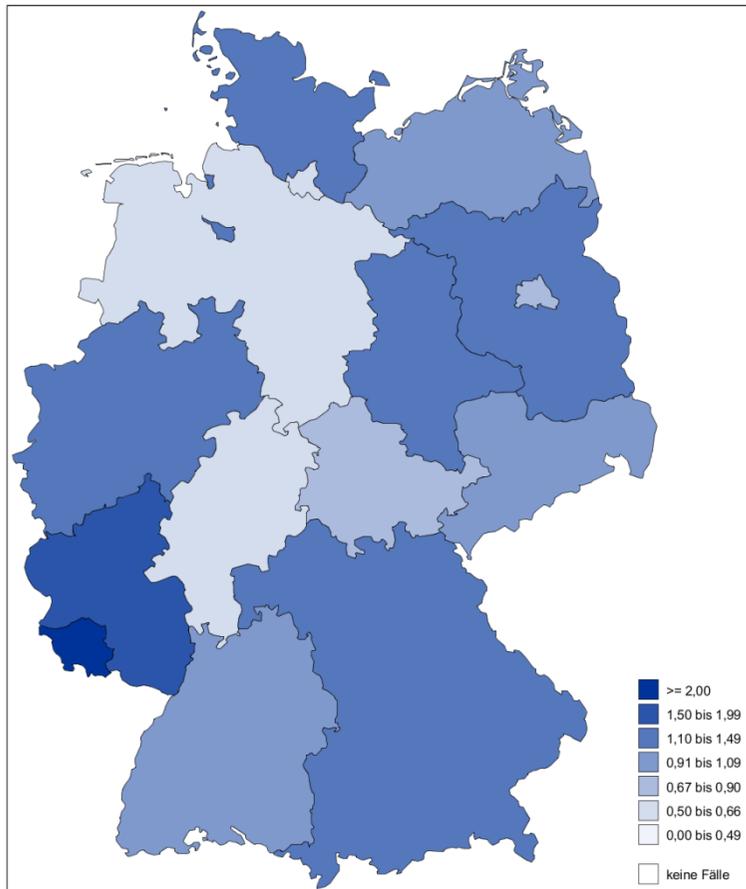
QI-ID 319*: Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen

Qualitätsziel Nie fehlende Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen

Referenzbereich < 5,0 %, Zielbereich

Zähler Keine Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes

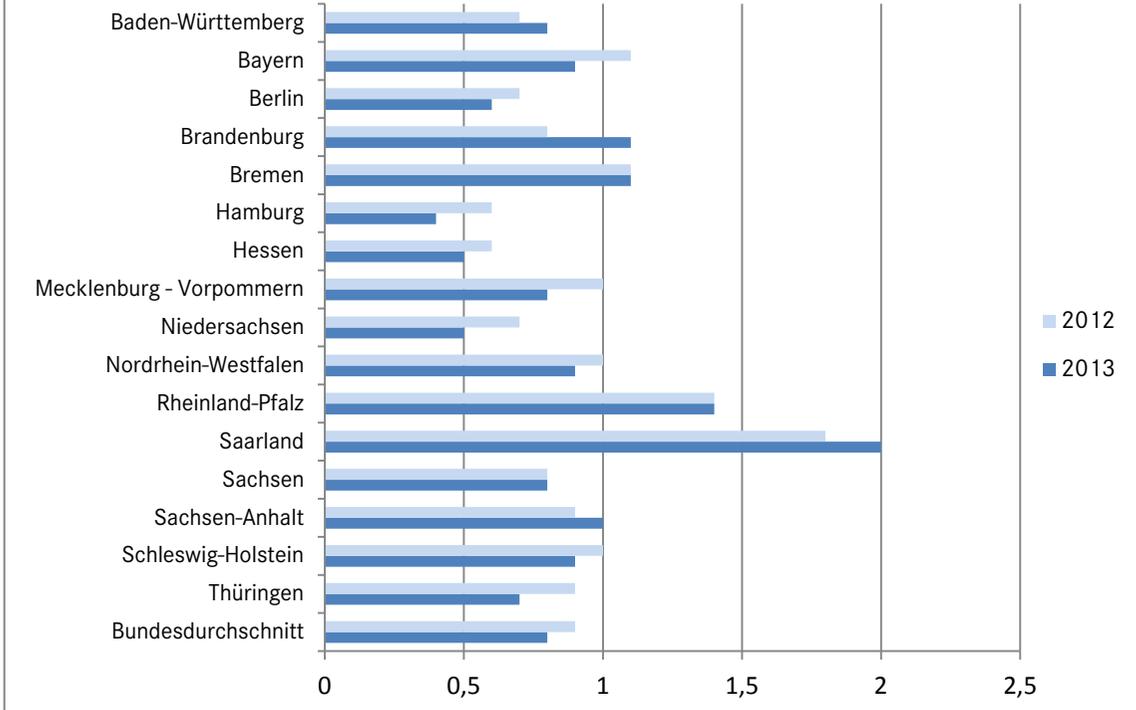
Nenner Alle lebend geborenen Einlinge (24+0 bis unter 42+0 Wochen)



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

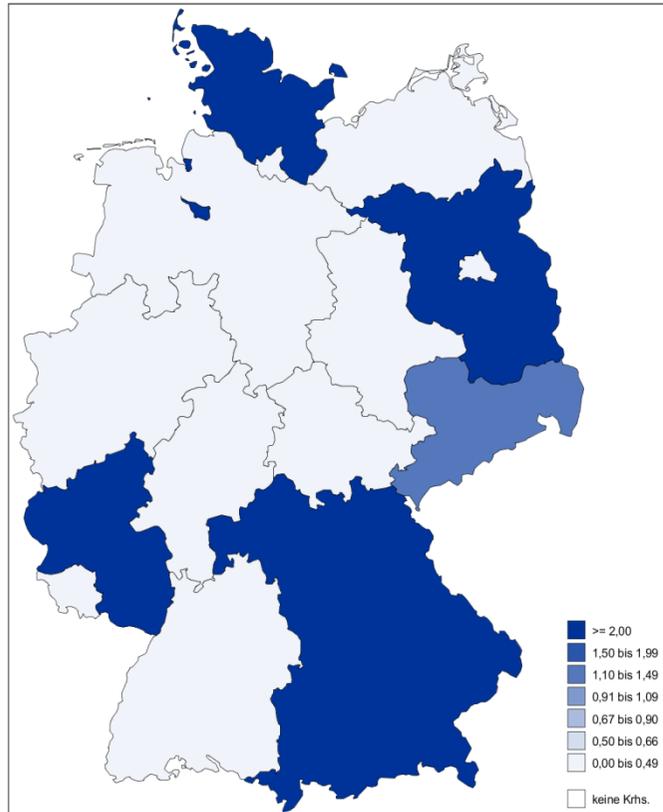
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,8	0,8 - 0,9	1,00	0,7	0,7 - 0,8	0,1	↔
Bayern	0,9	0,9 - 1,0	1,13	1,1	1,0 - 1,2	-0,2	↔
Berlin	0,6	0,6 - 0,7	0,75	0,7	0,6 - 0,7	-0,1	↔
Brandenburg	1,1	0,9 - 1,3	1,38	0,8	0,7 - 1,0	0,3	↔
Bremen	1,1	0,9 - 1,3	1,38	1,1	0,9 - 1,4	0,0	↔
Hamburg	0,4	0,4 - 0,6	0,50	0,6	0,5 - 0,7	-0,2	↔
Hessen	0,5	0,4 - 0,6	0,63	0,6	0,5 - 0,7	-0,1	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,8	0,7 - 1,0	1,00	1,0	0,8 - 1,2	-0,2	↔
Niedersachsen	0,5	0,5 - 0,6	0,63	0,7	0,7 - 0,8	-0,2	↗
Nordrhein-Westfalen	0,9	0,8 - 0,9	1,13	1,0	1,0 - 1,1	-0,1	↗
Rheinland-Pfalz	1,4	1,3 - 1,5	1,75	1,4	1,3 - 1,5	0,0	↔
Saarland	2,0	1,7 - 2,3	2,50	1,8	1,5 - 2,2	0,2	↔
Sachsen	0,8	0,7 - 0,9	1,00	0,8	0,7 - 0,9	0,0	↔
Sachsen-Anhalt	1,0	0,8 - 1,1	1,25	0,9	0,7 - 1,0	0,1	↔
Schleswig-Holstein	0,9	0,8 - 1,1	1,13	1,0	0,8 - 1,1	-0,1	↔
Thüringen	0,7	0,6 - 0,8	0,87	0,9	0,7 - 1,0	-0,2	↔
Gesamt	0,8	0,8 - 0,9	1,00	0,9	0,9 - 0,9	-0,1	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	705	85.685	614	84.717
Bayern	955	103.480	1.105	101.424
Berlin	223	34.540	224	34.428
Brandenburg	151	14.130	111	14.027
Bremen	84	7.755	78	7.157
Hamburg	90	20.085	123	19.768
Hessen	240	47.517	288	46.906
Mecklenburg - Vorpommern	96	11.957	118	12.036
Niedersachsen	301	56.730	412	55.775
Nordrhein-Westfalen	1.234	138.338	1.429	137.657
Rheinland-Pfalz	418	29.786	407	29.505
Saarland	139	7.057	129	7.016
Sachsen	255	32.950	250	32.971
Sachsen-Anhalt	151	15.735	139	15.865
Schleswig-Holstein	171	18.338	179	18.695
Thüringen	111	15.862	135	15.669
Gesamt	5.324	639.945	5.741	633.616



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	83	0	0,0	0,00	87	0	0,0	0,00	-	-	-
Bayern	116	5	4,3	2,69	117	4	3,4	2,13	3	2	1
Berlin	15	0	0,0	0,00	15	0	0,0	0,00	-	-	-
Brandenburg	25	1	4,0	2,50	25	1	4,0	2,50	1	1	0
Bremen	6	1	16,7	10,44	7	0	0,0	0,00	-	-	-
Hamburg	12	0	0,0	0,00	12	0	0,0	0,00	-	-	-
Hessen	54	0	0,0	0,00	56	1	1,8	1,13	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	17	0	0,0	0,00	17	0	0,0	0,00	-	-	-
Niedersachsen	81	0	0,0	0,00	85	0	0,0	0,00	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	170	1	0,6	0,37	172	1	0,6	0,37	1	0	1
Rheinland-Pfalz	41	2	4,9	3,06	42	2	4,8	3,00	2	1	1
Saarland	9	0	0,0	0,00	10	1	10,0	6,25	1	0	1
Sachsen	45	1	2,2	1,38	45	1	2,2	1,38	1	0	1
Sachsen-Anhalt	23	0	0,0	0,00	25	0	0,0	0,00	-	-	-
Schleswig-Holstein	22	1	4,5	2,81	24	1	4,2	2,63	1	1	0
Thüringen	24	0	0,0	0,00	24	0	0,0	0,00	-	-	-
Gesamt	743	12	1,6	1,00	763	12	1,6	1,00	10	5	5

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

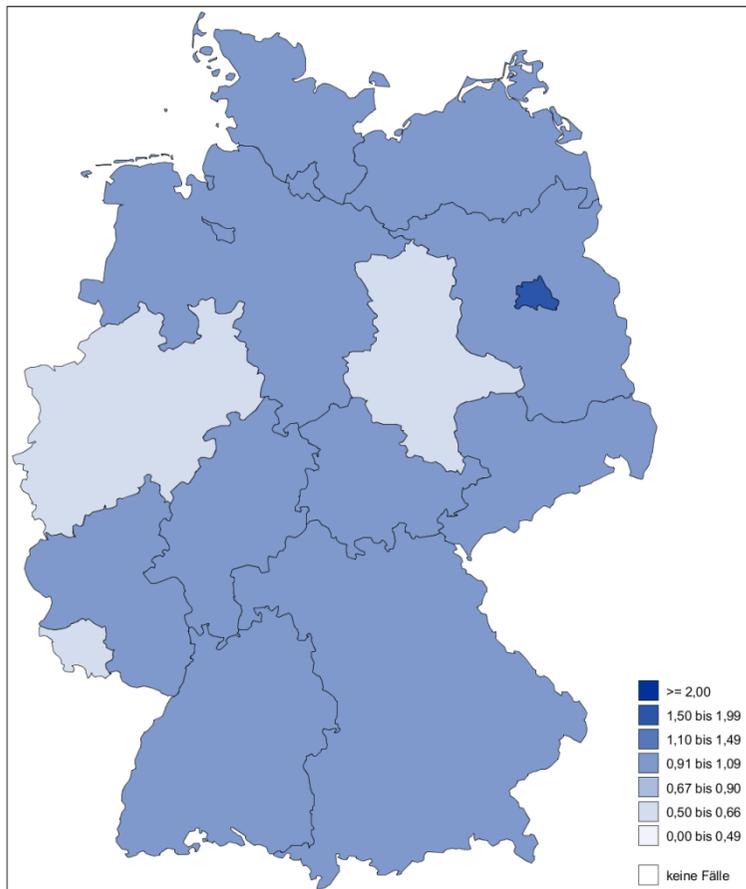
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 321: Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

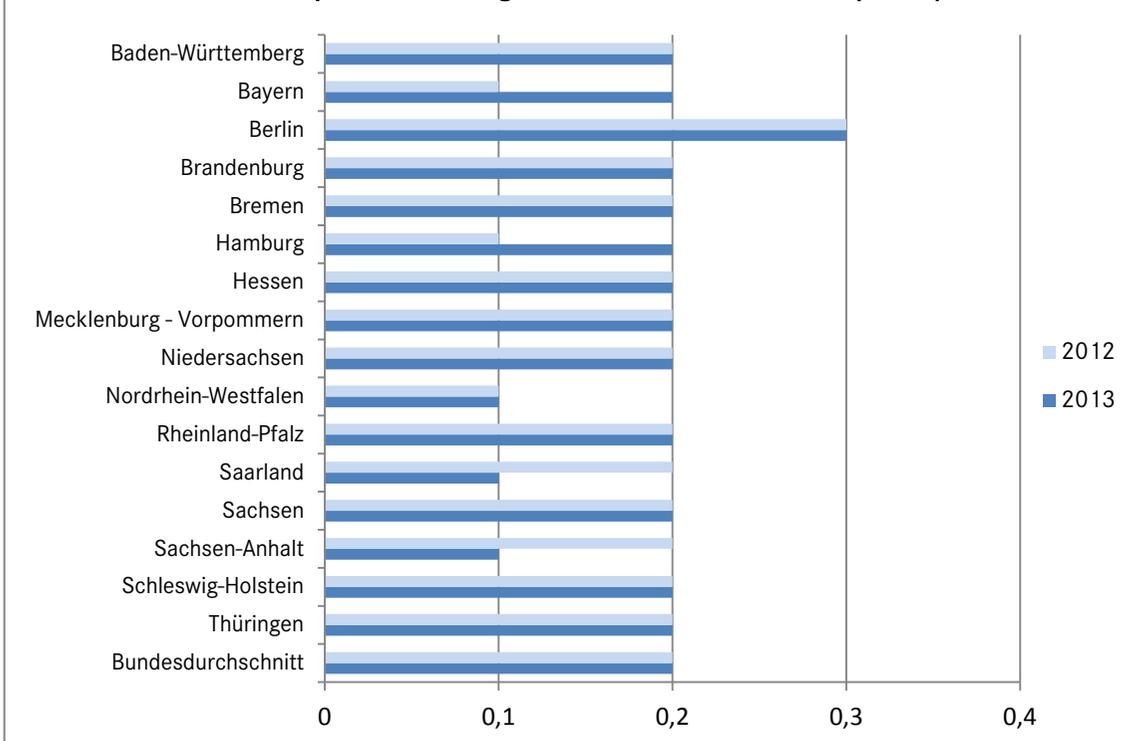
Qualitätsziel	Geringe Azidose rate bei reifen lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
Nenner	Alle lebend geborenen reifen Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien pH-Bestimmung



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

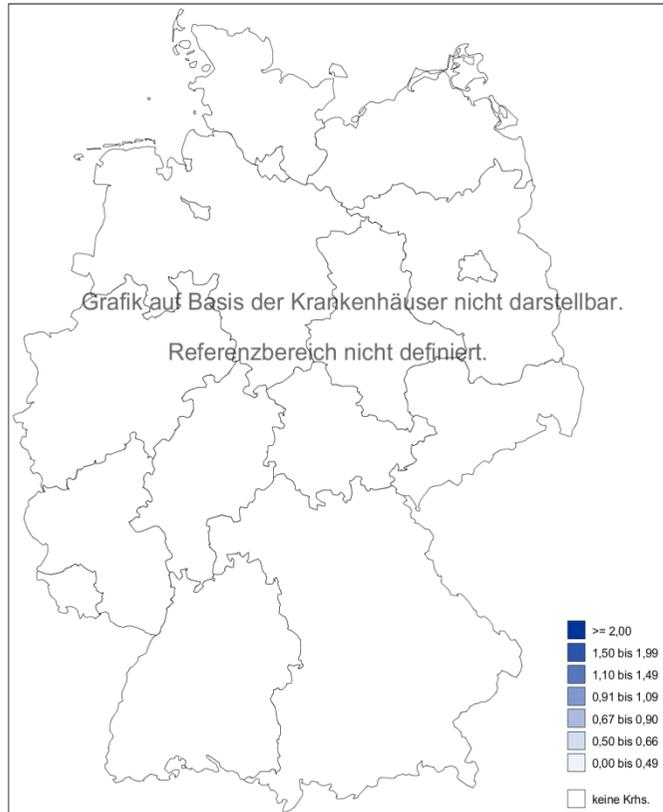
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,2	0,1 - 0,2	1,00	0,2	0,2 - 0,2	0,0	↔
Bayern	0,2	0,1 - 0,2	1,00	0,1	0,1 - 0,2	0,1	↔
Berlin	0,3	0,2 - 0,3	1,50	0,3	0,2 - 0,4	0,0	↔
Brandenburg	0,2	0,1 - 0,3	1,00	0,2	0,1 - 0,3	0,0	↔
Bremen	0,2	0,1 - 0,3	1,00	0,2	0,1 - 0,3	0,0	↔
Hamburg	0,2	0,1 - 0,2	1,00	0,1	0,1 - 0,2	0,1	↔
Hessen	0,2	0,2 - 0,2	1,00	0,2	0,1 - 0,2	0,0	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,2	0,2 - 0,4	1,00	0,2	0,1 - 0,3	0,0	↔
Niedersachsen	0,2	0,1 - 0,2	1,00	0,2	0,1 - 0,2	0,0	↔
Nordrhein-Westfalen	0,1	0,1 - 0,2	0,50	0,1	0,1 - 0,2	0,0	↔
Rheinland-Pfalz	0,2	0,2 - 0,3	1,00	0,2	0,1 - 0,2	0,0	↔
Saarland	0,1	0,1 - 0,3	0,50	0,2	0,1 - 0,3	-0,1	↔
Sachsen	0,2	0,2 - 0,3	1,00	0,2	0,2 - 0,3	0,0	↔
Sachsen-Anhalt	0,1	0,1 - 0,2	0,50	0,2	0,2 - 0,3	-0,1	↔
Schleswig-Holstein	0,2	0,1 - 0,3	1,00	0,2	0,1 - 0,2	0,0	↔
Thüringen	0,2	0,1 - 0,3	1,00	0,2	0,1 - 0,3	0,0	↔
Gesamt	0,2	0,2 - 0,2	1,00	0,2	0,2 - 0,2	0,0	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	139	79.511	146	78.632
Bayern	157	95.907	133	93.772
Berlin	85	32.089	93	31.901
Brandenburg	26	13.084	23	13.044
Bremen	15	7.104	12	6.560
Hamburg	33	18.746	26	18.364
Hessen	89	44.193	75	43.589
Mecklenburg - Vorpommern	27	11.048	18	11.074
Niedersachsen	95	52.509	88	51.497
Nordrhein-Westfalen	178	127.623	187	126.553
Rheinland-Pfalz	56	27.443	51	27.152
Saarland	9	6.348	12	6.378
Sachsen	70	30.675	74	30.698
Sachsen-Anhalt	20	14.470	33	14.585
Schleswig-Holstein	35	16.956	30	17.312
Thüringen	30	14.701	28	14.500
Gesamt	1.064	592.407	1.029	585.611



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	83	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-
Bayern	116	-	-	-	117	-	-	-	-	-	-
Berlin	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	25	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-
Bremen	5	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Hamburg	12	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Hessen	54	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	17	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	81	-	-	-	85	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	168	-	-	-	171	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	41	-	-	-	42	-	-	-	-	-	-
Saarland	9	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Sachsen	45	-	-	-	45	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	23	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	22	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-
Thüringen	24	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-
Gesamt	739	-	-	-	761	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

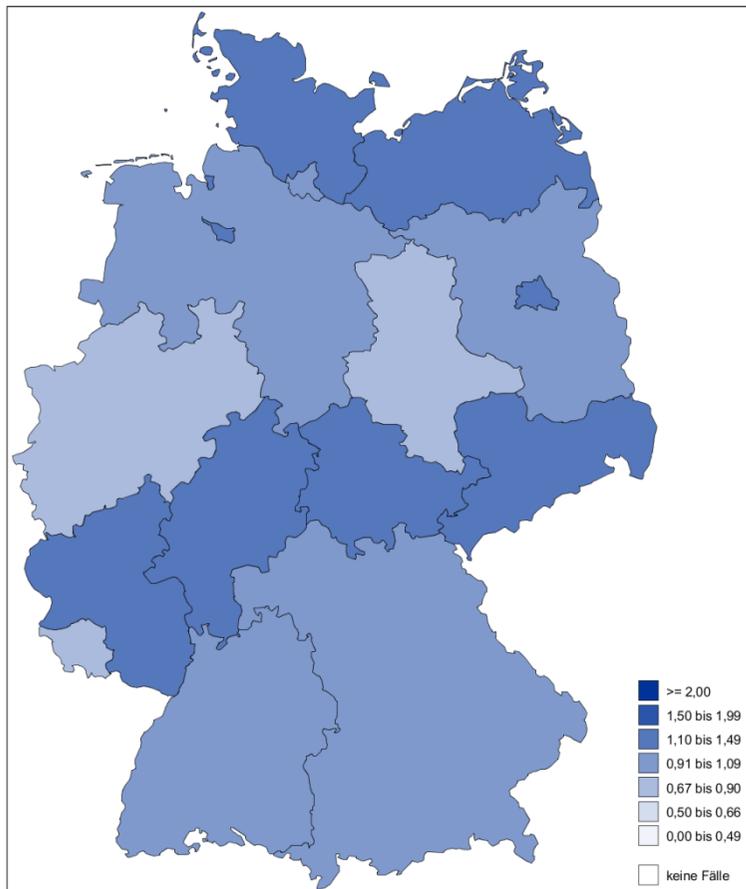
¹ Im Rahmen des Strukturierten Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

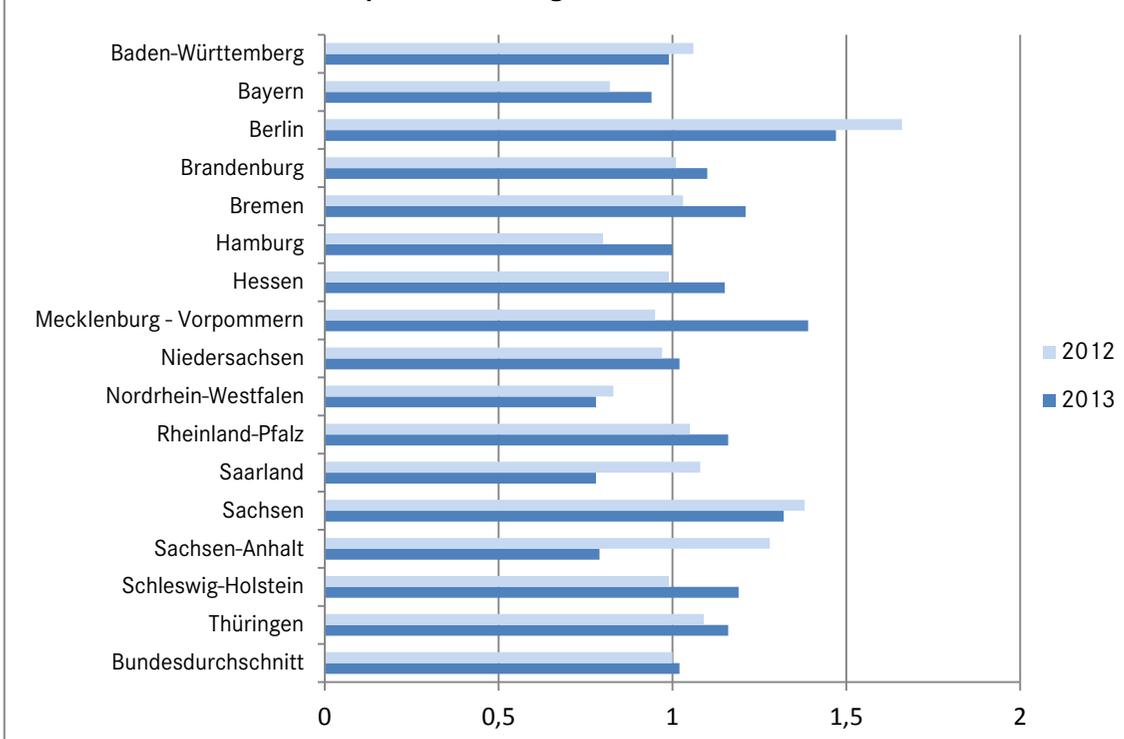
QI-ID 51397: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Qualitätsziel	Geringe Azidose rate bei reifen lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Referenzbereich	<= 1,70 , Toleranzbereich
Zähler	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)
Nenner	Alle lebend geborenen reifen Einlinge (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien pH-Bestimmung


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

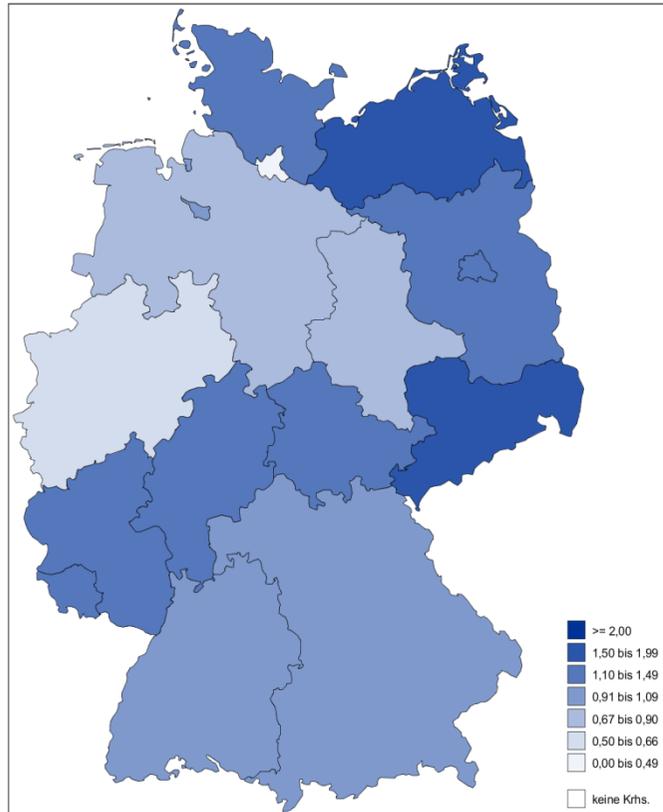
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,99	0,84 - 1,17	0,97	1,06	0,90 - 1,24	-0,07	↔
Bayern	0,94	0,81 - 1,10	0,92	0,82	0,69 - 0,97	0,12	↔
Berlin	1,47	1,19 - 1,82	1,44	1,66	1,36 - 2,04	-0,19	↔
Brandenburg	1,10	0,75 - 1,62	1,08	1,01	0,67 - 1,51	0,09	↔
Bremen	1,21	0,74 - 2,00	1,19	1,03	0,59 - 1,79	0,18	↔
Hamburg	1,00	0,71 - 1,41	0,98	0,80	0,54 - 1,17	0,20	↔
Hessen	1,15	0,94 - 1,42	1,13	0,99	0,79 - 1,24	0,16	↔
Mecklenburg - Vorpommern	1,39	0,96 - 2,03	1,36	0,95	0,60 - 1,51	0,44	↔
Niedersachsen	1,02	0,83 - 1,24	1,00	0,97	0,79 - 1,20	0,05	↔
Nordrhein-Westfalen	0,78	0,68 - 0,91	0,76	0,83	0,72 - 0,96	-0,05	↔
Rheinland-Pfalz	1,16	0,90 - 1,51	1,14	1,05	0,80 - 1,38	0,11	↔
Saarland	0,78	0,41 - 1,49	0,76	1,08	0,62 - 1,89	-0,30	↔
Sachsen	1,32	1,04 - 1,66	1,29	1,38	1,10 - 1,73	-0,06	↔
Sachsen-Anhalt	0,79	0,51 - 1,23	0,77	1,28	0,91 - 1,79	-0,49	↔
Schleswig-Holstein	1,19	0,86 - 1,66	1,17	0,99	0,69 - 1,41	0,20	↔
Thüringen	1,16	0,81 - 1,65	1,14	1,09	0,76 - 1,58	0,07	↔
Gesamt	1,02	0,96 - 1,08	1,00	1,00	0,94 - 1,06	0,02	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	79.511	-	78.632
Bayern	-	95.907	-	93.772
Berlin	-	32.089	-	31.901
Brandenburg	-	13.084	-	13.044
Bremen	-	7.104	-	6.560
Hamburg	-	18.746	-	18.364
Hessen	-	44.193	-	43.589
Mecklenburg - Vorpommern	-	11.048	-	11.074
Niedersachsen	-	52.509	-	51.497
Nordrhein-Westfalen	-	127.623	-	126.553
Rheinland-Pfalz	-	27.443	-	27.152
Saarland	-	6.348	-	6.378
Sachsen	-	30.675	-	30.698
Sachsen-Anhalt	-	14.470	-	14.585
Schleswig-Holstein	-	16.956	-	17.312
Thüringen	-	14.701	-	14.500
Gesamt	-	592.407	-	585.611



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	83	16	19,3	0,97	87	20	23,0	1,22	12	9	0
Bayern	116	24	20,7	1,04	117	19	16,2	0,86	7	4	0
Berlin	14	4	28,6	1,44	14	4	28,6	1,51	8	1	0
Brandenburg	25	7	28,0	1,41	25	7	28,0	1,48	7	7	0
Bremen	5	1	20,0	1,01	7	1	14,3	0,76	1	0	0
Hamburg	12	0	0,0	0,00	12	2	16,7	0,88	1	0	0
Hessen	54	13	24,1	1,21	56	7	12,5	0,66	7	2	0
Mecklenburg - Vorpommern	17	6	35,3	1,77	17	4	23,5	1,24	0	0	0
Niedersachsen	81	14	17,3	0,87	85	19	22,4	1,19	20	7	0
Nordrhein-Westfalen	168	22	13,1	0,66	171	21	12,3	0,65	21	3	0
Rheinland-Pfalz	41	9	22,0	1,11	42	9	21,4	1,13	9	9	0
Saarland	9	2	22,2	1,12	10	4	40,0	2,12	3	1	0
Sachsen	45	14	31,1	1,56	45	12	26,7	1,41	14	8	0
Sachsen-Anhalt	23	4	17,4	0,87	25	7	28,0	1,48	2	0	0
Schleswig-Holstein	22	5	22,7	1,14	24	3	12,5	0,66	3	0	0
Thüringen	24	6	25,0	1,26	24	5	20,8	1,10	2	0	0
Gesamt	739	147	19,9	1,00	761	144	18,9	1,00	117	51	0

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

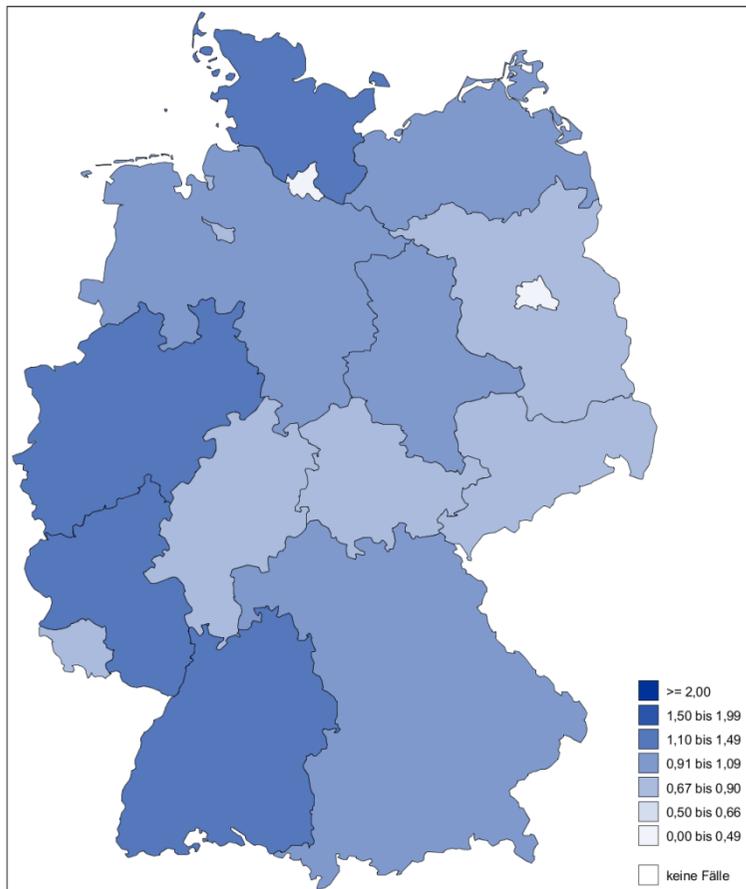
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 318*: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

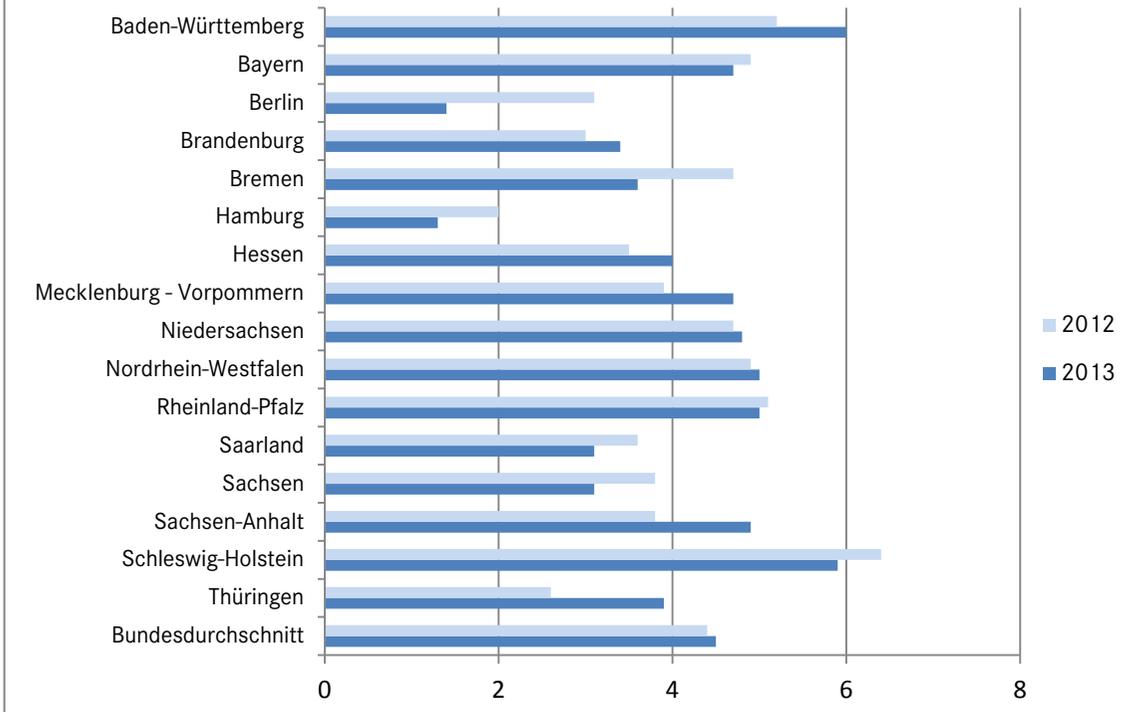
Qualitätsziel	Selten keine Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Referenzbereich	< 10,0 %, Zielbereich
Zähler	Kein Pädiater bei Geburt anwesend
Nenner	Alle lebend geborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen unter Ausschluss von Kindern, die vor Klinikaufnahme geboren wurden



