

QS-Verfahren *Perinatalmedizin*

Bundesqualitätsbericht 2025

Impressum

Titel	QS-Verfahren <i>Perinatalmedizin</i> . Bundesqualitätsbericht 2025
Abgabe	15. August 2025
Aktualisierung	21. Oktober 2025

Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Herausgeber

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1 10787 Berlin
info@iqtig.org | www.iqtig.org | (030) 58 58 26-0

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis	8
Vorbemerkung	9
Geburtshilfe	10
1 Hintergrund	11
2 Einordnung der Ergebnisse	14
2.1 Datengrundlage.....	14
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	15
2.2.1 Überblick	15
2.2.2 Detailergebnisse	22
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	33
2.3.1 Überblick	33
2.3.2 Detailergebnisse	36
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	39
3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	39
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	41
4 Evaluation	43
5 Ausblick.....	44
Neonatologie	45
1 Hintergrund	46
2 Einordnung der Ergebnisse	51
2.1 Datengrundlage.....	51
2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	51
2.2.1 Überblick	51
2.2.2 Detailergebnisse	60
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens.....	77
2.3.1 Überblick	77
2.3.2 Detailergebnisse	81

3	Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	91
3.1	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren.....	91
3.2	Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung).....	93
4	Evaluation	96
5	Ausblick.....	99
	Literatur	101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – PM-GEBH	12
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PM-GEBH	13
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – PM-GEBH	14
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – PM-GEBH	17
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungsergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – PM-GEBH	20
Tabelle 6: TKez 321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	22
Tabelle 7: TKez 51397: Azidose bei reifen Einlingen	22
Tabelle 8: QI 51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen	22
Tabelle 9: QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	24
Tabelle 10: QI 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	25
Tabelle 11: QI 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	26
Tabelle 12: QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	27
Tabelle 13: QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	28
Tabelle 14: QI 182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	29
Tabelle 15: QI 182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	29
Tabelle 16: QI 182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	30
Tabelle 17: QI 52249: Kaiserschnittgeburt	31
Tabelle 18: TKez 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	32
Tabelle 19: TKez 181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	32
Tabelle 20: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PM-GEBH	34
Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PM-GEBH	35
Tabelle 22: AK 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	36
Tabelle 23: AK 850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	36
Tabelle 24: AK 850081: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	37
Tabelle 25: AK 850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	38
Tabelle 26: AK 850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	38
Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH	39
Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-GEBH	41

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH	41
Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-GEBH.....	42
Tabelle 31: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – PM-NEO	48
Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PM-NEO	49
Tabelle 33: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – PM-NEO	51
Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – PM-NEO	54
Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – PM-NEO.....	58
Tabelle 36: TKez 51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate).....	60
Tabelle 37: QI 222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen.....	60
Tabelle 38: TKez 51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate).....	62
Tabelle 39: TKez 51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen.....	62
Tabelle 40: TKez 51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate).....	63
Tabelle 41: TKez 50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	63
Tabelle 42: TKez 222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus.....	64
Tabelle 43: TKez 51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate).....	65
Tabelle 44: TKez 51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	65
Tabelle 45: TKez 222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate).....	66
Tabelle 46: TKez 222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	66
Tabelle 47: TKez 222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP	67
Tabelle 48: TKez 51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	68
Tabelle 49: TKez 50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	68
Tabelle 50: TKez 51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	69
Tabelle 51: TKez 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	69
Tabelle 52: TKez 51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate).....	70
Tabelle 53: TKez 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP).....	70
Tabelle 54: QI 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung.....	71
Tabelle 55: QI 50060: Nosokomiale Infektion	72
Tabelle 56: QI 50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung.....	73
Tabelle 57: QI 52262: Zunahme des Kopfumfangs.....	73
Tabelle 58: QI 50063: Durchführung eines Hörtests	74

Tabelle 59: QI 50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen.....	75
Tabelle 60: QI 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen.....	76
Tabelle 61: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PM-NEO.....	78
Tabelle 62: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PM-NEO	79
Tabelle 63: AK 850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben	81
Tabelle 64: AK 850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme.....	82
Tabelle 65: AK 851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD- Diagnose dokumentiert.....	83
Tabelle 66: AK 851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben.....	84
Tabelle 67: AK 852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	85
Tabelle 68: AK 852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben.....	87
Tabelle 69: AK 852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	88
Tabelle 70: AK 850199: Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation.....	89
Tabelle 71: AK 850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	89
Tabelle 72: AK 850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	90
Tabelle 73: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO	91
Tabelle 74: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-NEO	93
Tabelle 75: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO	94
Tabelle 76: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-NEO.....	95

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
BPD	Bronchopulmonale Dysplasie
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
FIP	Fokale intestinale Perforation
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
IKNR	Institutionskennzeichennummer
IVH	Intraventrikuläre Hämorrhagie
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
NEK	Nekrotisierende Enterokolitis
n. a.	nicht anwendbar
O/E	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (<i>observed to expected ratio</i>)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
p. m.	post menstruationem
PM-GEBH	Auswertungsmodul Geburtshilfe
PM-NEO	Auswertungsmodul Neonatologie
PVL	Periventrikuläre Leukomalazie
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS PM	QS-Verfahren Perinatalmedizin
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
ROP	Frühgeborenenretinopathie (<i>retinopathy of prematurity</i>)
SIP	Singuläre intestinale Perforation
SQB	Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser
STNV	Stellungnahmeverfahren

Vorbemerkung

Das QS-Verfahren *Perinatalmedizin (QS PM)* wird seit dem Erfassungsjahr 2021 unter der DeQS-RL geführt. Gegenstand des Verfahrens ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie). Die beiden Auswertungsmodule *Geburtshilfe (PM-GEBH)* und *Neonatologie (PM-NEO)* werden aufgrund der getrennten Auswertung in der Qualitätssicherung separat dargestellt.

Geburtshilfe

1 Hintergrund

Die Perinatalmedizin umfasst die Versorgung von Mutter und Kind im Zeitraum kurz vor bis kurz nach der Geburt. Die Münchner Perinatalstudie (1975 bis 1977) und die daraus hervorgegangene Perinatalerhebung gelten allgemein als Ausgangspunkt der heutigen gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin. Deren Ziel ist es, beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung zu erfassen und die Qualität kontinuierlich zu verbessern. Seit 2001 ist das Auswertungsmodul *PM-GEBH* in einem bundeseinheitlichen QS-Verfahren etabliert, in dem alle Geburten in Deutschland erfasst werden, die in einem Krankenhaus stattgefunden haben. Verschiedene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität vor, während und nach der Geburt werden mit Qualitätsindikatoren und Kennzahlen abgebildet und beziehen sich auf die adäquate medizinische Versorgung sowohl der Mutter als auch des Kindes.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2025 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 10 Qualitätsindikatoren und 4 Transparenzkennzahlen ausgewiesen.

Die Indikatoren und Kennzahlen der mütterlichen Versorgung zielen unter anderem auf die Vermeidung von Infektionen nach einer Kaiserschnittentbindung (ID 50045), auf die Vermeidung von höhergradigen Dammrissen (ID 181800) wie auch auf die Vermeidung von mütterlichen Sterbefällen (ID 331) ab.

Des Weiteren beziehen sich die Indikatoren und Kennzahlen der kindlichen Versorgung sowohl auf medizinisch sinnvolle Maßnahmen und Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung als auch auf die Erfassung von Aspekten des Behandlungsergebnisses des Kindes. So ist ein gestörter Säure-Basen-Status (Azidose) im Nabelschnurblut (IDs 321, 51397 und 51831) ein wichtiger Hinweis auf einen Sauerstoffmangel des Neugeborenen unter der Geburt. Mit dem Prozessindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318) wird ermittelt, ob eine Pädriaterin oder ein Pädriater (Fachärztin bzw. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) bei Geburt des Kindes anwesend ist, um das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich zu versorgen. Dies verbessert die Prognose der Frühgeborenen erheblich und gehört daher zur Standardversorgung. Zusätzlich werden kranke Reif- und Frühgeborene erfasst, wenn sie in einem Krankenhaus geboren wurden, das nicht auf die Versorgung von Kindern mit ihrer Krankheitsschwere und ihrem Grad der Unreife spezialisiert war (IDs 182010, 182011 und 182014). Eine Geburt in einem Krankenhaus mit geeigneter Versorgung erhöht die Überlebenswahrscheinlichkeit und senkt das Risiko bleibender Schäden für diese Kinder. Außerdem wird die regelhafte Behandlung der Mutter mit Kortikosteroiden bei drohender Frühgeburt (ID 330) erfasst, da diese Maßnahme die Lungenreife beim Frühgeborenen fördert. Darüber hinaus ermöglicht der „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) durch die Kombination klinischer Messwerte (Apgar-Score, pH-Wert und Base Excess) sowie der Angabe zur Sterblichkeit eine umfassende Einschätzung zum Zustand des Kindes unter bzw. kurz nach der Geburt.

Schließlich adressieren zwei Indikatoren zugleich die mütterliche wie auch die kindliche medizinische Versorgung: So wird bei einem Notfallkaiserschnitt (Notsectio), der aufgrund einer Gefährdung der mütterlichen oder kindlichen Gesundheit durchgeführt wird, erhoben, ob die Entscheidungs-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeit zwischen der Entscheidung zur Notsectio und der Entwicklung (Geburt) des Kindes, über der maximal tolerablen Zeit von 20 Minuten liegt (ID 1058). Liegt die Zeitspanne darüber, kann dies beispielsweise zu einem schwerwiegenden Sauerstoffmangel beim Kind mit dem Risiko schwerer bleibender Schäden führen. In gleicher Weise bezieht sich der Indikator zur risikoadjustierten Kaiserschnitttrate (ID 52249) sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind, weil bei Kaiserschnitten von Nachteilen für Mutter und das Kind auszugehen ist.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - PM-GEBH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen*	QS-Dokumentation	2024
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QS-Dokumentation	2024
52249	Kaiserschnittgeburt	QS-Dokumentation	2024
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung			
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
51397	Azidose bei reifen Einlingen*	QS-Dokumentation	2024
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QS-Dokumentation	2024
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QS-Dokumentation	2024
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QS-Dokumentation	2024
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV*	QS-Dokumentation	2024
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe			
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QS-Dokumentation	2024
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2025 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	QS-Dokumentation
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850081	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit prüfen die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze – mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft. Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* umfassen diese Auffälligkeitskriterien verschiedene Prüfungen: ob die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit) unter 3 Minuten (ID 850318) lag und wie häufig es fehlende Angaben des 5-Minuten-Apgars oder des Nabelarterien-pH-Wertes sowie des Base-Excess-Wertes gab (ID 850224).

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden. Zum einen beinhalten diese Prüfungen zur Unter- und Überdokumentation von Fällen bzw. ob weniger (ID 850081) oder mehr (ID 850082) Fälle als gemäß Sollstatistik erwartet dokumentiert wurden. Zum anderen wird kontrolliert, ob für dokumentationspflichtige Fälle zu viele Minimaldatensätze anstelle regulärer Datensätze angelegt wurden (ID 850226).

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Vergleich zum Vorjahr insgesamt weniger Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben.

Es wurden Datensätze von insgesamt 654.174 Geburten erfasst. Dies ist abermals ein Rückgang um 1,48 % im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 663.977). Bereits zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein Rückgang der stationär durchgeführten Geburten um 6,60 % verzeichnet. Vonseiten des Expertengremiums auf Bundesebene wurden eine unsichere Lebenslage aufgrund der Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie und des Kriegs in der Ukraine sowie eine zunehmend schlechtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf als Gründe für den anhaltenden Rückgang genannt. Außerdem sei die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter aufgrund der demographischen Entwicklung rückläufig.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) - PM-GEBH

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	654.174 653.722 452	651.135	100,47
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- ne (Auswertungs- standorte) Bund (gesamt)	610		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebe- ne (entlassen- der Standorte) Bund (gesamt)	613	614	99,84
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	577	575	100,35

Für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen des Auswertungsmoduls *PM-GEBH* deuten auf eine überwiegend gute und stabile Versorgungsqualität hin. Ein Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig verschlechtert bzw. verbessert. Es wurden keine Änderungen an der Spezifikation bzw. an den Rechenregeln vorgenommen.

Mit Blick auf den Sentinel-Event-Indikator „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182010) hat sich das Bundesergebnis für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 18 Fälle verbessert (AJ 2024: 93; AJ 2025: 75). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich von 53,25 % (AJ 2024) auf 36,36 % (AJ 2025) reduziert. Erstmalig für das Auswertungsjahr 2024 liegen zu diesem Qualitätsindikator Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL vor. Hierbei wurde ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen (> 80 %) festgestellt. Der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen liegt bei circa 17 % und der Anteil an Dokumentationsfehlern bei 2,44 %. Als Gründe für die qualitativen Unauffälligkeiten wurden von den LAG u. a. eine nicht gesicherte Einschätzung der exakten Schwangerschaftswoche, die Abweisung der Schwangeren von einem Level-1-Perinatalzentrum aufgrund von fehlender räumlicher Kapazität sowie die Verlegung der Schwangeren in die nächstgelegene Klinik aufgrund von Straßenglätte angegeben. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden vor allem Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel genannt. So hätte z. B. trotz bekannter Risikofaktoren ausreichend Zeit für eine Verlegung bestanden. Mit Blick auf die zukünftige Erfassung dieses Qualitätsindikators spricht sich das Expertengremium auf Bundesebene für eine Umstrukturierung der Qualitätsindikatoren zur Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe aus. Hierbei sollen zukünftig alle Kinder anhand des Sentinel-Event-Indikators (ID 182010) erfasst werden, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen, deren Geburt aber in einer niedrigeren Versorgungsstufe stattfand. Folglich soll jeder Fall einer solchen Fehlversorgung im Stellungnahmeverfahren berücksichtigt werden, da insbesondere bei diesen Kindern ein besonders erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko bestehe. Das Expertengremium auf Bundesebene und das IQTIG stehen hierzu im Austausch.

Das Bundesergebnis des Sentinel-Event-Indikators „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058) hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 10 Fälle verschlechtert (AJ 2025: 32 Fälle; AJ 2024: 22 Fälle). Im Auswertungsjahr 2025 gab es einen Leistungserbringer mit 5 Fällen in diesem Indikator. Bereits im Auswertungsjahr 2024 wies derselbe Leistungserbringer einen Fall auf, das Ergebnis des Leistungserbringers wurde allerdings als qualitativ unauffällig eingestuft. 9,09 % (n = 2 von 22) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 als qualitativ auffällig bewertet. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden vorwiegend Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel genannt. So sei beispielsweise die Alarmierung zum Notfallkaiserschnitt nicht standardisiert erfolgt,

wodurch es zu Verzögerungen gekommen sei. Aufgrund der hohen Patientenrelevanz für Mutter und Kind wird die weitere Entwicklung der Ergebnisse zu diesem Qualitätsindikator vom IQTIG sowie vom Expertengremium auf Bundesebene zukünftig besondere Beachtung finden.

Aufgrund des hohen Referenzbereichs von $\geq 95\%$ und eines möglichen Fehlanreizes zur vorsorglichen Gabe einer antenatalen Kortikosteroidtherapie hat der G-BA beschlossen, den früheren Qualitätsindikator 330 in der ehemaligen Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ab dem Auswertungsjahr 2023 und in der DeQS-RL ab dem Auswertungsjahr 2024 auszusetzen. In der DeQS-RL wird die „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ seit dem Auswertungsjahr 2024 daher als Kennzahl dargestellt. Bei Gabe im adäquaten Zeitraum und Gestationsalter sowie angepasster Indikationsstellung schätzt das IQTIG die Kortikosteroidgabe zur Förderung der Lungenreife als bedeutend für Frühgeborene ein. Da das Bundesergebnis seit Jahren auf einem hohen Niveau liegt (AJ 2023: 96,80 %; AJ 2024: 95,27 %; AJ 2025: 95,02 %) und die Effektivität der Kortikosteroidgabe entscheidend vom Timing abhängt, stellt sich zukünftig nicht mehr die Frage nach der Häufigkeit der Kortikosteroidgabe, sondern ob diese im leitlinienkonformen Zeitraum (24 h bis 7 Tage vor der Geburt) erfolgte. Da die exakte Vorhersage des Zeitpunkts der Geburt bei Frühgeburtsbestrebungen nicht einfach zu treffen ist, stellt die Bestimmung des optimalen Zeitraums der Kortikosteroidgabe eine Herausforderung dar. Jedoch hat der Leistungserbringer in der Regel auch Einfluss auf den Geburtszeitpunkt, zumal eine Frühgeburt nur selten spontan erfolgt. Im Expertengremium auf Bundesebene wird daher weiterhin diskutiert, inwiefern dieser Umstand in den Rechenregeln berücksichtigt werden kann.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – PM-GEBH

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen*	95,27 % O = 6.105 N = 6.408	95,02 % O = 5.919 N = 6.229	vergleichbar
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	98,95 % O = 217.048 N = 219.354	99,04 % O = 216.584 N = 218.675 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
52249	Kaiserschnittgeburt	1,05 O/E = 217.652 / 207.736,34 33,04 % O/N = 217.652 / 658.823	1,06 O/E = 216.940 / 205.364,30 33,42 % O/N = 216.940 / 649.047 (≤ 1,28; 90. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	0,25 % O = 22 N = 8.920	0,37 % O = 32 N = 8.714 (Sentinel Event)	vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Azidose bei Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung				
321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)*	0,25 % O = 1.484 N = 603.338	0,27 % O = 1.591 N = 595.341	vergleichbar
51397	Azidose bei reifen Einlingen*	1,04 O/E = 1.484 / 1.421,62 0,25 % O/N = 1.484 / 603.338	1,13 O/E = 1.591 / 1.409,60 0,27 % O/N = 1.591 / 595.341	eingeschränkt vergleichbar
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	1,03 O/E = 281 / 273,75 0,76 % O/N = 281 / 37.130	1,16 O/E = 314 / 270,21 0,86 % O/N = 314 / 36.317 (≤ 4,72; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	96,94 % O = 19.430 N = 20.044	96,67 % O = 18.818 N = 19.466 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	1,03 O/E = 4.505 / 4.364,95 0,73 % O/N = 4.505 / 617.518	1,12 O/E = 4.812 / 4.294,64 0,79 % O/N = 4.812 / 608.540 (≤ 2,32)	eingeschränkt vergleichbar
181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV*	0,78 O/E = 444 / 570,04 0,10 % O/N = 444 / 440.942	0,79 O/E = 446 / 566,51 0,10 % O/N = 446 / 431.988	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	0,00 % O = 21 N = 663.556	0,00 % O = 22 N = 653.722 (Sentinel Event)	vergleichbar
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe				
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	0,14 % O = 93 N = 65.586	0,12 % O = 75 N = 61.053 (Sentinel Event)	vergleichbar
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2,71 % O = 2.088 N = 77.051	2,63 % O = 2.230 N = 84.771 (≤ 4,66 %; 95. Perzentil)	vergleichbar
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	8,79 % O = 17.813 N = 202.551	8,49 % O = 15.511 N = 182.735 (≤ 11,76 %; 95. Perzentil)	vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungsergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) - PM-GEBH

ID	Indikator	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2023	3 von 619	0,48	0
		2024	2 von 605	0,33	0
52249	Kaiserschnittgeburt	2023	64 von 624	10,26	31
		2024	65 von 610	10,66	31
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	2023	22 von 593	3,71	3
		2024	19 von 577	3,29	1
51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	2023	32 von 610	5,25	5
		2024	30 von 594	5,05	7
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	2023	71 von 423	16,78	17
		2024	79 von 422	18,72	19
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	2023	30 von 622	4,82	1
		2024	26 von 606	4,29	7
331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	2023	21 von 624	3,37	-
		2024	20 von 610	3,28	2

ID	Indikator	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe					
182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2023	41 von 77	53,25	-
		2024	28 von 77	36,36	24
182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2023	6 von 134	4,48	-
		2024	6 von 136	4,41	2
182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	2023	24 von 329	7,29	-
		2024	20 von 309	6,47	5

2.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 6: TKez 321: Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,23 % O = 1.468 N = 642.482	0,25 % O = 1.484 N = 603.338	0,27 % O = 1.591 N = 595.341
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 7: TKez 51397: Azidose bei reifen Einlingen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,97 O/E = 1.468 / 1.510,96 0,23 % O/N = 1.468 / 642.482	1,04 O/E = 1.484 / 1.421,62 0,25 % O/N = 1.484 / 603.338	1,13 O/E = 1.591 / 1.409,60 0,27 % O/N = 1.591 / 595.341
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 8: QI 51831: Azidose bei frühgeborenen Einlingen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,06 O/E = 301 / 284,33 0,76 % O/N = 301 / 39.637	1,03 O/E = 281 / 273,75 0,76 % O/N = 281 / 37.130	1,16 O/E = 314 / 270,21 0,86 % O/N = 314 / 36.317
rechnerische Auffälligkeiten	31 von 627 4,94 %	32 von 610 5,25 %	30 von 594 5,05 % (Refbereich: ≤ 4,72; 95. Perzentil)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 31 (25,81 %)	9 / 32 (28,12 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 627 (1,28 %)	9 / 610 (1,48 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator und die Kennzahlen adressieren die Azidose (pH-Wert der Nabelschnurarterie < 7,00) bei reifgeborenen sowie frühgeborenen Einlingen. Diese soll möglichst selten vorkommen. Die Erfassung der Azidose gibt vielfach nützliche Hinweise zur Qualität des geburtshilflichen Managements.

Die Bundesergebnisse der beiden Kennzahlen 321 und 51397 haben sich im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zu den vorherigen Jahren leicht verschlechtert. Das bezieht sich sowohl auf die rohe Rate (AJ 2023: 0,23 %; AJ 2024: 0,25 %; AJ 2025: 0,27 %) als auch auf die risikoadjustierte Rate (AJ 2023: 0,97; AJ 2024: 1,04; AJ 2025: 1,13). Das Bundesergebnis für den Qualitätsindikator 51831 hat sich im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum vorherigen Jahr ebenfalls verschlechtert (AJ 2024: 1,03; AJ 2025: 1,16). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 28,12 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 9 von 32). Der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten ist somit im Vergleich zum Vorjahr um 2,31 % gestiegen (AJ 2023: 25,81 %). In den Rückmeldungen der LAG wurden Struktur- und Prozessmängel, insbesondere eine inadäquate Reaktion auf ein pathologisches CTG sowie eine zu späte Entscheidung zur Durchführung eines Kaiserschnitts, für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. Ebenso häufig wurde die Kategorie „keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit“ für die Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse von den LAG angegeben.

Im Expertengremium auf Bundesebene wurde thematisiert, inwieweit zur Bestimmung der Blutgase zukünftig der Laktatwert erfasst werden sollte. Dieser Wert würde nach Einschätzung der Expertinnen und Experten die respiratorische Azidose am deutlichsten anzeigen und sei international verbreitet und anerkannt. Da zu erwarten sei, dass eine flächendeckende Erfassung des Laktatwertes aktuell nicht in allen Geburtskliniken möglich ist (z. B. sind Messgeräte bzw. Ingredienzien zur Bestimmung des Laktatwertes nicht immer vorhanden), sei eine kurzfristige Umstellung auf den Laktatwert jedoch nicht möglich. Das IQTIG wird dieser Thematik weiter nachgehen.

Für die Risikoadjustierung der Azidose bei reifen sowie frühgeborenen Einlingen (IDs 51397 und 51831) werden Variablen verwendet, die sich insbesondere auf die Schwangerschaft (wie z. B. Gestationsdiabetes), die Geburt (wie z. B. Nabelschnurvorfälle) sowie auf das Alter der Mutter beziehen. Zukünftig sollen weitere Faktoren wie der SGA-Status (Small for Gestational Age), Übergewicht und der Adipositasgrad Berücksichtigung finden.

Tabelle 9: QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

	AJ 2023	AJ 2024 ¹	AJ 2025
Bundesergebnis	1,01 O/E = 4.671 / 4.646,21 0,71 % O/N = 4.671 / 658.350	1,03 O/E = 4.505 / 4.364,95 0,73 % O/N = 4.505 / 617.518	1,12 O/E = 4.812 / 4.294,64 0,79 % O/N = 4.812 / 608.540
rechnerische Auffälligkeiten	17 von 644 2,64 %	30 von 622 4,82 %	26 von 606 4,29 % (Refbereich: ≤ 2,32)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 14 (57,14 %)	21 / 30 (70,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 644 (1,24 %)	21 / 622 (3,38 %)	n. a.

¹ In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Der Qualitätsindikator adressiert den postnatalen Zustand eines reifgeborenen Kindes unter und kurz nach der Geburt. Wesentliche Outcomeparameter wie das Versterben, der Apgar-Score, der Base Excess und der pH-Wert, die in Kombination den postnatalen Zustand eines Kindes besonders gut abbilden können, werden hierbei in einem Qualitätsindex zusammenfassend dargestellt.

Das Bundesergebnis für den Qualitätsindikator hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zu den Vorjahren verschlechtert (AJ 2023: 1,01; AJ 2024: 1,03; AJ 2025: 1,12). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 70,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 21 von 30). Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren weist dieser Qualitätsindikator die höchste Rate an qualitativen Auffälligkeiten auf. In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel wie temporäre Mängel in der Personalausstattung, begrenzte räumliche Kapazitäten von Kreißsaal und OP sowie fehlendes leitliniengetreues Handeln für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. Bei zwei Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Wie bereits im Abschnitt zur Azidose bei reifen und frühgeborenen Einlingen erwähnt, bestehen auch hier Überlegungen, zur Bestimmung der Blutgase zukünftig den Laktatwert zu erfassen.

Für die Risikoadjustierung der einzelnen Ebenen dieses Qualitätsindikators wird eine Vielzahl an Variablen verwendet, die sich insbesondere auf die Schwangerschaft (wie z. B. hypertensive Erkrankungen), die Geburt (wie z. B. vorzeitige Plazentalösung) sowie Angaben zum Gestationsalter beziehen.

Tabelle 10: QI 331: Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,00 % 0 = 30 N = 707.621	0,00 % 0 = 21 N = 663.556	0,00 % 0 = 22 N = 653.722
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	21 von 624 3,37 %	20 von 610 3,28 % (Refbereich: Sentinel Event)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	0 / 21 (0,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	0 / 624 (0,00 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt. Das Ergebnis soll möglichst gering sein.

Seit dem Auswertungsjahr 2024 wird die Transparenzkennzahl „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ (ID 331) wieder als Sentinel-Event-Indikator geführt. Hierdurch ist vorgesehen, dass die LAG jeden im Rahmen der stationären Geburt aufgetretenen Muttersterbefall innerhalb eines Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL aufarbeiten.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden in diesem Sentinel-Event-Indikator auf Bundesebene 22 Fälle identifiziert. Im Auswertungsjahr 2024 waren es 21 Fälle. Das Bundesergebnis hat sich im Vergleich zum Vorjahr somit um einen Fall verschlechtert. Erstmals (wieder) für das Auswertungsjahr 2024 liegen zu diesem Qualitätsindikator Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL vor. Hierbei wurde kein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Es ist jedoch fraglich, inwieweit dies ein valides Ergebnis darstellt, da in der Vergangenheit mehrere prominente Fachvertreterinnen und Fachvertreter dazu aufgerufen haben, für diesen Qualitätsindikator auch aufgrund der daraufhin regelmäßig stattfindenden staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren keine Bewertung als „qualitativ auffällig“ zu vergeben.

Tabelle 11: QI 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung

	AJ 2023	AJ 2024 ¹	AJ 2025
Bundesergebnis	99,01 % O = 226.814 N = 229.072	98,95 % O = 217.048 N = 219.354	99,04 % O = 216.584 N = 218.675
rechnerische Auffälligkeiten	2 von 640 0,31 %	3 von 619 0,48 %	2 von 605 0,33 % (Refbereich: ≥ 90,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 640 (0,00 %)	1 / 619 (0,16 %)	n. a.

¹ In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Der Qualitätsindikator adressiert die prophylaktische perioperative Antibiotikagabe bei Schwangeren mit einer Kaiserschnittentbindung, die möglichst häufig erfolgen soll.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators für das Auswertungsjahr 2025 hat sich im Vergleich zum vorherigen Jahr lediglich um 0,09 % verbessert, liegt aber seit Jahren auf einem hohen Niveau (AJ 2023: 99,01 %; AJ 2024: 98,95 %; AJ 2025: 99,04 %). Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist gering (AJ 2023: 0,31 %; AJ 2024: 0,48 %; AJ 2025: 0,33 %). Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 wurden 33,33 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 1 von 3). Bei diesem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Diese umfasste insbesondere die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Das IQTIG sowie das Expertengremium auf Bundesebene haben sich in der Vergangenheit mehrfach zur Validität des Qualitätsindikators ausgetauscht. Im Qualitätsindikator wird die prophylaktische Antibiotikagabe vor Hautschnitt bisher ebenso erfasst wie die Gabe nach Geburt des Kindes. Da in der Leitlinie des NICE (2025) eine prophylaktische Gabe vor Hautschnitt empfohlen wird, wurde eine mögliche Anpassung im Expertengremium auf Bundesebene besprochen. Aufgrund der neuesten Untersuchungen, dass sich die Antibiotikagabe vor Hautschnitt langfristig negativ auf das kindliche Mikrobiom auswirke, lehnen einige Schwangere eine Gabe vor Hautschnitt ab. Daher sprechen sich die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene dafür aus, weiterhin die perioperative Gabe und nicht ausschließlich die präoperative Gabe zu erfassen. Kliniken hätten somit die Möglichkeit, vor Hautschnitt oder nach Geburt des Kindes eine Antibiotikaphylaxe

laxe durchzuführen. Zudem gibt es Überlegungen, dass zukünftig der Zeitabstand zwischen Antibiotikagabe und Kaiserschnittentbindung spezifischer erfasst werden soll. Hierzu soll die Überarbeitung der Leitlinie „Sectio caesarea“ (Abou-Dakn et al. 2020) abgewartet werden.

Tabelle 12: QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

	AJ 2023	AJ 2024 ¹	AJ 2025
Bundesergebnis	0,21 % 0 = 20 N = 9.745	0,25 % 0 = 22 N = 8.920	0,37 % 0 = 32 N = 8.714
rechnerische Auffälligkeiten	19 von 609 3,12 %	22 von 593 3,71 %	19 von 577 3,29 % (Refbereich: Sentinel Event)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 4 (0,00 %)	2 / 22 (9,09 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	0 / 609 (0,00 %)	2 / 593 (0,34 %)	n. a.

¹ In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Der Qualitätsindikator adressiert die Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten bei Schwangeren. Ein Notfallkaiserschnitt deutet auf eine akute, für Mutter und/oder Kind lebensbedrohliche Notfallsituation hin. Ziel ist es daher, diesen Zustand in einem realistischen Maß möglichst kurz zu halten, um (weitere) Komplikationen bei Mutter und Kind zu vermeiden. Die E-E-Zeit soll daher möglichst häufig 20 Minuten oder weniger betragen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden in diesem Sentinel-Event-Indikator auf Bundesebene 32 Fälle identifiziert. Dies ist ein Anstieg von 10 Fällen im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 22). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 9,09 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 2 von 22). In den Rückmeldungen der LAG wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. Bei einem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert.

Tabelle 13: QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

	AJ 2023	AJ 2024 ¹	AJ 2025
Bundesergebnis	96,74 % O = 21.074 N = 21.784	96,94 % O = 19.430 N = 20.044	96,67 % O = 18.818 N = 19.466
rechnerische Auffälligkeiten	87 von 447 19,46 %	71 von 423 16,78 %	79 von 422 18,72 % (Refbereich: ≥ 90,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 34 (17,65 %)	10 / 71 (14,08 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 447 (1,34 %)	10 / 423 (2,36 %)	n. a.

¹ In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

Der Qualitätsindikator adressiert die Anwesenheit einer Pädia-terin oder eines Pädia-ters bei Frühgeburten. Bei frühgeborenen Kindern sollte eine Pädia-terin oder ein Pädia-ter (Fachärztin bzw. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin) bei der Geburt möglichst häufig anwesend sein, um das Kind direkt nach der Entbindung kinderärztlich zu versorgen.

Die Bundesergebnisse des Qualitätsindikators sind über die letzten Jahre hinweg relativ unverändert und schwanken nur minimal. Im Auswertungsjahr 2024 gab es zunächst eine geringfügige Verbesserung, im Auswertungsjahr 2025 hingegen wieder eine leichte Verschlechterung (AJ 2023: 96,74 %; AJ 2024: 96,94 %; AJ 2025: 96,67 %). Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen weist über die Jahre hinweg leichte Schwankungen auf (AJ 2023: 19,46 %; AJ 2024: 16,78 %; AJ 2025: 18,72 %). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 14,08 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 10 von 71). In den Rückmeldungen der LAG wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel für die Bewertung als qualitativ auffällig angegeben. So wurde bereits in den letzten Jahren vielfach erwähnt, dass qualitative Auffälligkeiten hauptsächlich in Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV ohne angeschlossene Kinderklinik identifiziert werden. Hierbei handele es sich oftmals um Notfälle und von vornherein nicht planbare geburtshilfliche Einzelfälle, bei denen eine Verlegung vor der Geburt nicht mehr möglich war und es somit nicht zu vermeiden sei, dass die Pädia-terin bzw. der Pädia-ter nach der Geburt eintreffe. Bei 2 Leistungserbringern wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Diese umfassten die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und Behandlungspfaden.

Bezüglich einer Weiterentwicklung des Indikators wurde im Expertengremium auf Bundesebene zuletzt diskutiert, was der Begriff „Anwesenheit“ einer Pädia-terin oder eines Pädia-ters bedeutet

bzw. was für eine notwendige fachliche Qualifikation die anwesende Person haben muss. Ein Umsetzungsvorschlag zur Anpassung des Ausfüllhinweises des Datenfeldes „Pädiater bei Kindsgeburt anwesend“ wurde hierzu erarbeitet und soll in der nächstmöglichen Spezifikation berücksichtigt werden:

Mit dem Begriff „Pädiater“ ist eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder eine Ärztin bzw. ein Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemeint, die/der die Erst- (und Notfall-)Versorgung des Frühgeborenen in Abhängigkeit vom jeweiligen Gestationsalter auf Facharzniveau durchführen kann.

Mit dem Begriff „bei Kindsgeburt anwesend“ ist gemeint, dass die betreffende Ärztin bzw. der betreffende Arzt spätestens zum Zeitpunkt der Abnabelung des jeweiligen Kindes im Entbindungsbereich persönlich anwesend ist.

Tabelle 14: QI 182010: Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,19 % O = 138 N = 70.771	0,14 % O = 93 N = 65.586	0,12 % O = 75 N = 61.053
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	41 von 77 53,25 %	28 von 77 36,36 % (Refbereich: Sentinel Event)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	7 / 41 (17,07 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	7 / 77 (9,09 %)	n. a.