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

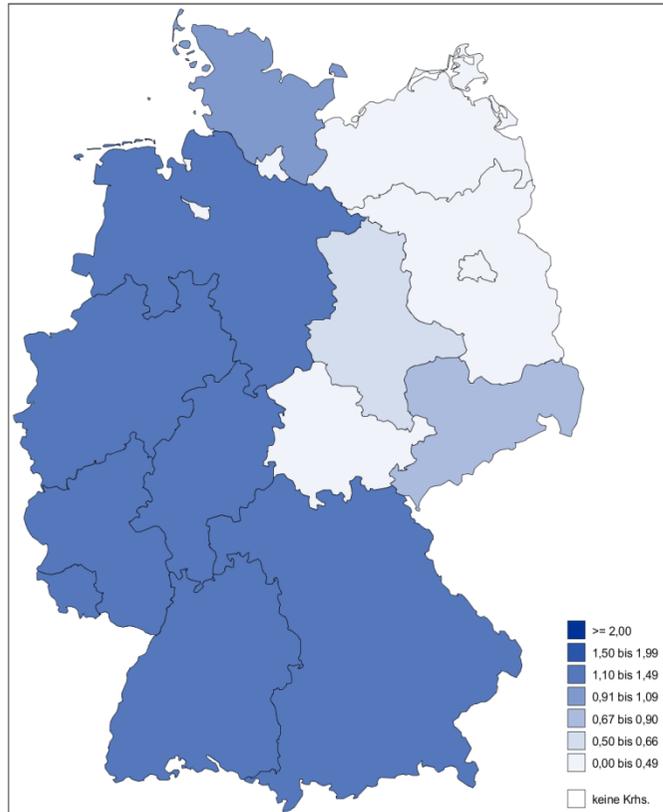
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	6,0	5,2 - 6,9	1,33	5,2	4,4 - 6,0	0,8	↔
Bayern	4,7	4,0 - 5,4	1,04	4,9	4,2 - 5,6	-0,2	↔
Berlin	1,4	0,9 - 2,2	0,31	3,1	2,3 - 4,1	-1,7	↗
Brandenburg	3,4	2,1 - 5,4	0,76	3,0	1,7 - 5,2	0,4	↔
Bremen	3,6	2,1 - 6,0	0,80	4,7	2,8 - 7,7	-1,1	↔
Hamburg	1,3	0,7 - 2,3	0,29	2,0	1,3 - 3,2	-0,7	↔
Hessen	4,0	3,1 - 5,0	0,89	3,5	2,7 - 4,4	0,5	↔
Mecklenburg - Vorpommern	4,7	3,0 - 7,2	1,04	3,9	2,4 - 6,1	0,8	↔
Niedersachsen	4,8	4,0 - 5,8	1,07	4,7	3,9 - 5,7	0,1	↔
Nordrhein-Westfalen	5,0	4,5 - 5,6	1,11	4,9	4,4 - 5,5	0,1	↔
Rheinland-Pfalz	5,0	3,8 - 6,5	1,11	5,1	4,0 - 6,6	-0,1	↔
Saarland	3,1	1,7 - 5,7	0,69	3,6	2,0 - 6,3	-0,5	↔
Sachsen	3,1	2,3 - 4,3	0,69	3,8	2,8 - 5,0	-0,7	↔
Sachsen-Anhalt	4,9	3,4 - 6,9	1,09	3,8	2,6 - 5,7	1,1	↔
Schleswig-Holstein	5,9	4,3 - 7,9	1,31	6,4	4,7 - 8,6	-0,5	↔
Thüringen	3,9	2,6 - 5,9	0,87	2,6	1,6 - 4,3	1,3	↔
Gesamt	4,5	4,2 - 4,8	1,00	4,4	4,2 - 4,7	0,1	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	188	3.138	160	3.097
Bayern	169	3.625	167	3.427
Berlin	19	1.342	44	1.437
Brandenburg	16	471	12	400
Bremen	13	362	14	298
Hamburg	11	839	17	835
Hessen	66	1.669	58	1.681
Mecklenburg - Vorpommern	19	406	17	437
Niedersachsen	102	2.127	104	2.200
Nordrhein-Westfalen	287	5.698	276	5.637
Rheinland-Pfalz	50	1.006	55	1.071
Saarland	10	320	11	307
Sachsen	38	1.208	44	1.166
Sachsen-Anhalt	29	595	24	624
Schleswig-Holstein	39	666	40	626
Thüringen	22	561	14	537
Gesamt	1.078	24.033	1.057	23.780



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	60	24	40,0	1,24	65	30	46,2	1,42	17	1	1
Bayern	84	33	39,3	1,22	75	27	36,0	1,10	7	3	2
Berlin	10	1	10,0	0,31	14	3	21,4	0,66	4	0	2
Brandenburg	20	3	15,0	0,46	19	1	5,3	0,16	1	0	0
Bremen	5	0	0,0	0,00	7	2	28,6	0,88	0	0	0
Hamburg	11	1	9,1	0,28	11	1	9,1	0,28	0	0	0
Hessen	34	14	41,2	1,28	40	13	32,5	1,00	13	5	1
Mecklenburg - Vorpommern	16	1	6,3	0,20	15	4	26,7	0,82	3	0	1
Niedersachsen	61	24	39,3	1,22	62	22	35,5	1,09	22	3	4
Nordrhein-Westfalen	135	48	35,6	1,10	130	48	36,9	1,13	17	1	8
Rheinland-Pfalz	29	11	37,9	1,17	28	10	35,7	1,10	6	0	2
Saarland	8	3	37,5	1,16	8	3	37,5	1,15	2	1	0
Sachsen	37	8	21,6	0,67	37	13	35,1	1,08	13	3	0
Sachsen-Anhalt	20	4	20,0	0,62	22	2	9,1	0,28	1	0	0
Schleswig-Holstein	19	6	31,6	0,98	20	8	40,0	1,23	4	0	0
Thüringen	21	3	14,3	0,44	23	1	4,3	0,13	0	0	0
Gesamt	570	184	32,3	1,00	576	188	32,6	1,00	110	17	21

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

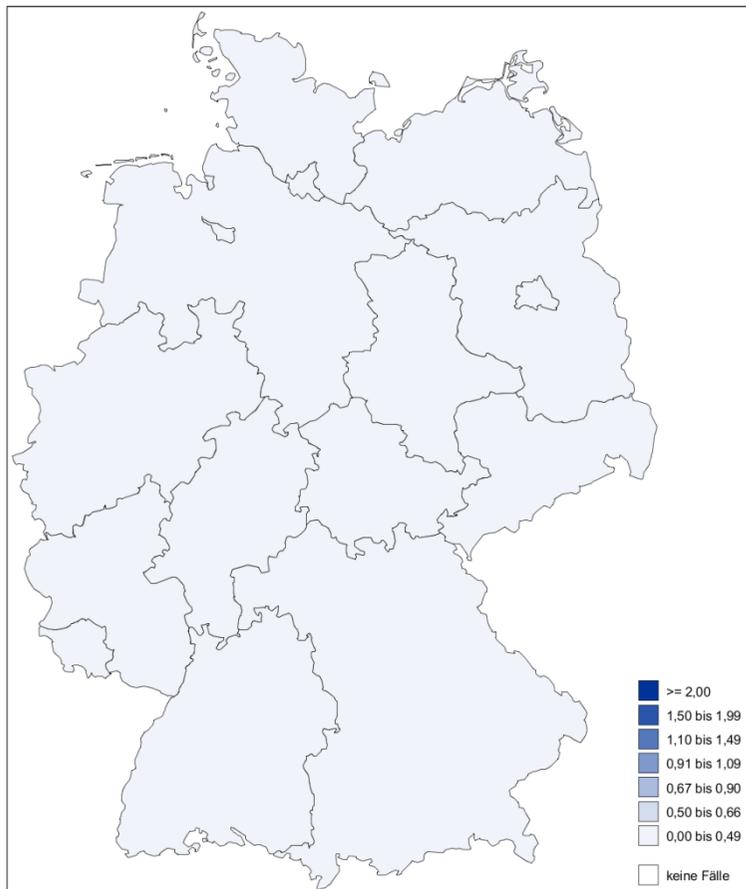
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

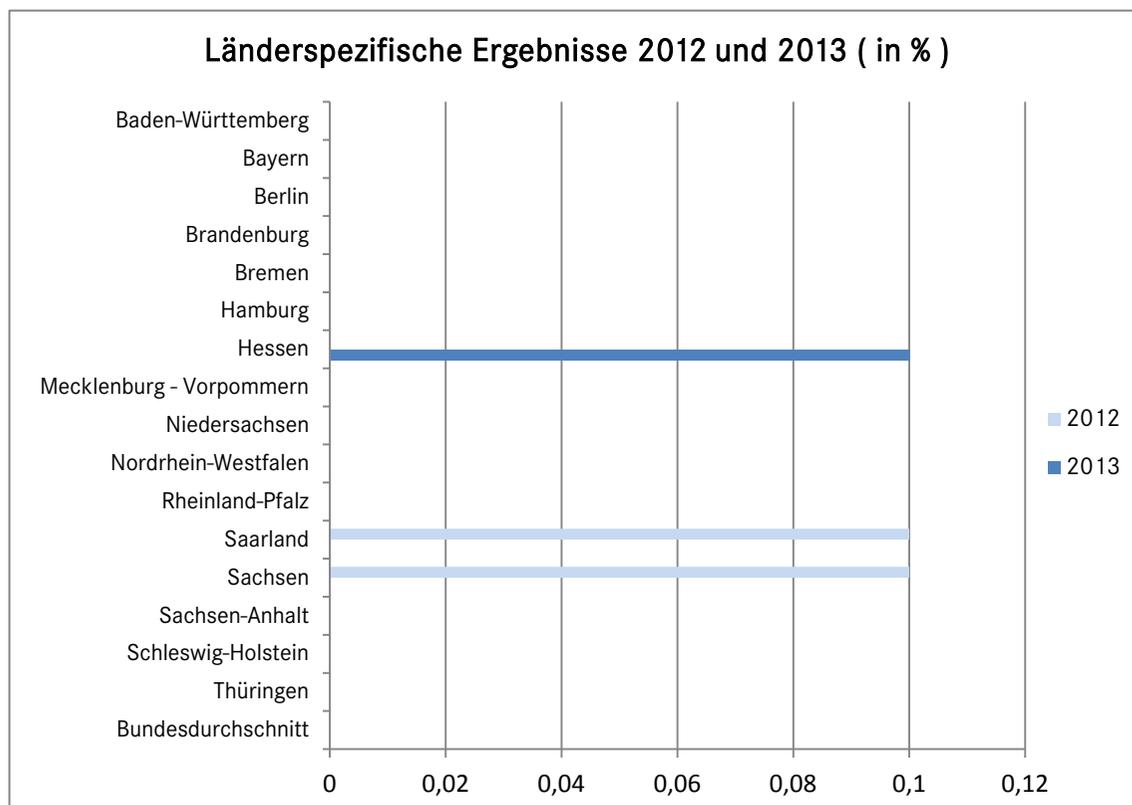
QI-ID 1059: Kritisches Outcome bei Reifgeborenen

Qualitätsziel	Selten 5-Minuten-Apgar unter 5 und metabolische Azidose mit pH-Wert unter 7 oder Base Excess < -16 bei Reifgeborenen
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kritisches Outcome (5-Minuten-Apgar unter 5 und pH-Wert unter 7 oder 5-Minuten-Apgar unter 5 und Base Excess unter -16)
Nenner	Alle reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zu 5-Minuten-Apgar und pH-Wert oder 5-Minuten-Apgar und Base Excess

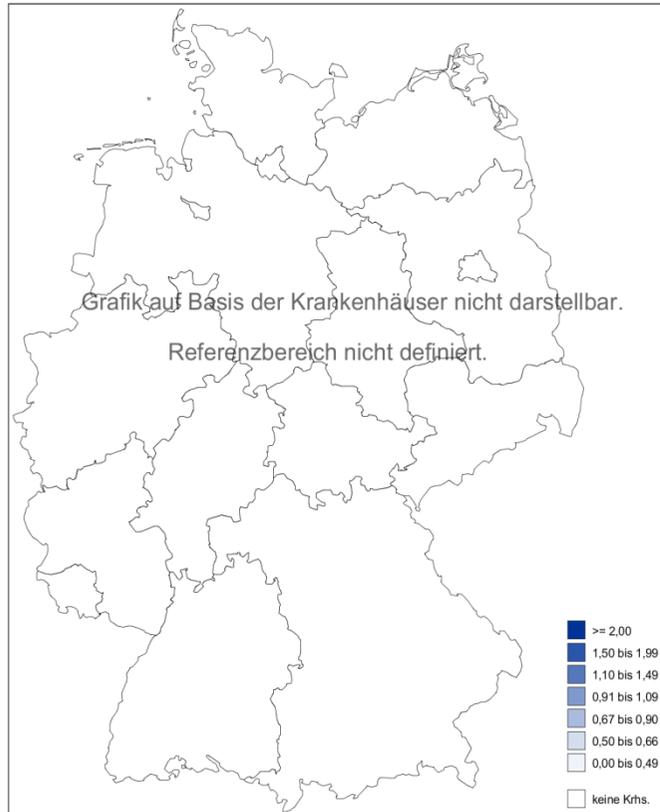


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,0	0,0 - 0,1	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Bayern	0,0	0,0 - 0,0	0,00	0,0	0,0 - 0,0	0,0	↔
Berlin	0,0	0,0 - 0,1	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Brandenburg	0,0	0,0 - 0,0	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Bremen	0,0	0,0 - 0,1	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Hamburg	0,0	0,0 - 0,0	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Hessen	0,1	0,0 - 0,1	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,1	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,0	0,0 - 0,1	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Niedersachsen	0,0	0,0 - 0,1	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Nordrhein-Westfalen	0,0	0,0 - 0,0	0,00	0,0	0,0 - 0,0	0,0	↔
Rheinland-Pfalz	0,0	0,0 - 0,0	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Saarland	0,0	0,0 - 0,1	0,00	0,1	0,0 - 0,2	-0,1	↔
Sachsen	0,0	0,0 - 0,1	0,00	0,1	0,0 - 0,1	-0,1	↔
Sachsen-Anhalt	0,0	0,0 - 0,1	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Schleswig-Holstein	0,0	0,0 - 0,0	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Thüringen	0,0	0,0 - 0,1	0,00	0,0	0,0 - 0,1	0,0	↔
Gesamt	0,0	0,0 - 0,0	0,00	0,0	0,0 - 0,0	0,0	↔



Anzahl der Fälle				
Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	29	80.576	30	79.902
Bayern	23	97.209	27	94.752
Berlin	13	32.720	12	32.469
Brandenburg	1	13.192	6	13.180
Bremen	2	7.227	1	6.675
Hamburg	1	19.094	8	18.658
Hessen	24	44.987	14	44.287
Mecklenburg - Vorpommern	3	11.174	3	11.159
Niedersachsen	18	53.169	19	52.106
Nordrhein-Westfalen	40	128.928	32	127.720
Rheinland-Pfalz	6	27.749	9	27.480
Saarland	2	6.380	4	6.376
Sachsen	12	31.205	18	31.178
Sachsen-Anhalt	3	14.670	4	14.759
Schleswig-Holstein	1	17.091	7	17.392
Thüringen	3	14.821	3	14.672
Gesamt	181	600.192	197	592.765



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	83	-	-	-	87	-	-	-	26	11	0
Bayern	116	-	-	-	116	-	-	-	8	2	0
Berlin	14	-	-	-	14	-	-	-	10	0	0
Brandenburg	25	-	-	-	25	-	-	-	6	3	0
Bremen	5	-	-	-	7	-	-	-	1	0	0
Hamburg	12	-	-	-	12	-	-	-	5	0	0
Hessen	54	-	-	-	56	-	-	-	10	7	0
Mecklenburg - Vorpommern	17	-	-	-	17	-	-	-	3	3	0
Niedersachsen	81	-	-	-	85	-	-	-	14	4	0
Nordrhein-Westfalen	168	-	-	-	171	-	-	-	27	2	0
Rheinland-Pfalz	41	-	-	-	42	-	-	-	9	4	0
Saarland	9	-	-	-	10	-	-	-	4	2	0
Sachsen	45	-	-	-	45	-	-	-	15	3	0
Sachsen-Anhalt	23	-	-	-	25	-	-	-	4	0	0
Schleswig-Holstein	22	-	-	-	24	-	-	-	7	0	0
Thüringen	24	-	-	-	24	-	-	-	2	1	0
Gesamt	739	-	-	-	760	-	-	-	151	42	0

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

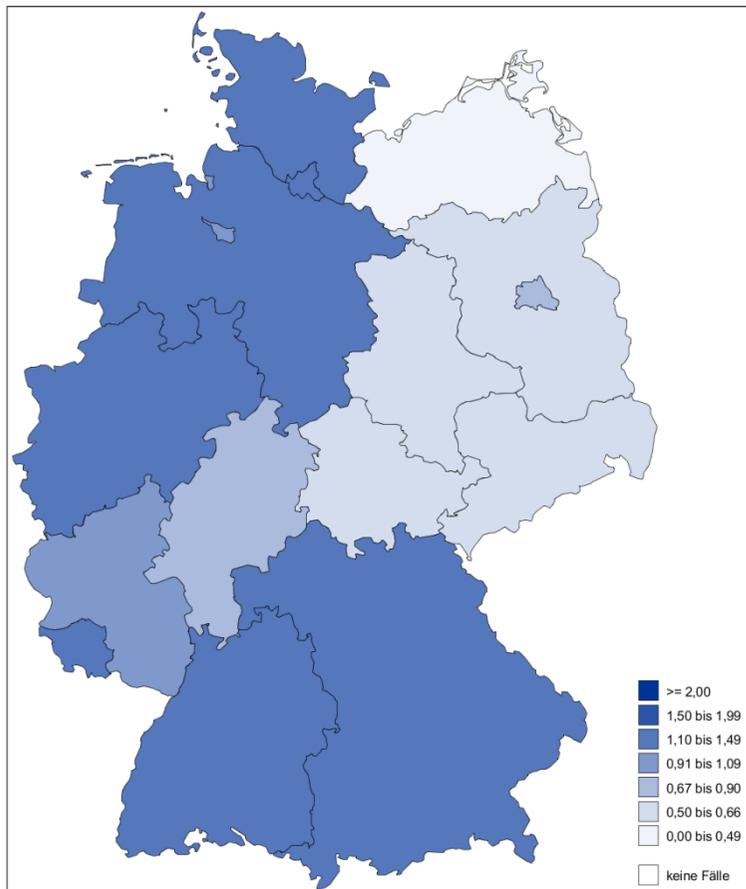
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 322: Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten

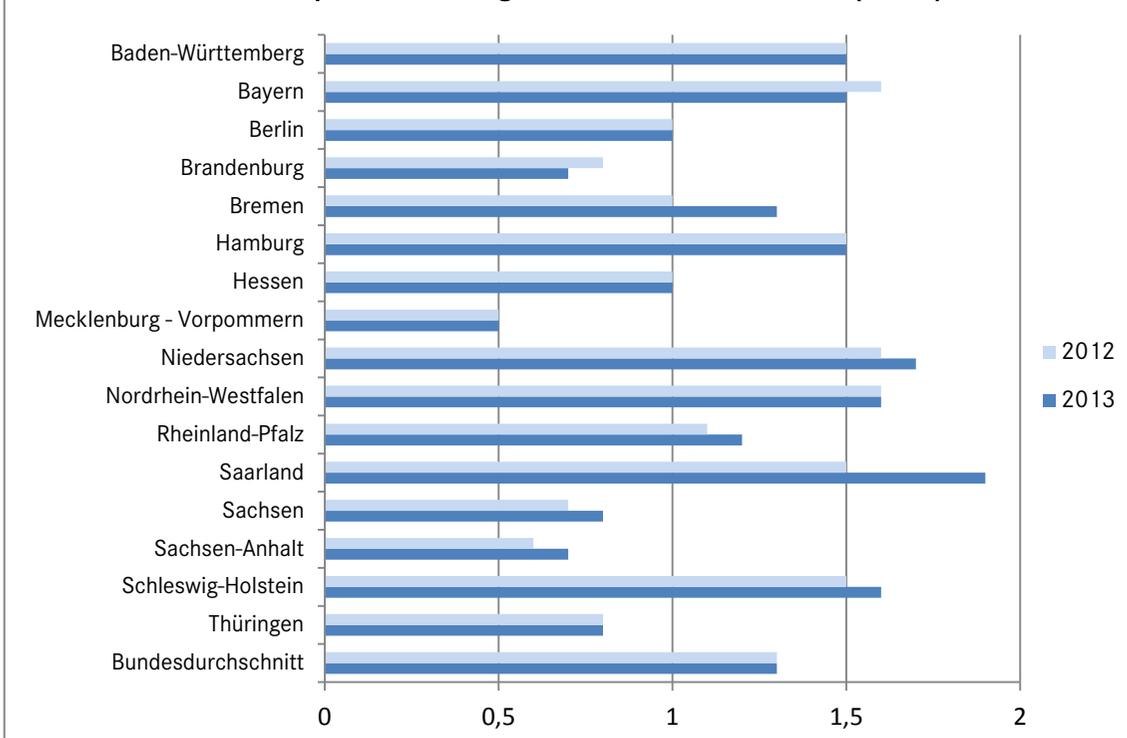
Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten a) Spontane Einlingsgeburten b) Spontane Einlingsgeburten ohne Episiotomie c) Spontane Einlingsgeburten mit Episiotomie
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Dammriss Grad III oder IV
Nenner	Alle spontanen Einlingsgeburten



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

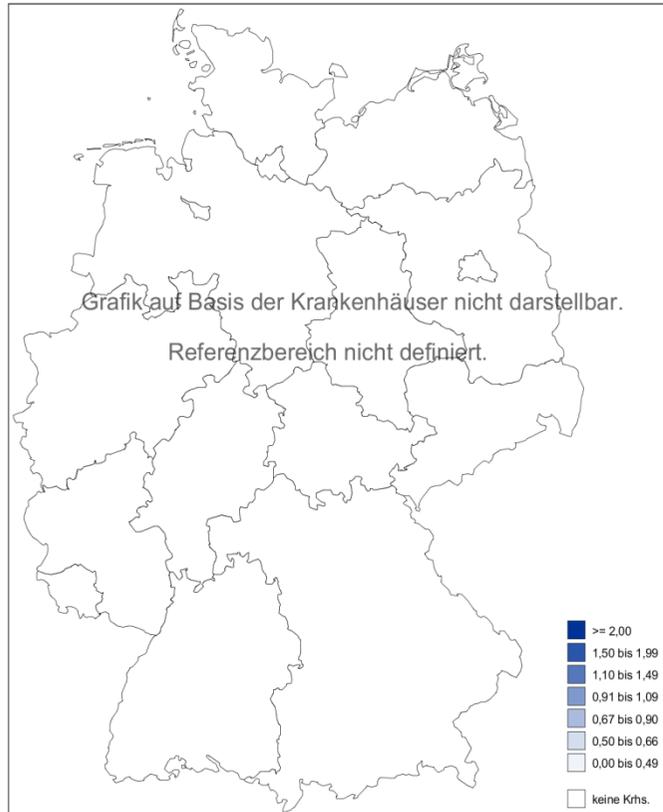
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,5	1,4 - 1,6	1,15	1,5	1,4 - 1,6	0,0	↔
Bayern	1,5	1,4 - 1,6	1,15	1,6	1,5 - 1,7	-0,1	↔
Berlin	1,0	0,9 - 1,2	0,77	1,0	0,8 - 1,1	0,0	↔
Brandenburg	0,7	0,6 - 0,9	0,54	0,8	0,7 - 1,0	-0,1	↔
Bremen	1,3	1,0 - 1,7	1,00	1,0	0,8 - 1,4	0,3	↔
Hamburg	1,5	1,3 - 1,7	1,15	1,5	1,3 - 1,7	0,0	↔
Hessen	1,0	0,9 - 1,1	0,77	1,0	0,9 - 1,1	0,0	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,5	0,4 - 0,7	0,38	0,5	0,4 - 0,7	0,0	↔
Niedersachsen	1,7	1,6 - 1,8	1,31	1,6	1,4 - 1,7	0,1	↔
Nordrhein-Westfalen	1,6	1,5 - 1,7	1,23	1,6	1,5 - 1,7	0,0	↔
Rheinland-Pfalz	1,2	1,1 - 1,4	0,92	1,1	1,0 - 1,3	0,1	↔
Saarland	1,9	1,5 - 2,3	1,46	1,5	1,2 - 1,9	0,4	↔
Sachsen	0,8	0,7 - 0,9	0,62	0,7	0,6 - 0,8	0,1	↔
Sachsen-Anhalt	0,7	0,5 - 0,8	0,54	0,6	0,4 - 0,7	0,1	↔
Schleswig-Holstein	1,6	1,4 - 1,9	1,23	1,5	1,3 - 1,8	0,1	↔
Thüringen	0,8	0,6 - 1,0	0,62	0,8	0,7 - 1,0	0,0	↔
Gesamt	1,3	1,3 - 1,4	1,00	1,3	1,3 - 1,4	0,0	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	796	52.493	780	51.595
Bayern	929	62.960	959	61.535
Berlin	227	22.279	213	22.340
Brandenburg	68	9.415	78	9.447
Bremen	65	4.961	47	4.533
Hamburg	181	12.428	180	11.980
Hessen	295	28.926	280	28.200
Mecklenburg - Vorpommern	41	8.258	41	8.318
Niedersachsen	589	34.986	534	34.396
Nordrhein-Westfalen	1.376	85.194	1.379	85.102
Rheinland-Pfalz	223	18.196	200	17.667
Saarland	73	3.897	57	3.813
Sachsen	179	23.659	170	23.816
Sachsen-Anhalt	70	10.682	61	10.803
Schleswig-Holstein	185	11.308	173	11.397
Thüringen	86	10.896	93	10.943
Gesamt	5.383	400.538	5.245	395.885



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	82	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-
Bayern	116	-	-	-	117	-	-	-	-	-	-
Berlin	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	25	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-
Bremen	6	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Hamburg	12	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Hessen	54	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	17	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	81	-	-	-	85	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	168	-	-	-	170	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	41	-	-	-	42	-	-	-	-	-	-
Saarland	9	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Sachsen	45	-	-	-	45	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	23	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	22	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-
Thüringen	24	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-
Gesamt	739	-	-	-	759	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

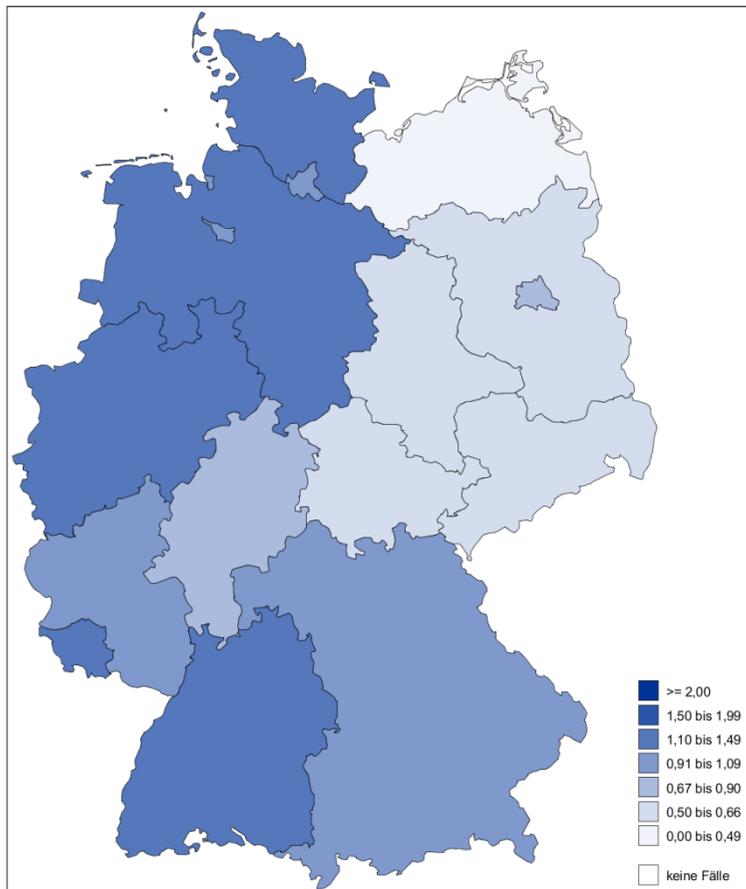
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 51181: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten

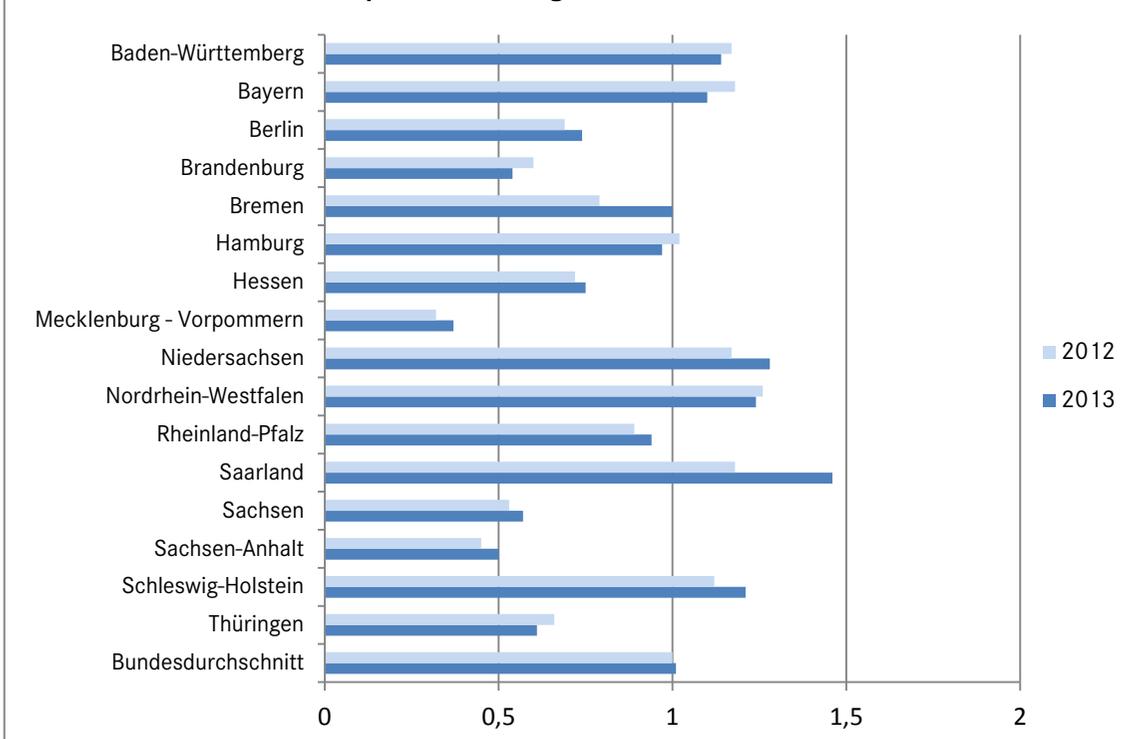
Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten a) Spontane Einlingsgeburten b) Spontane Einlingsgeburten ohne Episiotomie c) Spontane Einlingsgeburten mit Episiotomie
Referenzbereich	<= 2,25 , Toleranzbereich
Zähler	Dammriss Grad III oder IV
Nenner	Alle spontanen Einlingsgeburten mit vollständiger Dokumentation zum Geburtshilfe-Score für QI-ID 51181



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

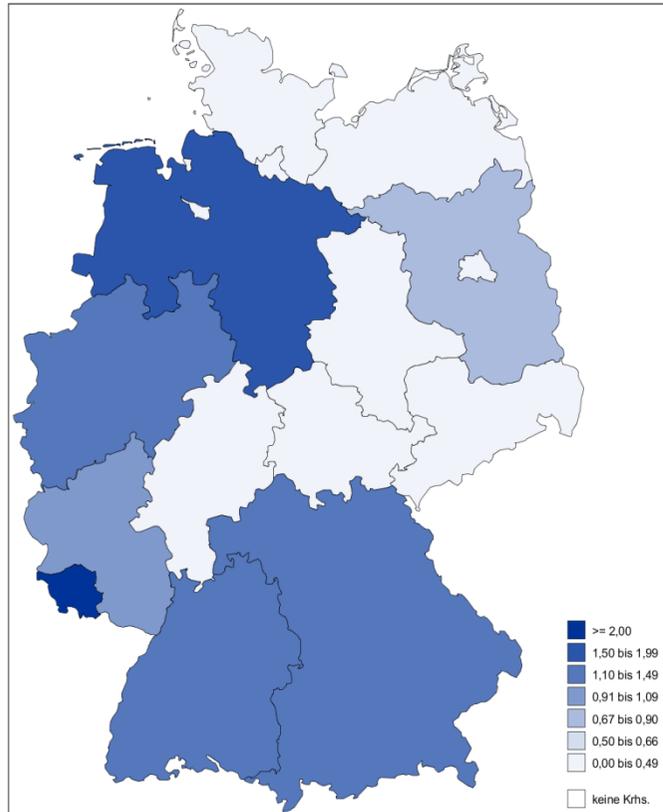
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,14	1,06 - 1,22	1,13	1,17	1,09 - 1,26	-0,03	↔
Bayern	1,10	1,03 - 1,17	1,09	1,18	1,10 - 1,26	-0,08	↔
Berlin	0,74	0,65 - 0,85	0,73	0,69	0,60 - 0,79	0,05	↔
Brandenburg	0,54	0,43 - 0,68	0,53	0,60	0,48 - 0,76	-0,06	↔
Bremen	1,00	0,78 - 1,27	0,99	0,79	0,60 - 1,06	0,21	↔
Hamburg	0,97	0,84 - 1,12	0,96	1,02	0,88 - 1,19	-0,05	↔
Hessen	0,75	0,67 - 0,84	0,74	0,72	0,64 - 0,82	0,03	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,37	0,27 - 0,50	0,37	0,32	0,23 - 0,45	0,05	↔
Niedersachsen	1,28	1,19 - 1,39	1,27	1,17	1,08 - 1,28	0,11	↔
Nordrhein-Westfalen	1,24	1,18 - 1,31	1,23	1,26	1,20 - 1,34	-0,02	↔
Rheinland-Pfalz	0,94	0,83 - 1,07	0,93	0,89	0,78 - 1,03	0,05	↔
Saarland	1,46	1,16 - 1,83	1,45	1,18	0,87 - 1,59	0,28	↔
Sachsen	0,57	0,49 - 0,65	0,56	0,53	0,46 - 0,62	0,04	↔
Sachsen-Anhalt	0,50	0,39 - 0,63	0,50	0,45	0,35 - 0,58	0,05	↔
Schleswig-Holstein	1,21	1,05 - 1,39	1,20	1,12	0,96 - 1,31	0,09	↔
Thüringen	0,61	0,50 - 0,76	0,60	0,66	0,54 - 0,81	-0,05	↔
Gesamt	1,01	0,98 - 1,04	1,00	1,00	0,97 - 1,03	0,01	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	52.493	-	47.786
Bayern	-	62.960	-	56.166
Berlin	-	22.279	-	21.045
Brandenburg	-	9.415	-	8.847
Bremen	-	4.961	-	4.400
Hamburg	-	12.428	-	11.250
Hessen	-	28.926	-	25.090
Mecklenburg - Vorpommern	-	8.258	-	7.325
Niedersachsen	-	34.986	-	32.976
Nordrhein-Westfalen	-	85.194	-	75.758
Rheinland-Pfalz	-	18.196	-	17.199
Saarland	-	3.897	-	2.792
Sachsen	-	23.659	-	23.623
Sachsen-Anhalt	-	10.682	-	9.931
Schleswig-Holstein	-	11.308	-	10.731
Thüringen	-	10.896	-	10.448
Gesamt	-	400.538	-	365.367



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	82	6	7,3	1,38	85	3	3,5	0,49	3	0	0
Bayern	116	8	6,9	1,30	110	13	11,8	1,66	7	5	0
Berlin	14	0	0,0	0,00	14	0	0,0	0,00	-	-	-
Brandenburg	25	1	4,0	0,75	23	0	0,0	0,00	-	-	-
Bremen	6	0	0,0	0,00	7	1	14,3	2,01	0	0	0
Hamburg	12	0	0,0	0,00	12	1	8,3	1,17	1	0	0
Hessen	54	0	0,0	0,00	53	2	3,8	0,54	2	0	0
Mecklenburg - Vorpommern	17	0	0,0	0,00	14	0	0,0	0,00	-	-	-
Niedersachsen	81	7	8,6	1,62	83	11	13,3	1,87	10	1	1
Nordrhein-Westfalen	168	13	7,7	1,45	169	17	10,1	1,42	4	2	0
Rheinland-Pfalz	41	2	4,9	0,92	42	2	4,8	0,68	1	0	0
Saarland	9	2	22,2	4,19	10	0	0,0	0,00	-	-	-
Sachsen	45	0	0,0	0,00	45	0	0,0	0,00	-	-	-
Sachsen-Anhalt	23	0	0,0	0,00	23	0	0,0	0,00	-	-	-
Schleswig-Holstein	22	0	0,0	0,00	23	2	8,7	1,23	2	0	0
Thüringen	24	0	0,0	0,00	24	0	0,0	0,00	-	-	-
Gesamt	739	39	5,3	1,00	737	52	7,1	1,00	30	8	1

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

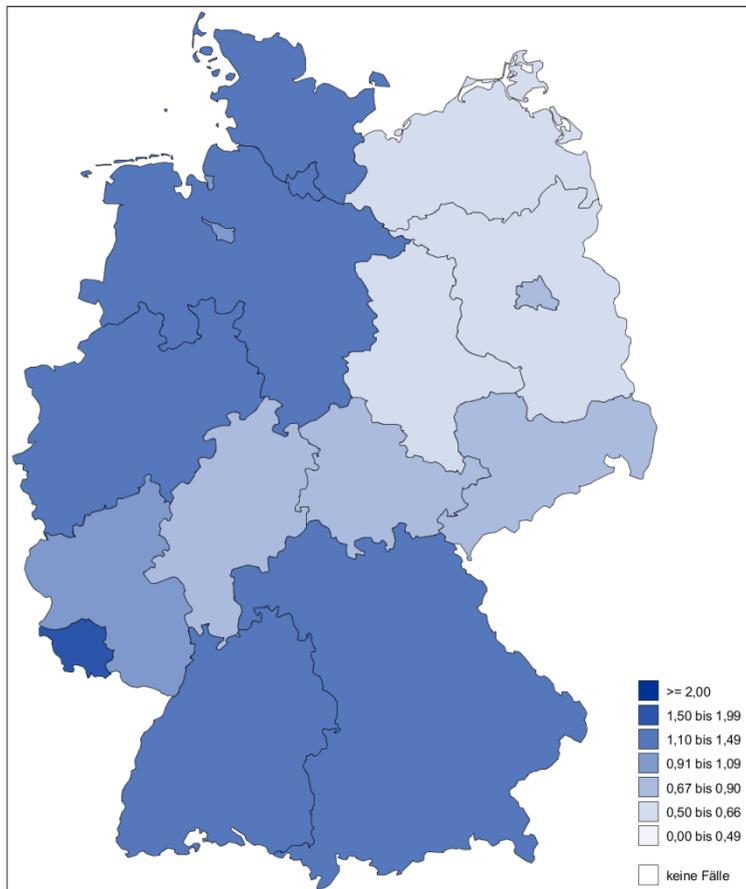
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 323: Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie

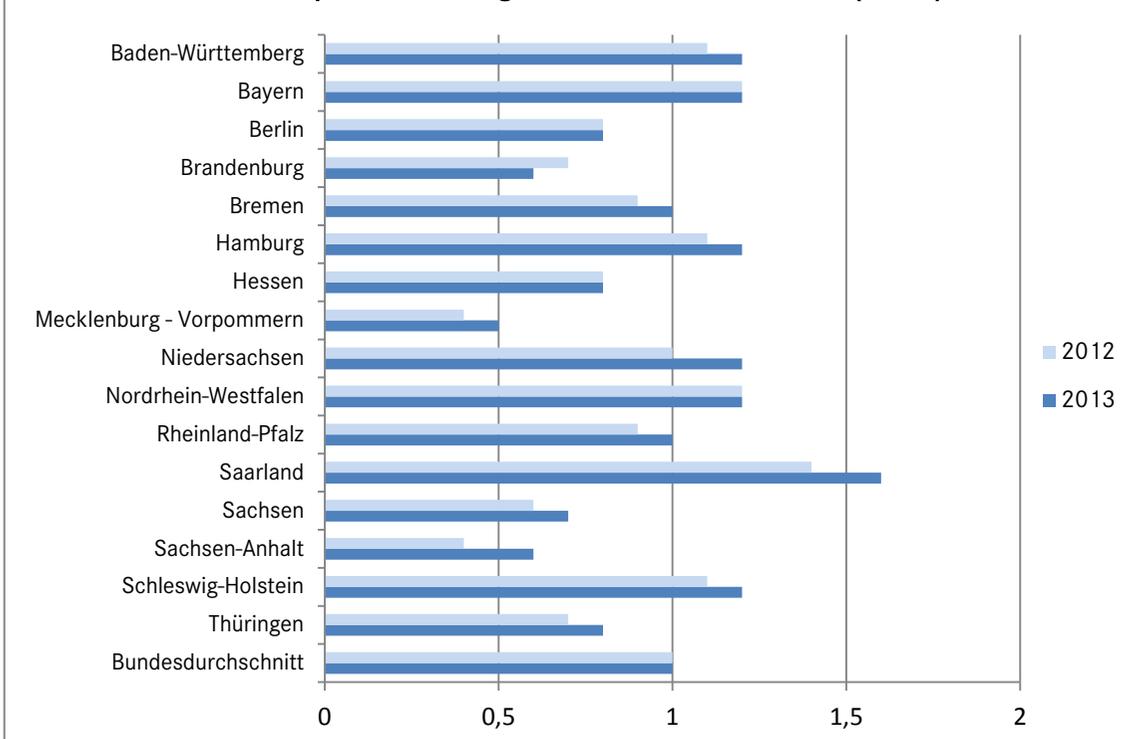
Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten a) Spontane Einlingsgeburten b) Spontane Einlingsgeburten ohne Episiotomie c) Spontane Einlingsgeburten mit Episiotomie
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Dammriss Grad III oder IV
Nenner	Alle spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

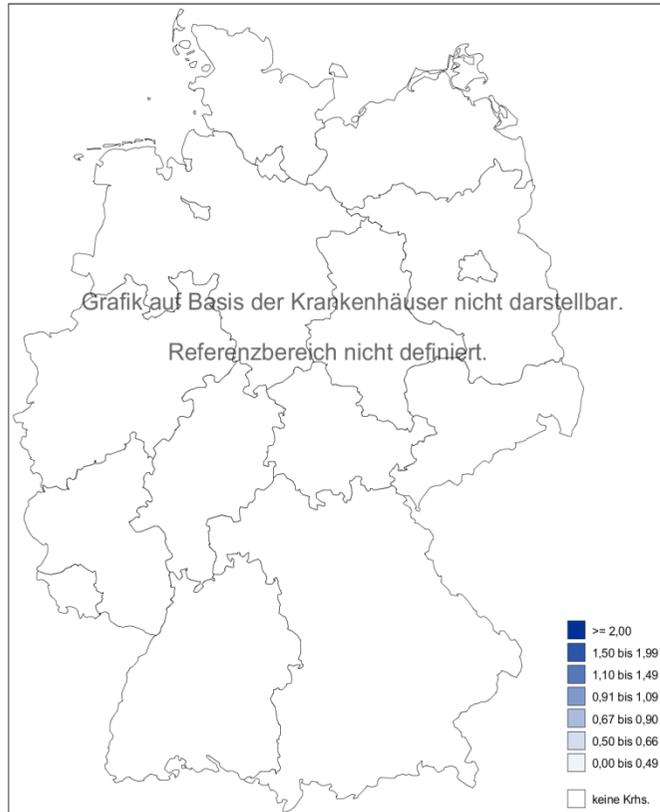
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,2	1,1 - 1,3	1,20	1,1	1,1 - 1,3	0,1	↔
Bayern	1,2	1,1 - 1,3	1,20	1,2	1,1 - 1,3	0,0	↔
Berlin	0,8	0,7 - 0,9	0,80	0,8	0,7 - 1,0	0,0	↔
Brandenburg	0,6	0,5 - 0,8	0,60	0,7	0,6 - 1,0	-0,1	↔
Bremen	1,0	0,8 - 1,4	1,00	0,9	0,6 - 1,3	0,1	↔
Hamburg	1,2	1,0 - 1,4	1,20	1,1	0,9 - 1,3	0,1	↔
Hessen	0,8	0,7 - 0,9	0,80	0,8	0,7 - 0,9	0,0	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,5	0,3 - 0,7	0,50	0,4	0,3 - 0,6	0,1	↔
Niedersachsen	1,2	1,0 - 1,3	1,20	1,0	0,9 - 1,1	0,2	↔
Nordrhein-Westfalen	1,2	1,1 - 1,2	1,20	1,2	1,1 - 1,2	0,0	↔
Rheinland-Pfalz	1,0	0,8 - 1,1	1,00	0,9	0,8 - 1,1	0,1	↔
Saarland	1,6	1,2 - 2,2	1,60	1,4	1,0 - 1,9	0,2	↔
Sachsen	0,7	0,6 - 0,8	0,70	0,6	0,5 - 0,8	0,1	↔
Sachsen-Anhalt	0,6	0,4 - 0,8	0,60	0,4	0,3 - 0,6	0,2	↔
Schleswig-Holstein	1,2	1,0 - 1,4	1,20	1,1	0,9 - 1,3	0,1	↔
Thüringen	0,8	0,6 - 1,0	0,80	0,7	0,6 - 1,0	0,1	↔
Gesamt	1,0	1,0 - 1,1	1,00	1,0	1,0 - 1,0	0,0	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	503	43.330	479	41.732
Bayern	621	51.995	587	49.930
Berlin	149	18.981	153	18.825
Brandenburg	44	7.019	51	6.877
Bremen	40	3.814	31	3.473
Hamburg	130	11.136	111	10.530
Hessen	192	23.404	175	22.646
Mecklenburg - Vorpommern	27	5.824	22	5.762
Niedersachsen	312	26.971	260	26.364
Nordrhein-Westfalen	795	68.832	793	68.169
Rheinland-Pfalz	137	14.186	126	13.630
Saarland	48	2.943	40	2.851
Sachsen	122	18.562	116	18.495
Sachsen-Anhalt	45	7.907	35	7.950
Schleswig-Holstein	109	9.243	100	9.130
Thüringen	63	8.290	62	8.283
Gesamt	3.337	322.437	3.141	314.647



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	82	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-
Bayern	116	-	-	-	117	-	-	-	-	-	-
Berlin	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	25	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-
Bremen	6	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Hamburg	12	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Hessen	54	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	17	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	81	-	-	-	84	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	168	-	-	-	170	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	41	-	-	-	42	-	-	-	-	-	-
Saarland	9	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Sachsen	45	-	-	-	45	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	23	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	22	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-
Thüringen	24	-	-	-	24	-	-	-	-	-	-
Gesamt	739	-	-	-	758	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

¹ Im Rahmen des Strukturierten Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

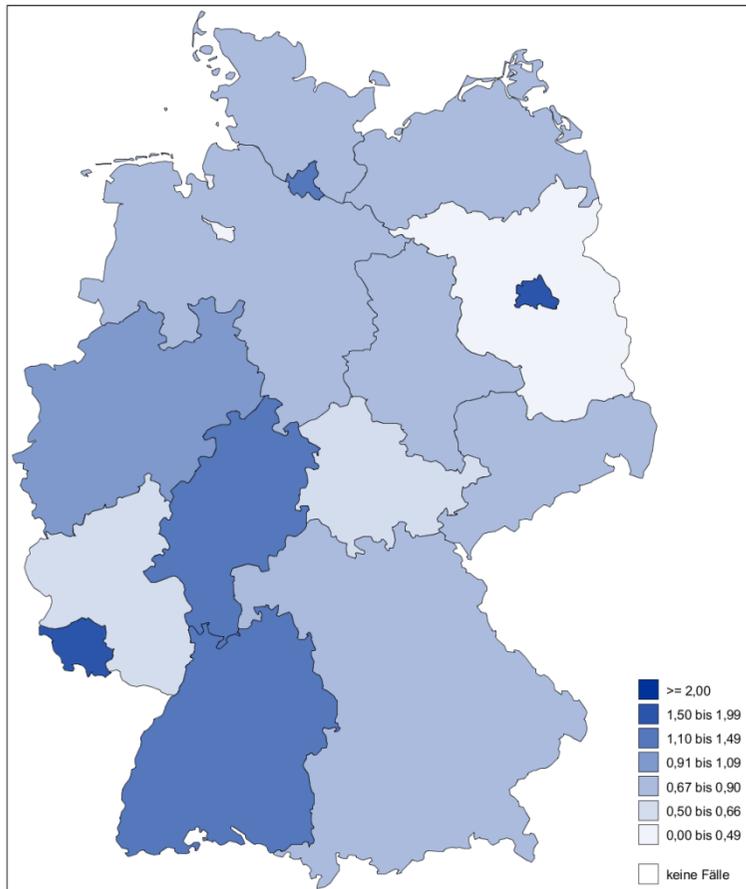
³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Anlage 6

NEO: Neonatologie

QI-ID 51120: Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten

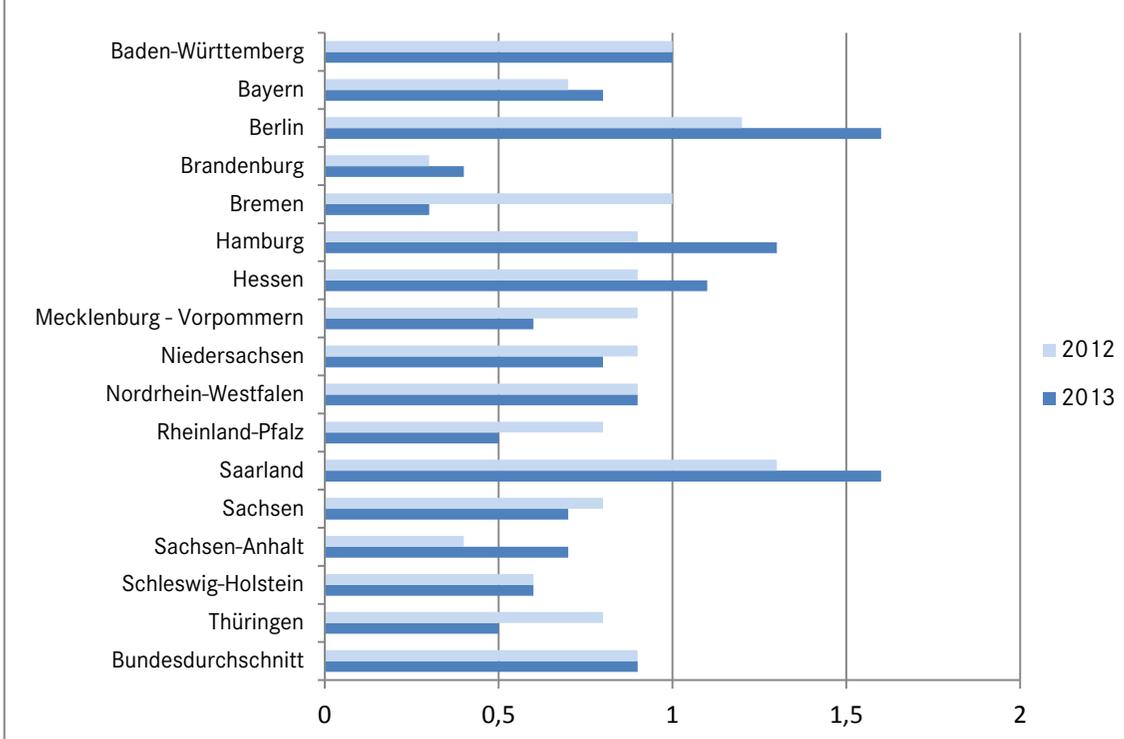
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Verstorbene Kinder
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

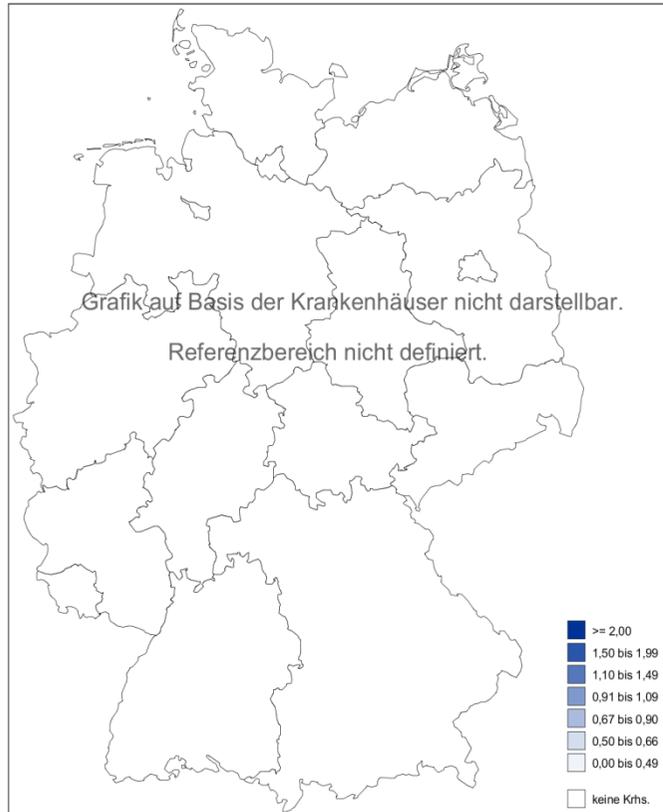
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,0	0,8 - 1,2	1,11	1,0	0,8 - 1,2	0,0	↔
Bayern	0,8	0,6 - 0,9	0,89	0,7	0,6 - 0,9	0,1	↔
Berlin	1,6	1,3 - 2,0	1,78	1,2	0,9 - 1,6	0,4	↔
Brandenburg	0,4	0,2 - 0,8	0,44	0,3	0,1 - 0,6	0,1	↔
Bremen	0,3	0,1 - 0,8	0,33	1,0	0,6 - 1,7	-0,7	↔
Hamburg	1,3	1,0 - 1,8	1,44	0,9	0,6 - 1,3	0,4	↔
Hessen	1,1	0,8 - 1,3	1,22	0,9	0,7 - 1,2	0,2	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,6	0,4 - 1,1	0,67	0,9	0,6 - 1,4	-0,3	↔
Niedersachsen	0,8	0,6 - 1,0	0,89	0,9	0,7 - 1,1	-0,1	↔
Nordrhein-Westfalen	0,9	0,7 - 1,0	1,00	0,9	0,8 - 1,1	0,0	↔
Rheinland-Pfalz	0,5	0,3 - 0,8	0,56	0,8	0,6 - 1,1	-0,3	↔
Saarland	1,6	1,1 - 2,4	1,78	1,3	0,8 - 2,1	0,3	↔
Sachsen	0,7	0,5 - 0,9	0,78	0,8	0,6 - 1,0	-0,1	↔
Sachsen-Anhalt	0,7	0,4 - 1,0	0,78	0,4	0,2 - 0,7	0,3	↔
Schleswig-Holstein	0,6	0,4 - 1,0	0,67	0,6	0,4 - 1,0	0,0	↔
Thüringen	0,5	0,3 - 0,9	0,56	0,8	0,5 - 1,2	-0,3	↔
Gesamt	0,9	0,8 - 0,9	1,00	0,9	0,8 - 0,9	0,0	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	111	11.214	105	10.759
Bayern	110	14.604	102	13.797
Berlin	73	4.493	52	4.389
Brandenburg	11	2.492	6	2.255
Bremen	5	1.545	15	1.489
Hamburg	40	3.002	26	2.822
Hessen	69	6.515	57	6.023
Mecklenburg - Vorpommern	13	2.110	21	2.284
Niedersachsen	63	7.919	66	7.614
Nordrhein-Westfalen	185	21.607	205	22.145
Rheinland-Pfalz	21	3.939	31	3.927
Saarland	23	1.453	18	1.381
Sachsen	39	5.880	43	5.657
Sachsen-Anhalt	19	2.871	11	2.896
Schleswig-Holstein	16	2.584	17	2.719
Thüringen	14	2.575	21	2.607
Gesamt	812	94.803	796	92.764



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	67	-	-	-	61	-	-	-	-	-	-
Bayern	73	-	-	-	65	-	-	-	-	-	-
Berlin	11	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	22	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-
Bremen	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Hamburg	8	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Hessen	31	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	17	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	38	-	-	-	45	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	112	-	-	-	116	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	27	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-
Saarland	7	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Sachsen	42	-	-	-	41	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	23	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	17	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-
Thüringen	19	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-
Gesamt	519	-	-	-	517	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

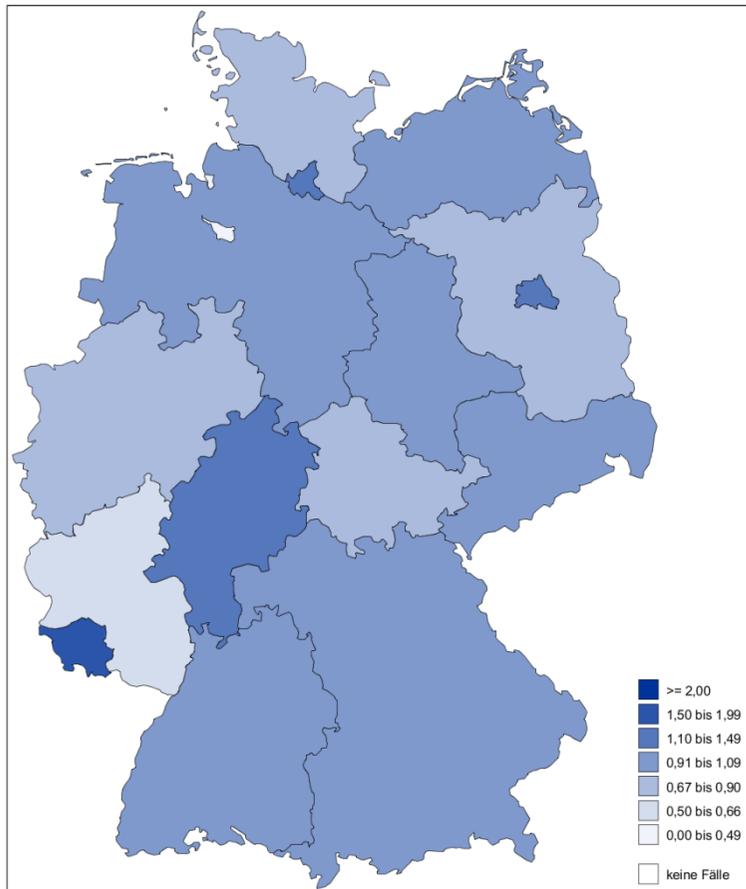
¹ Im Rahmen des Strukturierten Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 51119: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten

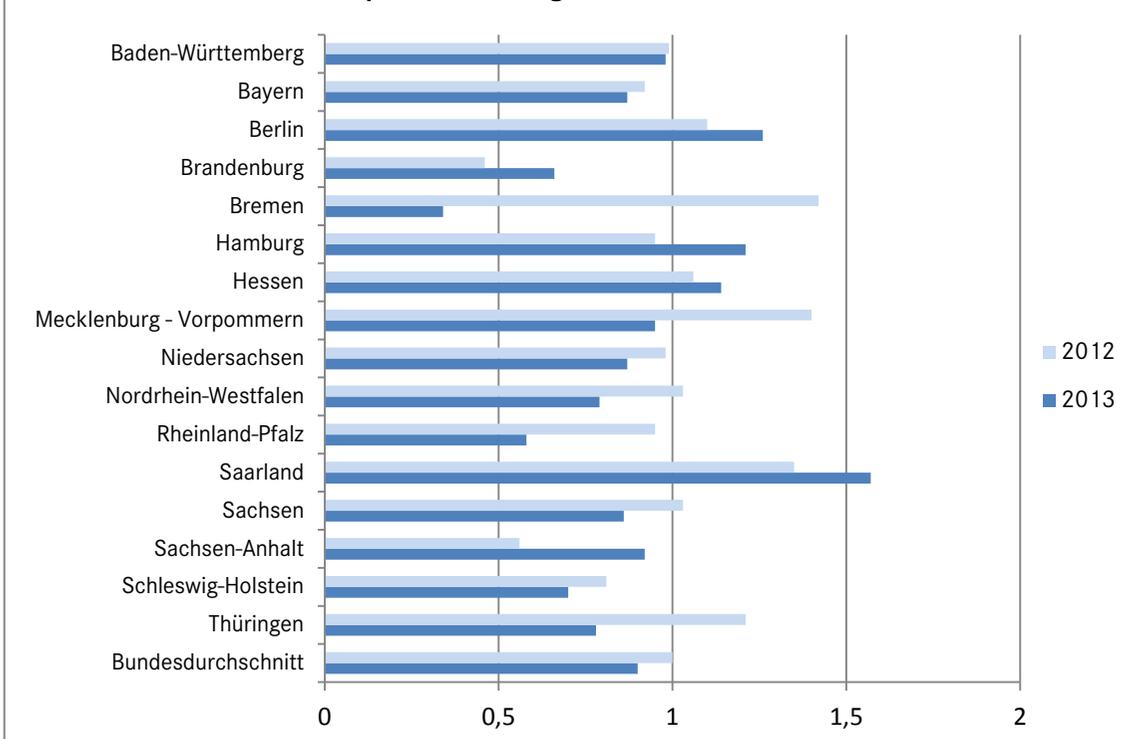
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Referenzbereich	<= 2,11 , Toleranzbereich
Zähler	Verstorbene Kinder
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

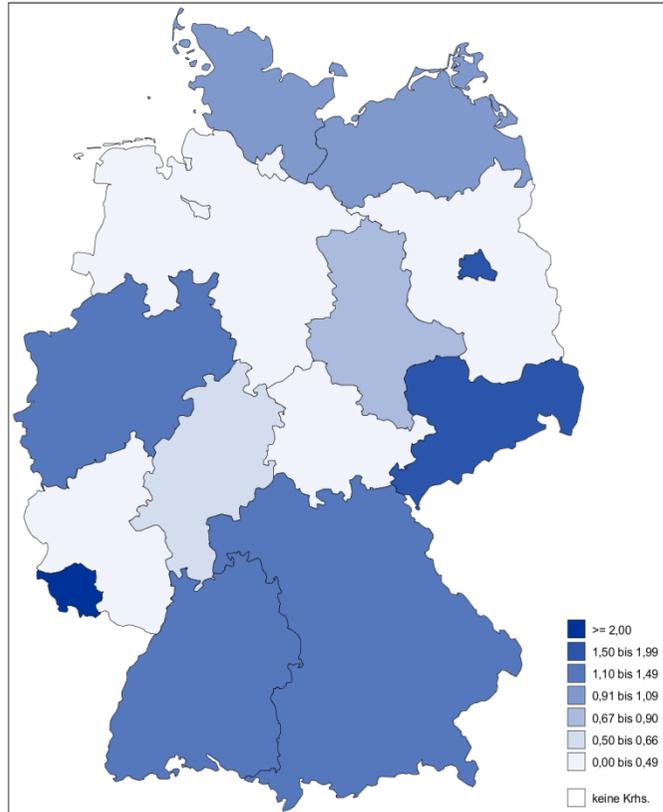
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,98	0,82 - 1,18	1,09	0,99	0,82 - 1,20	-0,01	↔
Bayern	0,87	0,72 - 1,05	0,97	0,92	0,76 - 1,12	-0,05	↔
Berlin	1,26	1,01 - 1,59	1,40	1,10	0,84 - 1,44	0,16	↔
Brandenburg	0,66	0,37 - 1,18	0,73	0,46	0,21 - 1,00	0,20	↔
Bremen	0,34	0,15 - 0,80	0,38	1,42	0,86 - 2,33	-1,08	↔
Hamburg	1,21	0,89 - 1,64	1,34	0,95	0,65 - 1,39	0,26	↔
Hessen	1,14	0,90 - 1,44	1,27	1,06	0,82 - 1,37	0,08	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,95	0,55 - 1,62	1,06	1,40	0,92 - 2,14	-0,45	↔
Niedersachsen	0,87	0,68 - 1,12	0,97	0,98	0,77 - 1,24	-0,11	↔
Nordrhein-Westfalen	0,79	0,69 - 0,92	0,88	1,03	0,90 - 1,18	-0,24	↔
Rheinland-Pfalz	0,58	0,38 - 0,89	0,64	0,95	0,67 - 1,34	-0,37	↔
Saarland	1,57	1,05 - 2,35	1,74	1,35	0,86 - 2,13	0,22	↔
Sachsen	0,86	0,63 - 1,17	0,96	1,03	0,76 - 1,38	-0,17	↔
Sachsen-Anhalt	0,92	0,59 - 1,44	1,02	0,56	0,31 - 1,00	0,36	↔
Schleswig-Holstein	0,70	0,43 - 1,13	0,78	0,81	0,50 - 1,29	-0,11	↔
Thüringen	0,78	0,47 - 1,31	0,87	1,21	0,79 - 1,84	-0,43	↔
Gesamt	0,90	0,84 - 0,97	1,00	1,00	0,93 - 1,07	-0,10	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	11.214	-	10.759
Bayern	-	14.604	-	13.797
Berlin	-	4.493	-	4.389
Brandenburg	-	2.492	-	2.255
Bremen	-	1.545	-	1.489
Hamburg	-	3.002	-	2.822
Hessen	-	6.515	-	6.023
Mecklenburg - Vorpommern	-	2.110	-	2.284
Niedersachsen	-	7.919	-	7.614
Nordrhein-Westfalen	-	21.607	-	22.145
Rheinland-Pfalz	-	3.939	-	3.927
Saarland	-	1.453	-	1.381
Sachsen	-	5.880	-	5.657
Sachsen-Anhalt	-	2.871	-	2.896
Schleswig-Holstein	-	2.584	-	2.719
Thüringen	-	2.575	-	2.607
Gesamt	-	94.803	-	92.764



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	67	5	7,5	1,39	61	5	8,2	1,11	1	0	0
Bayern	73	5	6,8	1,26	65	6	9,2	1,24	6	1	0
Berlin	11	1	9,1	1,69	11	2	18,2	2,46	1	0	0
Brandenburg	22	0	0,0	0,00	22	1	4,5	0,61	1	0	0
Bremen	5	0	0,0	0,00	5	1	20,0	2,70	1	0	0
Hamburg	8	0	0,0	0,00	8	0	0,0	0,00	-	-	-
Hessen	31	1	3,2	0,59	31	2	6,5	0,88	1	0	1
Mecklenburg - Vorpommern	17	1	5,9	1,09	17	2	11,8	1,59	2	0	0
Niedersachsen	38	0	0,0	0,00	45	3	6,7	0,91	4	0	0
Nordrhein-Westfalen	112	7	6,3	1,17	116	10	8,6	1,16	3	0	0
Rheinland-Pfalz	27	0	0,0	0,00	28	1	3,6	0,49	1	0	1
Saarland	7	2	28,6	5,30	6	0	0,0	0,00	-	-	-
Sachsen	42	4	9,5	1,76	41	4	9,8	1,32	4	1	1
Sachsen-Anhalt	23	1	4,3	0,80	23	0	0,0	0,00	-	-	-
Schleswig-Holstein	17	1	5,9	1,09	20	0	0,0	0,00	-	-	-
Thüringen	19	0	0,0	0,00	18	1	5,6	0,76	0	0	0
Gesamt	519	28	5,4	1,00	517	38	7,4	1,00	25	2	3

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

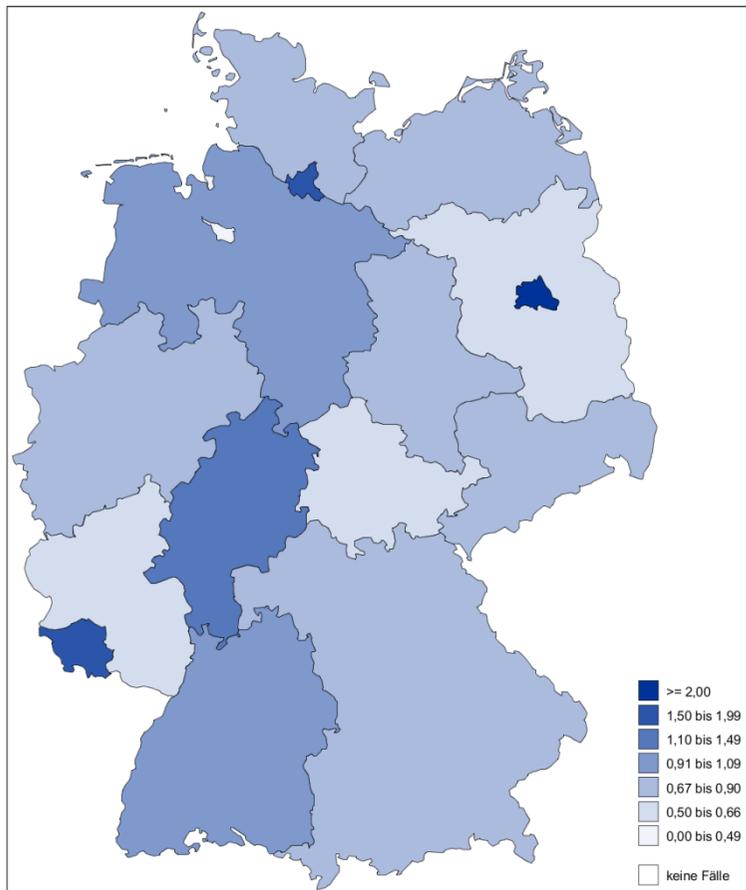
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 51070: Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)