Tabelle 15: QI 182011: Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,95 % O = 2.415 N = 81.972	2,71 % O = 2.088 N = 77.051	2,63 % O = 2.230 N = 84.771
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	6 von 134 4,48 %	6 von 136 4,41 % (Refbereich: ≤ 4,66 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	2 / 6 (33,33 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	2 / 134 (1,49 %)	n. a.

Tabelle 16: QI 182014: Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	9,20 % O = 21.264 N = 231.214	8,79 % O = 17.813 N = 202.551	8,49 % O = 15.511 N = 182.735
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	24 von 329 7,29 %	20 von 309 6,47 % (Refbereich: ≤ 11,76 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	6 / 24 (25,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	6 / 329 (1,82 %)	n. a.

Die drei Qualitätsindikatoren adressieren die Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe. Es sollen möglichst viele Kinder in einer Klinik geboren werden, die bezüglich deren Krankheitsschwere und des Grads der Unreife der Kinder für eine Behandlung adäquat ist.

Im Auswertungsjahr 2025 wurden in dem Sentinel-Event-Indikator 182010 auf Bundesebene 75 Fälle identifiziert. Im Auswertungsjahr 2024 waren es 93 und im Auswertungsjahr 2023 138 Fälle. Somit hat sich das Bundesergebnis über die Jahre stetig verbessert. Ebenso hat sich der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von 53,25 % (AJ 2024) auf 36,36 % (AJ 2025) verbessert. Auch die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren 182011 und 182014 haben sich in den letzten Jahren stetig verbessert (QI 182011: AJ 2023: 2,95 %; AJ 2024: 2,71 %; AJ 2025: 2,63 % / QI 182014: AJ 2023: 9,20 %; AJ 2024: 8,79 %; AJ 2025: 8,49 %).

Erstmalig für das Auswertungsjahr 2024 liegen zu den Qualitätsindikatoren Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL vor. Zum Indikator 182010 wurde ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen (> 80 %) festgestellt. Der Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen liegt bei rund 17 % und der Anteil an Dokumentationsfehlern bei 2,44 %. Als Gründe für die qualitativen Unauffälligkeiten wurden eine nicht gesicherte Einschätzung der exakten Schwangerschaftswoche, Hinweise auf Prozessmängel sowie eine Aufnahme von offensichtlich nicht geeigneten geburtshilflichen Fällen angegeben. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel angeführt. So bestand trotz bekannter Risikofaktoren ausreichend Zeit für eine Verlegung. Bei 2 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 eingeleitet, die sich insbesondere auf die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und Behandlungspfaden bezog.

Zu den Indikatoren 182011 und 182014 wurden 33,33 % bzw. 25,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig eingestuft. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden insbesondere Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel angegeben. Für den Qualitätsindikator 182014 wurde bei einem Leistungserbringer die Maßnahmenstufe 1 initiiert, die sich insbesondere auf die Implementierung von Handlungsempfehlungen bezog.

Tabelle 17: QI 52249: Kaiserschnittgeburt

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,03 O/E = 227.352 / 219.725,90 32,36 % O/N = 227.352 / 702.514	1,05 O/E = 217.652 / 207.736,34 33,04 % O/N = 217.652 / 658.823	1,06 O/E = 216.940 / 205.364,30 33,42 % O/N = 216.940 / 649.047
rechnerische Auffälligkeiten	72 von 649 11,09 %	64 von 624 10,26 %	65 von 610 10,66 % (Refbereich: ≤ 1,28; 90. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	40 / 72 (55,56 %)	32 / 64 (50,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	40 / 649 (6,16 %)	32 / 624 (5,13 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Kaiserschnittgeburt bei schwangeren Frauen. Unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sollen möglichst wenig Kaiserschnittgeburten erfolgen.

Bei diesem Qualitätsindikator ist relevant, dass sich das Bundesergebnis über die Jahre kontinuierlich verschlechtert hat. Dies bezieht sich sowohl auf die rohe Rate (AJ 2023: 32,36 %; AJ 2024: 33,04 %; AJ 2025: 33,42 %) als auch auf die risikoadjustierte Rate (AJ 2023: 1,03; AJ 2024: 1,05; AJ 2025: 1,06). Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 50,00 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 32 von 64). Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren ist dies der zweithöchste Wert. Rund 40 % der Leistungserbringer wiesen bereits im Vorjahr ein qualitativ auffälliges Ergebnis auf (n = 13 von 32). 18,75 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse wurden als qualitativ unauffällig bewertet, zu weiteren 18,75 % wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt (n = 12 von 64). Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren ist dies der Indikator mit der höchsten Anzahl und dem höchsten Anteil nicht durchgeführter Stellungnahmen. In den Rückmeldungen der LAG wurden hierfür vielfach die Schließung der Geburtshilfe, die aktuelle Umstrukturierung der Klinik sowie ein bereits geklärter Sachverhalt als Gründe genannt. Bezüglich der qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden ähnlich wie in den vergangenen Jahren vonseiten der LAG Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel sowie Probleme bei der Indikationsstellung, eine unzureichende medizinische Begründung einer erhöhten Kaiserschnitttrate und eine mangelnde Kommunikation mit den Belegärztinnen und Belegärzten zum Thema Kaiserschnittgeburt als Gründe genannt. Bei 12 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Diese umfasste u. a. die Teilnahme an Qualitätszirkeln und geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Für die Risikoadjustierung dieses Qualitätsindikators wird eine Vielzahl an Variablen verwendet, die sich insbesondere auf die Schwangerschaft (wie z. B. Gestationsdiabetes, Hypertonie oder

Proteinurie), die Geburt (wie z. B. vorzeitige Plazentalösung, Plazentainsuffizienz) sowie Angaben zur Mehrlingsschwangerschaft beziehen. Zukünftig sollen weitere Faktoren wie Übergewicht, der Adipositasgrad und die Tatsache, dass die Schwangere erstgebärend ist, in der Risikoadjustierung Berücksichtigung finden.

Tabelle 18: TKez 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	96,80 % O = 6.269 N = 6.476	95,27 % O = 6.105 N = 6.408	95,02 % O = 5.919 N = 6.229
rechnerische Auffälligkeiten	53 von 279 19,00 %	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 53 (7,55 %)	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	4 / 279 (1,43 %)	n. a.	n. a.

Die Kennzahl adressiert die antenatale Kortikosteroidtherapie bei schwangeren Frauen (mit einem präpartalen Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen) zur Förderung der Lungenreife beim frühgeborenen Kind, die möglichst häufig erfolgen soll. Das Bundesergebnis ist seit Jahren auf einem hohen Niveau (AJ 2023: 96,80 %; AJ 2024: 95,27 %; AJ 2025: 95,02 %). Zukünftig soll sich die Kennzahl nicht mehr auf die Häufigkeit der Kortikosteroidgabe beziehen, sondern vielmehr auf die Frage, ob die Gabe im leitlinienkonformen Zeitraum (24 h bis 7 Tage vor der Geburt) erfolgte.

Tabelle 19: TKez 181800: Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,89 O/E = 543 / 611,91 0,11 % O/N = 543 / 474.861	0,78 O/E = 444 / 570,04 0,10 % O/N = 444 / 440.942	0,79 O/E = 446 / 566,51 0,10 % O/N = 446 / 431.988
rechnerische Auffälligkeiten	31 von 640 4,84 %	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 31 (12,90 %)	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	4 / 640 (0,62 %)	n. a.	n. a.

Die Kennzahl adressiert Dammrisse vom Grad IV. Dammrisse bei spontaner sowie bei vaginal-operativer Geburt, z. B. unter Verwendung einer Zange oder Vakuumblocke, werden hierbei in einem Qualitätsindex zusammenfassend dargestellt und sollen möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis für das Auswertungsjahr 2025 hat sich im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 minimal verändert (AJ 2024: 0,78; AJ 2025: 0,79).

Die einzelnen Ebenen der Transparenzkennzahl werden risikoadjustiert berechnet. Für die Risikoadjustierung werden insbesondere die Körpergröße der Mutter und das Geburtsgewicht des Kindes berücksichtigt.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* werden im Auswertungsjahr 2025 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 2 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit dargestellt.

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 deuten auf eine leichte Verschlechterung im Vergleich zum Vorjahr hin. Beim Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) bzw. beim Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) verschlechterte sich das Bundesergebnis um einen Fall (AJ 2025: 44 Fälle; AJ 2024: 43 Fälle) bzw. um 0,07 % (AJ 2025: 0,85 %; AJ 2024: 0,78 %).

Der höchste Anteil an Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2025 konnte wie bereits im Vorjahr beim Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) identifiziert werden (AJ 2024: 5,40 %; AJ 2025: 7,11 %).

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 sind die meisten qualitativen Auffälligkeiten beim Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess“ (ID 850224) zu verzeichnen (AJ 2024: 73,33 %; AJ 2023: 51,61 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist dies ein Anstieg von 21,72 %. Als Gründe für die qualitativen Auffälligkeiten wurden von den LAG vielfach Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel angegeben.

Tabelle 20: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) - PM-GEBH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	0,50 % 44/8.714 (= 0)
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	0,85 % 5.159/608.489 (≤ 2,50 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,47 % 654.174/651.135 (≥ 95,00 %)
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,47 % 654.174/651.135 (≤ 110,00 %)
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,07 % 452/651.135 (≤ 5,00 %)

Tabelle 21: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PM-GE BH

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/ Kennzahlen	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850318	Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten	1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	2024	41 von 577	7,11	6
850224	Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess	51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	2024	28 von 606	4,62	8
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850081	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	8 von 614	1,30	1
850082	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	3 von 614	0,49	1
850226	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	0 von 614	0,00	-

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 22: AK 850318: Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,42 % O = 41 N = 9.745	0,48 % O = 43 N = 8.920	0,50 % O = 44 N = 8.714
rechnerische Auffälligkeiten	37 von 609 6,08 %	32 von 593 5,40 %	41 von 577 7,11 % (Refbereich: = 0)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	11 / 37 (29,73 %)	5 / 32 (15,62 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	11 / 609 (1,81 %)	5 / 593 (0,84 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob eine E-E-Zeit von weniger als 3 Minuten dokumentiert wurde, und hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ (ID 1058).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde in 44 Fällen eine E-E-Zeit < 3 Minuten dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich im Vergleich zum Vorjahr um einen Fall verschlechtert (AJ 2024: 43 Fälle). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 1,71 % erhöht. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein deutlich geringerer Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt als noch im Vorjahr (AJ 2023: 29,73 %, AJ 2024: 15,62 %). Bei einem Leistungserbringer wurde eine Qualitätssicherungsmaßnahme (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Von einer LAG wurde angemerkt, dass das Auffälligkeitskriterium nicht zielführend sei, da Auffälligkeiten vielfach durch einen Wechsel eines geplanten Kaiserschnitts zu einem Notfallkaiserschnitt erklärbar seien.

Tabelle 23: AK 850224: Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,79 % O = 5.191 N = 657.464	0,78 % O = 4.781 N = 616.818	0,85 % O = 5.159 N = 608.489
rechnerische Auffälligkeiten	31 von 643 4,82 %	30 von 622 4,82 %	28 von 606 4,62 % (Refbereich: ≤ 2,50 %; 95. Perzentil)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	16 / 31 (51,61 %)	22 / 30 (73,33 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	16 / 643 (2,49 %)	22 / 622 (3,54 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob der 5-Minuten-Apgar, der Nabelarterien-pH-Wert sowie der Base Excess dokumentiert wurden, und hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803).

Im Auswertungsjahr 2025 lag das Bundesergebnis bei 0,85 % und hat sich im Vergleich zum Vorjahr um 0,07 % verbessert (AJ 2024: 0,78 %). Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,20 % leicht gesunken (AJ 2024: 4,82 %; AJ 2025: 4,62 %). Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Anstieg von 21,72 % (AJ 2023: 51,61 %; AJ 2024: 73,33 %) zu verzeichnen. Bei 3 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Diese umfassten u. a. die Teilnahme am Qualitätszirkel sowie die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 24: AK 850081: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,28 % O = 708.027 N = 706.051	100,15 % O = 663.977 N = 662.971	100,47 % O = 654.174 N = 651.135
rechnerische Auffälligkeiten	9 von 647 1,39 %	12 von 626 1,92 %	8 von 614 1,30 % (Refbereich: ≥ 95,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	5 / 9 (55,56 %)	11 / 12 (91,67 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	5 / 647 (0,77 %)	11 / 626 (1,76 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 eine Dokumentationsrate von 100,47 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation.

Tabelle 25: AK 850082: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,28 % O = 708.027 N = 706.051	100,15 % O = 663.977 N = 662.971	100,47 % O = 654.174 N = 651.135
rechnerische Auffälligkeiten	6 von 647 0,93 %	4 von 626 0,64 %	3 von 614 0,49 % (Refbereich: ≤ 110,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 6 (50,00 %)	1 / 4 (25,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 647 (0,46 %)	1 / 626 (0,16 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 eine Dokumentationsrate von 100,47 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation.

Tabelle 26: AK 850226: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,06 % O = 406 N = 706.051	0,06 % O = 421 N = 662.971	0,07 % O = 452 N = 651.135
rechnerische Auffälligkeiten	0 von 647 0,00 %	0 von 626 0,00 %	0 von 614 0,00 % (Refbereich: ≤ 5,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	0 / 647 (0,00 %)	0 / 626 (0,00 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden.

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025, dass bei 0,07 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz angelegt wurde. Rechnerische Auffälligkeiten gab es keine.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 27: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen
gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024 ¹	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	4.535	-	4.655	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	4.535	100,00	4.655	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	312	6,88	314	6,75
davon ohne QSEB-Übermittlung	72	23,08	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	240	100,00	314	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	240	100,00	314	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	54	22,50	15	4,78
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	186	77,50	299	95,22
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	186	100,00	299	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	1,08	2	0,67
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	1	0,33
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	95	39,58	173	55,10
Bewertung als qualitativ auffällig	70	29,17	90	28,66
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	11	4,58	20	6,37
Sonstiges	10	4,17	15	4,78

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024 ¹	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	26	n. a.	31	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

¹ In den Auswertungsjahren 2018 bis 2023 wurde bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Seit dem Auswertungsjahr 2024 werden sowohl die rechnerischen als auch die statistischen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL geprüft. Die Angaben zum Auswertungsjahr 2024 sind daher nur eingeschränkt mit dem Auswertungsjahr 2023 vergleichbar.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *PM-GEBH* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 insgesamt 10 Qualitätsindikatoren geprüft. Von allen geburtshilflichen Qualitätsindikatoren wies der Indikator „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249) die höchste Anzahl bzw. den höchsten Anteil nicht durchgeführter Stellungnahmen auf. In den Rückmeldungen der LAG wurden hierfür vielfach die Schließung der Geburtshilfe, die aktuelle Umstrukturierung der Klinik sowie ein bereits geklärter Sachverhalt als Gründe genannt.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden in den Qualitätsindikatoren „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ (ID 51803) und „Kaiserschnittgeburt“ (ID 52249) festgestellt. In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren wurden hierzu insbesondere Struktur- und Prozessmängel als Gründe angegeben. Für den Qualitätsindikator 51803 wurden temporäre Mängel in der Personalausstattung, begrenzte räumliche Kapazitäten von Kreißsaal und OP sowie fehlendes leitliniengetreues Handeln und beim Qualitätsindikator 52249 Probleme bei der Indikationsstellung, eine unzureichende medizinische Begründung einer erhöhten Kaiserschnittrate und eine mangelnde Kommunikation mit den Belegärztinnen und Belegärzten zum Thema Kaiserschnittgeburt als Gründe genannt.

Die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich in den Qualitätsindikatoren „Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182010) und „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ (ID 318). Die abweichenden Ergebnisse erklären sich hierbei insbesondere durch Einzelfälle.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 war bei 6,37 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 20 von 314) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich. Die meisten Dokumentationsfehler wurden in den Qualitätsindikatoren „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ (ID 50045) und „Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen“ (ID 182014) ermittelt.

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-GEBH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
203	45	7	68	11	0

Im Auswertungsmodul PM-GEBH treten bei Leistungserbringern mehrfache rechnerische Auffälligkeiten gehäuft auf (siehe Tabelle 28) – so wiesen insgesamt 45 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 7 Leistungserbringern wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Auch bei den qualitativen Auffälligkeiten kommt es zu mehrfachen Auffälligkeiten – so wiesen 11 Leistungserbringer 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, kein Leistungserbringer hatte 3 oder mehr qualitativ auffällige Ergebnisse.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul PM-GEBH insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft.

Die meisten als qualitativ auffälligen Ergebnisse wurden im Auffälligkeitskriterium „Fehlende Angabe des 5-Minuten-Apgar oder fehlende Angabe des Nabelarterien-pH-Wertes sowie fehlende Angabe des Base Excess (ID 850224) festgestellt. Hierzu wurden vielfach Prozessmängel im geburtshilflichen Management als Grund angegeben.

Die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich für das Auswertungsjahr 2024 im Auffälligkeitskriterium „Angabe E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318). Hier erklärten sich die abweichenden Ergebnisse insbesondere durch Einzelfälle.