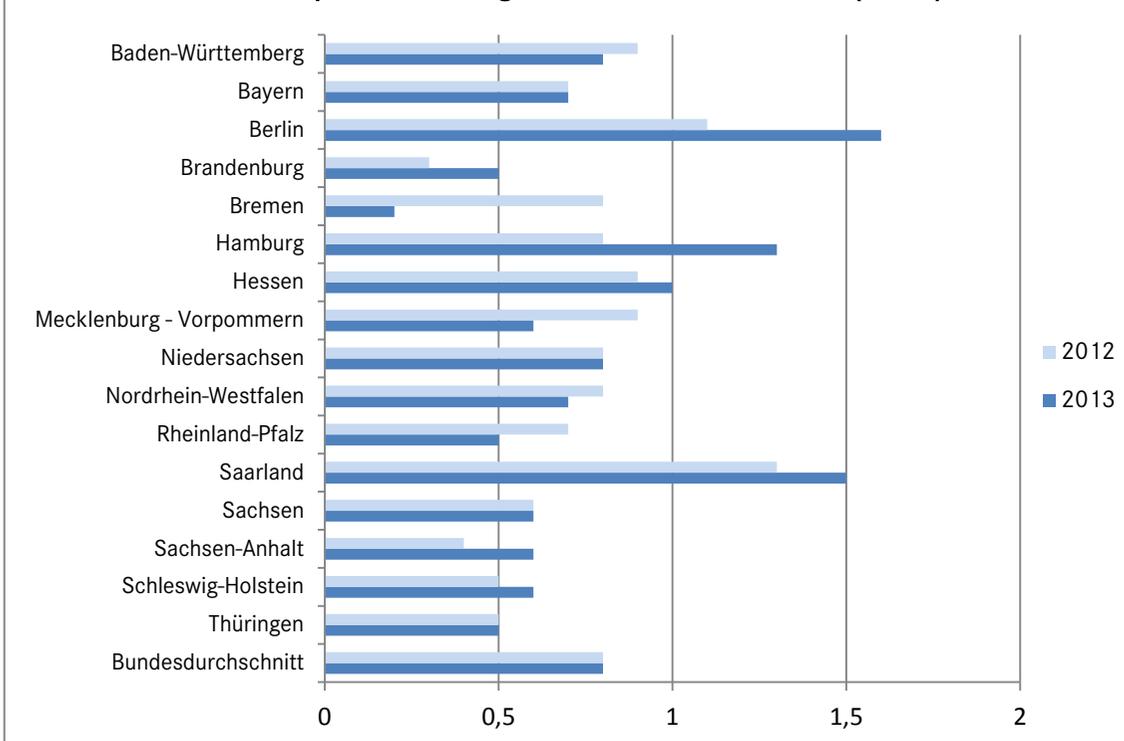
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Verstorbene Kinder
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

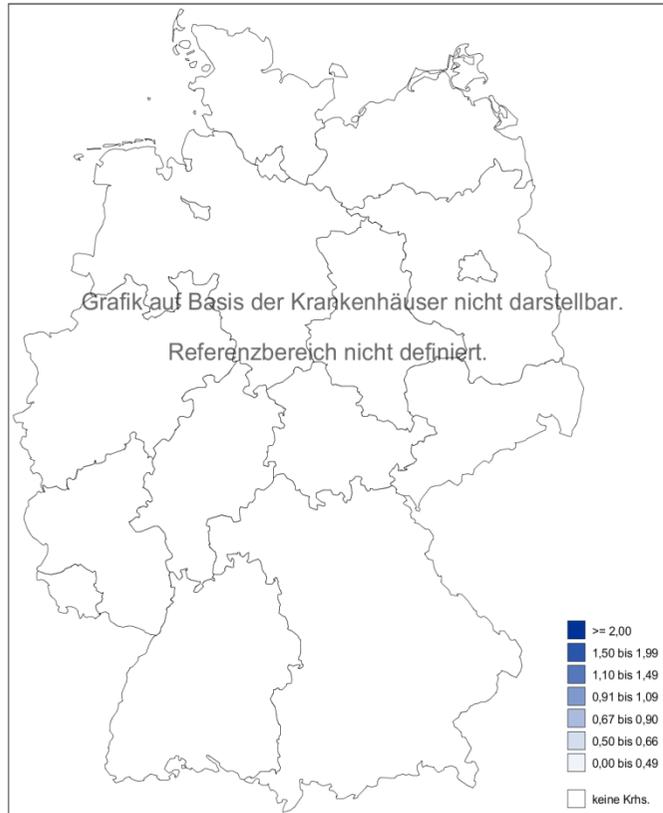
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,8	0,7 - 1,0	1,00	0,9	0,7 - 1,1	-0,1	↔
Bayern	0,7	0,5 - 0,8	0,87	0,7	0,6 - 0,8	0,0	↔
Berlin	1,6	1,2 - 2,0	2,00	1,1	0,8 - 1,5	0,5	↔
Brandenburg	0,5	0,3 - 0,8	0,63	0,3	0,1 - 0,6	0,2	↔
Bremen	0,2	0,1 - 0,6	0,25	0,8	0,5 - 1,5	-0,6	↔
Hamburg	1,3	0,9 - 1,7	1,63	0,8	0,6 - 1,3	0,5	↔
Hessen	1,0	0,8 - 1,3	1,25	0,9	0,7 - 1,2	0,1	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,6	0,4 - 1,1	0,75	0,9	0,6 - 1,3	-0,3	↔
Niedersachsen	0,8	0,6 - 1,0	1,00	0,8	0,6 - 1,0	0,0	↔
Nordrhein-Westfalen	0,7	0,6 - 0,9	0,87	0,8	0,7 - 0,9	-0,1	↔
Rheinland-Pfalz	0,5	0,3 - 0,8	0,63	0,7	0,5 - 1,0	-0,2	↔
Saarland	1,5	1,0 - 2,2	1,88	1,3	0,9 - 2,1	0,2	↔
Sachsen	0,6	0,4 - 0,8	0,75	0,6	0,4 - 0,8	0,0	↔
Sachsen-Anhalt	0,6	0,4 - 0,9	0,75	0,4	0,2 - 0,7	0,2	↔
Schleswig-Holstein	0,6	0,4 - 1,0	0,75	0,5	0,3 - 0,9	0,1	↔
Thüringen	0,5	0,3 - 0,8	0,63	0,5	0,3 - 0,9	0,0	↔
Gesamt	0,8	0,7 - 0,8	1,00	0,8	0,7 - 0,8	0,0	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	90	10.814	93	10.373
Bayern	95	14.238	92	13.430
Berlin	67	4.305	46	4.163
Brandenburg	11	2.405	6	2.157
Bremen	3	1.463	12	1.412
Hamburg	37	2.928	23	2.746
Hessen	67	6.427	52	5.913
Mecklenburg - Vorpommern	13	2.024	19	2.195
Niedersachsen	60	7.678	59	7.387
Nordrhein-Westfalen	153	20.663	174	21.442
Rheinland-Pfalz	19	3.876	28	3.856
Saarland	21	1.422	18	1.342
Sachsen	31	5.536	30	5.309
Sachsen-Anhalt	16	2.755	10	2.750
Schleswig-Holstein	15	2.508	14	2.641
Thüringen	11	2.434	13	2.495
Gesamt	709	91.476	689	89.611



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	65	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-
Bayern	72	-	-	-	64	-	-	-	-	-	-
Berlin	11	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	22	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-
Bremen	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Hamburg	8	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Hessen	31	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	17	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	38	-	-	-	45	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	111	-	-	-	115	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	27	-	-	-	27	-	-	-	-	-	-
Saarland	7	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Sachsen	42	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	23	-	-	-	23	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	17	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-
Thüringen	19	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-
Gesamt	515	-	-	-	512	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

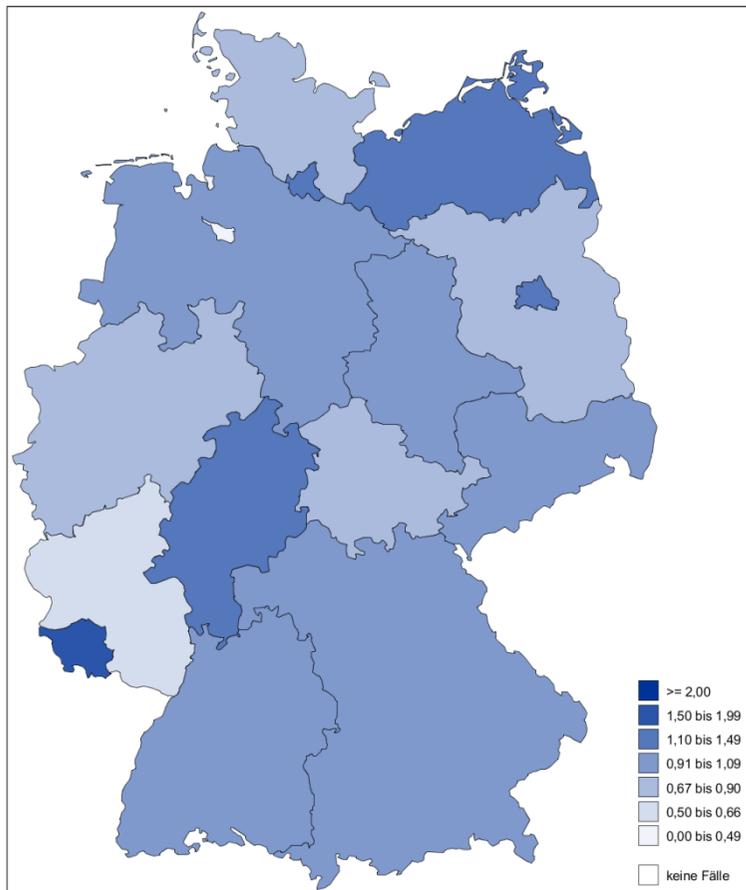
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

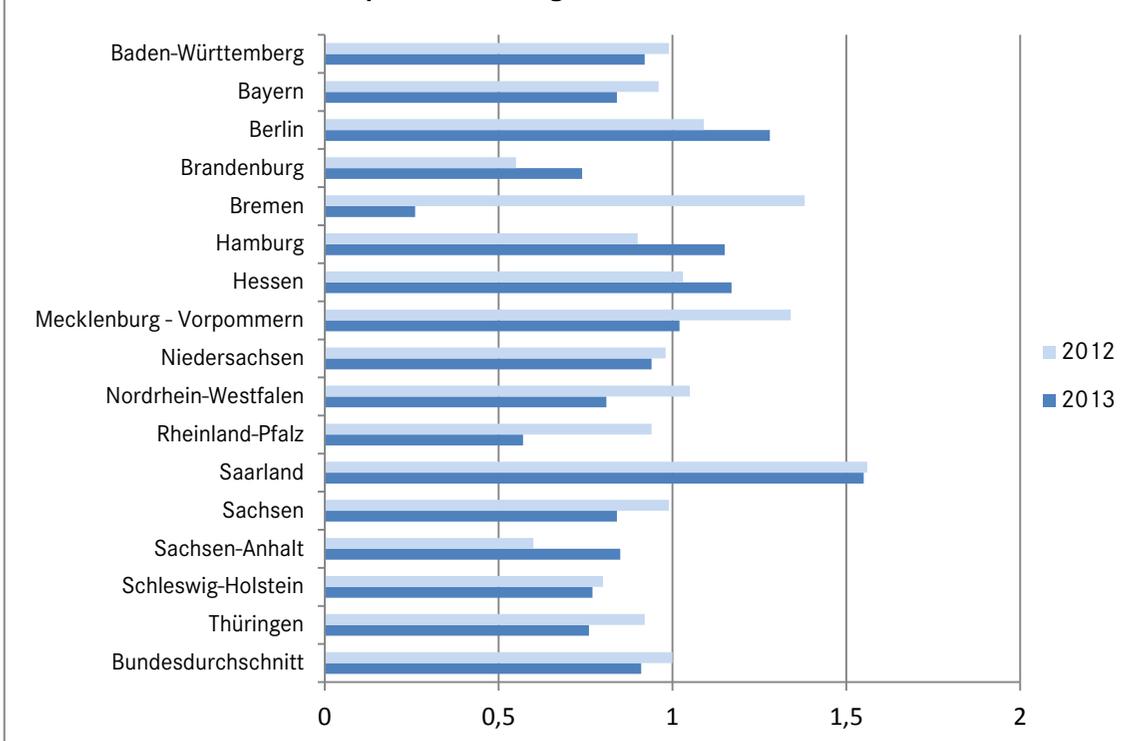
QI-ID 50048: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Referenzbereich	<= 2,40 , Toleranzbereich
Zähler	Verstorbene Kinder
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

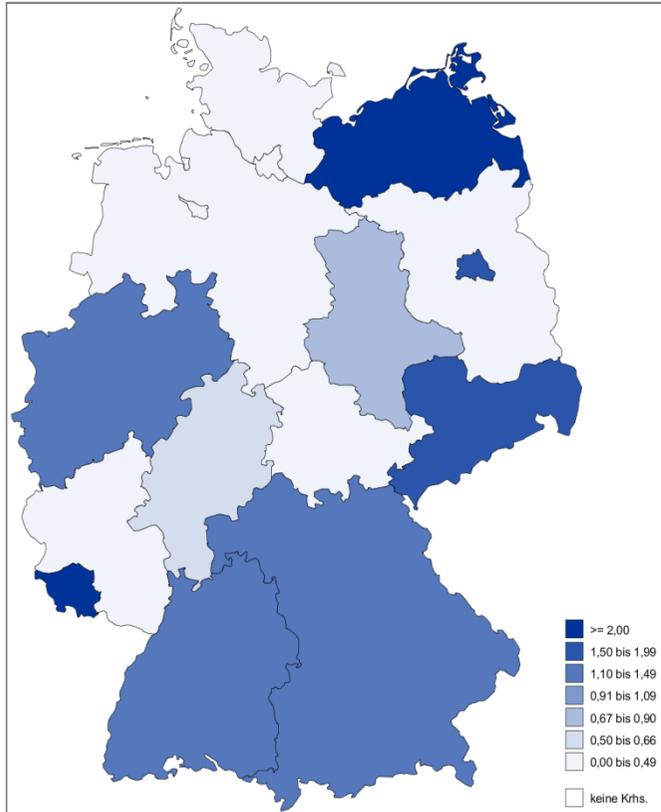
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,92	0,75 - 1,13	1,01	0,99	0,81 - 1,21	-0,07	↔
Bayern	0,84	0,69 - 1,02	0,92	0,96	0,78 - 1,17	-0,12	↔
Berlin	1,28	1,01 - 1,62	1,41	1,09	0,82 - 1,45	0,19	↔
Brandenburg	0,74	0,41 - 1,33	0,81	0,55	0,25 - 1,20	0,19	↔
Bremen	0,26	0,09 - 0,77	0,29	1,38	0,79 - 2,40	-1,12	↔
Hamburg	1,15	0,84 - 1,59	1,26	0,90	0,60 - 1,34	0,25	↔
Hessen	1,17	0,93 - 1,49	1,29	1,03	0,79 - 1,35	0,14	↔
Mecklenburg - Vorpommern	1,02	0,60 - 1,75	1,12	1,34	0,86 - 2,09	-0,32	↔
Niedersachsen	0,94	0,73 - 1,21	1,03	0,98	0,76 - 1,26	-0,04	↔
Nordrhein-Westfalen	0,81	0,69 - 0,94	0,89	1,05	0,90 - 1,21	-0,24	↔
Rheinland-Pfalz	0,57	0,37 - 0,89	0,63	0,94	0,65 - 1,35	-0,37	↔
Saarland	1,55	1,02 - 2,36	1,70	1,56	0,99 - 2,45	-0,01	↔
Sachsen	0,84	0,59 - 1,19	0,92	0,99	0,69 - 1,41	-0,15	↔
Sachsen-Anhalt	0,85	0,52 - 1,37	0,93	0,60	0,33 - 1,10	0,25	↔
Schleswig-Holstein	0,77	0,47 - 1,27	0,85	0,80	0,48 - 1,35	-0,03	↔
Thüringen	0,76	0,42 - 1,35	0,84	0,92	0,54 - 1,57	-0,16	↔
Gesamt	0,91	0,84 - 0,98	1,00	1,00	0,93 - 1,08	-0,09	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	10.814	-	10.373
Bayern	-	14.238	-	13.430
Berlin	-	4.305	-	4.163
Brandenburg	-	2.405	-	2.157
Bremen	-	1.463	-	1.412
Hamburg	-	2.928	-	2.746
Hessen	-	6.427	-	5.913
Mecklenburg - Vorpommern	-	2.024	-	2.195
Niedersachsen	-	7.678	-	7.387
Nordrhein-Westfalen	-	20.663	-	21.442
Rheinland-Pfalz	-	3.876	-	3.856
Saarland	-	1.422	-	1.342
Sachsen	-	5.536	-	5.309
Sachsen-Anhalt	-	2.755	-	2.750
Schleswig-Holstein	-	2.508	-	2.641
Thüringen	-	2.434	-	2.495
Gesamt	-	91.476	-	89.611



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	65	4	6,2	1,27	60	4	6,7	1,02	1	1	0
Bayern	72	4	5,6	1,14	64	7	10,9	1,65	0	0	0
Berlin	11	1	9,1	1,86	11	1	9,1	1,38	1	0	0
Brandenburg	22	0	0,0	0,00	22	1	4,5	0,68	1	0	0
Bremen	5	0	0,0	0,00	5	1	20,0	3,03	1	0	0
Hamburg	8	0	0,0	0,00	8	0	0,0	0,00	-	-	-
Hessen	31	1	3,2	0,65	31	2	6,5	0,98	0	0	0
Mecklenburg - Vorpommern	17	2	11,8	2,41	17	1	5,9	0,89	1	0	0
Niedersachsen	38	0	0,0	0,00	45	4	8,9	1,35	4	0	0
Nordrhein-Westfalen	111	7	6,3	1,29	115	8	7,0	1,06	4	0	0
Rheinland-Pfalz	27	0	0,0	0,00	27	1	3,7	0,56	1	0	1
Saarland	7	1	14,3	2,92	6	1	16,7	2,53	1	0	0
Sachsen	42	4	9,5	1,94	40	3	7,5	1,14	0	0	0
Sachsen-Anhalt	23	1	4,3	0,88	23	0	0,0	0,00	-	-	-
Schleswig-Holstein	17	0	0,0	0,00	20	0	0,0	0,00	-	-	-
Thüringen	19	0	0,0	0,00	18	0	0,0	0,00	-	-	-
Gesamt	515	25	4,9	1,00	512	34	6,6	1,00	15	1	1

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

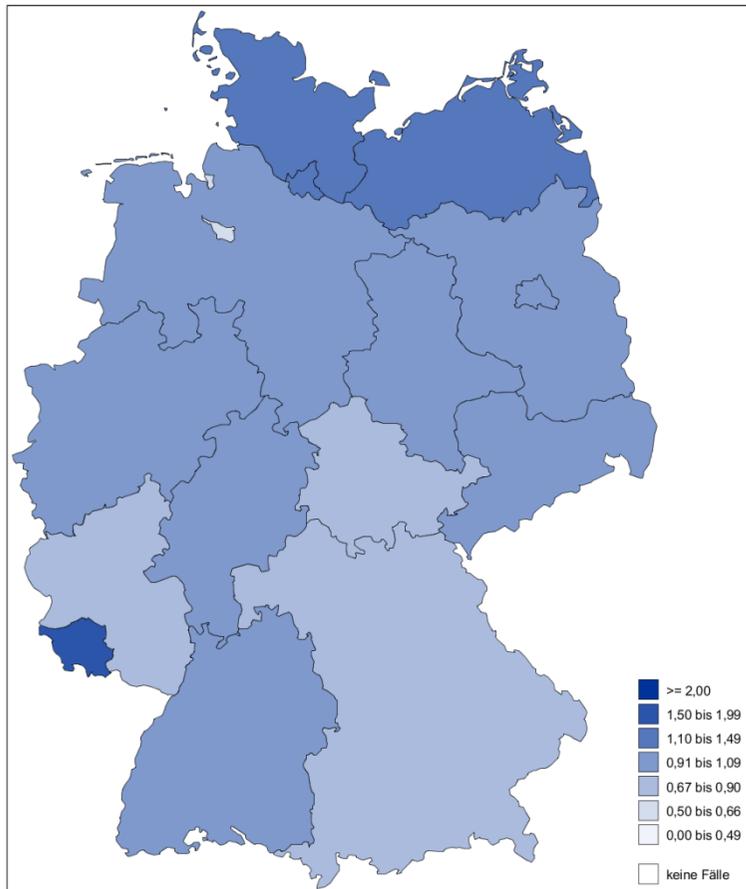
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

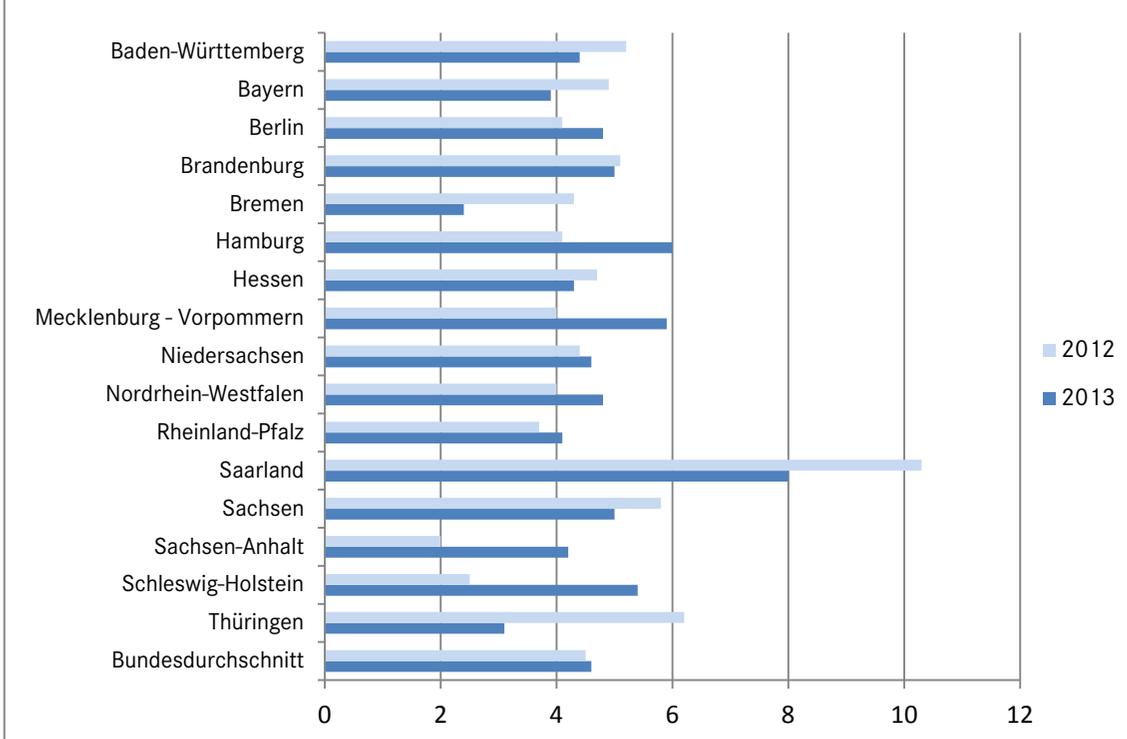
QI-ID 51076: Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsziel	Selten Hirnblutungen IVH Grad 3 oder PVH
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kinder mit Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

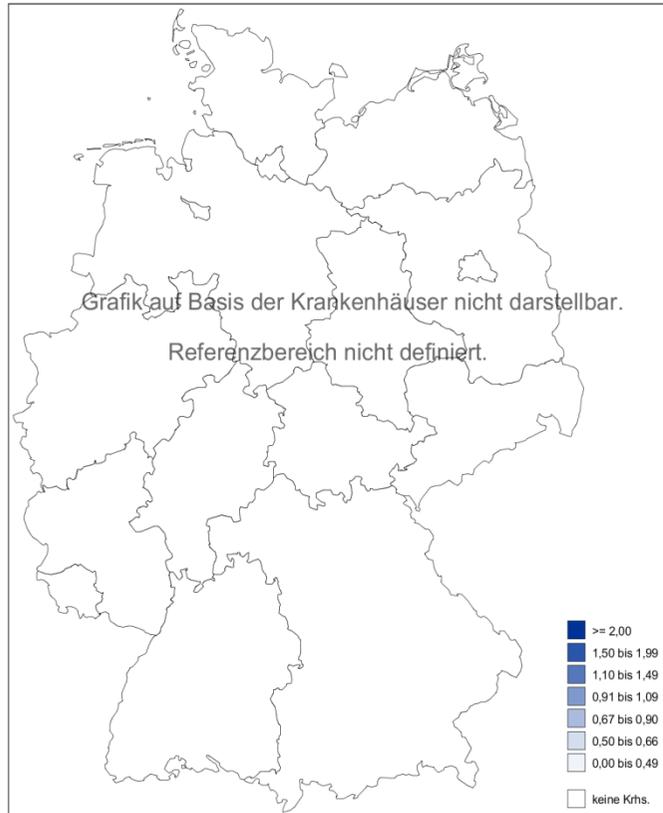
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	4,4	3,3 - 5,7	0,96	5,2	4,1 - 6,6	-0,8	↔
Bayern	3,9	3,0 - 5,1	0,85	4,9	3,8 - 6,3	-1,0	↔
Berlin	4,8	3,4 - 6,9	1,04	4,1	2,8 - 6,0	0,7	↔
Brandenburg	5,0	2,7 - 9,3	1,09	5,1	2,5 - 10,1	-0,1	↔
Bremen	2,4	0,9 - 6,1	0,52	4,3	1,8 - 9,6	-1,9	↔
Hamburg	6,0	4,0 - 9,0	1,30	4,1	2,5 - 6,8	1,9	↔
Hessen	4,3	3,0 - 6,2	0,93	4,7	3,3 - 6,6	-0,4	↔
Mecklenburg - Vorpommern	5,9	3,1 - 10,8	1,28	4,0	2,0 - 8,1	1,9	↔
Niedersachsen	4,6	3,4 - 6,3	1,00	4,4	3,2 - 6,0	0,2	↔
Nordrhein-Westfalen	4,8	4,0 - 5,7	1,04	4,0	3,3 - 4,9	0,8	↔
Rheinland-Pfalz	4,1	2,6 - 6,5	0,89	3,7	2,3 - 6,0	0,4	↔
Saarland	8,0	4,8 - 13,0	1,74	10,3	6,4 - 16,4	-2,3	↔
Sachsen	5,0	3,4 - 7,3	1,09	5,8	3,8 - 8,6	-0,8	↔
Sachsen-Anhalt	4,2	2,2 - 7,9	0,91	2,0	0,8 - 5,1	2,2	↔
Schleswig-Holstein	5,4	3,1 - 9,2	1,17	2,5	1,1 - 5,8	2,9	↔
Thüringen	3,1	1,4 - 6,5	0,67	6,2	3,5 - 10,8	-3,1	↔
Gesamt	4,6	4,2 - 5,0	1,00	4,5	4,1 - 5,0	0,1	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	50	1.145	64	1.231
Bayern	54	1.379	59	1.205
Berlin	29	598	24	585
Brandenburg	9	179	7	138
Bremen	4	165	5	117
Hamburg	22	365	14	341
Hessen	29	668	30	643
Mecklenburg - Vorpommern	9	153	7	174
Niedersachsen	37	803	37	848
Nordrhein-Westfalen	109	2.287	85	2.122
Rheinland-Pfalz	18	434	15	406
Saarland	14	175	15	145
Sachsen	24	481	21	365
Sachsen-Anhalt	9	212	4	198
Schleswig-Holstein	12	223	5	198
Thüringen	6	196	11	177
Gesamt	435	9.463	403	8.893



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	31	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-
Bayern	36	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-
Berlin	8	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	9	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-
Bremen	4	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-
Hamburg	7	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Hessen	13	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	7	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	27	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	61	-	-	-	65	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Saarland	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Sachsen	16	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	15	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	9	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Thüringen	16	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Gesamt	278	-	-	-	287	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

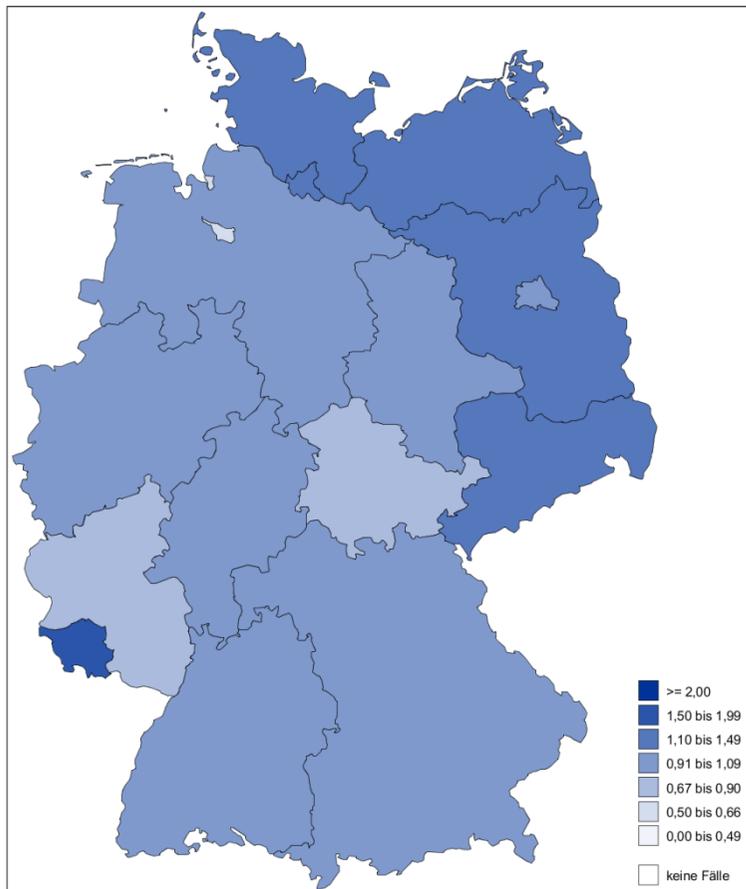
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

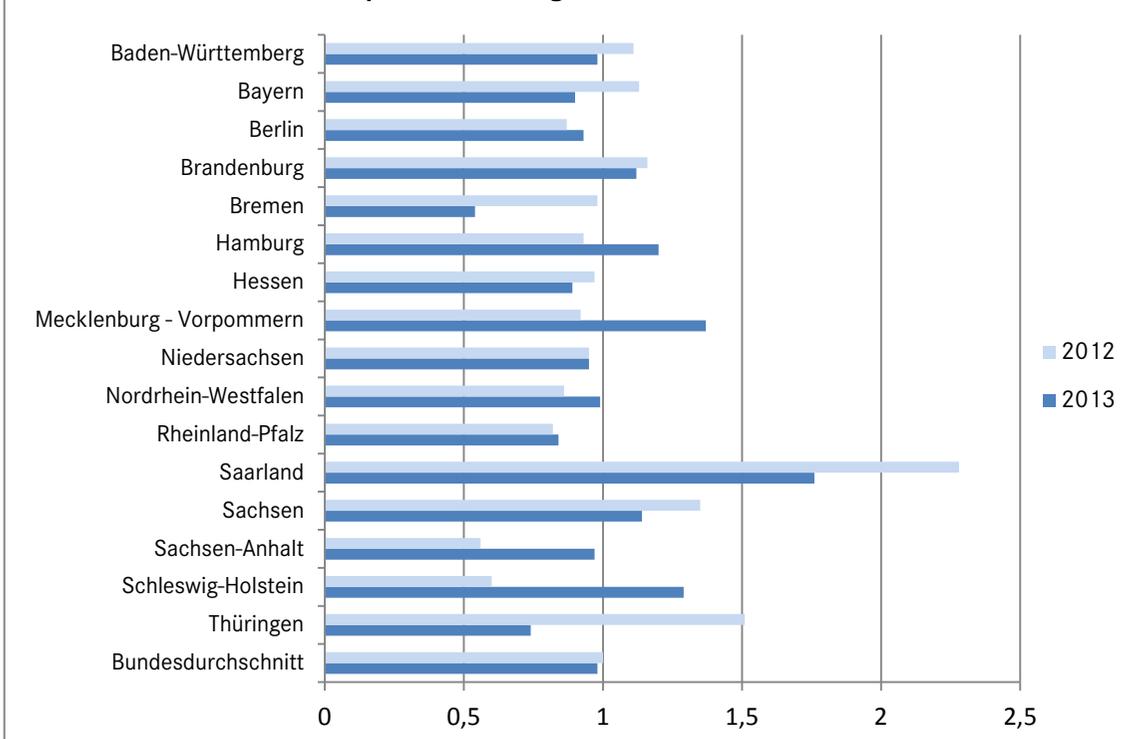
QI-ID 50050: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsziel	Selten Hirnblutungen IVH Grad 3 oder PVH
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kinder mit Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

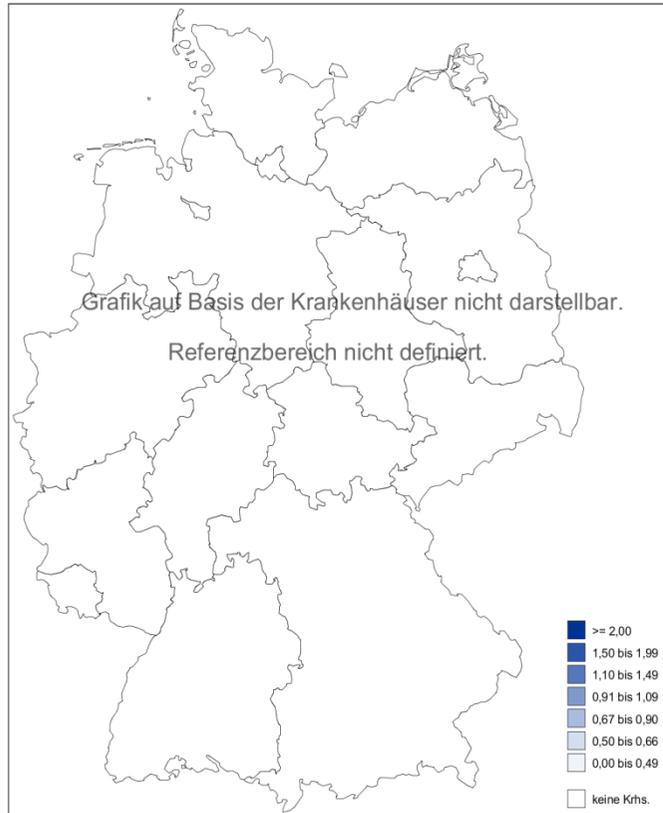
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,98	0,74 - 1,28	1,00	1,11	0,87 - 1,40	-0,13	↔
Bayern	0,90	0,70 - 1,17	0,92	1,13	0,88 - 1,44	-0,23	↔
Berlin	0,93	0,65 - 1,32	0,95	0,87	0,59 - 1,28	0,06	↔
Brandenburg	1,12	0,59 - 2,06	1,14	1,16	0,57 - 2,31	-0,04	↔
Bremen	0,54	0,21 - 1,36	0,55	0,98	0,42 - 2,20	-0,44	↔
Hamburg	1,20	0,80 - 1,79	1,22	0,93	0,56 - 1,54	0,27	↔
Hessen	0,89	0,63 - 1,27	0,91	0,97	0,69 - 1,37	-0,08	↔
Mecklenburg - Vorpommern	1,37	0,73 - 2,52	1,40	0,92	0,45 - 1,84	0,45	↔
Niedersachsen	0,95	0,69 - 1,29	0,97	0,95	0,69 - 1,29	0,00	↔
Nordrhein-Westfalen	0,99	0,82 - 1,18	1,01	0,86	0,70 - 1,06	0,13	↔
Rheinland-Pfalz	0,84	0,53 - 1,30	0,86	0,82	0,50 - 1,34	0,02	↔
Saarland	1,76	1,06 - 2,85	1,80	2,28	1,40 - 3,60	-0,52	↔
Sachsen	1,14	0,77 - 1,67	1,16	1,35	0,89 - 2,03	-0,21	↔
Sachsen-Anhalt	0,97	0,51 - 1,80	0,99	0,56	0,22 - 1,42	0,41	↔
Schleswig-Holstein	1,29	0,74 - 2,19	1,32	0,60	0,26 - 1,37	0,69	↔
Thüringen	0,74	0,34 - 1,57	0,76	1,51	0,85 - 2,62	-0,77	↔
Gesamt	0,98	0,90 - 1,08	1,00	1,00	0,91 - 1,10	-0,02	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	1.145	-	1.231
Bayern	-	1.379	-	1.205
Berlin	-	598	-	585
Brandenburg	-	179	-	138
Bremen	-	165	-	117
Hamburg	-	365	-	341
Hessen	-	668	-	643
Mecklenburg - Vorpommern	-	153	-	174
Niedersachsen	-	803	-	848
Nordrhein-Westfalen	-	2.287	-	2.122
Rheinland-Pfalz	-	434	-	406
Saarland	-	175	-	145
Sachsen	-	481	-	365
Sachsen-Anhalt	-	212	-	198
Schleswig-Holstein	-	223	-	198
Thüringen	-	196	-	177
Gesamt	-	9.463	-	8.893