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-GEBH

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	3.205	100,00	3.112	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	83	2,59	78	2,51
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	83	100,00	78	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	27	32,53	2	2,56
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	56	67,47	76	97,44
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	56	100,00	76	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	18	21,69	28	35,90
Bewertung als qualitativ auffällig	35	42,17	39	50,00
Sonstiges	3	3,61	9	11,54
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	2	n. a.	7	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 30: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-GEBH

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffäl- ligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit 1 Auffäl- ligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig- keiten
66	6	0	37	1	0

Im Auswertungsmodul PM-GEBH treten bei Leistungserbringern relativ selten mehrfache rechnerische Auffälligkeiten in den Auffälligkeitskriterien auf (siehe Tabelle 30) – so wiesen insgesamt nur 6 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei keinem Leistungserbringer wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Bei den qualitativen Auffälligkeiten kommt es noch seltener zu mehrfachen Auffälligkeiten – lediglich ein Leistungserbringer wies 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, kein Leistungserbringer hatte 3 oder mehr qualitativ auffällige Ergebnisse.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *PM-GEBH* wurde vonseiten einer LAG im Zusammenhang mit der Bearbeitung des Stellungnahmeverfahrens zurückgemeldet, dass das Auffälligkeitskriterium „E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) nicht zielführend sei, da Auffälligkeiten vielfach durch einen Wechsel eines geplanten Kaiserschnitts zu einem Notfallkaiserschnitt erklärbar seien.

Durch das Auswertungsmodul *PM-GEBH* sollen insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie unerwünschte Ereignisse in der mütterlichen und kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der geburtshilflichen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses gemessen, vergleichend dargestellt und bewertet werden.

Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Auswertungsmoduls *PM-GEBH*:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen
- Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen
- Verringerung der Sterblichkeit

Für das Auswertungsjahr 2024 hat für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* eine der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Von einer LAG wurde die aktuell fehlende Verknüpfung geburtshilflicher und neonatologischer Fälle kritisiert, die eine hinreichende Analyse, ob ein Problem im Geburtsverlauf oder in der neonatologischen Versorgung aufgetreten ist, verhindere. Von derselben LAG wurde zudem angemerkt, dass das Auffälligkeitskriterium „E-E-Zeit < 3 Minuten“ (ID 850318) nicht zielführend sei, da Auffälligkeiten vielfach durch einen Wechsel eines geplanten Kaiserschnitts zu einem Notfallkaiserschnitt erklärbar seien.

5 Ausblick

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch QS PM. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Im Abschlussbericht empfiehlt das IQTIG, den Großteil der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen weiterzuführen. Darüber hinaus wird angeregt, Sozialdaten bei den Krankenkassen bei der Berechnung einiger Qualitätsindikatoren einzubeziehen. Durch Anpassung der Rechenregeln bzw. Spezifikation sollen einzelne Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen zukünftig spezifischer dargestellt werden.

Vor dem Hintergrund der seit Langem angestrebten Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung sollen nun zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet werden und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll. Langfristig könnte dies in den Regelbetrieb eingeführt werden und es könnten ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten zur Einführung empfohlen werden.

Neonatologie

1 Hintergrund

Bei der Neonatologie handelt es sich um einen Zweig der angewandten Kinderheilkunde, der sich mit der Versorgung und Behandlung von Früh- und Neugeborenen beschäftigt. Hierbei ist die Sicherstellung einer guten Versorgungsqualität, insbesondere die Vermeidung von Erkrankungen sowie die Durchführung einer adäquaten Therapie, von großer Bedeutung.

Das Auswertungsmodul *PM-NEO* soll gemäß DeQS-RL insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen, unerwünschte Ereignisse der kindlichen Versorgung, Prozesse in der neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses messen, vergleichend darstellen und bewerten.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden alle Neugeborenen erfasst, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär in ein Krankenhaus aufgenommen werden und eine Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von über 12 Stunden haben oder die im Alter von 8 bis 120 Tagen von einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von weniger als 2.000 g
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung
- Beatmung länger als eine Stunde
- schwerwiegende Erkrankung bei einem Aufnahmegewicht ab 2.000 g

Dokumentationspflichtig sind darüber hinaus Kinder, die im Kreißsaal oder in den ersten 7 Lebenstagen verstorben sind oder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt wurden und verstorben sind.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien werden pro Jahr derzeit über 90.000 Früh- oder Neugeborene erfasst. Bei ca. 10.000 von diesen Kindern handelt es sich um sehr kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g oder mit einem Gestationsalter von weniger als 32 vollendeten Schwangerschaftswochen. Ein Großteil der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* bezieht sich auf diese Hochrisikogruppe.

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Neben der Erfassung der Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei sehr kleinen Frühgeborenen (IDs 51832 und 51837) und Risiko-Lebendgeborenen (IDs 51070 und 222402) werden auch schwerwiegende Erkrankungen betrachtet, die Langzeitfolgen für diese Kinder nach sich ziehen können; hierunter fallen

- höhergradige Hirnblutungen, die vermehrt mit späteren Behinderungen einhergehen (intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH); IDs 51076, 50050 und 222200),
- entzündliche Darmerkrankungen (nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP); IDs 51838, 51843, 222400, 222401 und 222201),

- schwerwiegende Schädigungen der weißen Hirnsubstanz (zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL); IDs 51077 und 50051),
- schwerwiegende Schädigungen der Lunge (bronchopulmonale Dysplasie (BPD); IDs 51079 und 50053) sowie
- schwerwiegende Schädigungen der Netzhaut des Auges (höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP); IDs 51078 und 50052)

Zudem werden nosokomiale Infektionen betrachtet: Der Qualitätsindikator 50060 erfasst Früh- und behandlungsbedürftige Neugeborene mit Sepsis und Pneumonie (Lungenentzündung), die später als drei Tage nach Geburt auftreten – diese im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts erworbenen Infektionen gehören zu den häufigsten Ursachen der Sterblichkeit dieser Kinder. Darüber hinaus wird erhoben, ob sich bei beatmeten Kindern eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand gebildet hat (ID 50062 zum Pneumothorax). Ein Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901), in dem verschiedene Kennzahlen der Ergebnisqualität für Frühgeborene verrechnet werden, wird ausgewiesen, da aufgrund der geringen Anzahl an Frühgeborenen zufällige statistische Schwankungen sehr ausgeprägt sind und oftmals keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mittels eines einzelnen Qualitätsindikators ermöglichen. Des Weiteren wird die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts erfasst (ID 52262), da sich hierdurch zusätzliche Rückschlüsse auf die Kindesentwicklung und mögliche Qualitätsprobleme ziehen lassen. Neben diesen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Ergebnisqualität werden auch Prozessindikatoren gemessen. Beispielsweise wird erhoben, ob die Körpertemperatur von sehr kleinen Frühgeborenen oder Risiko-Lebendgeborenen bei Aufnahme ins Krankenhaus unter 36,0 °C beträgt (IDs 50069 und 50074), da eine Unterkühlung schwerwiegende Komplikationen und Folgeerkrankungen hervorruft und sich somit auf die spätere Entwicklung der Kinder negativ auswirken kann. Zudem wird erfasst, ob ein Hörtest durchgeführt wurde (ID 50063), um frühestmöglich angeborene Hörstörungen diagnostizieren und eine entsprechende Therapie einleiten zu können.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Auswertungsjahr 2025 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 17 Transparenzkennzahlen (AJ 2024: 14 Transparenzkennzahlen) ausgewiesen. Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen wird zum Auswertungsjahr 2025 als perzentilbasierte und risikoadjustierte Rate innerhalb der Gruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus“ im Rahmen eines neuen Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402) ausgewiesen. Der bereits bestehende Sentinel-Event-Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)“ (ID 51070) wird entsprechend als Kennzahl ohne Referenzbereich dargestellt. Ebenso wurden in der Gruppe „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)“ die Kennzahlen „Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)“ (ID 222400) und „Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)“ (ID 222401) neu aufgenommen und der Gruppenname entsprechend erweitert. Diese den entzündlichen Darmerkrankungen zuzuordnenden Krankheitsbilder unterscheiden sich in ihrer Ätiologie, Pathophysiologie und Therapie von der NEK und sollen daher differenzierter abgebildet werden.

Tabelle 31: Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) – PM-NEO

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus			
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebend-geborenen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebend-geborenen	QS-Dokumentation	2024
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)			
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)*	QS-Dokumentation	2024
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines post-hämorrhagischen Hydrozephalus*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)			
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)*	QS-Dokumentation	2024
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)*	QS-Dokumentation	2024
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)			
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)*	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)			
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)*	QS-Dokumentation	2024

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Datenquelle	Erfassungsjahr
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)			
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)*	QS-Dokumentation	2024
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)*	QS-Dokumentation	2024
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QS-Dokumentation	2024
50060	Nosokomiale Infektion	QS-Dokumentation	2024
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QS-Dokumentation	2024
52262	Zunahme des Kopfumfangs	QS-Dokumentation	2024
50063	Durchführung eines Hörtests	QS-Dokumentation	2024
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C			
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QS-Dokumentation	2024
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QS-Dokumentation	2024

* Transparenzkennzahl

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* werden im Auswertungsjahr 2025 – wie bereits im Vorjahr – insgesamt 7 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Tabelle 32: Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – *PM-NEO*

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	QS-Dokumentation
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	QS-Dokumentation
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	QS-Dokumentation
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	QS-Dokumentation
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	QS-Dokumentation
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	QS-Dokumentation
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	QS-Dokumentation

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit prüfen die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze – mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft. Im Auswertungsmodul *PM-NEO* umfassen diese Auffälligkeitskriterien verschiedene Prüfungen, wie etwa, ob die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme ins Krankenhaus angegeben wurde (ID 850206) oder ob der Kopfumfang des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus kleiner als bei Aufnahme in das Krankenhaus war (ID 850207). Weitere Kriterien überprüfen, ob bei Kindern mit Angabe einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung eine entsprechende Diagnose nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – 10. Revision – German Modification, ICD-10-GM) vorliegt (ID 851813) und ob die Häufigkeit der Angaben einer schweren oder letalen angeborenen Erkrankung plausibel ist (ID 852301). Auch wird überprüft, ob bei Vorliegen bestimmter Bedingungen eine moderate oder schwere BPD dokumentiert wurde (ID 851902) und ob das Datum des ROP-Screenings innerhalb des empfohlenen Zeitrahmens dokumentiert wurde (ID 852001). Ein weiteres Kriterium prüft, ob bei Dokumentation einer Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie ebenso eine zwingend zugrunde liegende hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) angegeben wurde (ID 852300).

Die Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit überprüfen, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden. Zum einen beinhalten diese Prüfungen zur Unter- und Überdokumentation von Fällen bzw. ob weniger (ID 850199) oder mehr (ID 850200) Fälle als gemäß Sollstatistik erwartet dokumentiert wurden. Zum anderen wird kontrolliert, ob für dokumentationspflichtige Fälle zu viele Minimaldatensätze anstelle regulärer Datensätze angelegt wurden (ID 850208).

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Vergleich zum Vorjahr insgesamt weniger Datensätze übermittelt, die Vollzähligkeit ist in einem ähnlichen Bereich geblieben.

Es wurden Datensätze von insgesamt 91.833 Kindern erfasst. Dies ist ein Rückgang um 0,99 % im Vergleich zum Vorjahr (AJ 2024: 92.482). Dieser Rückgang kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Geburtenzahl im Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 insgesamt um 1,48 % abgenommen hat (AJ 2024: 663.977; AJ 2025: 654.174).

Tabelle 33: Datengrundlage (AJ 2025, EJ 2024) – PM-NEO

		Erfassungsjahr 2024		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt Basisdatensatz MDS	91.833 91.147 686	91.550	100,31
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	445		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	470	482	97,51
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	441	450	98,00

Für das Auswertungsmodul *PM-NEO* erfolgt die Auswertung entsprechend dem entlassenden Standort (= Auswertungsstandort).

2.2 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

2.2.1 Überblick

Im Auswertungsjahr 2025 wurden im Auswertungsmodul *PM-NEO* insgesamt 8 Qualitätsindikatoren und 17 Transparenzkennzahlen ausgewiesen. Die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zum Auswertungsjahr 2025 deuten auf eine überwiegend gute Versorgungsqualität hin. Für den Großteil der Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügige Veränderungen. Insgesamt verbessern sich 4 Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl in ihrem Ergebnis, 3 Qualitätsindikatoren und 13 Kennzahlen verschlechtern sich gegenüber dem Vorjahr, für einen Qualitätsindikator und 3 Kennzahlen kann kein Vergleich zum Vorjahr gezogen werden. Mit Ausnahme

der Kennzahlen zur bronchopulmonalen Dysplasie (IDs 51079 und 50053) weist keine der beobachteten Ratenverschlechterungen eine Signifikanz auf.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 26 % verschlechtert. Dies kann insbesondere auf die Verschlechterung des Bundesergebnisses zur bronchopulmonalen Dysplasie (BPD) zurückgeführt werden, die in den Qualitätsindex einfließt. Auch die Bundesergebnisse der einzeln ausgewiesenen Kennzahlen zur BPD (IDs 51079 und 50053) haben sich im Vergleich zum Vorjahr – trotz identischer Rechenregel – ebenso erheblich verschlechtert: Der Zähler bzw. der Anteil der rohen Rate (ID 51079) hat sich mehr als verdoppelt, das Ergebnis der risikoadjustierten Rate (ID 50053) hat sich um 125 % verschlechtert. Diese Entwicklung kann auf die umfassende Überarbeitung des Datenfelds zur BPD mit der Spezifikation 2024 zurückgeführt werden, wodurch nun eine validere und vollständigere Erfassung der moderaten und schweren BPD angenommen werden kann. Zuvor wurde eine generelle Unterdokumentation vermutet.

Beim Sentinel-Event-Indikator zur Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 51070) wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen (über 87 %) festgestellt. In einigen Fällen handelte es sich um perinatal aufgetretene Sterbefälle, die zumeist durch schwere im Rahmen der Geburt aufgetretene Asphyxien (bei z. T. aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern) verursacht wurden. Da die neonatologischen Kliniken auf das Auftreten dieses lebensbedrohlichen Sauerstoffmangels innerhalb der geburtshilflichen Versorgung i. d. R. keinen Einfluss haben, wird die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen zum Auswertungsjahr 2025 als perzentilbasierte und risikoadjustierte Rate im Rahmen des neuen Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402) ausgewiesen. Durch die Berücksichtigung relevanter Einflussfaktoren (z. B. Asphyxie, hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE)) soll ein fairer Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen den verschiedenen Krankenhausstandorten ermöglicht werden. Der Qualitätsindikator 51070 wird als Kennzahl ohne Referenzbereich dargestellt.

Der risikoadjustierte Qualitätsindikator zur Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 50074) weist im Auswertungsmodul PM-NEO im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach wie vor die höchsten Anteile qualitativ auffälliger Ergebnisse, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, auf (AJ 2022: 56,00 %; AJ 2023: 47,62 %; AJ 2024: 31,82 %). Gemäß Rückmeldungen der LAG und nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sei dies auf ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung und insbesondere auf eine ungenügende Sensibilisierung für das Qualitätsziel bzw. eine mangelnde Aufmerksamkeit des pflegerischen und ärztlichen Personals in Hinblick auf Wärmeschutzmaßnahmen zurückzuführen. Allerdings könne auch bereits eine Verbesserung beim Wärmemanagement innerhalb der Neugeborenenversorgung beobachtet werden. Entsprechend hat sich das Bundesergebnis des Qualitätsindikators für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 10,00 % verbessert. Ebenso hat der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 33,00 % abgenommen, im Vergleich zum Auswertungsjahr 2022 sogar

um 43,18 %. Trotz der genannten Verbesserungen sollte die Bedeutung des Qualitätsparameters – insbesondere aufgrund des nach wie vor hohen Anteils an qualitativen Auffälligkeiten – stärker in der breiteren Fachöffentlichkeit bzw. in der klinischen Praxis hervorgehoben werden.