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	31	-	-	-	33	-	-	-	2	1	1
Bayern	36	-	-	-	37	-	-	-	3	0	0
Berlin	8	-	-	-	8	-	-	-	1	0	0
Brandenburg	9	-	-	-	9	-	-	-	1	0	0
Bremen	4	-	-	-	4	-	-	-	0	0	0
Hamburg	7	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Hessen	13	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	7	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	27	-	-	-	28	-	-	-	4	0	0
Nordrhein-Westfalen	61	-	-	-	65	-	-	-	1	0	0
Rheinland-Pfalz	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Saarland	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Sachsen	16	-	-	-	16	-	-	-	1	0	0
Sachsen-Anhalt	15	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	9	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Thüringen	16	-	-	-	14	-	-	-	0	0	0
Gesamt	278	-	-	-	287	-	-	-	13	1	1

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

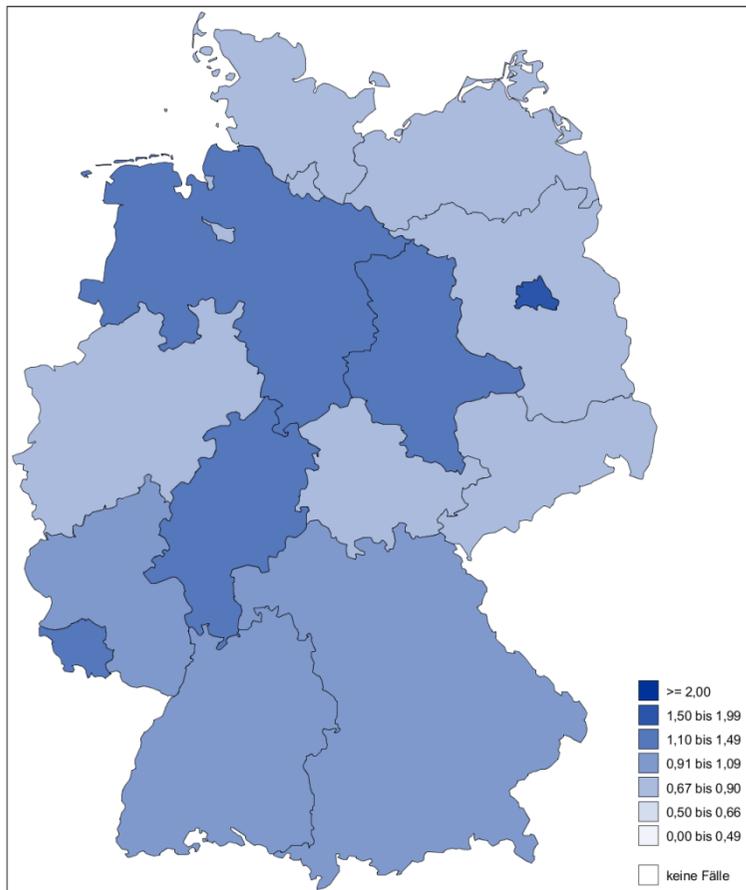
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

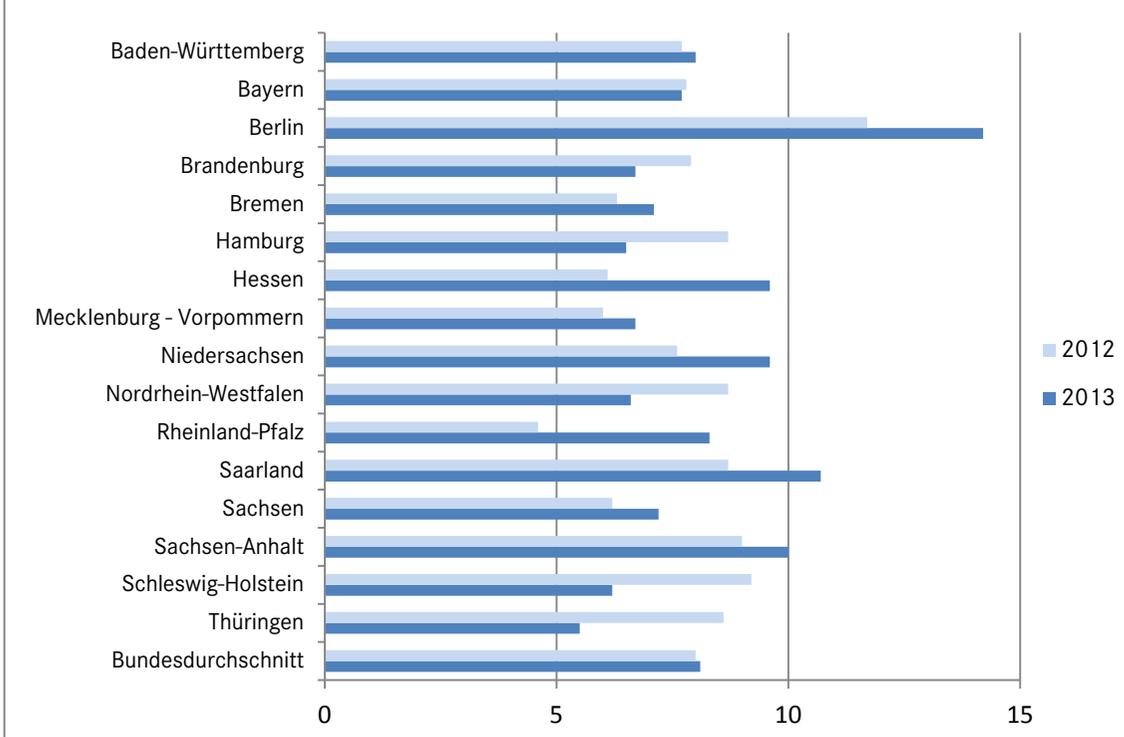
Qualitätsziel	Selten Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kinder mit Bronchopulmonaler Dysplasie (BPD)
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

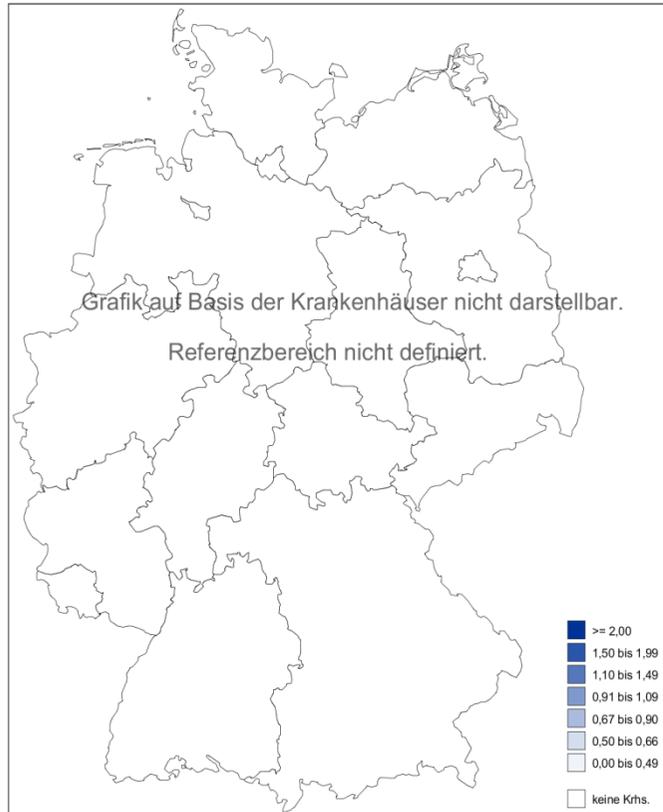
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	8,0	6,6 - 9,7	0,99	7,7	6,3 - 9,3	0,3	↔
Bayern	7,7	6,4 - 9,2	0,95	7,8	6,4 - 9,4	-0,1	↔
Berlin	14,2	11,7 - 17,2	1,75	11,7	9,4 - 14,5	2,5	↔
Brandenburg	6,7	3,9 - 11,3	0,83	7,9	4,4 - 13,5	-1,2	↔
Bremen	7,1	4,1 - 11,9	0,88	6,3	3,3 - 12,0	0,8	↔
Hamburg	6,5	4,4 - 9,5	0,80	8,7	6,2 - 12,2	-2,2	↔
Hessen	9,6	7,6 - 12,0	1,19	6,1	4,5 - 8,2	3,5	↔
Mecklenburg - Vorpommern	6,7	3,8 - 11,7	0,83	6,0	3,4 - 10,5	0,7	↔
Niedersachsen	9,6	7,7 - 11,8	1,19	7,6	6,0 - 9,5	2,0	↔
Nordrhein-Westfalen	6,6	5,7 - 7,7	0,81	8,7	7,6 - 9,9	-2,1	↔
Rheinland-Pfalz	8,3	6,0 - 11,2	1,02	4,6	3,0 - 7,1	3,7	↔
Saarland	10,7	7,0 - 16,2	1,32	8,7	5,1 - 14,3	2,0	↔
Sachsen	7,2	5,2 - 9,9	0,89	6,2	4,2 - 9,1	1,0	↔
Sachsen-Anhalt	10,0	6,7 - 14,6	1,23	9,0	5,9 - 13,7	1,0	↔
Schleswig-Holstein	6,2	3,7 - 10,1	0,77	9,2	6,0 - 14,0	-3,0	↔
Thüringen	5,5	3,1 - 9,6	0,68	8,6	5,4 - 13,6	-3,1	↔
Gesamt	8,1	7,6 - 8,7	1,00	8,0	7,4 - 8,5	0,1	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	93	1.158	96	1.251
Bayern	108	1.404	96	1.233
Berlin	87	611	70	599
Brandenburg	12	180	11	140
Bremen	12	170	8	126
Hamburg	24	370	30	344
Hessen	66	691	40	659
Mecklenburg - Vorpommern	11	163	11	182
Niedersachsen	78	816	66	869
Nordrhein-Westfalen	153	2.317	187	2.153
Rheinland-Pfalz	36	436	19	410
Saarland	19	177	13	150
Sachsen	35	484	23	372
Sachsen-Anhalt	22	221	19	210
Schleswig-Holstein	14	227	19	206
Thüringen	11	199	16	185
Gesamt	781	9.624	724	9.089



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	32	-	-	-	36	-	-	-	-	-	-
Bayern	37	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-
Berlin	8	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	9	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-
Bremen	4	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Hamburg	7	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Hessen	15	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	9	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	27	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	63	-	-	-	68	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Saarland	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Sachsen	17	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	18	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	10	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Thüringen	16	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Gesamt	291	-	-	-	304	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

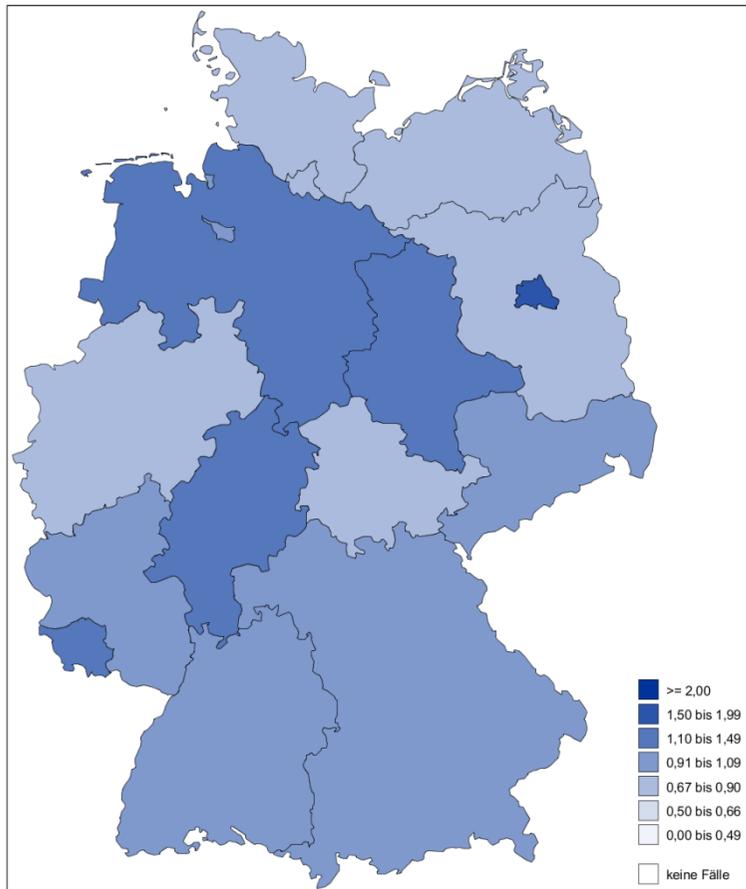
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

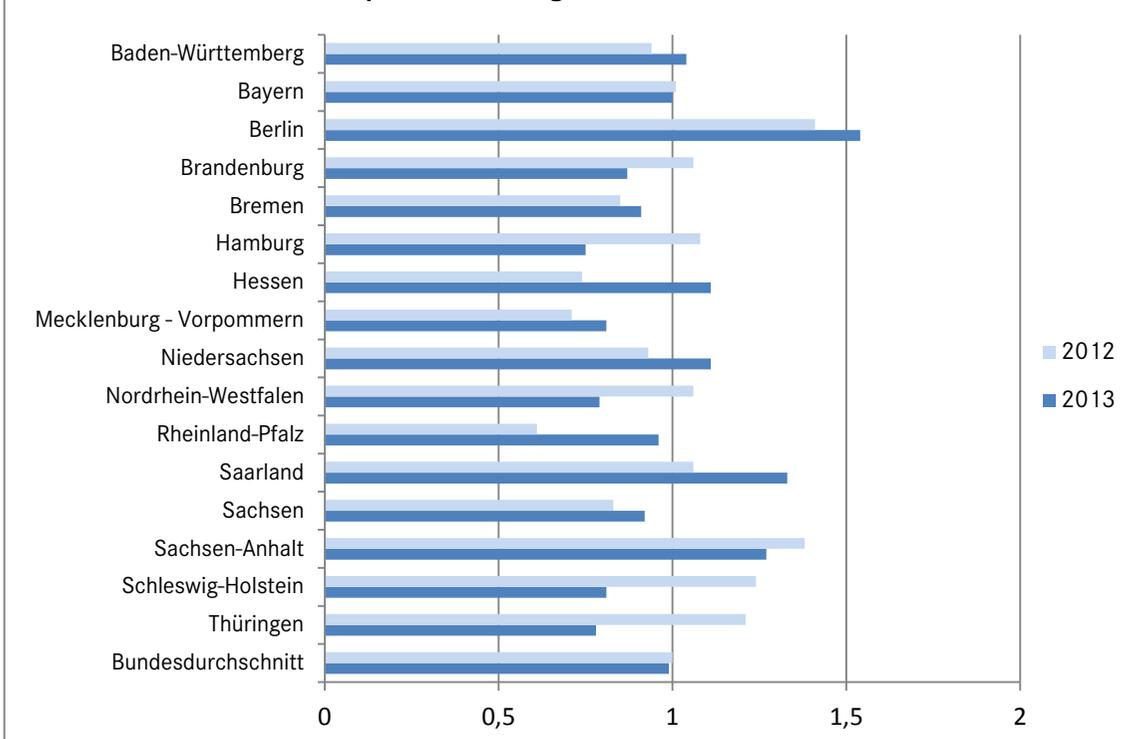
QI-ID 50053: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsziel	Selten Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kinder mit Bronchopulmonaler Dysplasie (BPD)
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

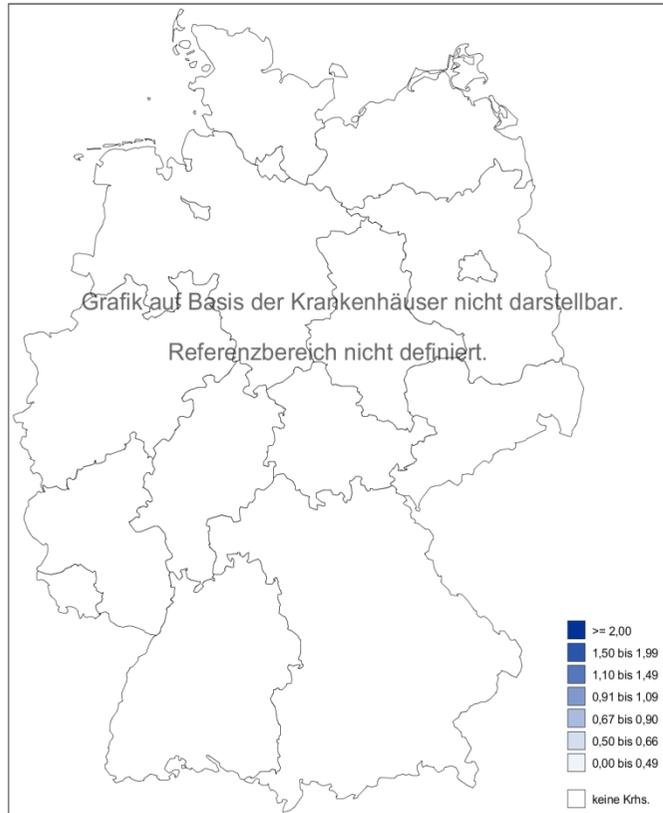
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,04	0,86 - 1,26	1,05	0,94	0,78 - 1,14	0,10	↔
Bayern	1,00	0,83 - 1,20	1,01	1,01	0,84 - 1,23	-0,01	↔
Berlin	1,54	1,26 - 1,86	1,56	1,41	1,13 - 1,75	0,13	↔
Brandenburg	0,87	0,50 - 1,47	0,88	1,06	0,60 - 1,82	-0,19	↔
Bremen	0,91	0,52 - 1,53	0,92	0,85	0,43 - 1,60	0,06	↔
Hamburg	0,75	0,51 - 1,10	0,76	1,08	0,77 - 1,51	-0,33	↔
Hessen	1,11	0,88 - 1,39	1,12	0,74	0,55 - 0,99	0,37	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,81	0,46 - 1,41	0,82	0,71	0,40 - 1,24	0,10	↔
Niedersachsen	1,11	0,90 - 1,37	1,12	0,93	0,73 - 1,16	0,18	↔
Nordrhein-Westfalen	0,79	0,68 - 0,93	0,80	1,06	0,93 - 1,22	-0,27	↔
Rheinland-Pfalz	0,96	0,70 - 1,30	0,97	0,61	0,39 - 0,94	0,35	↔
Saarland	1,33	0,87 - 2,00	1,34	1,06	0,63 - 1,75	0,27	↔
Sachsen	0,92	0,67 - 1,26	0,93	0,83	0,56 - 1,22	0,09	↔
Sachsen-Anhalt	1,27	0,85 - 1,87	1,28	1,38	0,89 - 2,08	-0,11	↔
Schleswig-Holstein	0,81	0,48 - 1,32	0,82	1,24	0,81 - 1,88	-0,43	↔
Thüringen	0,78	0,44 - 1,35	0,79	1,21	0,76 - 1,90	-0,43	↔
Gesamt	0,99	0,93 - 1,06	1,00	1,00	0,93 - 1,07	-0,01	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	1.158	-	1.251
Bayern	-	1.404	-	1.233
Berlin	-	611	-	599
Brandenburg	-	180	-	140
Bremen	-	170	-	126
Hamburg	-	370	-	344
Hessen	-	691	-	659
Mecklenburg - Vorpommern	-	163	-	182
Niedersachsen	-	816	-	869
Nordrhein-Westfalen	-	2.317	-	2.153
Rheinland-Pfalz	-	436	-	410
Saarland	-	177	-	150
Sachsen	-	484	-	372
Sachsen-Anhalt	-	221	-	210
Schleswig-Holstein	-	227	-	206
Thüringen	-	199	-	185
Gesamt	-	9.624	-	9.089



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	32	-	-	-	36	-	-	-	1	0	0
Bayern	37	-	-	-	40	-	-	-	4	0	0
Berlin	8	-	-	-	9	-	-	-	1	0	0
Brandenburg	9	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-
Bremen	4	-	-	-	5	-	-	-	0	0	0
Hamburg	7	-	-	-	6	-	-	-	1	0	0
Hessen	15	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	9	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	27	-	-	-	30	-	-	-	3	0	1
Nordrhein-Westfalen	63	-	-	-	68	-	-	-	5	2	2
Rheinland-Pfalz	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Saarland	5	-	-	-	5	-	-	-	1	0	0
Sachsen	17	-	-	-	17	-	-	-	3	2	1
Sachsen-Anhalt	18	-	-	-	17	-	-	-	1	0	0
Schleswig-Holstein	10	-	-	-	10	-	-	-	1	0	1
Thüringen	16	-	-	-	15	-	-	-	0	0	0
Gesamt	291	-	-	-	304	-	-	-	21	4	5

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

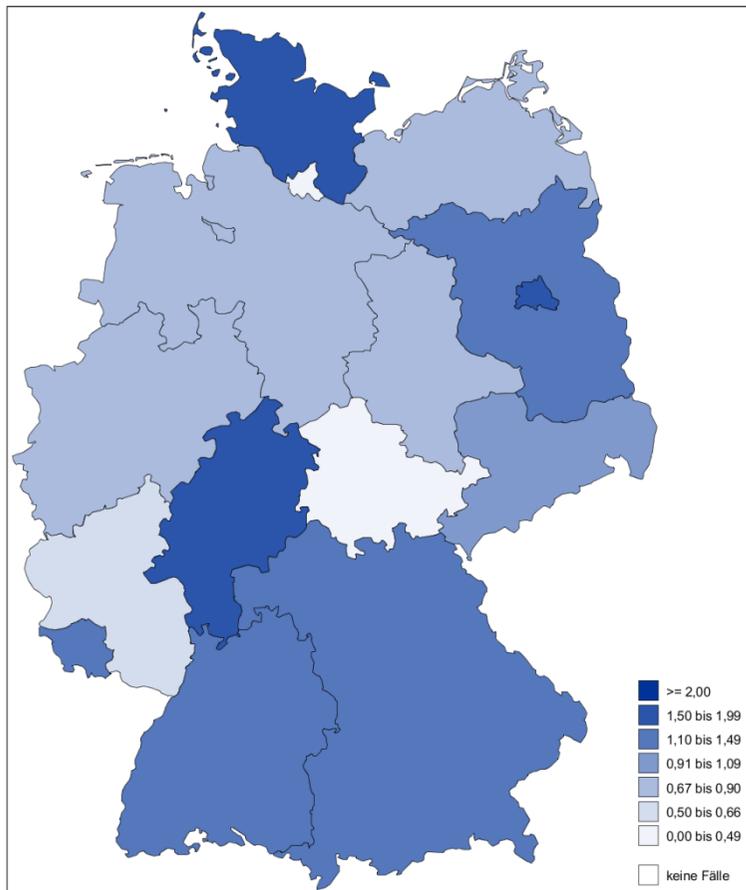
¹ Im Rahmen des Strukturierten Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

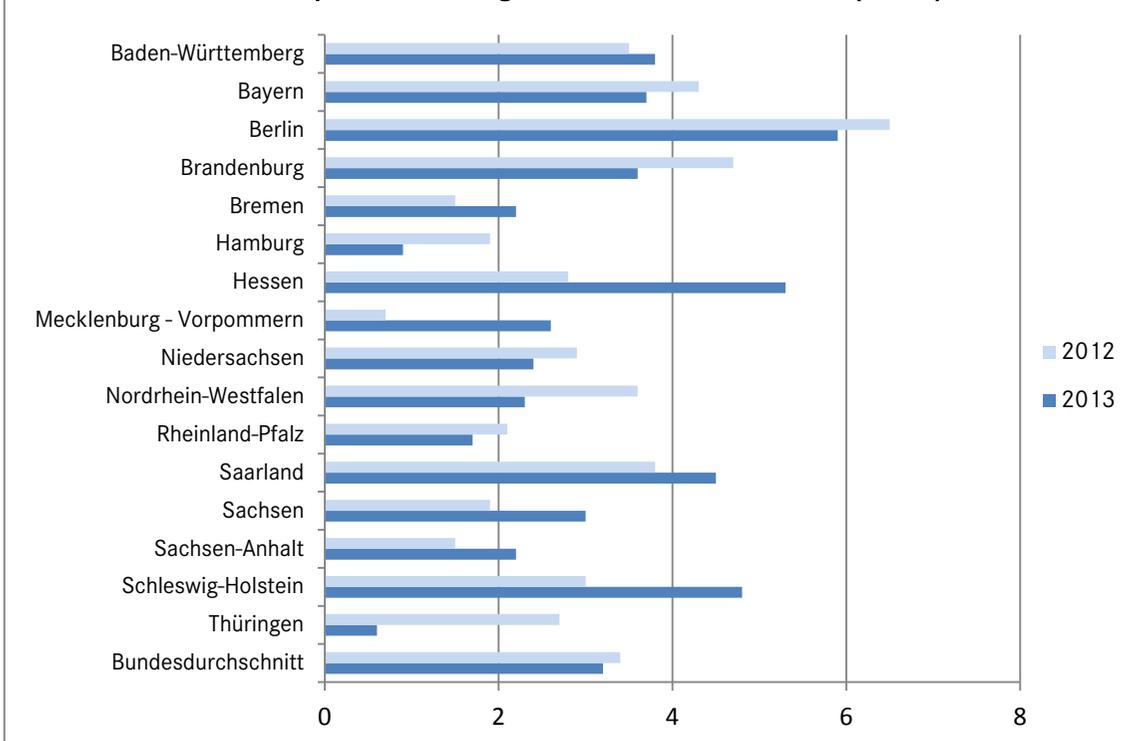
Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder mit einer Sauerstoffgabe über mehr als 3 Tage und einem Gestationsalter unter 37+0 Wochen p. m. bei denen eine ophthalmologische Untersuchung durchgeführt wurde



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

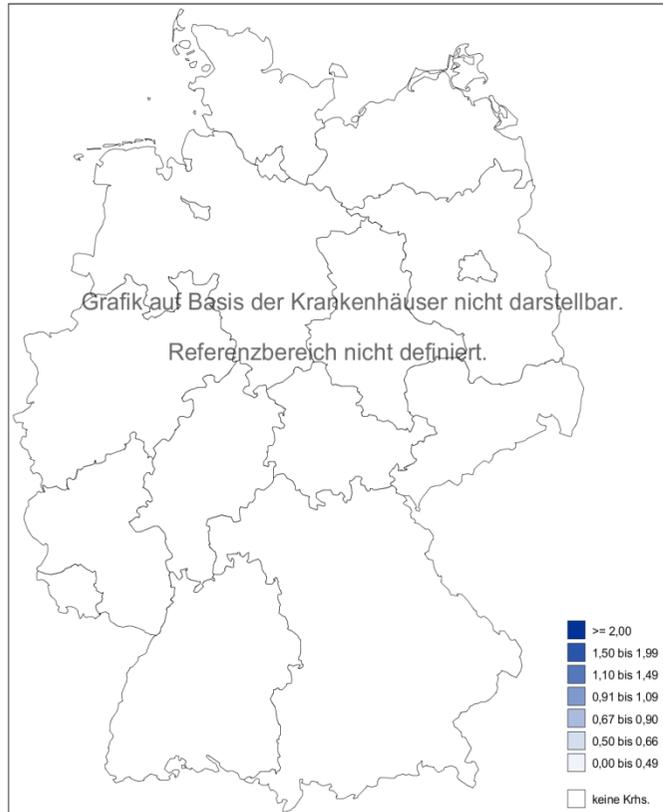
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	3,8	2,8 - 5,3	1,19	3,5	2,5 - 4,9	0,3	↔
Bayern	3,7	2,7 - 5,0	1,16	4,3	3,1 - 5,8	-0,6	↔
Berlin	5,9	4,1 - 8,5	1,84	6,5	4,5 - 9,2	-0,6	↔
Brandenburg	3,6	1,6 - 8,2	1,13	4,7	2,0 - 10,5	-1,1	↔
Bremen	2,2	0,6 - 7,6	0,69	1,5	0,3 - 8,0	0,7	↔
Hamburg	0,9	0,3 - 2,7	0,28	1,9	0,9 - 4,1	-1,0	↔
Hessen	5,3	3,6 - 7,6	1,66	2,8	1,7 - 4,7	2,5	↔
Mecklenburg - Vorpommern	2,6	0,9 - 7,5	0,81	0,7	0,1 - 3,9	1,9	↔
Niedersachsen	2,4	1,5 - 3,9	0,75	2,9	1,8 - 4,4	-0,5	↔
Nordrhein-Westfalen	2,3	1,7 - 3,1	0,72	3,6	2,8 - 4,6	-1,3	↔
Rheinland-Pfalz	1,7	0,8 - 3,7	0,53	2,1	1,0 - 4,3	-0,4	↔
Saarland	4,5	2,3 - 8,6	1,41	3,8	1,7 - 8,7	0,7	↔
Sachsen	3,0	1,7 - 5,2	0,94	1,9	0,9 - 4,0	1,1	↔
Sachsen-Anhalt	2,2	0,9 - 5,6	0,69	1,5	0,4 - 5,3	0,7	↔
Schleswig-Holstein	4,8	2,5 - 9,3	1,50	3,0	1,2 - 7,4	1,8	↔
Thüringen	0,6	0,1 - 3,5	0,19	2,7	1,0 - 6,7	-2,1	↔
Gesamt	3,2	2,8 - 3,6	1,00	3,4	3,0 - 3,8	-0,2	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	34	888	34	967
Bayern	41	1.104	39	917
Berlin	27	457	28	431
Brandenburg	5	138	5	107
Bremen	2	92	1	67
Hamburg	3	323	6	314
Hessen	26	493	14	499
Mecklenburg - Vorpommern	3	114	1	141
Niedersachsen	17	700	19	663
Nordrhein-Westfalen	42	1.820	61	1.709
Rheinland-Pfalz	6	349	7	331
Saarland	8	179	5	130
Sachsen	12	400	6	320
Sachsen-Anhalt	4	178	2	134
Schleswig-Holstein	8	165	4	134
Thüringen	1	156	4	149
Gesamt	239	7.556	236	7.013



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	30	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-
Bayern	35	-	-	-	36	-	-	-	-	-	-
Berlin	8	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	7	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Bremen	4	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-
Hamburg	6	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Hessen	14	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	7	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	23	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	60	-	-	-	63	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	12	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-
Saarland	6	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Sachsen	12	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	13	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	9	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Thüringen	11	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Gesamt	257	-	-	-	267	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

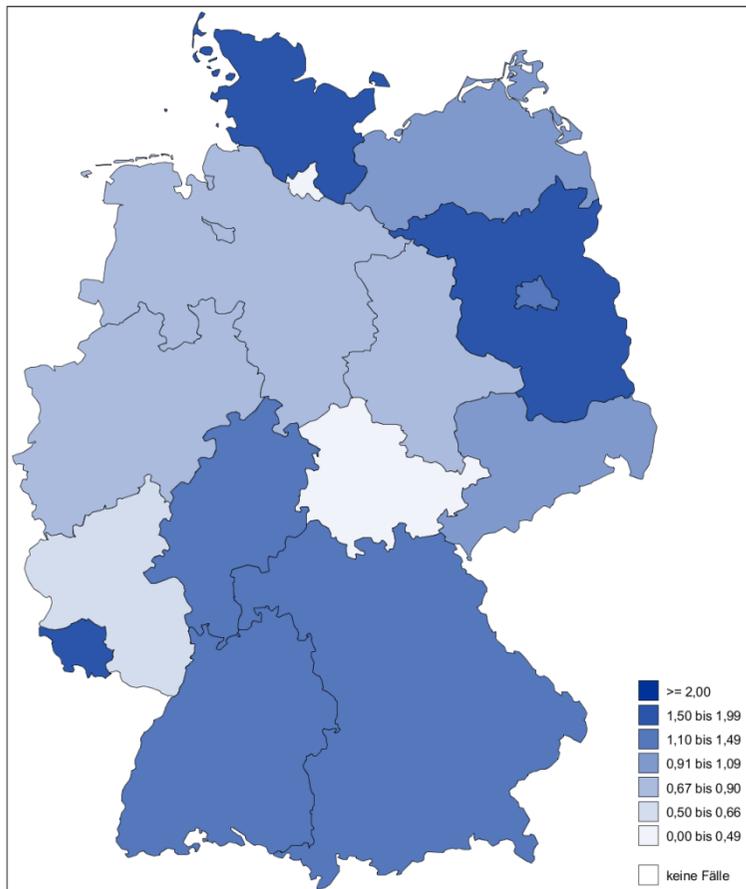
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

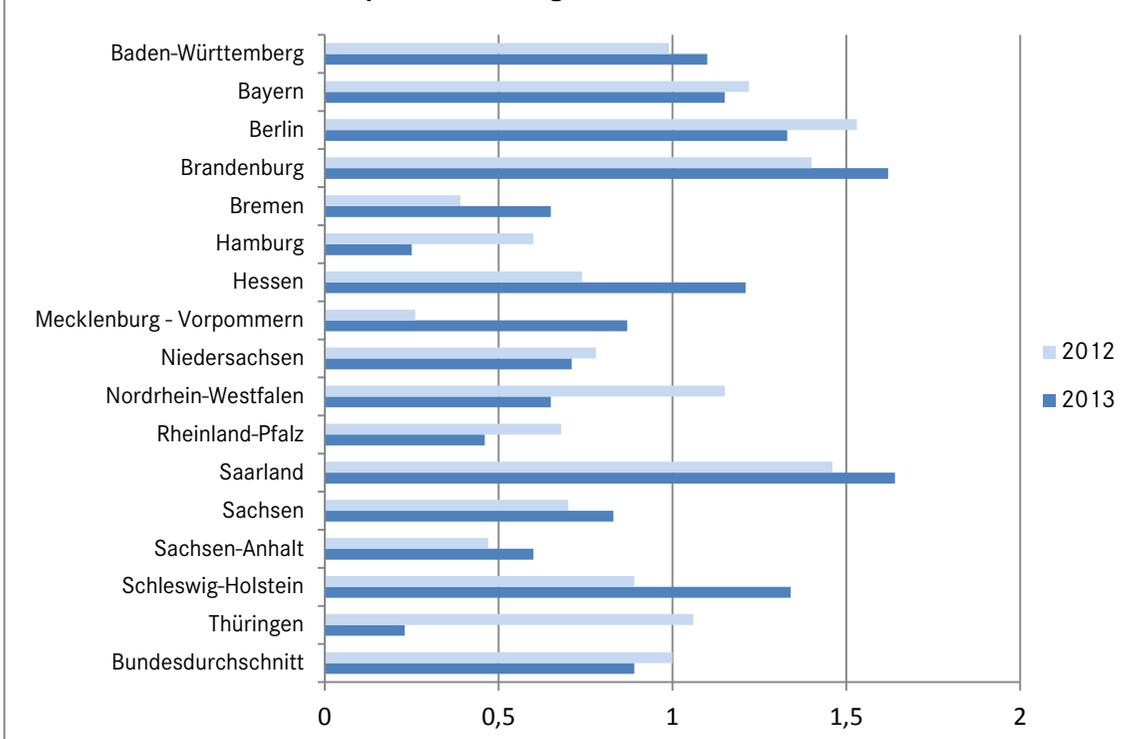
QI-ID 50052: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kinder mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder mit einer Sauerstoffgabe über mehr als 3 Tage und einem Gestationsalter unter 37+0 Wochen p. m. bei denen eine ophthalmologische Untersuchung durchgeführt wurde


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

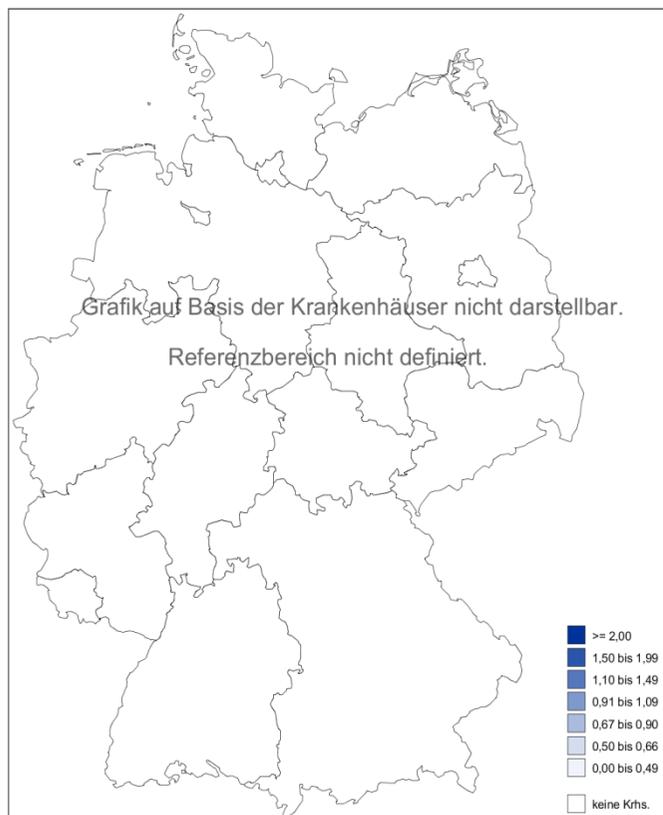
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,10	0,79 - 1,52	1,24	0,99	0,71 - 1,37	0,11	↔
Bayern	1,15	0,85 - 1,55	1,29	1,22	0,90 - 1,66	-0,07	↔
Berlin	1,33	0,92 - 1,90	1,49	1,53	1,06 - 2,17	-0,20	↔
Brandenburg	1,62	0,70 - 3,67	1,82	1,40	0,60 - 3,14	0,22	↔
Bremen	0,65	0,18 - 2,27	0,73	0,39	0,07 - 2,07	0,26	↔
Hamburg	0,25	0,09 - 0,72	0,28	0,60	0,28 - 1,29	-0,35	↔
Hessen	1,21	0,83 - 1,74	1,36	0,74	0,44 - 1,23	0,47	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,87	0,30 - 2,47	0,98	0,26	0,05 - 1,41	0,61	↔
Niedersachsen	0,71	0,44 - 1,12	0,80	0,78	0,50 - 1,20	-0,07	↔
Nordrhein-Westfalen	0,65	0,48 - 0,88	0,73	1,15	0,90 - 1,47	-0,50	↔
Rheinland-Pfalz	0,46	0,21 - 0,98	0,52	0,68	0,33 - 1,38	-0,22	↔
Saarland	1,64	0,84 - 3,14	1,84	1,46	0,63 - 3,29	0,18	↔
Sachsen	0,83	0,48 - 1,43	0,93	0,70	0,32 - 1,51	0,13	↔
Sachsen-Anhalt	0,60	0,23 - 1,50	0,67	0,47	0,13 - 1,67	0,13	↔
Schleswig-Holstein	1,34	0,69 - 2,57	1,51	0,89	0,35 - 2,21	0,45	↔
Thüringen	0,23	0,04 - 1,25	0,26	1,06	0,41 - 2,64	-0,83	↔
Gesamt	0,89	0,79 - 1,01	1,00	1,00	0,88 - 1,13	-0,11	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	888	-	967
Bayern	-	1.104	-	917
Berlin	-	457	-	431
Brandenburg	-	138	-	107
Bremen	-	92	-	67
Hamburg	-	323	-	314
Hessen	-	493	-	499
Mecklenburg - Vorpommern	-	114	-	141
Niedersachsen	-	700	-	663
Nordrhein-Westfalen	-	1.820	-	1.709
Rheinland-Pfalz	-	349	-	331
Saarland	-	179	-	130
Sachsen	-	400	-	320
Sachsen-Anhalt	-	178	-	134
Schleswig-Holstein	-	165	-	134
Thüringen	-	156	-	149
Gesamt	-	7.556	-	7.013



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	30	-	-	-	31	-	-	-	1	0	0
Bayern	35	-	-	-	36	-	-	-	2	0	0
Berlin	8	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	7	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Bremen	4	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-
Hamburg	6	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Hessen	14	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	7	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	23	-	-	-	28	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	60	-	-	-	63	-	-	-	2	0	0
Rheinland-Pfalz	12	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-
Saarland	6	-	-	-	5	-	-	-	1	0	0
Sachsen	12	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	13	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	9	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Thüringen	11	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Gesamt	257	-	-	-	267	-	-	-	6	0	0

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

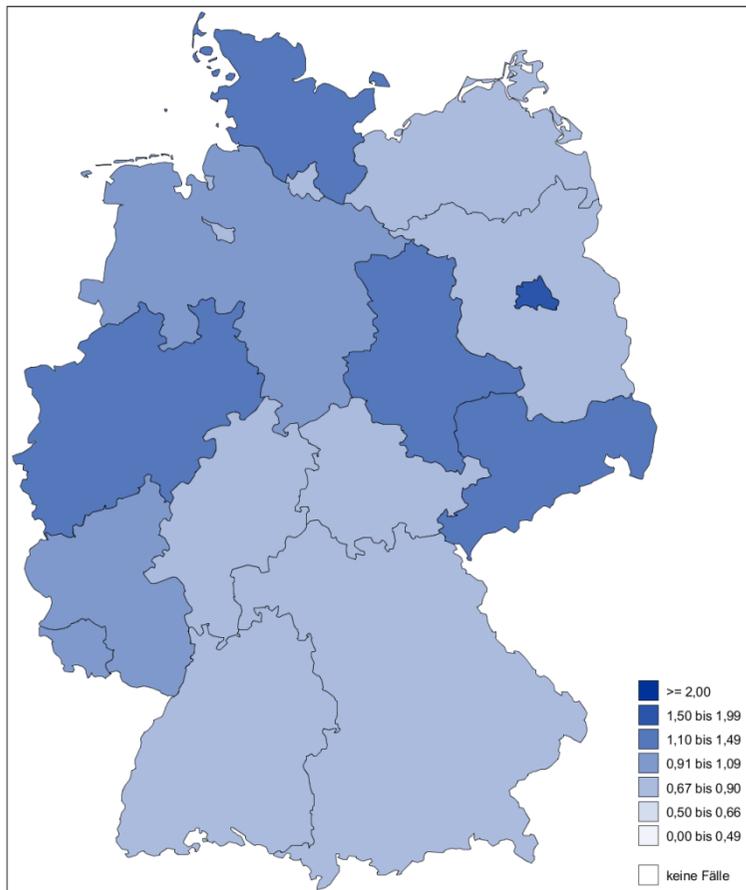
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 51085: Kinder mit Nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)

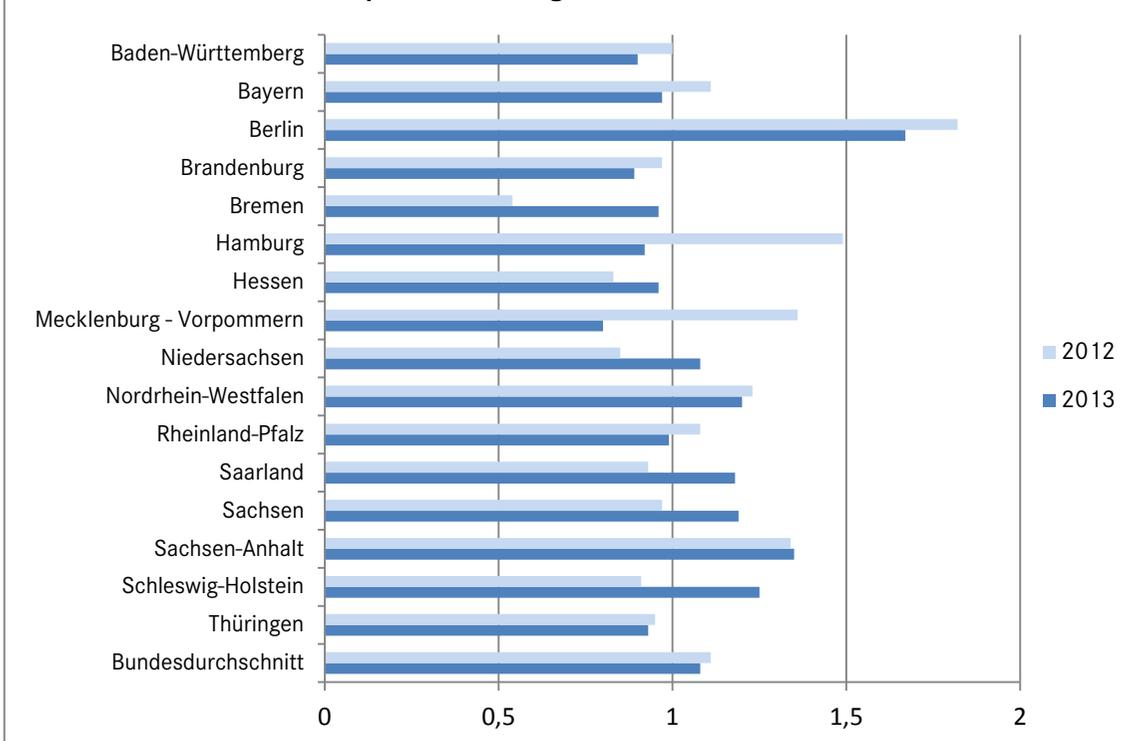
Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektionen pro 1000 Behandlungstage
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kinder mit Sepsis/SIRS später als 72 Stunden nach Geburt
Nenner	1000 Behandlungstage von Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt sind



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

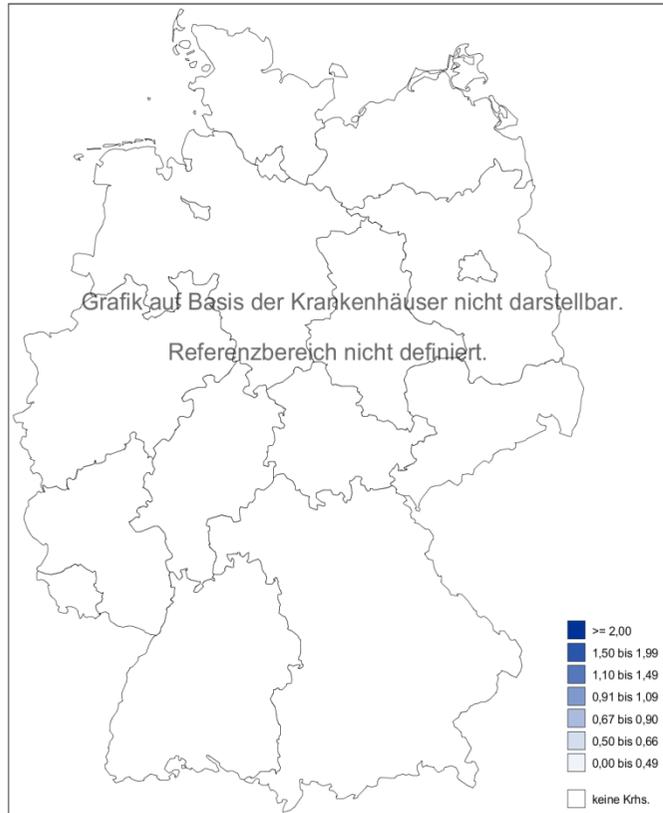
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,90	0,77 - 1,05	0,83	1,00	0,86 - 1,16	-0,10	↔
Bayern	0,97	0,85 - 1,11	0,90	1,11	0,97 - 1,26	-0,14	↔
Berlin	1,67	1,39 - 2,00	1,54	1,82	1,52 - 2,17	-0,15	↔
Brandenburg	0,89	0,61 - 1,30	0,82	0,97	0,66 - 1,43	-0,08	↔
Bremen	0,96	0,62 - 1,51	0,89	0,54	0,28 - 1,02	0,42	↔
Hamburg	0,92	0,69 - 1,21	0,85	1,49	1,19 - 1,87	-0,57	↔
Hessen	0,96	0,79 - 1,16	0,88	0,83	0,67 - 1,03	0,13	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,80	0,53 - 1,21	0,74	1,36	1,00 - 1,85	-0,56	↔
Niedersachsen	1,08	0,91 - 1,28	1,00	0,85	0,70 - 1,03	0,23	↔
Nordrhein-Westfalen	1,20	1,09 - 1,33	1,11	1,23	1,11 - 1,35	-0,03	↔
Rheinland-Pfalz	0,99	0,78 - 1,26	0,92	1,08	0,85 - 1,36	-0,09	↔
Saarland	1,18	0,82 - 1,69	1,09	0,93	0,61 - 1,43	0,25	↔
Sachsen	1,19	0,97 - 1,45	1,10	0,97	0,77 - 1,23	0,22	↔
Sachsen-Anhalt	1,35	1,04 - 1,76	1,25	1,34	1,02 - 1,76	0,01	↔
Schleswig-Holstein	1,25	0,94 - 1,66	1,15	0,91	0,64 - 1,27	0,34	↔
Thüringen	0,93	0,66 - 1,32	0,86	0,95	0,68 - 1,35	-0,02	↔
Gesamt	1,08	1,03 - 1,14	1,00	1,11	1,06 - 1,16	-0,03	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	163	181,7	180	179,9
Bayern	214	220,2	224	202,5
Berlin	115	68,9	120	66,1
Brandenburg	26	29,3	26	26,7
Bremen	19	19,7	9	16,7
Hamburg	50	54,6	73	49,0
Hessen	105	109,7	84	101,2
Mecklenburg - Vorpommern	22	27,5	40	29,4
Niedersachsen	137	126,7	103	121,1
Nordrhein-Westfalen	402	334,0	408	333,0
Rheinland-Pfalz	68	68,4	70	65,0
Saarland	29	24,6	21	22,5
Sachsen	98	82,6	70	71,9
Sachsen-Anhalt	55	40,7	51	38,2
Schleswig-Holstein	47	37,6	33	36,4
Thüringen	31	33,2	32	33,6
Gesamt	1.581	1.459,4	1.544	1.393,2



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	31	-	-	-	32	-	-	-	-	-	-
Bayern	40	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-
Berlin	8	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Bremen	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Hamburg	7	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Hessen	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	13	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	29	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	65	-	-	-	68	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Saarland	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Sachsen	26	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	17	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	11	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-
Thüringen	16	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-
Gesamt	315	-	-	-	320	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

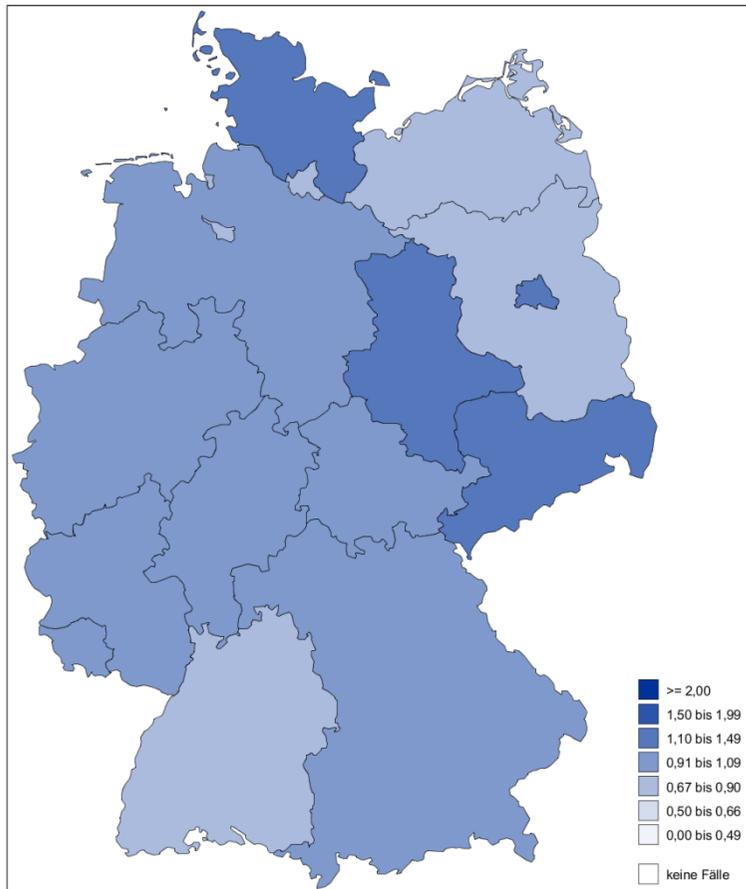
¹ Im Rahmen des Strukturierten Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

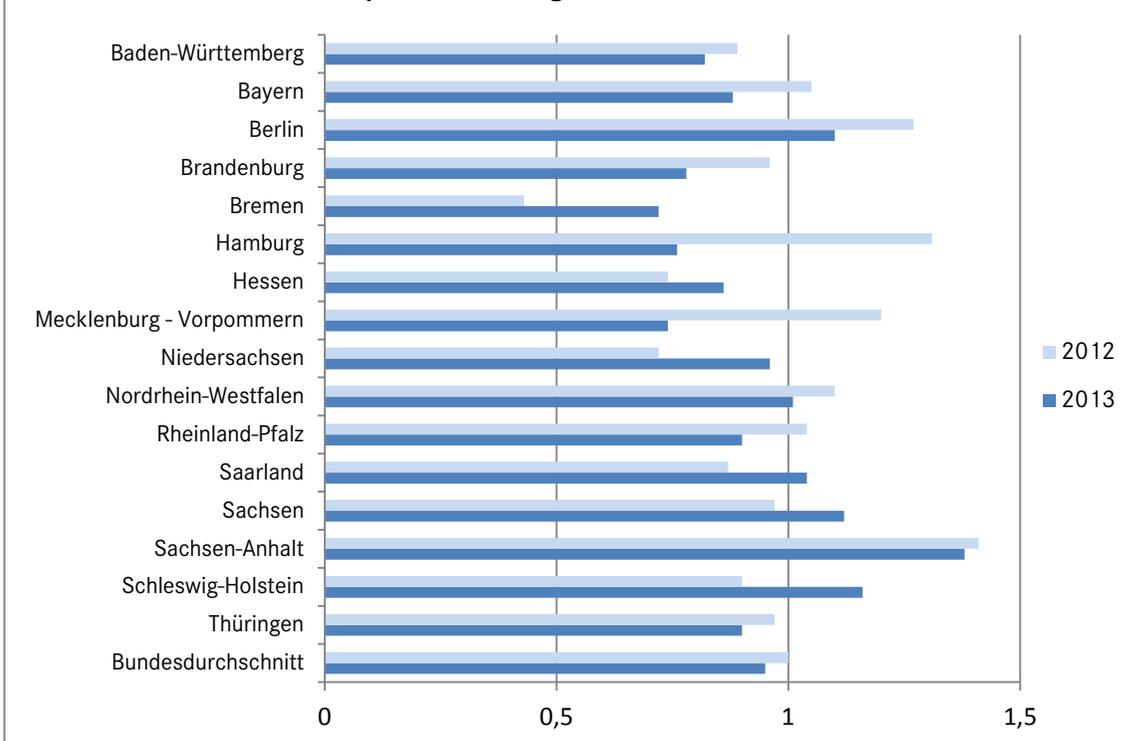
QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektionen pro 1000 Behandlungstage
Referenzbereich	<= 2,48 , Toleranzbereich
Zähler	Kinder mit Sepsis/SIRS später als 72 Stunden nach Geburt
Nenner	1000 Behandlungstage von Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt sind


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

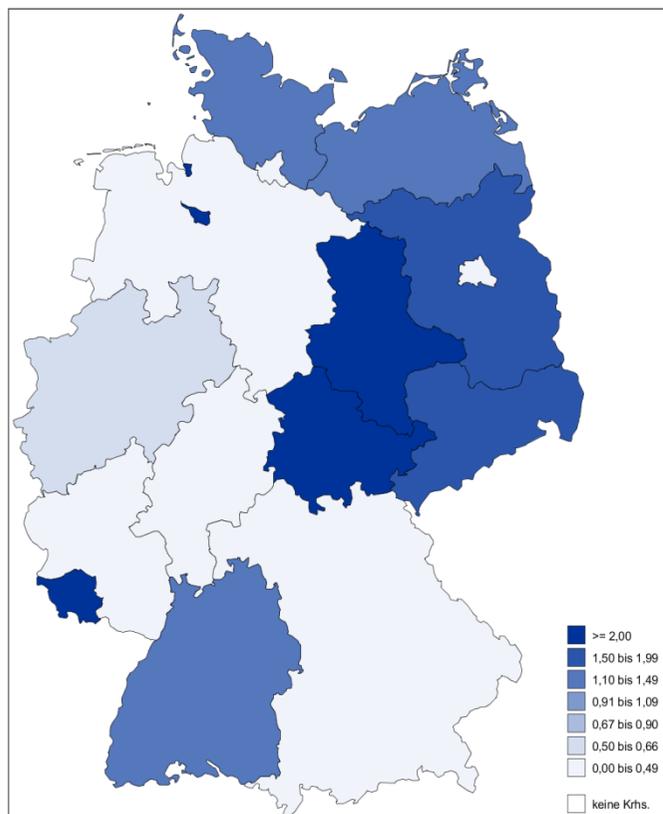
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,82	0,70 - 0,95	0,86	0,89	0,77 - 1,02	-0,07	↔
Bayern	0,88	0,77 - 1,00	0,93	1,05	0,92 - 1,19	-0,17	↔
Berlin	1,10	0,92 - 1,31	1,16	1,27	1,07 - 1,52	-0,17	↔
Brandenburg	0,78	0,53 - 1,14	0,82	0,96	0,66 - 1,40	-0,18	↔
Bremen	0,72	0,46 - 1,12	0,76	0,43	0,22 - 0,81	0,29	↔
Hamburg	0,76	0,58 - 1,00	0,80	1,31	1,05 - 1,64	-0,55	↗
Hessen	0,86	0,71 - 1,04	0,91	0,74	0,60 - 0,92	0,12	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,74	0,49 - 1,11	0,78	1,20	0,89 - 1,63	-0,46	↔
Niedersachsen	0,96	0,82 - 1,14	1,01	0,72	0,59 - 0,87	0,24	↔
Nordrhein-Westfalen	1,01	0,92 - 1,11	1,06	1,10	1,00 - 1,22	-0,09	↔
Rheinland-Pfalz	0,90	0,71 - 1,14	0,95	1,04	0,83 - 1,31	-0,14	↔
Saarland	1,04	0,72 - 1,48	1,09	0,87	0,57 - 1,32	0,17	↔
Sachsen	1,12	0,92 - 1,36	1,18	0,97	0,77 - 1,22	0,15	↔
Sachsen-Anhalt	1,38	1,06 - 1,79	1,45	1,41	1,07 - 1,85	-0,03	↔
Schleswig-Holstein	1,16	0,87 - 1,54	1,22	0,90	0,64 - 1,27	0,26	↔
Thüringen	0,90	0,64 - 1,28	0,95	0,97	0,69 - 1,36	-0,07	↔
Gesamt	0,95	0,90 - 0,99	1,00	1,00	0,95 - 1,05	-0,05	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	181,7	-	179,9
Bayern	-	220,2	-	202,5
Berlin	-	68,9	-	66,1
Brandenburg	-	29,3	-	26,7
Bremen	-	19,7	-	16,7
Hamburg	-	54,6	-	49,0
Hessen	-	109,7	-	101,2
Mecklenburg - Vorpommern	-	27,5	-	29,4
Niedersachsen	-	126,7	-	121,1
Nordrhein-Westfalen	-	334,0	-	333,0
Rheinland-Pfalz	-	68,4	-	65,0
Saarland	-	24,6	-	22,5
Sachsen	-	82,6	-	71,9
Sachsen-Anhalt	-	40,7	-	38,2
Schleswig-Holstein	-	37,6	-	36,4
Thüringen	-	33,2	-	33,6
Gesamt	-	1.459,4	-	1.393,2



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	57	3	5,3	1,13	57	2	3,5	0,80	0	0	0
Bayern	63	1	1,6	0,34	59	2	3,4	0,77	2	0	0
Berlin	9	0	0,0	0,00	10	2	20,0	4,55	2	0	0
Brandenburg	22	2	9,1	1,94	22	0	0,0	0,00	-	-	-
Bremen	5	1	20,0	4,26	5	0	0,0	0,00	-	-	-
Hamburg	8	0	0,0	0,00	8	1	12,5	2,84	1	0	0
Hessen	25	0	0,0	0,00	26	0	0,0	0,00	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	17	1	5,9	1,26	17	1	5,9	1,34	1	0	0
Niedersachsen	37	0	0,0	0,00	41	0	0,0	0,00	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	98	3	3,1	0,66	100	3	3,0	0,68	1	0	0
Rheinland-Pfalz	23	0	0,0	0,00	26	0	0,0	0,00	-	-	-
Saarland	6	1	16,7	3,55	6	0	0,0	0,00	-	-	-
Sachsen	41	3	7,3	1,55	37	4	10,8	2,45	4	2	0
Sachsen-Anhalt	21	3	14,3	3,04	22	5	22,7	5,16	3	0	0
Schleswig-Holstein	15	1	6,7	1,43	18	0	0,0	0,00	-	-	-
Thüringen	19	3	15,8	3,36	18	1	5,6	1,27	0	0	0
Gesamt	466	22	4,7	1,00	472	21	4,4	1,00	14	2	0

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

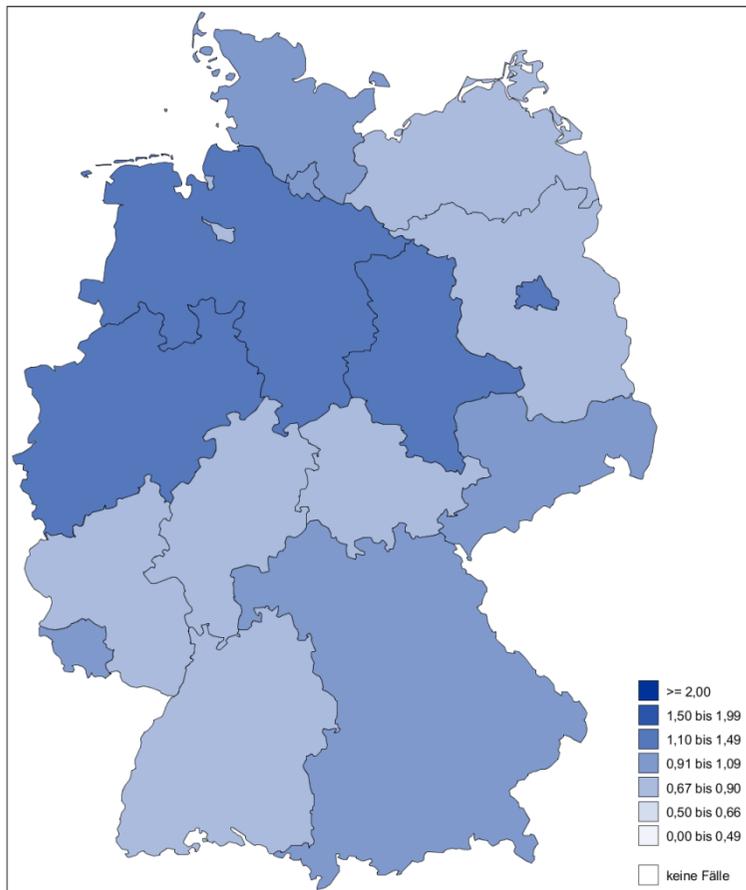
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 51086: Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)

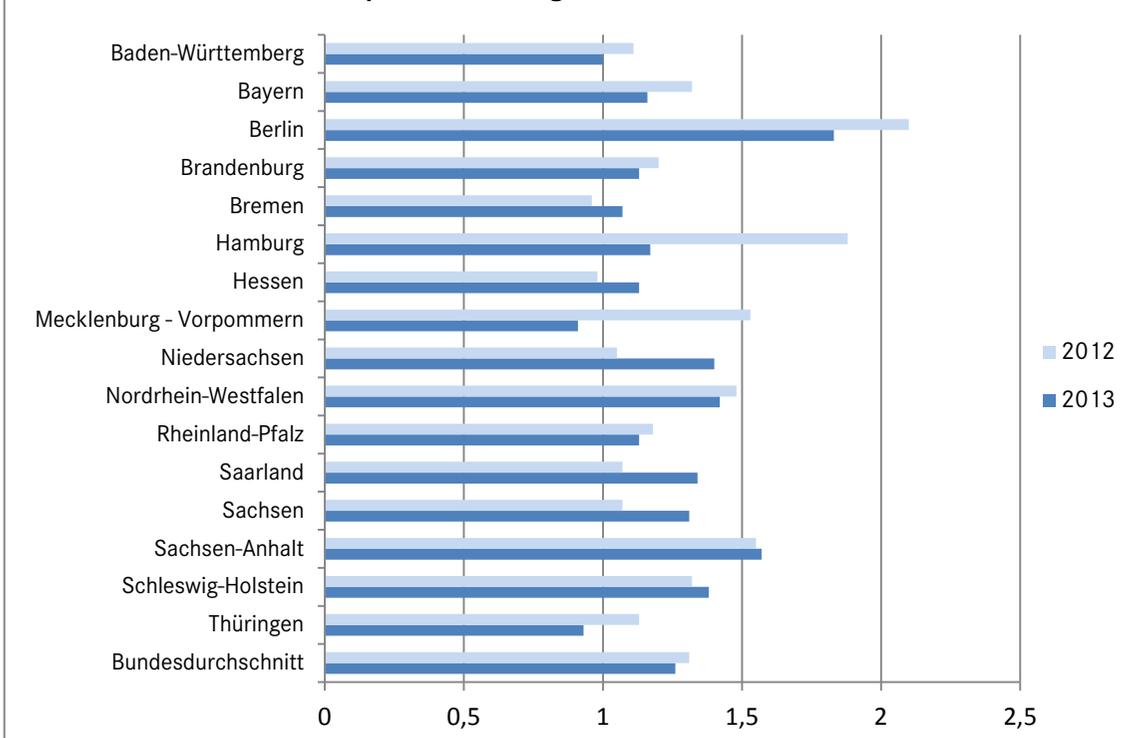
Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektionen pro 1000 Behandlungstage
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Anzahl der Septitiden/SIRS später als 72 Stunden nach Geburt
Nenner	1000 Behandlungstage von Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt sind



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

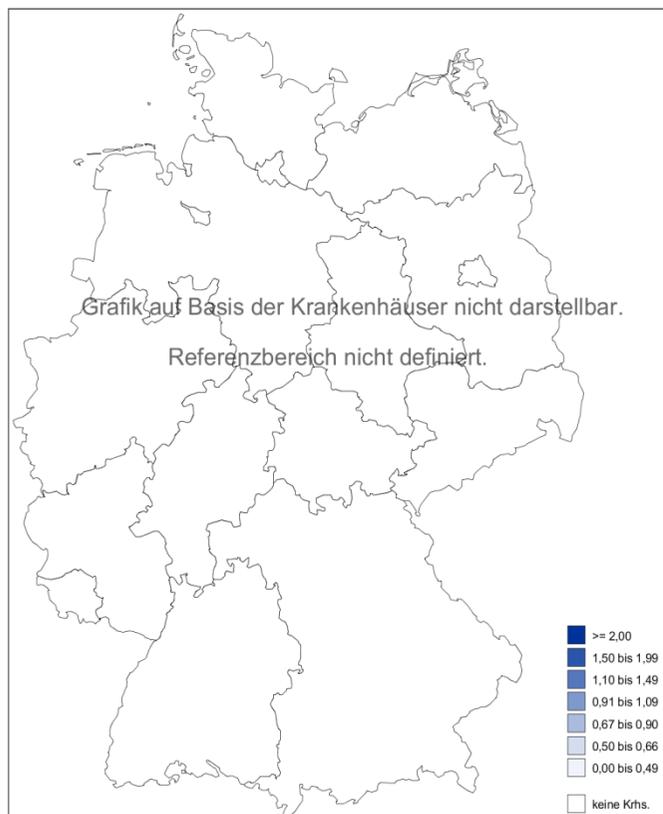
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,00	0,86 - 1,15	0,79	1,11	0,96 - 1,27	-0,11	↔
Bayern	1,16	1,02 - 1,31	0,92	1,32	1,17 - 1,49	-0,16	↔
Berlin	1,83	1,54 - 2,18	1,45	2,10	1,78 - 2,48	-0,27	↔
Brandenburg	1,13	0,80 - 1,58	0,89	1,20	0,85 - 1,69	-0,07	↔
Bremen	1,07	0,70 - 1,63	0,84	0,96	0,59 - 1,56	0,11	↔
Hamburg	1,17	0,92 - 1,50	0,93	1,88	1,53 - 2,30	-0,71	↔
Hessen	1,13	0,95 - 1,35	0,89	0,98	0,80 - 1,19	0,15	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,91	0,62 - 1,34	0,72	1,53	1,15 - 2,05	-0,62	↔
Niedersachsen	1,40	1,21 - 1,62	1,11	1,05	0,88 - 1,25	0,35	↔
Nordrhein-Westfalen	1,42	1,30 - 1,55	1,12	1,48	1,35 - 1,61	-0,06	↔
Rheinland-Pfalz	1,13	0,90 - 1,41	0,89	1,18	0,95 - 1,48	-0,05	↔
Saarland	1,34	0,96 - 1,88	1,06	1,07	0,72 - 1,59	0,27	↔
Sachsen	1,31	1,08 - 1,58	1,03	1,07	0,86 - 1,34	0,24	↔
Sachsen-Anhalt	1,57	1,23 - 2,00	1,24	1,55	1,20 - 1,99	0,02	↔
Schleswig-Holstein	1,38	1,05 - 1,81	1,09	1,32	0,99 - 1,75	0,06	↔
Thüringen	0,93	0,66 - 1,32	0,74	1,13	0,82 - 1,55	-0,20	↔
Gesamt	1,26	1,21 - 1,32	1,00	1,31	1,26 - 1,37	-0,05	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	181	181,7	199	179,9
Bayern	255	220,2	268	202,5
Berlin	126	68,9	139	66,1
Brandenburg	33	29,3	32	26,7
Bremen	21	19,7	16	16,7
Hamburg	64	54,6	92	49,0
Hessen	124	109,7	99	101,2
Mecklenburg - Vorpommern	25	27,5	45	29,4
Niedersachsen	177	126,7	127	121,1
Nordrhein-Westfalen	474	334,0	492	333,0
Rheinland-Pfalz	77	68,4	77	65,0
Saarland	33	24,6	24	22,5
Sachsen	108	82,6	77	71,9
Sachsen-Anhalt	64	40,7	59	38,2
Schleswig-Holstein	52	37,6	48	36,4
Thüringen	31	33,2	38	33,6
Gesamt	1.845	1.459,4	1.832	1.393,2