Tabelle 34: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren und Transparenzkennzahlen (AJ 2025) - PM-NEO

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Sterblichkeit im Krankenhaus				
51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)*	0,22 % O = 167 N = 76.629	0,23 % O = 179 N = 76.662	vergleichbar
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	- O/E = - / - - O/N = - / -	0,94 O/E = 179 / 190,62 0,23 % O/N = 179 / 76.662 (≤ 3,84; 95. Perzentil)	im Vorjahr nicht berechnet
51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)*	3,13 % O = 265 N = 8.478	3,49 % O = 286 N = 8.197	vergleichbar
51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen*	1,00 O/E = 265 / 265,00 3,13 % O/N = 265 / 8.478	1,06 O/E = 286 / 269,85 3,49 % O/N = 286 / 8.197	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)				
51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)*	2,68 % O = 224 N = 8.362	3,23 % O = 261 N = 8.070	vergleichbar
50050	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)*	1,00 O/E = 224 / 224,00 2,68 % O/N = 224 / 8.362	1,16 O/E = 261 / 225,68 3,23 % O/N = 261 / 8.070	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
222200	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus*	0,49 % O = 44 N = 9.048	0,48 % O = 42 N = 8.682	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)				
51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)*	1,84 % O = 170 N = 9.221	1,96 % O = 173 N = 8.847	vergleichbar
51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)*	1,00 O/E = 170 / 170,00 1,84 % O/N = 170 / 9.221	1,03 O/E = 173 / 167,81 1,96 % O/N = 173 / 8.847	eingeschränkt vergleichbar
222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)*	- O = - N = -	1,24 % O = 110 N = 8.847	im Vorjahr nicht berechnet
222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)*	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,05 O/E = 110 / 104,53 1,24 % O/N = 110 / 8.847	im Vorjahr nicht berechnet
222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP*	- O/E = - / - - O/N = - / -	0,88 O/E = 169 / 192,55 1,91 % O/N = 169 / 8.847	nicht vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)				
51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)*	1,30 % O = 100 N = 7.712	1,57 % O = 117 N = 7.444	vergleichbar
50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)*	1,00 O/E = 100 / 100,00 1,30 % O/N = 100 / 7.712	1,20 O/E = 117 / 97,83 1,57 % O/N = 117 / 7.444	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)				
51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)*	3,31 % O = 203 N = 6.139	7,84 % O = 469 N = 5.984	vergleichbar
50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)*	1,00 O/E = 203 / 203,00 3,31 % O/N = 203 / 6.139	2,25 O/E = 469 / 208,44 7,84 % O/N = 469 / 5.984	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)				
51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)*	4,64 % O = 199 N = 4.290	5,40 % O = 226 N = 4.184	vergleichbar
50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)*	1,00 O/E = 199 / 199,00 4,64 % O/N = 199 / 4.290	1,10 O/E = 226 / 206,06 5,40 % O/N = 226 / 4.184	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	1,00 O/E = 920 / 920,00 9,98 % O/N = 920 / 9.221	1,26 O/E = 1.141 / 905,95 12,90 % O/N = 1.141 / 8.847 (≤ 2,43; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50060	Nosokomiale Infektion	1,00 O/E = 903 / 903,00 1,22 % O/N = 903 / 74.185	0,90 O/E = 819 / 908,66 1,11 % O/N = 819 / 73.969 (≤ 2,60; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	1,00 O/E = 759 / 759,00 2,35 % O/N = 759 / 32.304	1,04 O/E = 815 / 782,68 2,44 % O/N = 815 / 33.443 (≤ 2,36; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52262	Zunahme des Kopfumfangs	10,00 % O = 1.171 N = 11.710	9,71 % O = 1.102 N = 11.346 (≤ 21,28 %; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50063	Durchführung eines Hörtests	97,99 % O = 82.051 N = 83.730	98,13 % O = 81.866 N = 83.423 (≥ 95,00 %)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator/Transparenzkennzahl	Bundesergebnis AJ 2024	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C				
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	1,00 O/E = 402 / 402,00 4,22 % O/N = 402 / 9.535	0,96 O/E = 384 / 399,31 4,18 % O/N = 384 / 9.183 (≤ 2,97; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	1,00 O/E = 2.894 / 2.894,00 3,76 % O/N = 2.894 / 76.986	0,90 O/E = 2.581 / 2.857,46 3,35 % O/N = 2.581 / 77.106 (≤ 1,96; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

* Transparenzkennzahl

Tabelle 35: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2025) – PM-NEO

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	2023	-	-	-
		2024	23 von 432	5,32	-
51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2023	18 von 290	6,21	5
		2024	17 von 281	6,05	3

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
50060	Nosokomiale Infektion	2023	16 von 396	4,04	5
		2024	15 von 382	3,93	4
50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	2023	21 von 349	6,02	3
		2024	23 von 344	6,69	1
52262	Zunahme des Kopfumfangs	2023	19 von 303	6,27	2
		2024	15 von 295	5,08	4
50063	Durchführung eines Hörtests	2023	39 von 405	9,63	7
		2024	32 von 392	8,16	7
Gruppe: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C					
50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	2023	19 von 287	6,62	5
		2024	12 von 281	4,27	2
50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	2023	22 von 422	5,21	3
		2024	22 von 420	5,24	4

2.2.2 Detailergebnisse

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zur Ergebnisqualität

Tabelle 36: TKez 51070: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,21 % O = 170 N = 80.081	0,22 % O = 167 N = 76.629	0,23 % O = 179 N = 76.662
rechnerische Auffälligkeiten	111 von 472 23,52 %	110 von 445 24,72 %	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	7 / 111 (6,31 %)	8 / 110 (7,27 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	7 / 472 (1,48 %)	8 / 445 (1,80 %)	n. a.

Tabelle 37: QI 222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	0,94 O/E = 179 / 190,62 0,23 % O/N = 179 / 76.662
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	23 von 432 5,32 % (Refbereich: ≤ 3,84; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahl bzw. der Qualitätsindikator adressiert die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen post menstruationem [p. m.] und Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g). Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen soll möglichst niedrig sein.

Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen wird zum Auswertungsjahr 2025 als perzentilbasierte und risikoadjustierte Rate innerhalb der Gruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus“ im Rahmen des neuen Qualitätsindikators „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402) ausgewiesen. Die Berücksichtigung u. a. einer Asphyxie und einer HIE als Einflussfaktoren im Risikoadjustierungsmodell soll einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen den verschiedenen Standorten ermöglichen, da die neonatologischen Kliniken auf das Auftreten einer Asphyxie bzw. HIE innerhalb der geburtshilflichen Versorgung

i. d. R. keinen Einfluss haben. Da es u. a. zu Dopplungen im Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 der DeQS-RL mit dem bereits bestehenden Sentinel-Event-Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)“ (ID 51070) kommen kann, wird der Qualitätsindikator 51070 zum Auswertungsjahr 2025 als Kennzahl ohne Referenzbereich dargestellt und in der Bezeichnung um den Zusatz „(rohe Rate)“ ergänzt. Das Bundesergebnis der rohen Rate (ID 51070) hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 4,55 % verschlechtert. Aufgrund seiner Neueinführung können zum Qualitätsindikator 222402 keine Vorjahresergebnisse ausgegeben bzw. kann keine Vergleichbarkeit zu den Vorjahren angestellt werden. Der Qualitätsindikator weist extreme O/E-Werte auf, die der Bundesauswertung zum Auswertungsjahr 2025 entnommen werden können. Dabei handelt es sich um Leistungserbringer mit Zählerereignissen bei sehr geringen Fallzahlen, wobei die Erwartung für ein Versterben aufgrund des Risikoprofils als sehr unwahrscheinlich eingeschätzt wurde.

Im Sentinel-Event-Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens der vergangenen Jahre ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (AJ 2022: 89,72 %; n = 96 von 107 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; AJ 2023: 87,39 %; n = 97 von 111 rechnerisch auffälligen Ergebnissen; AJ 2024: 91,82 %; n = 101 von 110 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren werden als Begründung für eine Einstufung als qualitativ unauffällig oftmals unvermeidliche, schicksalhaft verlaufende und medizinisch begründete Einzelfälle, bei denen keine Mängel in der Qualität der medizinischen Versorgung zu erkennen waren, genannt. Vielfach zeigten sich Hinweise auf Prozessmängel im geburtshilflichen Management (z. B. verzögerte Reaktion auf ein suspektes bzw. pathologisches Kardiotokogramm, verzögerte Feststellung der Lage des Kindes) bei z. T. aus externen Geburtskliniken zuverlegten Kindern. Darüber hinaus waren bei zuverlegten Kindern teilweise relevante Informationen nicht verfügbar, so dass eine adäquate abschließende Bewertung im Stellungnahmeverfahren nicht immer möglich war. Die Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene empfehlen, dass bei auftretenden Sterbefällen in der Neonatologie die beteiligte Geburtshilfe in das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 der DeQS-RL eingebunden werden soll. Durch die auf Landesebene erfolgte Aufarbeitung und Bewertung der Sterbefälle in interdisziplinären (z. T. fachausschussübergreifenden) Einzelfallbesprechungen (z. B. durch Sichtung umfangreicher Auszüge aus der Patientendokumentation) können Handlungsempfehlungen in Diagnostik und Therapie entwickelt bzw. herausgegeben werden. Durch Einbindung aller an der Versorgung Beteiligten (z. B. Neonatologinnen und Neonatologen, Geburtshelferinnen und Geburtshelfer) kann zudem die Versorgungsqualität gefördert werden.

Sowohl der Zugang als auch der Umfang der Übermittlung von Versichertendaten an die Leistungserbringer und ihre dortige Verarbeitung sind in § 299 SGB V sowie in Teil 1 § 18 Abs. 4 der DeQS-RL geregelt. Demnach dürfen Leistungserbringer zur Auswertung von Follow-up-Indikatoren, Follow-up-Kennzahlen oder zu Vorgangsnummern nach § 14 Abs. 5 Satz 3 Daten der von ihnen behandelten Versicherten erhalten und diese zum Zweck der Qualitätssicherung mit bereits vorliegenden Daten zusammenführen. Allerdings ist bislang noch kein entsprechender konkretisierender Absatz in den themenspezifischen Bestimmungen des Verfahrens QS PM enthalten.

Zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) sollen nun erstmals im Auswertungsmodul *PM-GEBH* die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird vom IQTIG im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll.

Tabelle 38: TKez 51832: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	3,67 % O = 332 N = 9.038	3,13 % O = 265 N = 8.478	3,49 % O = 286 N = 8.197
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 39: TKez 51837: Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,14 O/E = 332 / 290,69 3,67 % O/N = 332 / 9.038	1,00 O/E = 265 / 265,00 3,13 % O/N = 265 / 8.478	1,06 O/E = 286 / 269,85 3,49 % O/N = 286 / 8.197
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen soll möglichst niedrig sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51832) bzw. risikoadjustierten (ID 51837) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 11,50 % bzw. 6,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche zeigen jedoch, dass diese Verschlechterungen nicht signifikant sind. Dies weist darauf hin, dass es sich bei den diesjährigen Bundesergebnissen um zufällige Schwankungen handeln kann.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51136_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 40: TKez 51076: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	2,97 % O = 264 N = 8.882	2,68 % O = 224 N = 8.362	3,23 % O = 261 N = 8.070
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 41: TKez 50050: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,08 O/E = 264 / 245,03 2,97 % O/N = 264 / 8.882	1,00 O/E = 224 / 224,00 2,68 % O/N = 224 / 8.362	1,16 O/E = 261 / 225,68 3,23 % O/N = 261 / 8.070
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die IVH Grad 3 oder PVH soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51076) bzw. risikoadjustierten (ID 50050) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 20,52 % bzw. 16,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche zeigen jedoch, dass diese Verschlechterungen nicht signifikant sind. Dies weist darauf hin, dass es sich bei den diesjährigen Bundesergebnissen um zufällige Schwankungen handeln kann.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51141_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 42: TKez 222200: Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,65 % O = 63 N = 9.695	0,49 % O = 44 N = 9.048	0,48 % O = 42 N = 8.682
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahl adressiert die intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g) mit Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus. Die IVH Grad 3 oder PVH und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der Kennzahl hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 2,04 % verbessert. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde innerhalb des Zählers der Zusatz „[IVH Grad 3 oder PVH], die während des aktuellen Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist“ aufgenommen. Mit dieser Änderung soll gewährleistet werden, dass innerhalb der Kennzahl keine Standorte betrachtet werden, in welche Frühgeborene aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden, bei denen eine IVH Grad 3 oder eine PVH bereits vor Aufnahme in das aktuelle Krankenhaus vorlag. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 Neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 nur eingeschränkt vergleichbar.

Tabelle 43: TKez 51838: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,77 % O = 176 N = 9.923	1,84 % O = 170 N = 9.221	1,96 % O = 173 N = 8.847
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 44: TKez 51843: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,95 O/E = 176 / 185,72 1,77 % O/N = 176 / 9.923	1,00 O/E = 170 / 170,00 1,84 % O/N = 170 / 9.221	1,03 O/E = 173 / 167,81 1,96 % O/N = 173 / 8.847
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die NEK soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51838) bzw. risikoadjustierten (ID 51843) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 6,52 % bzw. 3,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche zeigen jedoch, dass diese Verschlechterungen nicht signifikant sind. Dies weist darauf hin, dass es sich bei den diesjährigen Bundesergebnissen um zufällige Schwankungen handeln kann.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51146_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 45: TKez 222400: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	- O = - N = -	1,24 % O = 110 N = 8.847
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 46: TKez 222401: Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,05 O/E = 110 / 104,53 1,24 % O/N = 110 / 8.847
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die FIP/SIP soll möglichst selten sein.

Die Kennzahlen wurden neu zum Auswertungsjahr 2025 – analog zu den Transparenzkennzahlen zur NEK (IDs 51838 und 51843) – als rohe (ID 222400) und risikoadjustierte (ID 222401) Rate in die bereits bestehende Kennzahlengruppe „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)“ aufgenommen. Bei der NEK und FIP/SIP handelt es sich um verschiedene, den entzündlichen Darmerkrankungen zuzuordnende Krankheitsbilder, denen eine spezifische Ätiologie und Pathophysiologie zugrunde liegt und die einer unterschiedlichen Behandlung/Therapie bedürfen. Aufgrund der Neueinführung der Kennzahlen können keine Vorjahresergebnisse ausgegeben werden.

Tabelle 47: TKez 222201: Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	- O/E = - / - - O/N = - / -	0,88 O/E = 169 / 192,55 1,91 % O/N = 169 / 8.847
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahl adressiert die nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g) mit Operation oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP. Die NEK oder FIP/SIP mit Operation oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP soll möglichst selten sein.

Die Operation oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP wird zum Auswertungsjahr 2025 zusätzlich zur Operation oder sonstigen invasiven Therapie einer NEK innerhalb der Kennzahl berücksichtigt. Der Titel der Kennzahl wurde dementsprechend in „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP“ angepasst. Zusätzlich finden im Zähler der Kennzahl neben dem im Datenfeld „OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)“ abgefragten Schlüsselwert „Laparotomie“ die Schlüsselwerte „Drainage/Lavage“ und „Drainage/Lavage und Laparotomie“ Berücksichtigung, da es sich hier auch um eine Operation handelt. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde ebenso innerhalb des Zählers der Zusatz „[NEK oder FIP/SIP], die während des aktuellen Aufenthalts erstmalig aufgetreten ist“ aufgenommen. Mit dieser Änderung soll gewährleistet werden, dass innerhalb der Kennzahl keine Standorte betrachtet werden, in welche Frühgeborene aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt wurden, bei denen eine NEK oder FIP/SIP bereits vor Aufnahme in das aktuelle Krankenhaus vorlag. Darüber hinaus wird die Kennzahl zum Auswertungsjahr 2025 risikoadjustiert dargestellt (Risikofaktoren: Geschlecht, Gestationsalter). Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahres 2025 neu berechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 nicht vergleichbar. Weil das neu im Zähler aufgenommene Datenfeld „OP oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP“ erst mit der Spezifikation 2024 eingeführt wurde, können keine Vorjahresergebnisse ausgegeben werden.

Tabelle 48: TKez 51077: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,07 % O = 87 N = 8.139	1,30 % O = 100 N = 7.712	1,57 % O = 117 N = 7.444
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 49: TKez 50051: Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,82 O/E = 87 / 106,52 1,07 % O/N = 87 / 8.139	1,00 O/E = 100 / 100,00 1,30 % O/N = 100 / 7.712	1,20 O/E = 117 / 97,83 1,57 % O/N = 117 / 7.444
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die zystische PVL soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51077) bzw. risikoadjustierten (ID 50051) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 20,77 % bzw. 20,00 % deutlich verschlechtert.

Im Rahmen des Expertengremiums auf Bundesebene wurde hinsichtlich der Kennzahlen diskutiert, dass es bei der Interpretation kranialer Ultraschallbilder zu einer eingeschränkten Diagnostik und damit zu einer Unterdokumentation einer zystischen PVL innerhalb der Qualitätssicherung kommen könne, da die Detektion im hohen Maß von der Qualifikation und Erfahrung des klinischen Personals sowie der Qualität der Ultraschallgeräte abhängt. Dies könne zu Verzerrungen in der Qualitätsbewertung der Krankenhäuser führen. Die Kennzahlen werden aufgrund dessen bereits seit dem Erfassungsjahr 2013 auf Anraten der Bundesfachgruppe bzw. des Expertengremiums auf Bundesebene nicht für eine Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Zudem wird die zystische PVL seit dem Erfassungsjahr 2017 nicht mehr als Ebene im Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ausgewiesen.

Tabelle 50: TKez 51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O = - N = -	3,31 % O = 203 N = 6.139	7,84 % O = 469 N = 5.984
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 51: TKez 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 203 / 203,00 3,31 % O/N = 203 / 6.139	2,25 O/E = 469 / 208,44 7,84 % O/N = 469 / 5.984
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die BPD soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der Kennzahlen hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr – trotz identischer Rechenregel – erheblich verschlechtert (ID 51079: der Zähler bzw. das O/N hat sich mehr als verdoppelt; ID 50053: das O/E hat sich um 125 % verschlechtert).

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass das Datenfeld „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ und entsprechend der Ausfüllhinweis mit der Spezifikation 2024 umfassend überarbeitet wurden. Das primäre Ziel der Überarbeitung des Datenfelds zur BPD war, dass eine vereinfachte, einheitliche und eindeutige Definition angeboten wird, die sowohl aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung trägt als auch an der klinischen Praxis orientiert ist. Hierdurch sollen eine einfach umsetzbare und damit validere Dokumentation sowie eine bessere Abbildung einer moderaten bzw. schweren BPD in den jeweiligen Qualitätsparametern ermöglicht werden.

Nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sei davon auszugehen, dass die BPD-Rate im Rahmen der QS-Dokumentation im Auswertungsmodul PM-NEO vor dem

Jahr 2024 generell unterdokumentiert wurde. Allerdings scheinen die aktuellen Raten für das Spezifikationsjahr 2024 für sehr kleine Frühgeborene (Geburtsgewicht unter 1.500 g oder Gestationsalter unter 32+0 Wochen) – auch im internationalen Vergleich – plausibel. Es könne daher vermutet werden, dass die Überarbeitung des Datenfelds zur BPD, soweit dies bereits beurteilt werden könne, zu einer valideren Dokumentation einer moderaten bzw. schweren BPD geführt habe. Des Weiteren könne angenommen werden, dass die moderate (und ggf. schwere) BPD im Spezifikationsjahr 2023 insbesondere aufgrund des innerhalb der Spezifikation 2023 vorhandenen Schlüsselwerts zur milden BPD unterdokumentiert wurde.