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	31	-	-	-	32	-	-	-	-	-	-
Bayern	40	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-
Berlin	8	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Bremen	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Hamburg	7	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-
Hessen	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	13	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	29	-	-	-	31	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	65	-	-	-	68	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	14	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
Saarland	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Sachsen	26	-	-	-	26	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	17	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	11	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-
Thüringen	16	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-
Gesamt	315	-	-	-	320	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

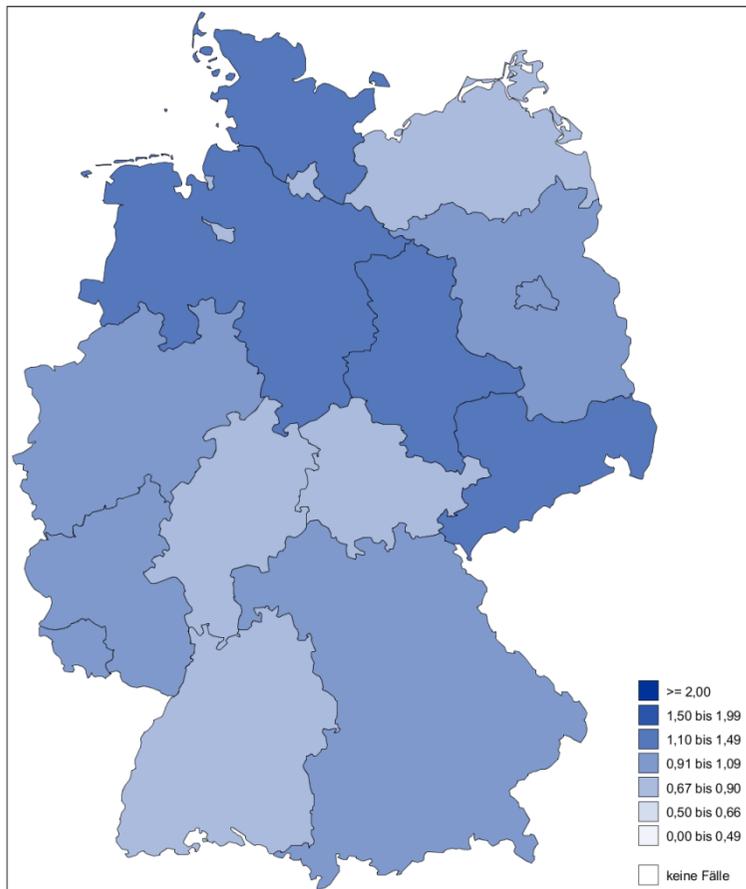
¹ Im Rahmen des Strukturierten Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

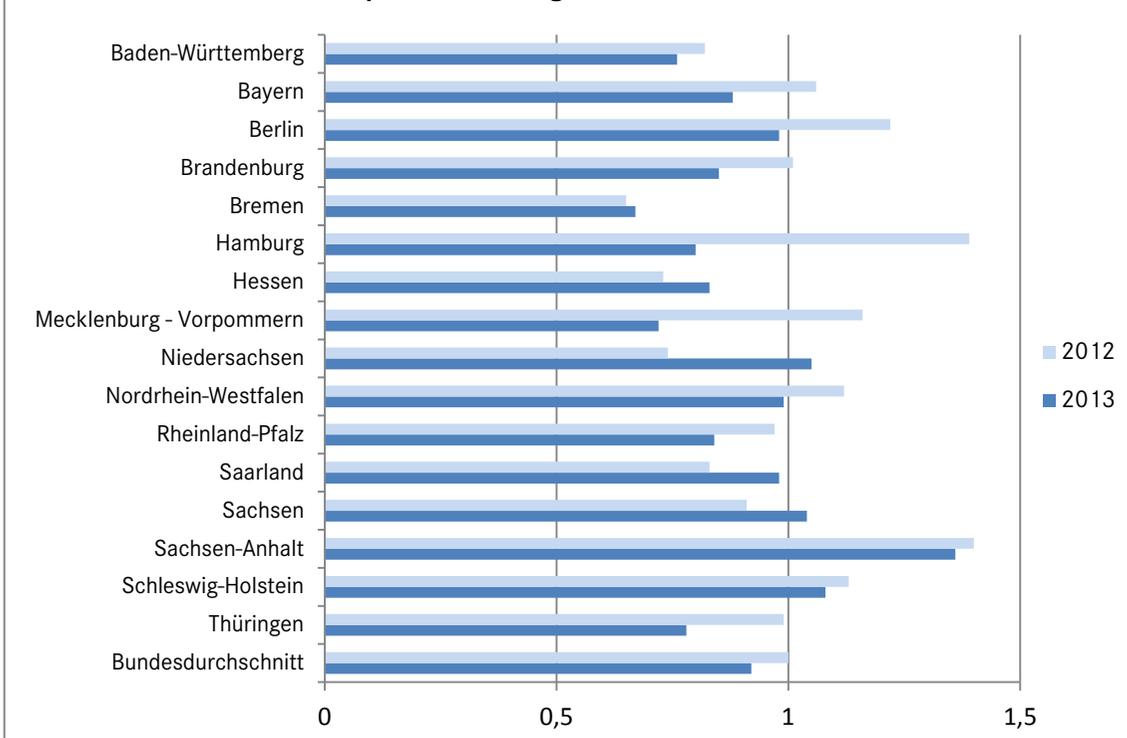
QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektionen pro 1000 Behandlungstage
Referenzbereich	<= 2,33 , Toleranzbereich
Zähler	Anzahl der Septitiden/SIRS später als 72 Stunden nach Geburt
Nenner	1000 Behandlungstage von Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt sind


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

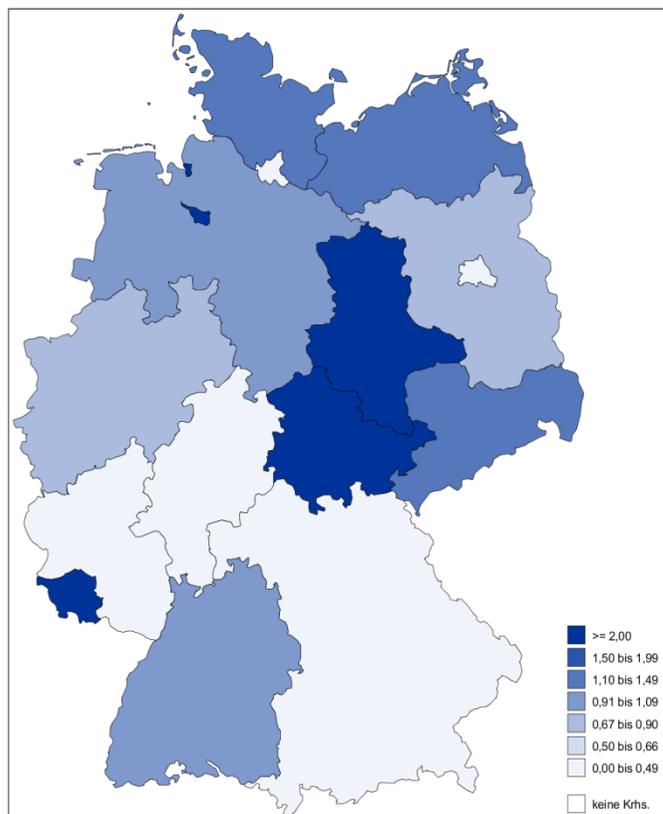
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	0,76	0,66 - 0,88	0,83	0,82	0,71 - 0,94	-0,06	↔
Bayern	0,88	0,78 - 0,99	0,96	1,06	0,94 - 1,19	-0,18	↔
Berlin	0,98	0,83 - 1,17	1,07	1,22	1,04 - 1,44	-0,24	↔
Brandenburg	0,85	0,60 - 1,18	0,92	1,01	0,72 - 1,43	-0,16	↔
Bremen	0,67	0,44 - 1,02	0,73	0,65	0,40 - 1,05	0,02	↔
Hamburg	0,80	0,63 - 1,02	0,87	1,39	1,14 - 1,70	-0,59	↗
Hessen	0,83	0,70 - 0,99	0,90	0,73	0,60 - 0,88	0,10	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,72	0,49 - 1,06	0,78	1,16	0,87 - 1,54	-0,44	↔
Niedersachsen	1,05	0,91 - 1,21	1,14	0,74	0,62 - 0,87	0,31	↘
Nordrhein-Westfalen	0,99	0,90 - 1,08	1,08	1,12	1,03 - 1,23	-0,13	↔
Rheinland-Pfalz	0,84	0,67 - 1,05	0,91	0,97	0,77 - 1,20	-0,13	↔
Saarland	0,98	0,70 - 1,36	1,07	0,83	0,56 - 1,23	0,15	↔
Sachsen	1,04	0,86 - 1,25	1,13	0,91	0,73 - 1,14	0,13	↔
Sachsen-Anhalt	1,36	1,07 - 1,73	1,48	1,40	1,09 - 1,81	-0,04	↔
Schleswig-Holstein	1,08	0,83 - 1,41	1,17	1,13	0,85 - 1,49	-0,05	↔
Thüringen	0,78	0,55 - 1,10	0,85	0,99	0,72 - 1,35	-0,21	↔
Gesamt	0,92	0,88 - 0,96	1,00	1,00	0,96 - 1,05	-0,08	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	181,7	-	179,9
Bayern	-	220,2	-	202,5
Berlin	-	68,9	-	66,1
Brandenburg	-	29,3	-	26,7
Bremen	-	19,7	-	16,7
Hamburg	-	54,6	-	49,0
Hessen	-	109,7	-	101,2
Mecklenburg - Vorpommern	-	27,5	-	29,4
Niedersachsen	-	126,7	-	121,1
Nordrhein-Westfalen	-	334,0	-	333,0
Rheinland-Pfalz	-	68,4	-	65,0
Saarland	-	24,6	-	22,5
Sachsen	-	82,6	-	71,9
Sachsen-Anhalt	-	40,7	-	38,2
Schleswig-Holstein	-	37,6	-	36,4
Thüringen	-	33,2	-	33,6
Gesamt	-	1.459,4	-	1.393,2



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	57	3	5,3	1,02	57	2	3,5	0,66	-	-	-
Bayern	63	1	1,6	0,31	59	3	5,1	0,96	1	0	0
Berlin	9	0	0,0	0,00	10	2	20,0	3,77	2	0	0
Brandenburg	22	1	4,5	0,87	22	0	0,0	0,00	-	-	-
Bremen	5	1	20,0	3,85	5	0	0,0	0,00	-	-	-
Hamburg	8	0	0,0	0,00	8	1	12,5	2,36	0	0	0
Hessen	25	0	0,0	0,00	26	0	0,0	0,00	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	17	1	5,9	1,13	17	1	5,9	1,11	1	0	0
Niedersachsen	37	2	5,4	1,04	41	0	0,0	0,00	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	98	4	4,1	0,79	100	5	5,0	0,94	2	0	1
Rheinland-Pfalz	23	0	0,0	0,00	26	0	0,0	0,00	-	-	-
Saarland	6	1	16,7	3,21	6	0	0,0	0,00	-	-	-
Sachsen	41	3	7,3	1,40	37	4	10,8	2,04	0	0	0
Sachsen-Anhalt	21	3	14,3	2,75	22	5	22,7	4,28	3	0	0
Schleswig-Holstein	15	1	6,7	1,29	18	0	0,0	0,00	-	-	-
Thüringen	19	3	15,8	3,04	18	2	11,1	2,09	0	0	0
Gesamt	466	24	5,2	1,00	472	25	5,3	1,00	9	0	1

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

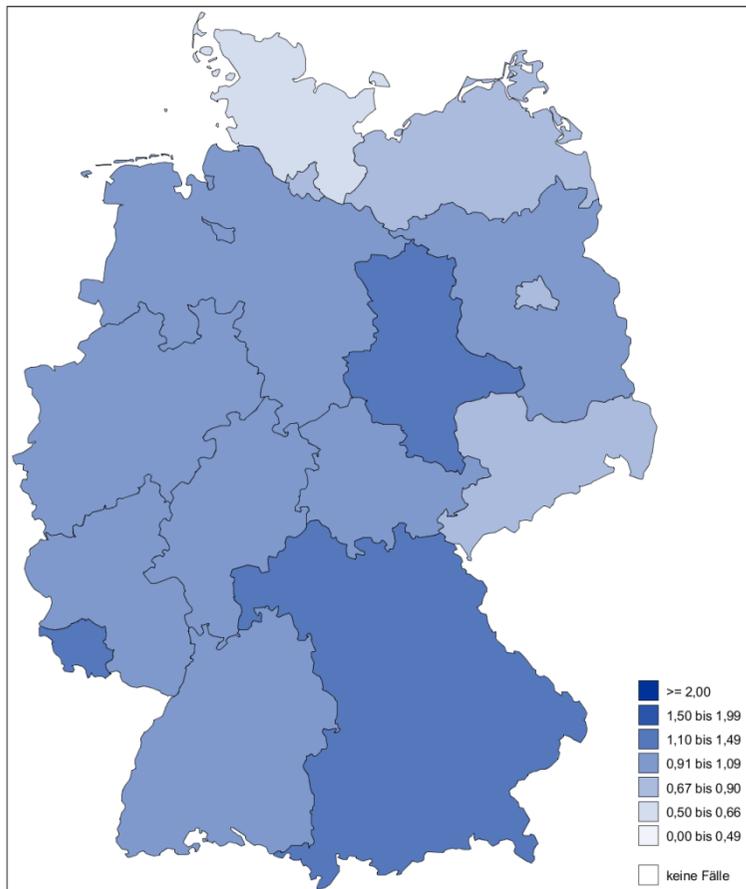
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 51087: Pneumothorax bei beatmeten Kindern

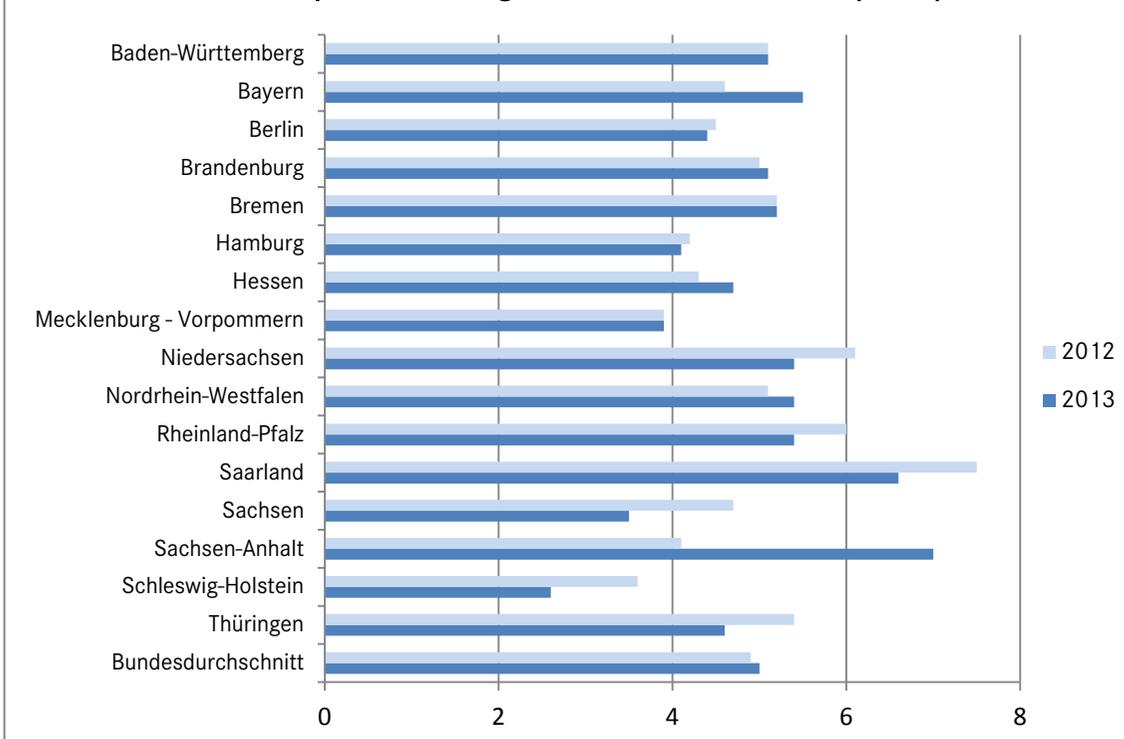
Qualitätsziel	Selten Pneumothoraces
Referenzbereich	Für den Qualitätsindikator ist kein Referenzbereich definiert. Bei Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich können keine rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt werden. Aus diesem Grund wird in der Tabelle „Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser“ lediglich die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser dargestellt und in der zugehörigen Grafik kein Farbwert zugewiesen.
Zähler	Kinder mit Pneumothorax
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit nasaler / pharyngealer und intratrachealer Beatmung



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

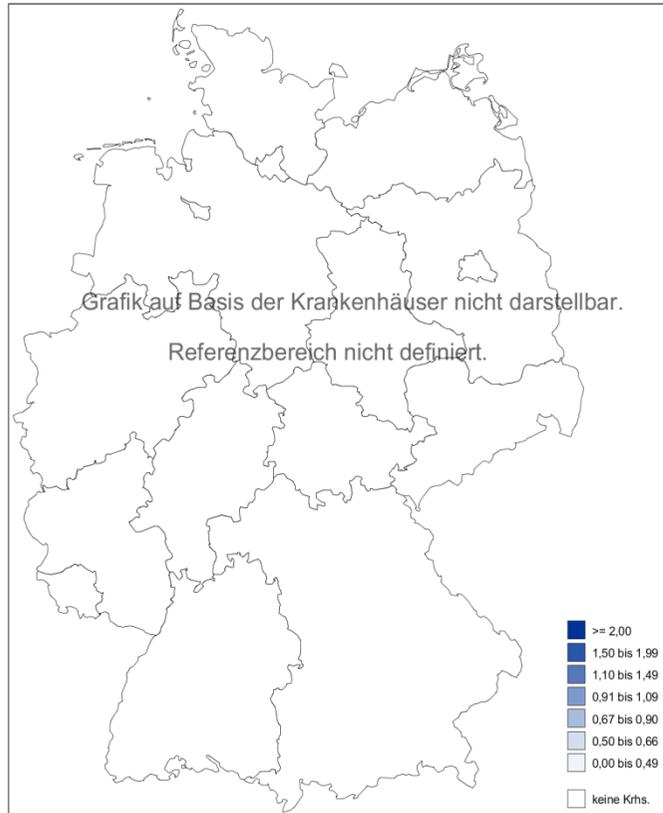
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	5,1	4,4 - 5,9	1,02	5,1	4,4 - 5,9	0,0	↔
Bayern	5,5	4,8 - 6,3	1,10	4,6	3,9 - 5,4	0,9	↔
Berlin	4,4	3,6 - 5,5	0,88	4,5	3,6 - 5,6	-0,1	↔
Brandenburg	5,1	3,5 - 7,4	1,02	5,0	3,2 - 7,7	0,1	↔
Bremen	5,2	3,3 - 8,0	1,04	5,2	3,2 - 8,3	0,0	↔
Hamburg	4,1	3,1 - 5,6	0,82	4,2	3,0 - 5,7	-0,1	↔
Hessen	4,7	3,7 - 5,9	0,94	4,3	3,4 - 5,5	0,4	↔
Mecklenburg - Vorpommern	3,9	2,5 - 5,9	0,78	3,9	2,5 - 5,9	0,0	↔
Niedersachsen	5,4	4,5 - 6,5	1,08	6,1	5,1 - 7,3	-0,7	↔
Nordrhein-Westfalen	5,4	4,8 - 6,0	1,08	5,1	4,5 - 5,7	0,3	↔
Rheinland-Pfalz	5,4	4,2 - 7,0	1,08	6,0	4,7 - 7,8	-0,6	↔
Saarland	6,6	4,5 - 9,5	1,32	7,5	5,1 - 11,0	-0,9	↔
Sachsen	3,5	2,7 - 4,4	0,70	4,7	3,8 - 5,9	-1,2	↔
Sachsen-Anhalt	7,0	5,1 - 9,5	1,40	4,1	2,7 - 6,1	2,9	↔
Schleswig-Holstein	2,6	1,7 - 4,0	0,52	3,6	2,4 - 5,4	-1,0	↔
Thüringen	4,6	3,0 - 6,9	0,92	5,4	3,7 - 7,8	-0,8	↔
Gesamt	5,0	4,7 - 5,2	1,00	4,9	4,7 - 5,2	0,1	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	165	3.253	157	3.084
Bayern	194	3.515	142	3.111
Berlin	84	1.889	78	1.724
Brandenburg	26	506	18	361
Bremen	18	349	16	307
Hamburg	42	1.014	37	887
Hessen	69	1.482	59	1.364
Mecklenburg - Vorpommern	20	518	20	515
Niedersachsen	105	1.951	116	1.904
Nordrhein-Westfalen	296	5.527	266	5.258
Rheinland-Pfalz	55	1.017	56	927
Saarland	25	381	23	306
Sachsen	63	1.823	73	1.555
Sachsen-Anhalt	38	543	22	542
Schleswig-Holstein	19	728	21	586
Thüringen	21	456	25	465
Gesamt	1.240	24.952	1.129	22.896



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	34	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-
Bayern	41	-	-	-	44	-	-	-	-	-	-
Berlin	10	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-
Brandenburg	20	-	-	-	18	-	-	-	-	-	-
Bremen	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Hamburg	8	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
Hessen	16	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	14	-	-	-	15	-	-	-	-	-	-
Niedersachsen	30	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-
Nordrhein-Westfalen	75	-	-	-	73	-	-	-	-	-	-
Rheinland-Pfalz	16	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-
Saarland	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Sachsen	33	-	-	-	34	-	-	-	-	-	-
Sachsen-Anhalt	18	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein	14	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-
Thüringen	18	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-
Gesamt	357	-	-	-	364	-	-	-	-	-	-

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

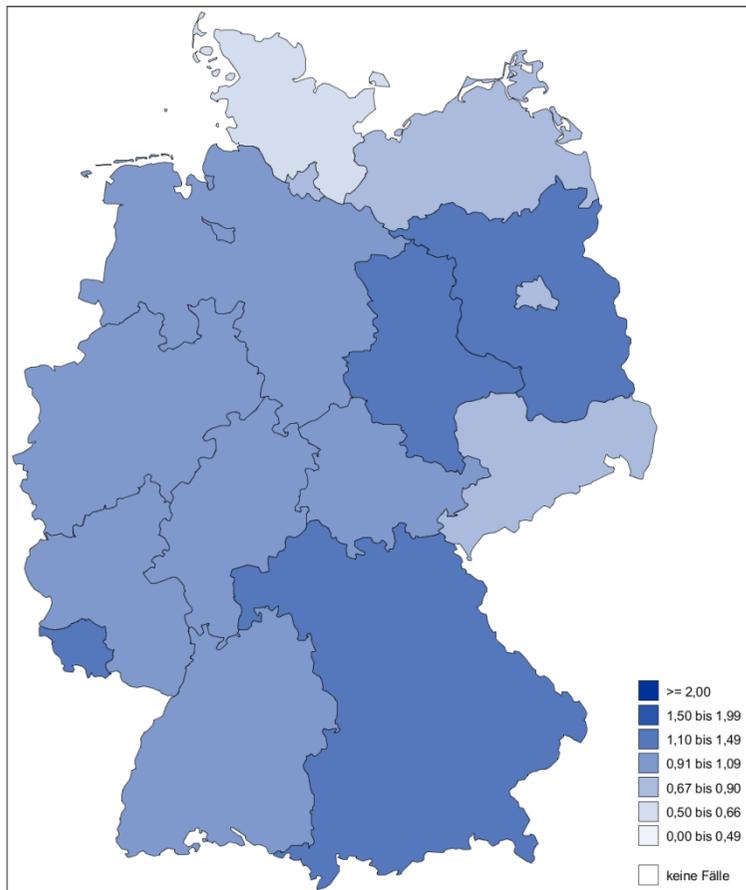
¹ Im Rahmen des Strukturierten Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

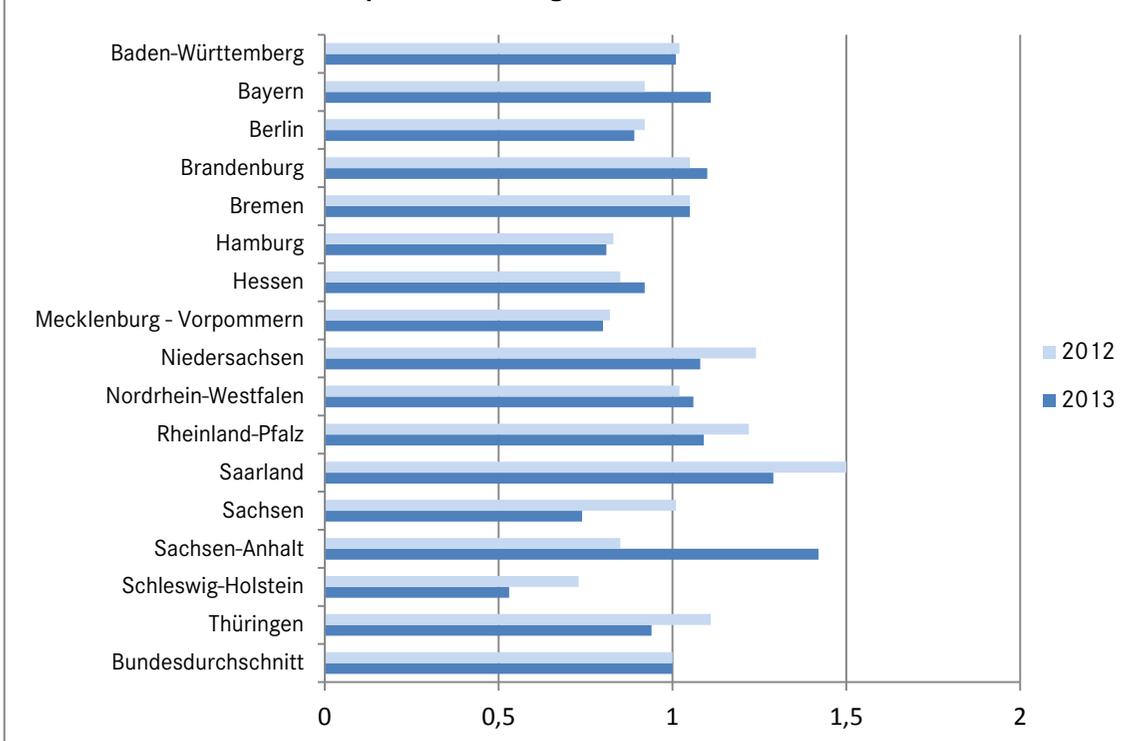
QI-ID 50062: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsziel	Selten Pneumothoraces
Referenzbereich	<= 2,53 , Toleranzbereich
Zähler	Kinder mit Pneumothorax
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit nasaler / pharyngealer und intratrachealer Beatmung


Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

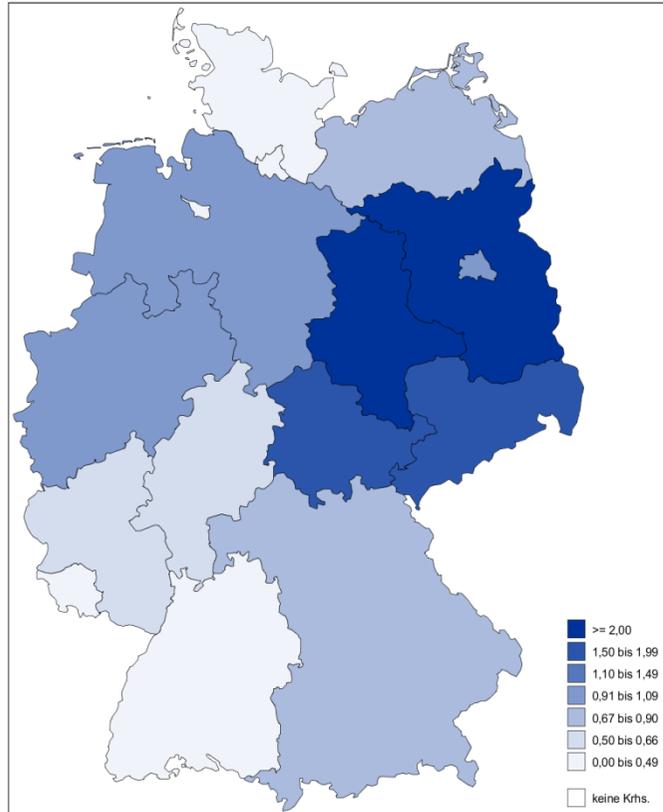
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr	Tendenz
	Ergebnis	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,01	0,87 - 1,17	1,01	1,02	0,87 - 1,18	-0,01	↔
Bayern	1,11	0,96 - 1,27	1,11	0,92	0,78 - 1,08	0,19	↔
Berlin	0,89	0,72 - 1,10	0,89	0,92	0,74 - 1,15	-0,03	↔
Brandenburg	1,10	0,76 - 1,59	1,10	1,05	0,67 - 1,63	0,05	↔
Bremen	1,05	0,67 - 1,62	1,05	1,05	0,65 - 1,68	0,00	↔
Hamburg	0,81	0,60 - 1,08	0,81	0,83	0,60 - 1,13	-0,02	↔
Hessen	0,92	0,73 - 1,16	0,92	0,85	0,67 - 1,09	0,07	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,80	0,52 - 1,23	0,80	0,82	0,53 - 1,25	-0,02	↔
Niedersachsen	1,08	0,90 - 1,30	1,08	1,24	1,04 - 1,47	-0,16	↔
Nordrhein-Westfalen	1,06	0,95 - 1,19	1,06	1,02	0,91 - 1,14	0,04	↔
Rheinland-Pfalz	1,09	0,84 - 1,40	1,09	1,22	0,95 - 1,57	-0,13	↔
Saarland	1,29	0,88 - 1,87	1,29	1,50	1,01 - 2,19	-0,21	↔
Sachsen	0,74	0,58 - 0,94	0,74	1,01	0,81 - 1,26	-0,27	↔
Sachsen-Anhalt	1,42	1,04 - 1,92	1,42	0,85	0,56 - 1,27	0,57	↔
Schleswig-Holstein	0,53	0,34 - 0,83	0,53	0,73	0,48 - 1,11	-0,20	↔
Thüringen	0,94	0,62 - 1,42	0,94	1,11	0,76 - 1,62	-0,17	↔
Gesamt	1,00	0,95 - 1,06	1,00	1,00	0,94 - 1,06	0,00	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	-	3.253	-	3.084
Bayern	-	3.515	-	3.111
Berlin	-	1.889	-	1.724
Brandenburg	-	506	-	361
Bremen	-	349	-	307
Hamburg	-	1.014	-	887
Hessen	-	1.482	-	1.364
Mecklenburg - Vorpommern	-	518	-	515
Niedersachsen	-	1.951	-	1.904
Nordrhein-Westfalen	-	5.527	-	5.258
Rheinland-Pfalz	-	1.017	-	927
Saarland	-	381	-	306
Sachsen	-	1.823	-	1.555
Sachsen-Anhalt	-	543	-	542
Schleswig-Holstein	-	728	-	586
Thüringen	-	456	-	465
Gesamt	-	24.952	-	22.896



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	34	0	0,0	0,00	40	1	2,5	0,27	0	0	0
Bayern	41	3	7,3	0,74	44	2	4,5	0,49	3	1	0
Berlin	10	1	10,0	1,02	9	0	0,0	0,00	-	-	-
Brandenburg	20	5	25,0	2,55	18	2	11,1	1,22	2	0	0
Bremen	5	0	0,0	0,00	5	1	20,0	2,20	1	0	0
Hamburg	8	0	0,0	0,00	8	0	0,0	0,00	-	-	-
Hessen	16	1	6,3	0,64	15	0	0,0	0,00	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	14	1	7,1	0,72	15	1	6,7	0,74	-	-	-
Niedersachsen	30	3	10,0	1,02	33	4	12,1	1,33	4	2	0
Nordrhein-Westfalen	75	7	9,3	0,95	73	9	12,3	1,35	5	3	0
Rheinland-Pfalz	16	1	6,3	0,64	16	2	12,5	1,37	3	0	1
Saarland	5	0	0,0	0,00	5	1	20,0	2,20	1	0	0
Sachsen	33	6	18,2	1,86	34	4	11,8	1,30	3	2	0
Sachsen-Anhalt	18	4	22,2	2,27	20	0	0,0	0,00	-	-	-
Schleswig-Holstein	14	0	0,0	0,00	12	1	8,3	0,91	-	-	-
Thüringen	18	3	16,7	1,70	17	5	29,4	3,23	0	0	0
Gesamt	357	35	9,8	1,00	364	33	9,1	1,00	22	8	1

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

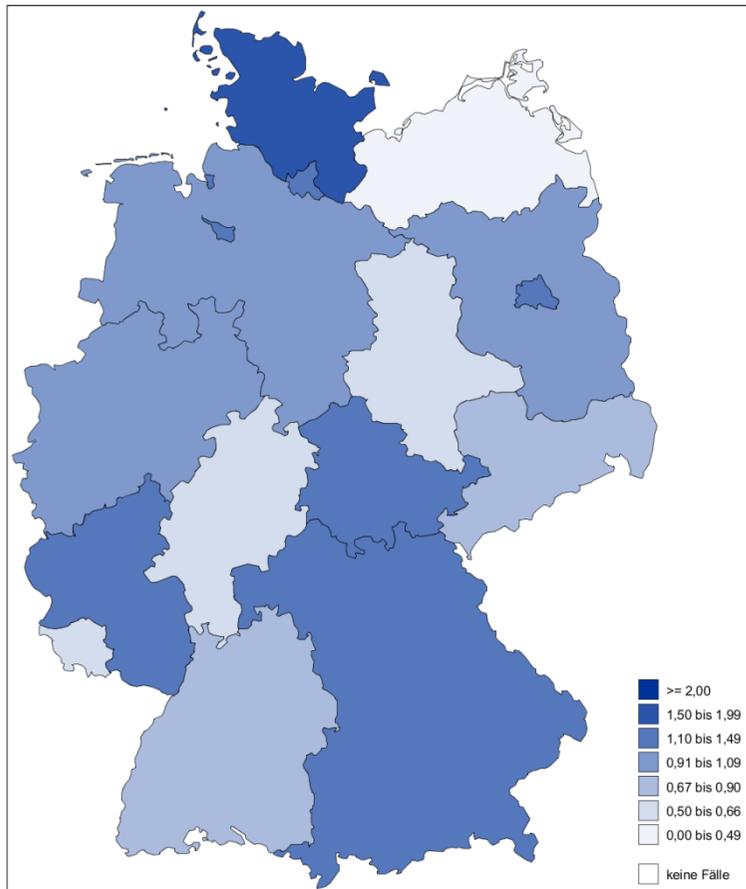
QI-ID 50063*: Durchführung eines Hörtests

Qualitätsziel Selten keine Durchführung eines Hörtests

Referenzbereich < 5,0 %, Zielbereich

Zähler Kinder ohne durchgeführtem Hörtest

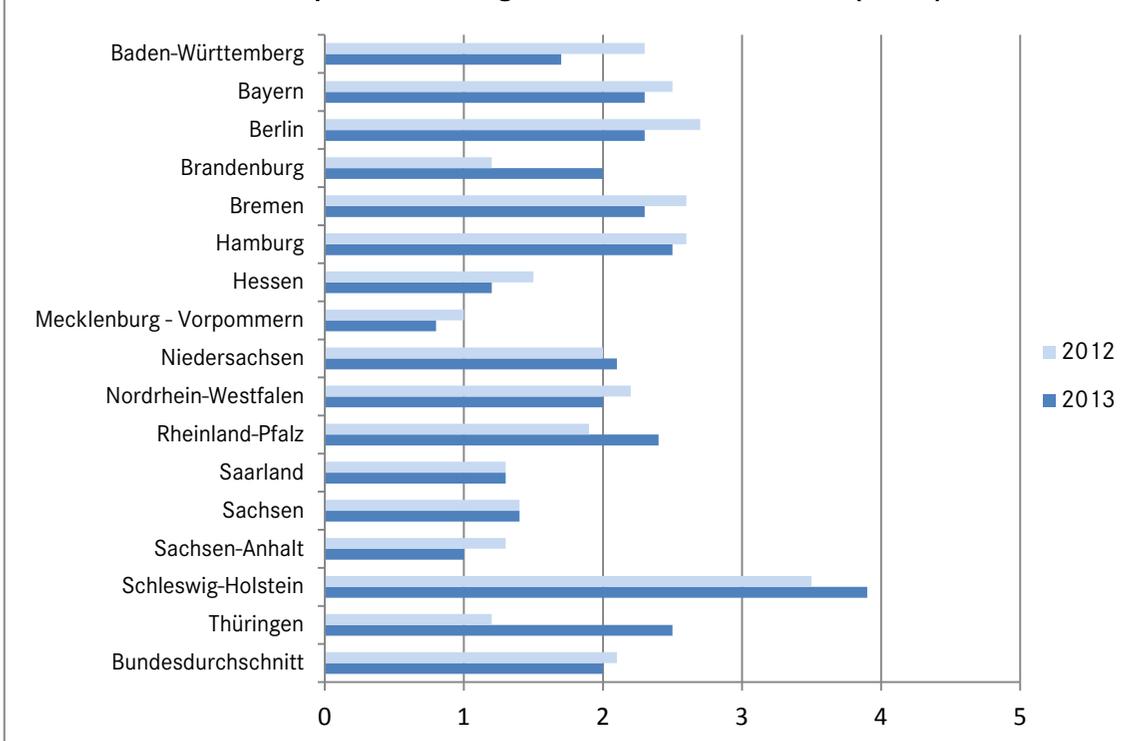
Nenner Alle lebend nach Hause entlassenen Kinder ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m., die nicht zuverlegt wurden



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

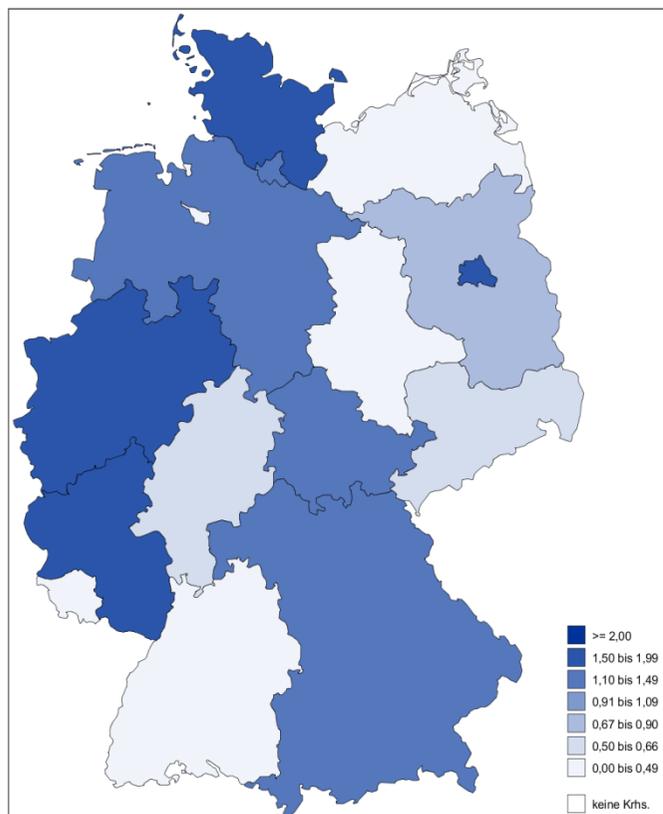
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	1,7	1,4 - 2,0	0,85	2,3	2,0 - 2,7	-0,6	↔
Bayern	2,3	2,1 - 2,6	1,15	2,5	2,3 - 2,9	-0,2	↔
Berlin	2,3	1,8 - 2,8	1,15	2,7	2,1 - 3,3	-0,4	↔
Brandenburg	2,0	1,5 - 2,8	1,00	1,2	0,8 - 1,8	0,8	↔
Bremen	2,3	1,6 - 3,4	1,15	2,6	1,8 - 3,7	-0,3	↔
Hamburg	2,5	1,8 - 3,3	1,25	2,6	1,9 - 3,6	-0,1	↔
Hessen	1,2	0,9 - 1,6	0,60	1,5	1,2 - 2,0	-0,3	↔
Mecklenburg - Vorpommern	0,8	0,5 - 1,4	0,40	1,0	0,7 - 1,6	-0,2	↔
Niedersachsen	2,1	1,8 - 2,5	1,05	2,0	1,7 - 2,4	0,1	↔
Nordrhein-Westfalen	2,0	1,8 - 2,3	1,00	2,2	2,0 - 2,5	-0,2	↔
Rheinland-Pfalz	2,4	1,9 - 3,0	1,20	1,9	1,4 - 2,4	0,5	↔
Saarland	1,3	0,8 - 2,1	0,65	1,3	0,7 - 2,1	0,0	↔
Sachsen	1,4	1,1 - 1,8	0,70	1,4	1,0 - 1,8	0,0	↔
Sachsen-Anhalt	1,0	0,6 - 1,5	0,50	1,3	0,9 - 1,9	-0,3	↔
Schleswig-Holstein	3,9	3,2 - 4,8	1,95	3,5	2,8 - 4,3	0,4	↔
Thüringen	2,5	1,9 - 3,3	1,25	1,2	0,8 - 1,8	1,3	↔
Gesamt	2,0	1,9 - 2,1	1,00	2,1	2,0 - 2,2	-0,1	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	143	8.463	189	8.101
Bayern	245	10.472	249	9.772
Berlin	70	3.108	78	2.938
Brandenburg	39	1.913	20	1.690
Bremen	25	1.086	27	1.051
Hamburg	41	1.663	40	1.525
Hessen	50	4.034	56	3.648
Mecklenburg - Vorpommern	14	1.704	18	1.733
Niedersachsen	120	5.706	109	5.389
Nordrhein-Westfalen	317	15.618	350	15.668
Rheinland-Pfalz	73	3.044	55	2.964
Saarland	14	1.102	13	1.031
Sachsen	58	4.247	53	3.915
Sachsen-Anhalt	21	2.130	28	2.104
Schleswig-Holstein	85	2.187	79	2.253
Thüringen	46	1.835	23	1.903
Gesamt	1.361	68.312	1.387	65.685



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	53	3	5,7	0,45	51	6	11,8	0,89	2	1	0
Bayern	58	8	13,8	1,10	55	9	16,4	1,24	0	0	0
Berlin	9	2	22,2	1,76	10	2	20,0	1,52	2	0	1
Brandenburg	22	2	9,1	0,72	21	2	9,5	0,72	1	0	1
Bremen	4	0	0,0	0,00	5	2	40,0	3,03	-	-	-
Hamburg	7	1	14,3	1,13	6	1	16,7	1,27	-	-	-
Hessen	24	2	8,3	0,66	23	2	8,7	0,66	1	0	1
Mecklenburg - Vorpommern	16	0	0,0	0,00	15	1	6,7	0,51	0	0	0
Niedersachsen	34	5	14,7	1,17	40	5	12,5	0,95	4	0	1
Nordrhein-Westfalen	89	17	19,1	1,52	96	15	15,6	1,18	5	0	3
Rheinland-Pfalz	22	5	22,7	1,80	22	2	9,1	0,69	2	1	1
Saarland	6	0	0,0	0,00	6	0	0,0	0,00	-	-	-
Sachsen	36	3	8,3	0,66	33	3	9,1	0,69	0	0	0
Sachsen-Anhalt	21	1	4,8	0,38	21	1	4,8	0,36	0	0	0
Schleswig-Holstein	15	3	20,0	1,59	19	6	31,6	2,39	5	0	1
Thüringen	19	3	15,8	1,25	18	1	5,6	0,42	0	0	0
Gesamt	435	55	12,6	1,00	441	58	13,2	1,00	22	2	9

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

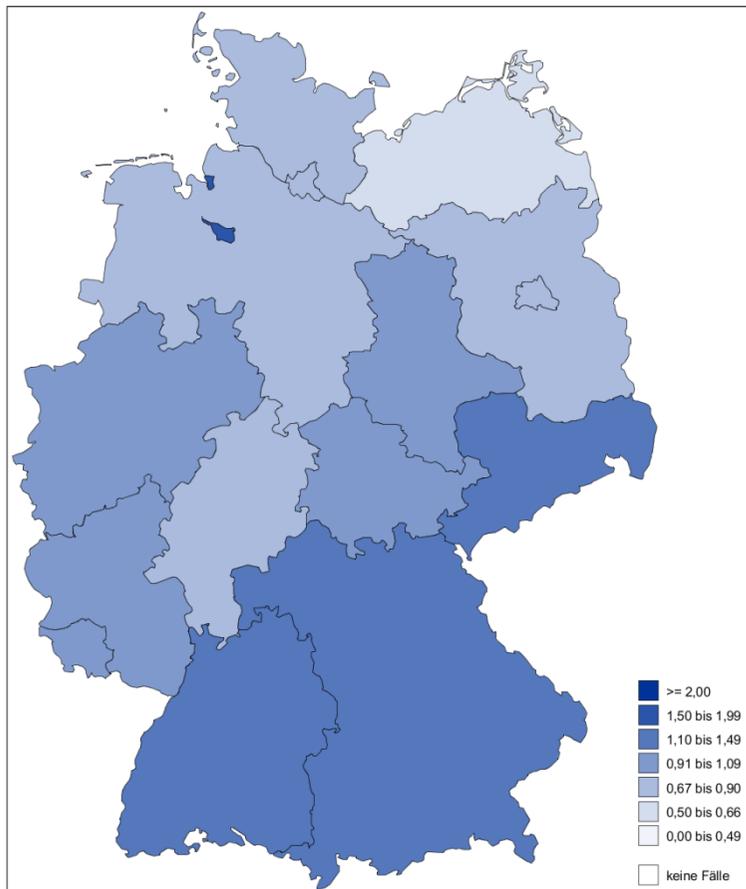
¹ Im Rahmen des Strukturierten Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierten Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 50064: Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad

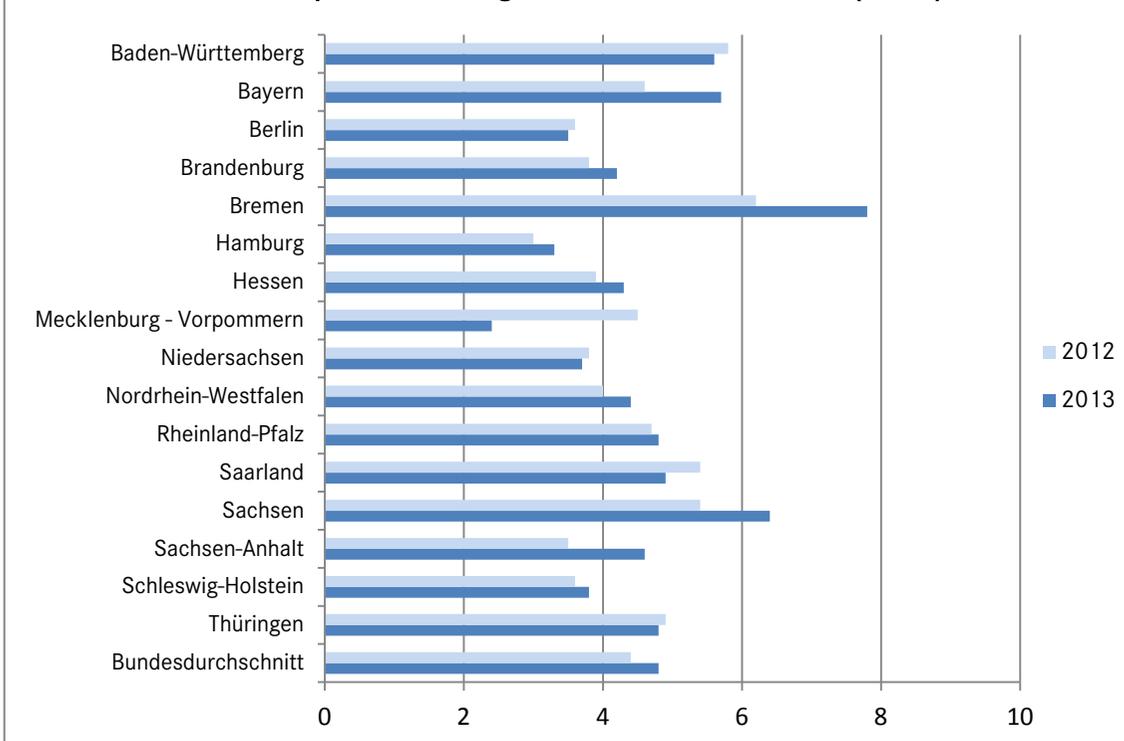
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu hoher, zu niedriger oder keiner gemessenen Aufnahmetemperatur
Referenzbereich	<= 11,0 %, Toleranzbereich
Zähler	Kinder mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. ohne Hypoxisch Ischämische Enzephalopathie (HIE), die nicht in einer geburtshilflichen Fachabteilung behandelt wurden und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

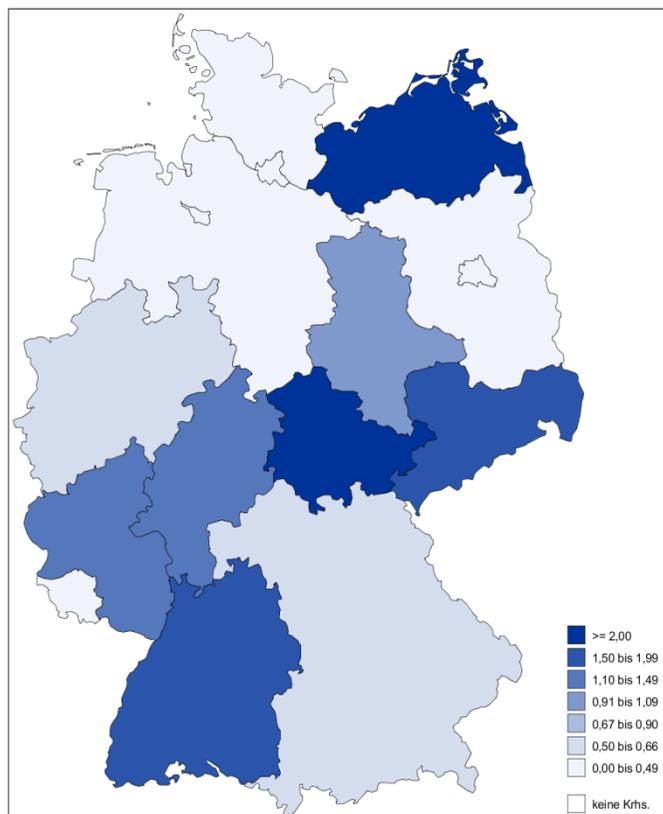
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	5,6	5,1 - 6,0	1,17	5,8	5,4 - 6,3	-0,2	↔
Bayern	5,7	5,3 - 6,1	1,19	4,6	4,2 - 4,9	1,1	↘
Berlin	3,5	3,0 - 4,1	0,73	3,6	3,1 - 4,2	-0,1	↔
Brandenburg	4,2	3,4 - 5,1	0,88	3,8	3,1 - 4,7	0,4	↔
Bremen	7,8	6,6 - 9,3	1,63	6,2	5,1 - 7,6	1,6	↔
Hamburg	3,3	2,7 - 4,0	0,69	3,0	2,4 - 3,7	0,3	↔
Hessen	4,3	3,8 - 4,8	0,90	3,9	3,5 - 4,5	0,4	↔
Mecklenburg - Vorpommern	2,4	1,8 - 3,1	0,50	4,5	3,8 - 5,5	-2,1	↗
Niedersachsen	3,7	3,3 - 4,2	0,77	3,8	3,4 - 4,3	-0,1	↔
Nordrhein-Westfalen	4,4	4,2 - 4,7	0,92	4,0	3,8 - 4,3	0,4	↔
Rheinland-Pfalz	4,8	4,1 - 5,6	1,00	4,7	4,0 - 5,4	0,1	↔
Saarland	4,9	3,8 - 6,2	1,02	5,4	4,1 - 6,9	-0,5	↔
Sachsen	6,4	5,8 - 7,1	1,33	5,4	4,8 - 6,0	1,0	↔
Sachsen-Anhalt	4,6	3,9 - 5,4	0,96	3,5	2,8 - 4,2	1,1	↔
Schleswig-Holstein	3,8	3,1 - 4,7	0,79	3,6	3,0 - 4,4	0,2	↔
Thüringen	4,8	4,0 - 5,8	1,00	4,9	4,1 - 5,8	-0,1	↔
Gesamt	4,8	4,6 - 4,9	1,00	4,4	4,3 - 4,5	0,4	↘

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	583	10.484	593	10.196
Bayern	744	13.047	568	12.440
Berlin	148	4.268	150	4.165
Brandenburg	98	2.348	80	2.092
Bremen	118	1.512	90	1.451
Hamburg	97	2.933	82	2.744
Hessen	268	6.300	230	5.839
Mecklenburg - Vorpommern	48	2.027	101	2.221
Niedersachsen	283	7.568	277	7.274
Nordrhein-Westfalen	897	20.193	832	20.673
Rheinland-Pfalz	169	3.518	164	3.512
Saarland	56	1.154	55	1.024
Sachsen	368	5.717	291	5.406
Sachsen-Anhalt	129	2.801	97	2.811
Schleswig-Holstein	92	2.412	93	2.560
Thüringen	110	2.289	119	2.433
Gesamt	4.208	88.571	3.822	86.841



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	33	3	9,1	1,90	36	3	8,3	1,84	3	1	1
Bayern	42	1	2,4	0,50	42	2	4,8	1,07	0	0	0
Berlin	8	0	0,0	0,00	9	0	0,0	0,00	-	-	-
Brandenburg	21	0	0,0	0,00	20	1	5,0	1,11	2	0	0
Bremen	5	0	0,0	0,00	5	0	0,0	0,00	-	-	-
Hamburg	8	0	0,0	0,00	7	0	0,0	0,00	-	-	-
Hessen	17	1	5,9	1,23	17	2	11,8	2,62	1	1	0
Mecklenburg - Vorpommern	16	2	12,5	2,60	15	1	6,7	1,49	1	1	0
Niedersachsen	33	0	0,0	0,00	32	2	6,3	1,40	2	0	1
Nordrhein-Westfalen	70	2	2,9	0,60	70	0	0,0	0,00	-	-	-
Rheinland-Pfalz	16	1	6,3	1,31	16	1	6,3	1,40	0	0	0
Saarland	5	0	0,0	0,00	5	0	0,0	0,00	-	-	-
Sachsen	32	3	9,4	1,96	32	3	9,4	2,09	3	3	0
Sachsen-Anhalt	21	1	4,8	1,00	21	0	0,0	0,00	-	-	-
Schleswig-Holstein	12	0	0,0	0,00	12	0	0,0	0,00	1	1	0
Thüringen	18	3	16,7	3,48	18	1	5,6	1,24	1	1	0
Gesamt	357	17	4,8	1,00	357	16	4,5	1,00	14	8	2

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

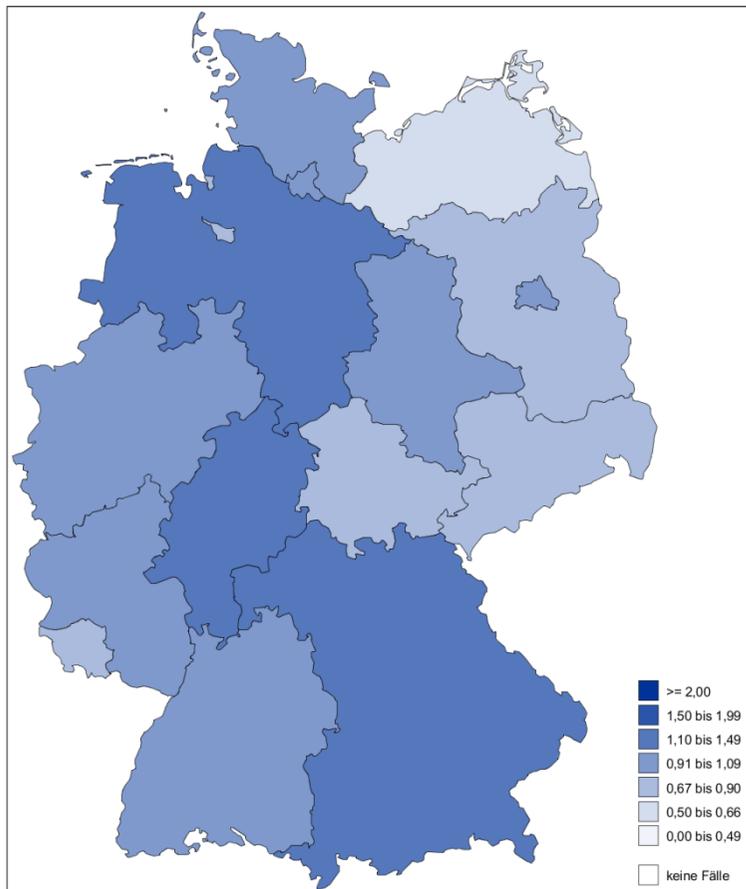
¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QI-ID 50103: Aufnahmetemperatur über 37.5 Grad

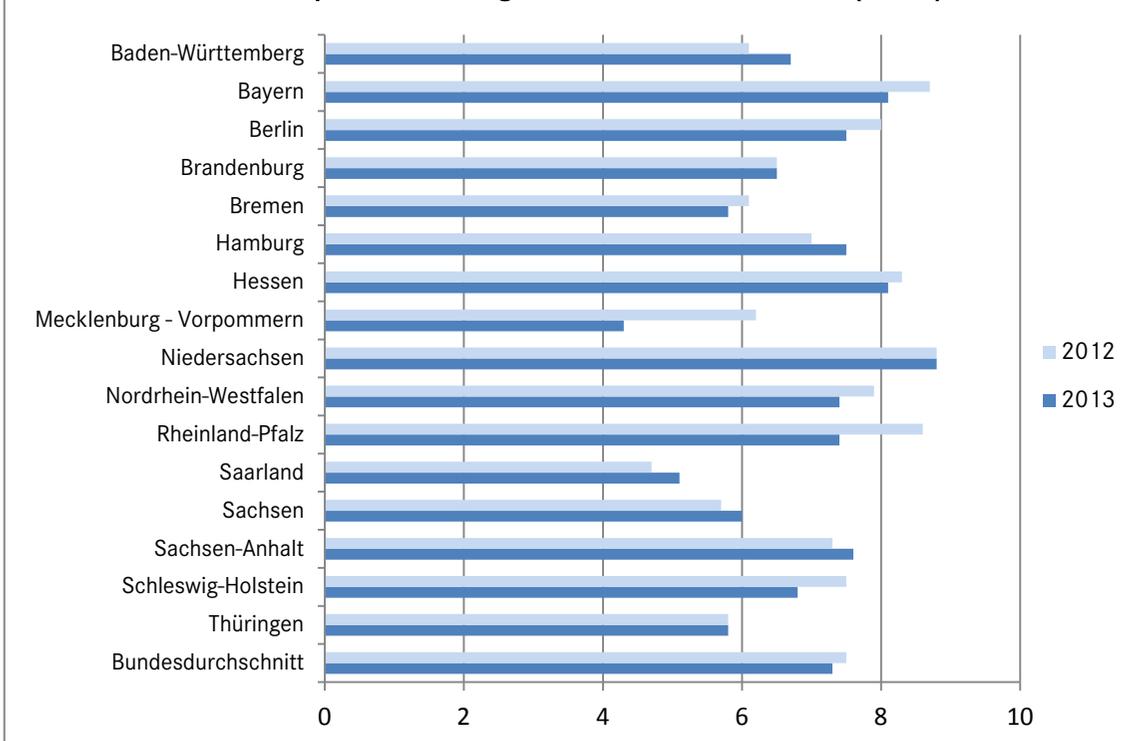
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu hoher, zu niedriger oder keiner gemessenen Aufnahmetemperatur
Referenzbereich	<= 13,5 %, Toleranzbereich
Zähler	Kinder mit einer Aufnahmetemperatur über 37,5 Grad
Nenner	Alle Lebendgeborenen ohne letale Fehlbildungen mit einem Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m. ohne Hypoxisch Ischämische Enzephalopathie (HIE), die nicht in einer geburtshilflichen Fachabteilung behandelt wurden und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur



Ergebnisse auf Basis der Fälle (Patienten)

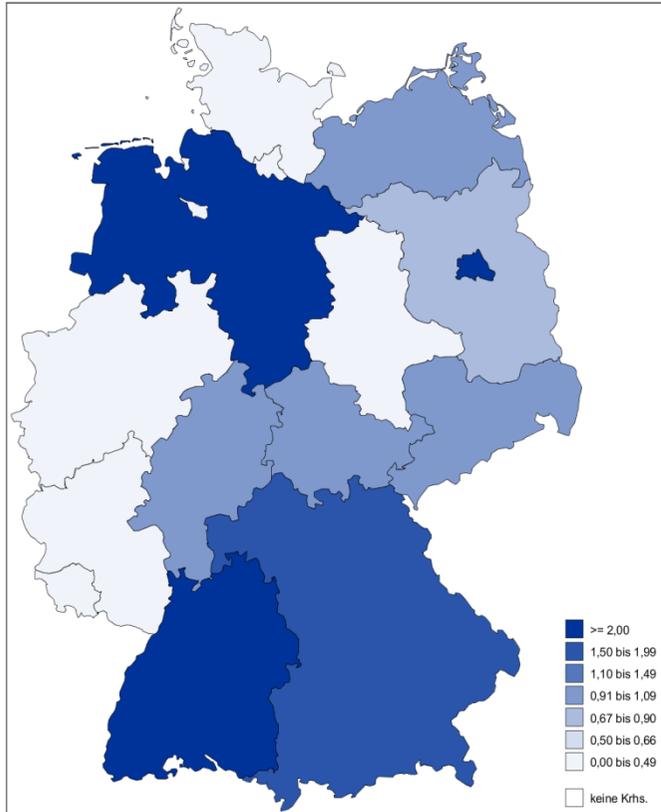
Bundesland	2013			2012		Veränderung zum Vorjahr (%-Punkte)	Tendenz
	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Ergebnis (%)	Vertrauensbereich		
Baden-Württemberg	6,7	6,3 - 7,2	0,92	6,1	5,7 - 6,6	0,6	↔
Bayern	8,1	7,7 - 8,6	1,11	8,7	8,2 - 9,2	-0,6	↔
Berlin	7,5	6,7 - 8,3	1,03	8,0	7,3 - 8,9	-0,5	↔
Brandenburg	6,5	5,5 - 7,5	0,89	6,5	5,5 - 7,6	0,0	↔
Bremen	5,8	4,7 - 7,1	0,79	6,1	5,0 - 7,5	-0,3	↔
Hamburg	7,5	6,6 - 8,5	1,03	7,0	6,1 - 8,1	0,5	↔
Hessen	8,1	7,4 - 8,8	1,11	8,3	7,6 - 9,0	-0,2	↔
Mecklenburg - Vorpommern	4,3	3,5 - 5,3	0,59	6,2	5,2 - 7,2	-1,9	↔
Niedersachsen	8,8	8,2 - 9,4	1,21	8,8	8,2 - 9,5	0,0	↔
Nordrhein-Westfalen	7,4	7,1 - 7,8	1,01	7,9	7,6 - 8,3	-0,5	↔
Rheinland-Pfalz	7,4	6,6 - 8,4	1,01	8,6	7,7 - 9,6	-1,2	↔
Saarland	5,1	4,0 - 6,5	0,70	4,7	3,6 - 6,2	0,4	↔
Sachsen	6,0	5,4 - 6,6	0,82	5,7	5,1 - 6,3	0,3	↔
Sachsen-Anhalt	7,6	6,6 - 8,6	1,04	7,3	6,4 - 8,4	0,3	↔
Schleswig-Holstein	6,8	5,9 - 7,9	0,93	7,5	6,5 - 8,6	-0,7	↔
Thüringen	5,8	4,9 - 6,8	0,79	5,8	4,9 - 6,8	0,0	↔
Gesamt	7,3	7,1 - 7,5	1,00	7,5	7,4 - 7,7	-0,2	↔

Länderspezifische Ergebnisse 2012 und 2013 (in %)



Anzahl der Fälle

Bundesland	2013		2012	
	Zähler	Nenner	Zähler	Nenner
Baden-Württemberg	707	10.484	623	10.196
Bayern	1.060	13.047	1.081	12.440
Berlin	318	4.268	335	4.165
Brandenburg	152	2.348	136	2.092
Bremen	88	1.512	89	1.451
Hamburg	219	2.933	193	2.744
Hessen	508	6.300	482	5.839
Mecklenburg - Vorpommern	87	2.027	137	2.221
Niedersachsen	664	7.568	640	7.274
Nordrhein-Westfalen	1.504	20.193	1.636	20.673
Rheinland-Pfalz	262	3.518	303	3.512
Saarland	59	1.154	48	1.024
Sachsen	341	5.717	308	5.406
Sachsen-Anhalt	212	2.801	206	2.811
Schleswig-Holstein	164	2.412	192	2.560
Thüringen	133	2.289	140	2.433
Gesamt	6.478	88.571	6.549	86.841



Ergebnisse auf Basis der Krankenhäuser

Bundesland	2013				2012				2012		
	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Gesamt	Auffällig (rechn.)	Ergebnis (%)	Verhältnis zum Bundesdurchschnitt	Strukturierter Dialog ¹		
									Stellungnahmen	Auffällig (qual.) ²	Bew. n. möglich ³
Baden-Württemberg	33	4	12,1	2,05	36	0	0,0	0,00	-	-	-
Bayern	42	4	9,5	1,61	42	6	14,3	1,96	1	0	1
Berlin	8	1	12,5	2,12	9	1	11,1	1,52	1	0	0
Brandenburg	21	1	4,8	0,81	20	1	5,0	0,68	1	0	0
Bremen	5	0	0,0	0,00	5	1	20,0	2,74	-	-	-
Hamburg	8	0	0,0	0,00	7	0	0,0	0,00	-	-	-
Hessen	17	1	5,9	1,00	17	0	0,0	0,00	-	-	-
Mecklenburg - Vorpommern	16	1	6,3	1,07	15	1	6,7	0,92	1	0	0
Niedersachsen	33	4	12,1	2,05	32	3	9,4	1,29	2	1	0
Nordrhein-Westfalen	70	2	2,9	0,49	70	8	11,4	1,56	5	1	1
Rheinland-Pfalz	16	0	0,0	0,00	16	0	0,0	0,00	-	-	-
Saarland	5	0	0,0	0,00	5	0	0,0	0,00	-	-	-
Sachsen	32	2	6,3	1,07	32	1	3,1	0,42	0	0	0
Sachsen-Anhalt	21	0	0,0	0,00	21	1	4,8	0,66	1	0	0
Schleswig-Holstein	12	0	0,0	0,00	12	1	8,3	1,14	1	0	0
Thüringen	18	1	5,6	0,95	18	2	11,1	1,52	-	-	-
Gesamt	357	21	5,9	1,00	357	26	7,3	1,00	13	2	2

Hinweis: Die Darstellungen auf Fallebene sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie auf den rein rechnerisch ermittelten Ergebnissen der erhobenen Qualitätsindikatoren beruhen, d. h. ohne Abklärung auf das Vorliegen tatsächlicher qualitativer Auffälligkeiten hin berechnet sind. Außerdem ist insbesondere in Bezug auf die kleineren Bundesländer zu beachten, dass es aufgrund geringer Krankenhausfallzahlen zu starken Abweichungen nach oben oder unten kommen kann. Dies liegt darin begründet, dass bei geringen Fallzahlen jedes einzelne rechnerisch auffällige Krankenhaus das Landesergebnis stark negativ beeinflusst; wie auch die Wahrscheinlichkeit, kein auffälliges Krankenhaus vorzufinden, bei kleinen Fallzahlen hoch ist.

¹ Im Rahmen des Strukturierter Dialogs können bei rechnerischen Auffälligkeiten betroffene Einrichtungen angeschrieben und um Stellungnahme gebeten werden. Nach Durchsicht der übermittelten Stellungnahmen und gegebenenfalls weiterführenden Maßnahmen wie Besprechungen und/oder Begehungen erhält jede im Strukturierter Dialog überprüfte rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators abschließend eine Bewertung durch die am Prozess beteiligten Expertengruppen.

² Auffällig (qual.) beinhaltet die Bewertungen: (A) Bewertung nach Strukturierter Dialog als qualitativ auffällig: (41) Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel, (42) Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

³ Bew. n. möglich beinhaltet die Bewertungen: (D) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: (50) Unvollständige oder falsche Dokumentation, (51) Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht oder (99) Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Entwicklung eines Maßnahmenkataloges zur Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung beabsichtigt, die Entwicklung eines Maßnahmenkataloges für die Kreise Nordfriesland und Ostholstein in Auftrag zu geben, um gezielt Schritte zu entwickeln und umzusetzen, die die Situation in der Geburtshilfe insbesondere für die Inseln und Halligen sowie für die Regionen, in denen sich die Wege aufgrund der geschlossenen Geburtskliniken verlängert haben, verbessern.

Basis für diesen Maßnahmenkatalog sind der 2014 von der Landesregierung vorgelegte erste Bericht zur Situation und zu den Perspektiven der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein (Drucksache 18/2027 (neu)) sowie der derzeit in Bearbeitung befindliche zweite Bericht zur Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen in Schleswig-Holstein, der u.a. Fragen der Qualitätssicherung und der Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten untersucht und die Meinung von Expertinnen und Experten einbezieht. Der zweite Bericht wird im September dem Landtag vorgelegt wird.

Der im Rahmen dieser Beauftragung zu entwickelnde Maßnahmenkatalog und dessen Umsetzung sind Bestandteil des Zukunftskonzeptes für die Geburtshilfe in Schleswig-Holstein. Folgende Aspekte sind insbesondere zu berücksichtigen:

- Erörterung der aktuellen Situation in der Geburtshilfe in Nordfriesland und Ostholstein vor Ort mit den Akteuren (u.a. Kommunen, Krankenhäuser, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, Rettungsdienst, Initiativen, Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigung)
- Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten bei der Ausarbeitung von Maßnahmen (einschl. Aspekte der Versorgungsforschung, wie z.B. Wanderungsbewegungen)
- Entwicklung von geeigneten Maßnahmen für Nordfriesland und Ostholstein in Abstimmung vor Ort mit den bereits etablierten „Runden Tischen“
- Identifizierung der Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (ambulanter Bereich, stationärer Bereich, Notfallversorgung), Entwicklung bzw. Ausbau vorhandener Vernetzungsstrukturen
- Prüfung der bestehenden Notfallkonzepte und Vorschläge für eine Weiterentwicklung.

Das Projekt sollte Ende des 1. Quartals 2016 abgeschlossen sein.

Anzuschreibende Institutionen

OptiMedis AG
Borsteler Chaussee 53
22453 Hamburg

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
Friedrichstraße 95
10117 Berlin