Weil das neu im Zähler aufgenommene Datenfeld „Status [der BPD] bei Aufnahme“ erst mit der Spezifikation 2023 eingeführt wurde, können keine Werte für das Auswertungsjahr 2023 ausgegeben werden.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51156_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 52: TKez 51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	4,57 % O = 207 N = 4.534	4,64 % O = 199 N = 4.290	5,40 % O = 226 N = 4.184
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Tabelle 53: TKez 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,97 O/E = 207 / 212,92 4,57 % O/N = 207 / 4.534	1,00 O/E = 199 / 199,00 4,64 % O/N = 199 / 4.290	1,10 O/E = 226 / 206,06 5,40 % O/N = 226 / 4.184
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	n. a.	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in dieser TKez)	n. a.	n. a.	n. a.

Die Kennzahlen adressieren die höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m.). Die höhergradige ROP soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis der rohen (ID 51078) bzw. risikoadjustierten (ID 50052) Rate hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 16,38 % bzw. 10,00 % verschlechtert. Die in der Bundesauswertung angegebenen Vertrauensbereiche zeigen jedoch, dass diese Verschlechterungen nicht signifikant sind. Ein möglicher Grund für die aktuellen Schwankungen der Ergebnisse (Punktschätzer) könnte die neue Therapieform einer intravitrealen Injektion mit monoklonale Antikörper darstellen.

Die Kennzahlen fließen als Ebene (ID 51161_51901) in den Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) ein.

Tabelle 54: QI 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	- O/E = - / - - O/N = - / -	1,00 O/E = 920 / 920,00 9,98 % O/N = 920 / 9.221	1,26 O/E = 1.141 / 905,95 12,90 % O/N = 1.141 / 8.847
rechnerische Auffälligkeiten	27 von 301 8,97 %	18 von 290 6,21 %	17 von 281 6,05 % (Refbereich: ≤ 2,43; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	8 / 27 (29,63 %)	2 / 18 (11,11 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	8 / 301 (2,66 %)	2 / 290 (0,69 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Sterblichkeit im Krankenhaus, die intra- oder periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP), die bronchopulmonale Dysplasie (BPD) und die höhergradige Frühgeborenenretinopathie (*retinopathy of prematurity*, ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Die Sterblichkeit im Krankenhaus soll möglichst niedrig und die IVH Grad 3 oder PVH, die NEK oder FIP/SIP, die BPD und die höhergradige ROP sollen möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 26,00 % verschlechtert. Dies kann insbesondere auf die Verschlechterung des Bundesergebnisses der Ebene 5 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 51156_51901) zurückgeführt werden (siehe Abschnitt zu den Kennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (ID 51079) / „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 50053)). Zum Auswertungsjahr 2025 wird innerhalb des Zählers der Ebene 3 „Nekrotisierende Enterokolitis

(NEK)“ (ID 51146_51901) des Qualitätsindikators ebenso die FIP/SIP berücksichtigt. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 Neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Weil das neu im Zähler der Ebene 4 „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 51156_51901) aufgenommene Datenfeld „Status [der BPD] bei Aufnahme“ erst mit der Spezifikation 2023 eingeführt wurde, kann kein Bundesergebnis zum Auswertungsjahr 2023 ausgegeben werden.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (72,22 %; n = 13 von 18 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden überwiegend Einzelfälle für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt. Hervorzuheben ist, dass der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 62,50 % abgenommen hat.

Tabelle 55: QI 50060: Nosokomiale Infektion

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 O/E = 963 / 977,60 1,24 % O/N = 963 / 77.829	1,00 O/E = 903 / 903,00 1,22 % O/N = 903 / 74.185	0,90 O/E = 819 / 908,66 1,11 % O/N = 819 / 73.969
rechnerische Auffälligkeiten	18 von 407 4,42 %	16 von 396 4,04 %	15 von 382 3,93 % (Refbereich: ≤ 2,60; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	1 / 18 (5,56 %)	1 / 16 (6,25 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	1 / 407 (0,25 %)	1 / 396 (0,25 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die nosokomiale Infektion (Sepsis oder Pneumonie) bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.). Die nosokomiale Infektion (Sepsis oder Pneumonie) soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 10,00 % verbessert.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (87,50 %; n = 14 von 16 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden überwiegend Einzelfälle als Grund für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

Tabelle 56: QI 50062: Pneumothorax unter oder nach Beatmung

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,10 O/E = 865 / 783,06 2,63 % O/N = 865 / 32.952	1,00 O/E = 759 / 759,00 2,35 % O/N = 759 / 32.304	1,04 O/E = 815 / 782,68 2,44 % O/N = 815 / 33.443
rechnerische Auffälligkeiten	19 von 354 5,37 %	21 von 349 6,02 %	23 von 344 6,69 % (Refbereich: ≤ 2,36; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 19 (10,53 %)	2 / 21 (9,52 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 354 (0,56 %)	2 / 349 (0,57 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert den Pneumothorax unter oder nach Beatmung/Atemhilfe bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.). Der Pneumothorax unter oder nach Beatmung/Atemhilfe soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 4,00 % verschlechtert.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (85,71 %; n = 18 von 21 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden überwiegend Einzelfälle für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

Tabelle 57: QI 52262: Zunahme des Kopfumfangs

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	10,23 % O = 1.286 N = 12.575	10,00 % O = 1.171 N = 11.710	9,71 % O = 1.102 N = 11.346
rechnerische Auffälligkeiten	17 von 297 5,72 %	19 von 303 6,27 %	15 von 295 5,08 % (Refbereich: ≤ 21,28 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 17 (11,76 %)	2 / 19 (10,53 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	2 / 297 (0,67 %)	2 / 303 (0,66 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens

24+0 Wochen p. m. bis unter 37+0 Wochen p. m.). Die Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts soll möglichst angemessen sein.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 2,90 % verschlechtert.

Zum Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 in 36,84 % (n = 7 von 19 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) der Fälle kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Es kann vermutet werden, dass die allgemeine Akzeptanz gegenüber dem Qualitätsindikator eingeschränkt ist, da dieser vonseiten einiger LAG aufgrund von möglichen Messungenauigkeiten und von Zweifeln an der Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer als ein ungeeigneter Qualitätsparameter angesehen wird.

Qualitätsindikatoren zur Prozessqualität

Tabelle 58: QI 50063: Durchführung eines Hörtests

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	98,18 % O = 85.838 N = 87.431	97,99 % O = 82.051 N = 83.730	98,13 % O = 81.866 N = 83.423
rechnerische Auffälligkeiten	23 von 411 5,60 %	39 von 405 9,63 %	32 von 392 8,16 % (Refbereich: ≥ 95,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 23 (26,09 %)	8 / 39 (20,51 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	6 / 411 (1,46 %)	8 / 405 (1,98 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Durchführung eines Hörtests bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen (Gestationsalter von mindestens 24+0 Wochen p. m.). Die Durchführung eines Hörtests soll möglichst häufig erfolgen.

Das Bundesergebnis des Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 0,14 % verbessert. Da Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 23+6 Wochen gemäß S2k-Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“ (Bührer et al. 2020) mitunter kurativ bzw. zeitweise kurativ behandelt werden, sollen auch diese der gesetzlichen Qualitätssicherung unterliegen und werden daher zum Auswertungsjahr 2025 zusätzlich im Nenner des Qualitätsindikators berücksichtigt. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 Neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Im Qualitätsindikator wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 20,51 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet (n = 8 von 39). In den Rückmeldungen der LAG wurden insbesondere Struktur- und Prozessmängel (u. a. defekte Geräte, die die Durchführung eines Hörtests unmöglich gemacht haben) für die Bewertung als

qualitativ auffällig angegeben. Ebenso wurden vonseiten der Leistungserbringer in einigen Fällen keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt. Darüber hinaus wurden innerhalb des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 in 15,38 % der Fälle (n = 6 von 39 rechnerisch auffälligen Ergebnissen) Dokumentationsdefizite identifiziert, z. B. infolge einer unvollständigen oder falschen Dokumentation – u. a. bedingt durch Softwareprobleme oder der Neuanschaffung von Geräten.

Tabelle 59: QI 50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	1,11 O/E = 488 / 438,37 4,73 % O/N = 488 / 10.308	1,00 O/E = 402 / 402,00 4,22 % O/N = 402 / 9.535	0,96 O/E = 384 / 399,31 4,18 % O/N = 384 / 9.183
rechnerische Auffälligkeiten	23 von 298 7,72 %	19 von 287 6,62 %	12 von 281 4,27 % (Refbereich: ≤ 2,97; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 23 (13,04 %)	7 / 19 (36,84 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungs- erbringer in diesem QI)	3 / 298 (1,01 %)	7 / 287 (2,44 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) bei sehr kleinen Frühgeborenen (Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder Geburtsgewicht unter 1.500 g). Eine Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) soll möglichst selten sein.

Das Bundesergebnis des risikoadjustierten Qualitätsindikators hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 4,00 % verbessert. Der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse ist für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 35,50 % gesunken. Da Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 23+6 Wochen gemäß S2k-Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“ (Bührer et al. 2020) mitunter kurativ bzw. zeitweise kurativ behandelt werden, sollen auch diese der gesetzlichen Qualitätssicherung unterliegen und werden daher zum Auswertungsjahr 2025 zusätzlich im Nenner des Qualitätsindikators berücksichtigt. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 Neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Im Qualitätsindikator wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt (36,84 %; n = 7 von 19 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Hervorzuheben ist, dass der Anteil an qualitativen Auffälligkeiten im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 182,52 % angestiegen ist. Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Hinweise auf Struktur- und Prozess-

mängel genannt (z. B. Optimierungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Abteilungen, Gesamtlogistik bei der Erstversorgung sehr kleiner Frühgeborener, Temperaturmanagement im Kreißsaal und beim Transport).

Tabelle 60: QI 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,89 O/E = 2.723 / 3.051,89 3,39 % O/N = 2.723 / 80.362	1,00 O/E = 2.894 / 2.894,00 3,76 % O/N = 2.894 / 76.986	0,90 O/E = 2.581 / 2.857,46 3,35 % O/N = 2.581 / 77.106
rechnerische Auffälligkeiten	21 von 437 4,81 %	22 von 422 5,21 %	22 von 420 5,24 % (Refbereich: ≤ 1,96; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	10 / 21 (47,62 %)	7 / 22 (31,82 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem QI)	10 / 437 (2,29 %)	7 / 422 (1,66 %)	n. a.

Der Qualitätsindikator adressiert die Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) bei Risiko-Lebendgeborenen (Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g). Eine Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C (Hypothermie) soll möglichst selten sein.

Der Qualitätsindikator weist im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bereits seit Jahren die meisten als qualitativ auffällig beurteilten Ergebnisse, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, auf (AJ 2022: 56,00 %; AJ 2023: 47,62 %; AJ 2024: 31,82 %). Vonseiten der LAG werden häufig Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel genannt, wie ein nicht ausreichend verfügbares Wärmemanagement in der Neugeborenenversorgung (z. B. in Bezug auf die Raumtemperatur bei der Erstversorgung, die Verwendung von Wärmetüchern oder das postnatale Bonding im Kreißsaal, mangelnde Zusammenarbeit zwischen Kreißsaal und neonatologischer Intensivstation, unregelmäßige Körpertemperaturmessung beim Neugeborenen, Wärmeverlust bei Transport/Verlegung) und eine ungenügende Sensibilisierung für das Qualitätsziel bzw. mangelnde Aufmerksamkeit des pflegerischen und ärztlichen Personals in Hinblick auf Wärmeschutzmaßnahmen. Nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene könne davon ausgegangen werden, dass der Hauptgrund für die hohe Anzahl an qualitativen Auffälligkeiten in einer nicht ausreichenden Sensibilisierung für das Qualitätsziel bzw. mangelnden Aufmerksamkeit des pflegerischen und ärztlichen Personals in Hinblick auf Wärmeschutzmaßnahmen bestehe. Dieser Qualitätsparameter könne daher positiv beeinflusst werden. Bei Betrachtung der vergangenen Jahre könne allerdings eine Verbesserung hinsichtlich des Wärmemanagements innerhalb der Neugeborenenversorgung beobachtet werden. Ebenfalls hat sich das Bundesergebnis des

risikoadjustierten Qualitätsindikator für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2024 um 10,00 % verbessert. Zudem ist ein Rückgang des Anteils an qualitativen Auffälligkeiten bezogen auf die rechnerisch auffälligen Ergebnisse im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 33,00 % zu verzeichnen – dies stellt ebenso einen erneuten starken Rückgang im Vergleich zum Auswertungsjahr 2022 dar.

Trotz der genannten Verbesserungen wird vonseiten der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene – auch insbesondere aufgrund des nach wie vor hohen Anteils an qualitativen Auffälligkeiten in diesem Qualitätsindikator – angeregt, die Bedeutung des Qualitätsparameters stärker in der breiteren Fachöffentlichkeit (z. B. im Rahmen von Kongressen/Konferenzen) und der klinischen Praxis (z. B. im Rahmen von Fortbildungen, Fachgesprächen und Kolloquien bzw. durch die Implementierung von Handlungsempfehlungen) hervorzuheben.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

2.3.1 Überblick

Die Bundesergebnisse zum Auswertungsjahr 2025 der Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls *PM-NEO* deuten auf eine überwiegend gute Dokumentationsqualität hin. Dabei ist bei allen Auffälligkeitskriterien des Auswertungsmoduls *PM-NEO* eine Verbesserung des Bundesergebnisses zum Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen. Beim Auffälligkeitskriterium „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) bzw. beim Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme“ (ID 850207) verbesserte sich das Bundesergebnis um 21,74 % bzw. 28,41 %, beim Auffälligkeitskriterium „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) sogar um 58,74 %.

Der höchste Anteil an Standorten mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Auswertungsjahr 2025 konnte beim Auffälligkeitskriterium „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) identifiziert werden (AJ 2025: 20,20 %). Im Vorjahr betraf dies noch die Auffälligkeitskriterien „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) (AJ 2024: 32,95 %) und „Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben“ (ID 851902) (AJ 2024: 30,95 %).

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 sind die meisten qualitativen Auffälligkeiten beim Auffälligkeitskriterium „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) mit einem Anteil von 72,41 % zu verzeichnen. Ursächlich hierfür waren nach Rückmeldungen der LAG Defizite in der Dokumentation, da innerhalb der QS-Dokumentation angegeben wurde, dass keine HIE vorlag, aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie.

Tabelle 61: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2025) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2025 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850206	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	0,72 % 628/87.623 (≤ 2,68 %; 95. Perzentil)
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	0,63 % 75/11.889 (≤ 2,86 %; 95. Perzentil)
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	14,78 % 458/3.099 (= 0)
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	57,50 % 598/1.040 (≤ 80,00 %)
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	37,66 % 1.656/4.397 (≤ 57,44 %; 90. Perzentil)
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	15,10 % 108/715 (= 0)
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	3,46 % 3.150/90.914 (≤ 11,30 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit		
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,31 % 91.833/91.550 (≥ 95,00 %)
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,31 % 91.833/91.550 (≤ 110,00 %)
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,75 % 686/91.550 (≤ 5,00 %)

Tabelle 62: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2025) – PM-NEO

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs- jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850206	Aufnahmetemperatur nicht an- gegeben	50069: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen 50074: Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko- Lebendgeborenen	2024	16 von 436	3,67	4
850207	Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme	52262: Zunahme des Kopfumfangs	2024	11 von 303	3,63	0
851813	Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	46 von 258	17,83	30
851902	Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben	51079: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate) 50053: Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2024	27 von 167	16,17	9
852001	Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums	51078: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 50052: Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) 51901: Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	2024	41 von 203	20,20	10
852300	Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben	222402: Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko- Lebendgeborenen	2024	24 von 175	13,71	15

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
852301	Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	22 von 442	4,98	16
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850199	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	14 von 482	2,90	2
850200	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	8 von 482	1,66	2
850208	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2024	16 von 482	3,32	6

2.3.2 Detailergebnisse

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Tabelle 63: AK 850206: Aufnahmetemperatur nicht angegeben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,99 % O = 907 N = 91.937	0,92 % O = 806 N = 87.665	0,72 % O = 628 N = 87.623
rechnerische Auffälligkeiten	18 von 478 3,77 %	18 von 450 4,00 %	16 von 436 3,67 % (Refbereich: ≤ 2,68 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	9 / 18 (50,00 %)	12 / 18 (66,67 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	9 / 478 (1,88 %)	12 / 450 (2,67 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme ins Krankenhaus dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Qualitätsindikatoren „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069) und „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 50074).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 0,72 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit keine Aufnahmetemperatur dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 21,74 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 8,25 % gesunken. Da im Qualitätsindikator „Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen“ (ID 50069) ab dem Auswertungsjahr 2025 bereits Kinder mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen eingeschlossen werden, wurde die Gestationsaltergrenze im Nenner des Auffälligkeitskriteriums von „24+0 Wochen“ auf „22+0 Wochen“ herabgesetzt. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 Neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt (66,67 %; n = 12 von 18 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Dokumentationsfehler genannt (z. B. lag die Aufnahmetemperatur in der Patientenakte vor).

Tabelle 64: AK 850207: Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,76 % O = 100 N = 13.237	0,88 % O = 109 N = 12.349	0,63 % O = 75 N = 11.889
rechnerische Auffälligkeiten	15 von 303 4,95 %	12 von 310 3,87 %	11 von 303 3,63 % (Refbereich: ≤ 2,86 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	6 / 15 (40,00 %)	5 / 12 (41,67 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	6 / 303 (1,98 %)	5 / 310 (1,61 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei Entlassung aus dem Krankenhaus ein geringerer Kopfumfang als bei Aufnahme des Kindes in das Krankenhaus dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 0,63 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit bei Entlassung ein geringerer Kopfumfang als bei Aufnahme dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 28,41 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 6,20 % gesunken.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurde im Auffälligkeitskriterium bei 41,67 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse die fehlerhafte Dokumentation bestätigt (Bewertung als qualitativ auffällig).

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde zum Auswertungsjahr 2024 bei 4 von 12 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (33,33 %) kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Nach Ansicht der betroffenen LAG würden aufgrund interindividueller Messungenauigkeiten des Kopfumfangs keine validen Werte vorliegen und sei das Auffälligkeitskriterium daher als kein sinnvoller Parameter für die Dokumentationsqualität anzusehen.

Tabelle 65: AK 851813: Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	16,82 % O = 623 N = 3.703	17,62 % O = 596 N = 3.383	14,78 % O = 458 N = 3.099
rechnerische Auffälligkeiten	69 von 270 25,56 %	76 von 268 28,36 %	46 von 258 17,83 % (Refbereich: = 0)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	25 / 69 (36,23 %)	33 / 76 (43,42 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	25 / 270 (9,26 %)	33 / 268 (12,31 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei Kindern eine Diagnose nach ICD-10-GM dokumentiert wurde, die kein Bestandteil der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen ist, obwohl im Dokumentationsbogen angegeben wurde, dass eine schwere angeborene oder letale angeborene Erkrankung vorliegt. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu allen im Auswertungsmodul *PM-NEO* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 14,78 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit keine ICD-10-GM-Diagnose angegeben, die gemäß der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankung einer solchen Erkrankung entspricht. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 16,12 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 37,13 % gesunken. Zum Auswertungsjahr 2025 wurde der ICD-10-Kode P83.2 „Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt“ neu in die Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen aufgenommen. Mit den Rechenregeln des Auswertungsjahrs 2025 Neuberechnete Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2024 sind daher mit den Ergebnissen für das Auswertungsjahr 2025 eingeschränkt vergleichbar.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auffälligkeitskriterium 43,42 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Demnach lagen in diesen Fällen gemäß Rückmeldungen der LAG keine schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen bei den Kindern vor. Bei 53,95 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 41 von 76) wurde vonseiten der LAG hingegen eine Bewertung als qualitativ unauffällig vorgenommen. Laut Rückmeldungen der LAG wird in Hinblick auf dieses Auffälligkeitskriterium innerhalb des Stellungnahmeverfahrens vielfach bzw. regelmäßig die korrekte Dokumentation der Leistungserbringer bestätigt. Aufgrund der nicht abschließenden Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen werde dieses Auffälligkeitskriterium daher als kritisch gesehen.

Tabelle 66: AK 851902: Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	60,72 % O = 609 N = 1.003	69,98 % O = 683 N = 976	57,50 % O = 598 N = 1.040
rechnerische Auffälligkeiten	30 von 164 18,29 %	52 von 168 30,95 %	27 von 167 16,17 % (Refbereich: ≤ 80,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 30 (10,00 %)	22 / 52 (42,31 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 164 (1,83 %)	22 / 168 (13,10 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei Kindern weder eine moderate noch eine schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD) angegeben wurde, obwohl das Vorliegen einer moderaten oder schweren BPD gemäß Nennerdefinition zu vermuten wäre. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Kennzahlen „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)“ (ID 51079) und „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ (ID 50053) sowie zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 57,50 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit weder eine moderate noch eine schwere BPD dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 17,83 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 47,75 % gesunken.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auffälligkeitskriterium 42,31 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Dokumentationsfehler genannt (z. B. wurde eine moderate BPD nicht dokumentiert, obwohl diese gemäß Nennerdefinition hätte dokumentiert werden müssen, oder es bestehen krankenhausesinterne Unschärfen in der Definition einer milden BPD). Hervorzuheben ist, dass der Anteil der qualitativen Auffälligkeiten (bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse) im Auswertungsjahr 2024 im Vergleich zum Auswertungsjahr 2023 um 323,10 % angestiegen ist. Ein möglicher Grund für den starken Anstieg der als qualitativ auffällig bewerteten Ergebnisse könnte darin liegen, dass mit der Spezifikation 2023 der Ausfüllhinweis des Datenfelds „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ dahingehend angepasst wurde, dass dieses Datenfeld immer zu befüllen ist, auch wenn die BPD bereits bei Aufnahme vorlag. Des Weiteren wurde der Schlüsselwert „0 = keine oder milde BPD“ in zwei separate Schlüsselwerte aufgespalten, sodass insgesamt vier Schlüsselwerte zur Auswahl standen („0 = keine BPD“, „1 = ja, milde BPD“, „2 = moderate BPD“, „3 = schwere BPD“). Da somit nun die milde BPD eigens dokumentiert werden kann, muss jedoch angenommen werden, dass die moderate (und ggf. schwere) BPD im Spezifikationsjahr 2023 unterdokumentiert und die milde BPD überdoku-

mentiert wurde. Außerdem kann vermutet werden, dass dadurch der Zähler des Auffälligkeitskriteriums ebenso mehr Fälle (keine oder milde BPD) betrachtet und die Ergebnisse entsprechend eher als qualitativ auffällig bewertet wurden.

Das Datenfeld „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“ und entsprechend der Ausfüllhinweis wurden mit der Spezifikation 2024 umfassend überarbeitet. Mit der Anpassung wird künftig lediglich das Vorliegen einer moderaten und schweren BPD abgefragt. Das primäre Ziel der Überarbeitung des Datenfelds zur BPD war, dass eine vereinfachte, einheitliche und eindeutige Definition angeboten wird, die sowohl aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung trägt als auch an der klinischen Praxis orientiert ist. Hierdurch soll eine einfach umsetzbare und damit validere Dokumentation sowie eine bessere Abbildung einer moderaten bzw. schweren BPD in den jeweiligen Parametern (Qualitätsindikator, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterium) ermöglicht werden.

Tabelle 67: AK 852001: Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	42,97 % O = 2.042 N = 4.752	39,98 % O = 1.796 N = 4.492	37,66 % O = 1.656 N = 4.397
rechnerische Auffälligkeiten	41 von 217 18,89 %	51 von 215 23,72 %	41 von 203 20,20 % (Refbereich: ≤ 57,44 %; 90. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	13 / 41 (31,71 %)	21 / 51 (41,18 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	13 / 217 (5,99 %)	21 / 215 (9,77 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob das Datum des ersten in der eigenen Einrichtung durchgeführten ROP-Screenings außerhalb des in der Leitlinie (Maier et al. 2020) empfohlenen Zeitraums dokumentiert wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zu den Kennzahlen „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)“ (ID 51078) und „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)“ (ID 50052) sowie zum Qualitätsindikator „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 37,66 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit das Datum des ersten ROP-Screenings nicht im gemäß Leitlinie empfohlenen Zeitraum dokumentiert. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 5,80 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 14,84 % gesunken.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auffälligkeitskriterium 41,18 % der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG überwiegend Hinweise

auf Struktur- und Prozessmängel genannt (z. B. Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Konsiliarpartner).

Zu diesem Auffälligkeitskriterium wurde zum Auswertungsjahr 2024 bei 4 von 51 rechnerisch auffälligen Ergebnissen (7,84 %) kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, da der innerhalb des Auffälligkeitskriterium zugrunde gelegte Zeitraum nach Ansicht der betroffenen LAG zu eng gewählt sei – beispielhaft wurde in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass, wenn in der Klinik ein bestimmter Wochentag für das ROP-Screening festgelegt ist und dieser z. B. auf einen Feiertag fällt oder das Kind z. B. an diesem Tag eine Operation erhält, die Durchführung des ROP-Screening zu spät (oder zu früh) erfolge. Nach Ansicht der Mitglieder des Expertengremiums auf Bundesebene sei die in der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ (Maier et al. 2020) empfohlene Zeitspanne von 7 Tagen allerdings als ausreichend anzusehen, um das ROP-Screening an einem bestimmten Tag gewährleisten zu können.

Gemäß Empfehlung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ (Maier et al. 2020) sollte die erste augenärztliche Untersuchung in der 6. postnatalen Woche (Lebenstag 36 bis 42), aber nicht vor einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen erfolgen. Auch bei extrem unreifen Frühgeborenen erfolge die erste Untersuchung mit 31+0 postmenstruellen Wochen ausreichend früh. Es ist darauf hinzuweisen, dass das Auffälligkeitskriterium für Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 25+6 Wochen aktuell nicht gänzlich korrekt abgebildet wird. Nach Leitlinienempfehlung sollte bei diesen Kindern die erste Augenuntersuchung mit einem postmenstruellen Alter von 31+0 Wochen bis 31+6 Wochen bzw. für Kinder mit einem Gestationsalter von 25+0 bis 25+6 Wochen in der 7. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 43 bis 49), für Kinder mit einem Gestationsalter von 24+0 bis 24+6 Wochen in der 8. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 50 bis 56), für Kinder mit einem Gestationsalter von 23+0 bis 23+6 Wochen in der 9. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 57 bis 63) und für Kinder mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 22+6 Wochen in der 10. postnatalen Woche (entspricht Lebenstag 64 bis 70) durchgeführt werden. Die Zähler-Rechenregel des Auffälligkeitskriteriums wird daher entsprechend der Leitlinienempfehlung mit den endgültigen Rechenregeln zum Auswertungsjahr 2026 angepasst. Im Zähler werden daher die beschriebenen neuen Bedingungen gemäß Leitlinie für Kinder mit einem Gestationsalter unter 26+0 Wochen zugrunde gelegt.

Ferner soll in Hinblick auf dieses Auffälligkeitskriterium zukünftig erörtert werden, inwiefern der Qualitätsparameter „Durchführung des ersten ROP-Screenings gemäß Leitlinienempfehlung“ eher die Versorgungsqualität (und weniger die Dokumentationsqualität) abbildet und daher anstatt als Auffälligkeitskriterium als Qualitätsindikator/Kennzahl angewendet werden sollte.

Tabelle 68: AK 852300: Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	36,60 % O = 258 N = 705	15,10 % O = 108 N = 715
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	58 von 176 32,95 %	24 von 175 13,71 % (Refbereich: = 0)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	42 / 58 (72,41 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	42 / 176 (23,86 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob eine HIE dokumentiert wurde, wenn angegeben wurde, dass bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde. Dieses Auffälligkeitskriterium hat einen Bezug zum Qualitätsindikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402).

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 15,10 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit keine HIE angegeben, obwohl dokumentiert wurde, dass bei einem asphyktischen Kind eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 58,74 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um 58,39 % gesunken.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen festgestellt (72,41 %; n = 42 von 58 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). Als Gründe für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden vonseiten der LAG Dokumentationsdefizite genannt (z. B. lag die Angabe über das Vorliegen einer HIE in der Patientenakte vor, wurde aber nicht dokumentiert).

Aufgrund der Neueinführung des Auffälligkeitskriteriums im Auswertungsjahr 2024 können keine Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2023 ausgegeben bzw. kann keine Vergleichbarkeit zum Auswertungsjahr 2023 angestellt werden.

Tabelle 69: AK 852301: Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	n. a.	3,73 % O = 3.420 N = 91.635	3,46 % O = 3.150 N = 90.914
rechnerische Auffälligkeiten	n. a.	23 von 457 5,03 %	22 von 442 4,98 % (Refbereich: ≤ 11,30 %; 95. Perzentil)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	n. a.	2 / 23 (8,70 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	n. a.	2 / 457 (0,44 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob die Häufigkeit der Angabe einer schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankung in Bezug auf die übermittelten QS-Bögen plausibel ist. Es hat einen Bezug zu allen im Auswertungsmodul *PM-NEO* ausgewiesenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Im Auswertungsjahr 2025 wurde bei 3,46 % der lebendgeborenen Kinder in der Grundgesamtheit angegeben, dass eine schwere angeborene oder letale angeborene Erkrankung vorliegt. Das Bundesergebnis des Auffälligkeitskriteriums hat sich für das Auswertungsjahr 2025 im Vergleich zum Vorjahr um 7,24 % verbessert. Der Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist im Vergleich zum Vorjahr um lediglich 0,99 % gesunken.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (78,26 %; n = 18 von 23 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden u. a. Einzelfälle als Grund für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt.

Aufgrund der Neueinführung des Auffälligkeitskriteriums im Auswertungsjahr 2024 können keine Ergebnisse für das Auswertungsjahr 2023 ausgegeben bzw. kann keine Vergleichbarkeit zum Auswertungsjahr 2023 angestellt werden.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Tabelle 70: AK 850199: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 97.244 N = 96.411	100,41 % O = 92.482 N = 92.108	100,31 % O = 91.833 N = 91.550
rechnerische Auffälligkeiten	8 von 516 1,55 %	8 von 495 1,62 %	14 von 482 2,90 % (Refbereich: ≥ 95,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	4 / 8 (50,00 %)	7 / 8 (87,50 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	4 / 516 (0,78 %)	7 / 495 (1,41 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 eine Dokumentationsrate von 100,31 %, es besteht auf Bundesebene somit keine Unterdokumentation.

Tabelle 71: AK 850200: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	100,86 % O = 97.244 N = 96.411	100,41 % O = 92.482 N = 92.108	100,31 % O = 91.833 N = 91.550
rechnerische Auffälligkeiten	10 von 516 1,94 %	5 von 495 1,01 %	8 von 482 1,66 % (Refbereich: ≤ 110,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	2 / 10 (20,00 %)	4 / 5 (80,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	2 / 516 (0,39 %)	4 / 495 (0,81 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025 eine Dokumentationsrate von 100,31 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation.

Tabelle 72: AK 850208: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

	AJ 2023	AJ 2024	AJ 2025
Bundesergebnis	0,74 % O = 716 N = 96.411	0,67 % O = 621 N = 92.108	0,75 % O = 686 N = 91.550
rechnerische Auffälligkeiten	13 von 516 2,52 %	10 von 495 2,02 %	16 von 482 3,32 % (Refbereich: ≤ 5,00 %)
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Auffälligkeiten)	3 / 13 (23,08 %)	1 / 10 (10,00 %)	n. a.
qualitative Auffälligkeiten (bezogen auf alle Leistungserbringer in diesem AK)	3 / 516 (0,58 %)	1 / 495 (0,20 %)	n. a.

Das Auffälligkeitskriterium prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden.

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* zeigt sich für das Auswertungsjahr 2025, dass bei 0,75 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein Minimaldatensatz statt eines regulären Datensatzes angelegt wurde. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf Ebene der Institutionskennzeichennummer (IKNR) im Vorjahr nicht sinnvoll.

Im Auffälligkeitskriterium wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 ein hoher Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen festgestellt (80,00 %; n = 8 von 10 rechnerisch auffälligen Ergebnissen). In den Rückmeldungen der LAG wurden überwiegend Einzelfälle für die Einstufung als qualitativ unauffällig genannt (z. B. neurologische Rehabilitationseinrichtung, welcher gelegentlich Kinder aus neonatologischen Einrichtungen zur Akutnachsorge zugewiesen werden, die die Einschlusskriterien für die QS-Dokumentation im Auswertungsmodul *PM-NEO* erfüllen).

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Tabelle 73: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen
gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	2.977	-	2.897	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	2.977	100,00	2.897	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	259	8,70	264	9,11
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0,00	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	259	100,00	264	100,00
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	259	100,00	264	100,00
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0,00	0	0,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	18	6,95	9	3,41
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	241	93,05	255	96,59
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	241	100,00	255	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	2	0,83	1	0,39
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	192	74,13	201	76,14
Bewertung als qualitativ auffällig	39	15,06	37	14,02
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	4	1,54	9	3,41
Sonstiges	6	2,32	8	3,03

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	10	n. a.	9	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* wurden im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL zum Auswertungsjahr 2024 insgesamt 8 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen 2.897 Indikatorenergebnisse vorlagen.

Hervorzuheben ist, dass beim Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) in mehr als einem Drittel der rechnerisch auffälligen Ergebnisse kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet wurde. Es kann vermutet werden, dass die allgemeine Akzeptanz gegenüber dem Qualitätsindikator eingeschränkt ist, da dieser vonseiten einiger LAG aufgrund von möglichen Messungenauigkeiten und von Zweifeln an der Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer als ein ungeeigneter Qualitätsparameter angesehen wird.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden – wie bereits in den Vorjahren – zum Sentinel-Event-Indikator „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) ermittelt, wobei der Indikator auch die meisten qualitativ unauffälligen Ergebnisse aufweist. In vielen Fällen handelte es sich dabei gemäß Rückmeldungen der LAG um schwerwiegende Fälle mit schicksalhaftem Verlauf oder um perinatal bzw. in der Geburtsklinik aufgetretene Sterbefälle.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, mit ungefähr einem Drittel bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, in den Qualitätsindikatoren zur Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen (ID 50069) bzw. bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 50074) festgestellt. Vonseiten der LAG werden oftmals Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel (v. a. in Bezug auf die Verfügbarkeit eines Wärmemanagements in der Neugeborenenversorgung) als Begründungen genannt. In keinem der als qualitativ auffällig bewerteten Fälle wurde eine Maßnahme der Maßnahmenstufe 1 bzw. 2 (u. a. Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien oder die Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien) eingeleitet.

In den Qualitätsindikatoren „Nosokomiale Infektion“ (ID 50060) und „Pneumothorax unter oder nach Beatmung“ (50062) wurde ebenso ein hoher Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse als qualitativ unauffällig eingestuft. Als Grund für die Bewertung als qualitativ unauffällig wurden vonseiten der LAG vorwiegend Einzelfälle genannt.

Im Stellungnahmeverfahren zum Auswertungsjahr 2024 war bei 3,41 % aller rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 9 von 264) aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation keine Bewertung möglich. Die meisten Dokumentationsfehler wurden im Qualitätsindikator „Durchführung eines

Hörtests“ (ID 50063) identifiziert. In den Rückmeldungen der LAG wurden dabei Soft- und Hardwareprobleme für die Dokumentationsprobleme genannt.

Tabelle 74: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-NEO

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffälligkeiten
166	37	8	34	0	1

Im Auswertungsmodul PM-NEO treten bei Leistungserbringern mehrfache rechnerische Auffälligkeiten gehäuft auf (siehe Tabelle 74) – so wiesen insgesamt 37 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 8 Leistungserbringern wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zudem ist zu erkennen, dass es bei den qualitativen Auffälligkeiten in nur geringfügigem Maße zu mehrfachen Auffälligkeiten kommt – kein Leistungserbringer wies 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, ein Leistungserbringer hatte 3 oder mehr qualitativ auffällige Ergebnisse.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß Teil 1 § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Auswertungsjahr 2024 wurden im Auswertungsmodul PM-NEO insgesamt 8 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 3.541 Ergebnisse ermittelt wurden. Zu 300 von 313 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, 13-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 149 Ergebnisse als qualitativ auffällig bzw. 144 Ergebnisse als qualitativ unauffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse ($n = 313$) einem Anteil von 47,60 % bzw. 46,01 % und bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmeverfahren ($n = 300$) einem Anteil von 49,67 % bzw. 48,00 % entspricht. Bei 22 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) initiiert. Die Maßnahmenstufe 1 wurde dabei bei als qualitativ auffällig eingestuften Ergebnissen insbesondere zu den Auffälligkeitskriterien „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) und „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) eingeleitet.

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zu den Auffälligkeitskriterien „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300), „Weder eine moderate noch schwere BPD angegeben“ (ID 851902) und „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) ermittelt.

Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, in den Auffälligkeitskriterien „Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angegeben“ (ID 852300) und „Aufnahmetemperatur nicht angegeben“ (ID 850206) festgestellt. Demnach wurde hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums 852300 bei 72,41 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen bestätigt, dass innerhalb der QS-Dokumentation angegeben wurde, dass keine HIE vorlag, aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie. In Bezug auf das Auffälligkeitskriterium 850206 erwies es sich demzufolge als zutreffend, dass bei 66,67 % der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen innerhalb der QS-Dokumentation angegeben wurde, dass die Körpertemperatur des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus nicht bekannt war. Ursächlich hierfür waren nach Rückmeldungen der LAG Defizite in der Dokumentation.

Die meisten Bewertungen als qualitativ unauffällig fanden sich im Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben“ (ID 852301). In den Rückmeldungen der LAG wurde als Begründung für die qualitativ unauffälligen Ergebnisse auf Einzelfälle hingewiesen.

Tabelle 75: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul PM-NEO

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	2.984	100,00	3.541	100,00
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	204	6,84	313	8,84
davon ohne QSEB-Übermittlung	1	0,49	0	0,00
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	204	100,00	313	100,00
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	56	27,45	13	4,15
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	148	72,55	300	95,85
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	148	100,00	300	100,00
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0,00	0	0,00
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0,00	0	0,00

	Auswertungsjahr 2023		Auswertungsjahr 2024	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Anteil bezogen auf auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	82	40,20	144	46,01
Bewertung als qualitativ auffällig	65	31,86	149	47,60
Sonstiges	1	0,49	7	2,24
Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1*	3	n. a.	22	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Tabelle 76: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2024) – PM-NEO

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen oder sonstigen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffäl- ligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit 1 Auffäl- ligkeit	Anzahl LE mit 2 Auffällig- keiten	Anzahl LE mit ≥ 3 Auffällig- keiten
101	62	25	87	21	6

Im Auswertungsmodul *PM-NEO* treten bei Leistungserbringern mehrfache rechnerische Auffälligkeiten gehäuft in den Auffälligkeitskriterien auf (siehe Tabelle 76) – so wiesen insgesamt 62 Leistungserbringer 2 rechnerisch auffällige Ergebnisse auf, bei 25 Leistungserbringern wurden 3 oder mehr rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Bei den qualitativen Auffälligkeiten kommt es in einem geringeren Maße zu mehrfachen Auffälligkeiten – 21 Leistungserbringer wiesen 2 qualitativ auffällige Ergebnisse auf, bei 6 Leistungserbringern kam es zu 3 oder mehr qualitativ auffälligen Ergebnissen.

4 Evaluation

Im Rahmen der fortlaufenden Evaluation des Auswertungsmoduls *PM-NEO* wurden insbesondere die im Folgenden aufgeführten Themen sowohl innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene diskutiert als auch vonseiten der LAG, z. B. im Zusammenhang des Stellungnahmeverfahrens, zurückgemeldet.

Das im Rahmen der Datenvalidierung ausgewiesene Auffälligkeitskriterium „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 850318) führe nach Ansicht der LAG aufgrund der im Auswertungsmodul *PM-NEO* verwendeten Ausschlussliste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen, die als unvollständig anzusehen sei, zu unnötig vielen Stellungnahmen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens. Auch würden angeborene Erkrankungen, die in Kombination als schwer oder letal einzustufen wären, aktuell nicht im Rahmen der Liste bzw. des Auffälligkeitskriteriums abgebildet. In Hinblick auf die Relevanz des Auffälligkeitskriteriums ist darauf hinzuweisen, dass der Ausschluss von Kindern mit schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen aus allen Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO* aktuell über die Angabe „1 = schwer oder letal“ im Datenfeld „angeborene Erkrankungen“ erfolgt. Hierdurch besteht die Möglichkeit, dass Fälle ausgeschlossen werden, die nicht als schwere oder letale angeborene Erkrankungen gemäß entsprechender Liste einzuordnen wären. Innerhalb des Expertengremiums auf Bundesebene wird daher aktuell erörtert, ob und inwiefern die genannte Liste als Ausschlussliste direkt in der Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien verortet werden sollte. Die aktuell ausgewiesenen Auffälligkeitskriterien „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) und „Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben“ (ID 852301) könnten bei einer solchen Umsetzung entfallen. Zusätzlich wird eine grundsätzliche Überarbeitung der Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen diskutiert, deren Diagnosen aufgrund einer signifikant relevant erhöhten Mortalität zu einem Ausschluss aus den o. g. Parametern berechtigen.

Der Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) stellt nach Ansicht der LAG einen ungeeigneten Qualitätsparameter dar, da dieser z. B. aufgrund interindividueller Messungenauigkeiten des Kopfumfangs und durch Einflüsse der medizinischen Behandlung störanfällig sei. Ebenso werde das im Rahmen der Datenvalidierung erhobene Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme“ (ID 850207) aus genanntem Grund als kein sinnvoller Parameter für die Dokumentationsqualität angesehen.

Auch bilde das Auffälligkeitskriterium „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) eher die Versorgungsqualität und weniger die Dokumentationsqualität ab und sollte daher vielmehr als Qualitätsindikator/Kennzahl ausgewiesen werden.

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie die erhobenen Ergebnisse mit Blick auf die zugrunde liegenden Richtlinienziele einzuordnen sind. Dabei wird sowohl auf themenspezifische Aspekte als auch auf übergreifende Entwicklungen eingegangen. Außerdem wird darüber informiert, welche Aspekte

aus den Diskussionen im Expertengremium auf Bundesebene und den LAG-Rückmeldungen hervorgegangen sind.

Das Auswertungsmodul *PM-NEO* soll insbesondere qualitätsrelevante Aspekte wie unerwünschte Ereignisse der kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses messen, vergleichend darstellen und bewerten.

Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Auswertungsmoduls *PM-NEO*:

- Verbesserung der Prozessqualität
- Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen
- Verringerung der Sterblichkeit

Für das Auswertungsjahr 2024 haben 7 der insgesamt 16 LAG die Evaluationsfragen beantwortet und an das IQTIG übermittelt.

Die im Auswertungsmodul *PM-NEO* verwendete Ausschlussliste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen (IQTIG 2023) wurde im Rahmen des Weiterentwicklungsprojekts zum Verlegungsgeschehen im Jahr 2017 erarbeitet und die zugrunde liegende Methodik im Bericht zum Verlegungsgeschehen im Jahr 2019 veröffentlicht (IQTIG 2019). Die in dieser Liste enthaltenen ICD-10-GM-Kodes bedingen einen Ausschluss aus der Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien im Auswertungsmodul *PM-NEO*. Hinsichtlich des Auffälligkeitskriteriums „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) wurde in den Rückmeldungen der LAG zum Stellungnahmeverfahren darauf verwiesen, dass die für die Berechnung des Auffälligkeitskriteriums herangezogene Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen nicht auf Vollständigkeit beruht bzw. dass gemäß Einschätzung der LAG Erkrankungen vorgelegen haben, die zwar kein Bestandteil der o. g. Liste sind, allerdings als schwer oder letal anzusehen seien. Darüber hinaus lägen vereinzelt angeborene Erkrankungen vor, die gemäß Liste nicht als schwer oder letal einzustufen sind, in Kombination insgesamt jedoch als schwer oder letal einzustufen waren. Die Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen wird bewusst als nicht final abgeschlossen, sondern als lernendes System angesehen. Das IQTIG prüft in regelmäßigen Abständen (auch auf Basis der Rückmeldungen der LAG und Leistungserbringer), inwieweit ICD-10-GM-Kodes aus inhaltlicher Sicht eine schwere angeborene oder letale angeborene Erkrankung darstellen, ob sie mit einer signifikant relevant erhöhten Mortalität einhergehen und dementsprechend in die o. g. Liste aufgenommen werden sollten. Nach Prüfung der zurückgemeldeten Diagnosen innerhalb der QS-Daten der vergangenen Jahre wurde in Bezug auf den ICD-10-GM-Kode P83.2 „Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt“ eine signifikant bzw. relevant erhöhte Mortalitätsrate identifiziert. Dieser ICD-10-GM-Kode wurde daher ab der Spezifikation 2024 neu in die Liste der schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen aufgenommen. Aktuell erfolgt der Ausschluss von Kindern mit schweren angeborenen oder letalen angeborenen Erkrankungen im Auswertungsmodul *PM-NEO* über die Angabe „1 = schwer oder letal“ im Datenfeld „angeborene Erkrankungen“. Allerdings besteht hierdurch auch die Möglichkeit, dass Fälle ausgeschlossen werden, die nicht als „schwere oder letale angeborene

Erkrankungen“ gemäß der im Auswertungsmodul *PM-NEO* verwendeten Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen einzuordnen wären. Im Rahmen des Expertengremiums auf Bundesebene soll daher künftig erörtert werden, ob und inwiefern eine solche Liste als Ausschlussliste direkt in die Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien integriert werden sollte. Die aktuell im Auswertungsmodul *PM-NEO* im Rahmen der Datenvalidierung ausgewiesenen Auffälligkeitskriterien „Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“ (ID 851813) und „Schwere oder letale angeborene Erkrankung angegeben“ (ID 852301) könnten bei entsprechender Umsetzung entfallen. Darüber hinaus ist im Rahmen des Expertengremiums auf Bundesebene abzustimmen, ob und inwiefern der generelle Ausschluss aller in der Liste enthaltenen ICD-10-GM-Kodes aus den o. g. Parametern sinnvoll erscheint. Beispielsweise könnte künftig eine stark verkürzte Liste mit ausgewählten ausschließlich letalen angeborenen Erkrankungen (z. B. Potter-Syndrom, Anenzephalie, thanatophore Dysplasien) bzw. eine angepasste Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen erarbeitet werden, die zu einem Ausschluss aus den o. g. Parametern berechtigt. Bei Ausschluss von lediglich letalen angeborenen Erkrankungen sollte dann entsprechend eine Liste mit schweren angeborenen Erkrankungen entwickelt werden, nach denen in den betroffenen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen die Risikoadjustierung vorgenommen wird.

Dem IQTIG wurde mehrfach zurückgemeldet, dass der aktuell veröffentlichte Qualitätsindikator „Zunahme des Kopfumfangs“ (ID 52262) einen ungeeigneten Qualitätsparameter darstelle, da dieser z. B. durch interindividueller Messungenauigkeiten und Einflüsse der medizinischen Versorgung (z. B. CPAP-Beatmung (*continuous positive airway pressure*) mit Befestigung durch eine Mütze) störanfällig sei. Die Messung des Schädelvolumens lasse darüber hinaus gegenüber der zweidimensionalen Messung des Kopfumfangs eine bessere Einschätzung des Hirnwachstums zu. Aufgrund der Streuung der Messergebnisse sei keine sinnvolle Beurteilung der medizinischen Versorgungsqualität möglich. Ebenso würden in Bezug auf das im Rahmen der Datenvalidierung erhobene Auffälligkeitskriterium „Kopfumfang bei Entlassung ist geringer als bei Aufnahme“ (ID 850207) aufgrund interindividueller Messungenauigkeiten des Kopfumfangs keine validen Werte vorliegen, wodurch das Auffälligkeitskriterium als Parameter für die Dokumentationsqualität infrage stehe. Darüber hinaus wurde der Qualitätsindikator 52262 in der Vergangenheit mit Blick auf den Einfluss des Kopfwachstums bei Früh- und behandlungsbedürftigen Neugeborenen auf die mentale, kognitive, neurologische und/oder motorische Entwicklung bei Kindern und die Beeinflussbarkeit des Kopfwachstums während des stationären Aufenthalts und der damit einhergehenden Verantwortungszuschreibung diskutiert.

Beim Auffälligkeitskriterium „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ (ID 852001) soll zukünftig erörtert werden, inwiefern der Qualitätsparameter „Durchführung des ersten ROP-Screenings gemäß Leitlinienempfehlung“ eher die Versorgungsqualität (und weniger die Dokumentationsqualität) abbildet und daher anstatt als Auffälligkeitskriterium als Qualitätsindikator/Kennzahl dargestellt werden sollte.

5 Ausblick

Der G-BA beauftragte das IQTIG 2023 mit der Überprüfung mehrerer QS-Verfahren, darunter auch QS PM. Das Ziel dieser Überprüfung war die Überarbeitung der QS-Verfahren, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern. Der Abschlussbericht wurde am 14. März 2025 übergeben und nach Beratung im G-BA veröffentlicht. Es wurde überwiegend empfohlen, die bestehenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen beizubehalten und einige mit Anpassungen fortzuführen. Der Qualitätsindikator zur Zunahme des Kopfumfangs (ID 52262) sowie drei Kennzahlen zur IVH Grad 3 oder PVH (ID 222200) und zur PVL (IDs 51077 und 50051) wurden aufgrund unzureichender Eignung, geringen Verbesserungspotenzials oder nicht nachgewiesenen Zusammenhangs mit einem patientenrelevanten Merkmal zur Abschaffung empfohlen. Weiterhin soll bei Kennzahlen, die sich auf dasselbe Qualitätsmerkmal beziehen, jeweils diejenige zur Ausweisung der rohen Raten entfallen, da diese bereits innerhalb der risikoadjustierten Raten abgebildet wird und eine zusätzliche Darstellung als redundant anzusehen ist.

Vor dem Hintergrund der seit Langem angestrebten Zusammenführung von Perinatal- und Neonatalerhebung sollen nun zum Erfassungsjahr 2025 (Auswertungsjahr 2027) erstmals im Auswertungsmodul PM-GEBH die auf verknüpften Daten basierenden Qualitätsindikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ praktisch erprobt werden. Bei diesen Follow-up-Indikatoren werden zur Beurteilung der Indexfälle aus der Geburtshilfe auch assoziierte Folgeereignisse (Follow-up) aus der Neonatologie miteinbezogen. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, dass Sterbefälle, die erst während der neonatologischen Versorgung aufgetreten sind, nun erstmals für die Geburtshilfe ausgewertet und für Maßnahmen der Qualitätsverbesserung nutzbar gemacht werden können. Bei Geburtskliniken mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen sind dann jedoch in die Stellungnahmeverfahren ggf. auch nachbehandelnde neonatologische Kliniken einzubeziehen. Aktuell wird ein Konzept für ein modifiziertes Stellungnahmeverfahren erarbeitet, welches den Einbezug mehrerer an der Versorgung beteiligter Leistungserbringer sowie die Zuschreibung von Qualitätsergebnissen regeln soll. Langfristig könnte dies in den Regelbetrieb eingeführt werden und es können ggf. weitere Qualitätsindikatoren auf Basis verknüpfter Daten zur Einführung empfohlen werden.

Im Rahmen des Weiterentwicklungsprojekts zum Verlegungsgeschehen von sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g sollen künftig Qualitätsinformationen auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen mit Blick auf die vorangegangenen 5 Jahre erfasst und standortbezogen auf der Website www.perinatalzentren.org veröffentlicht werden. Dadurch erfolgt lediglich eine deskriptive Darstellung des Verlegungsgeschehens, die keine Interpretation der Versorgungsqualität ermöglicht. Das IQTIG erarbeitet derzeit im Auftrag des G-BA, wie entsprechende Inhalte zum Verlegungsgeschehen in den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer und den länderbezogenen Auswertungen für die LAG dargestellt werden können. Auf diese Weise könnten perspektivisch die bislang nur deskriptiv darzustellenden Ergebnisse zum Verlegungsgeschehen bei erkennbaren Struktur- oder Prozessproblemen auch die Funktion von

Aufgreifkriterien zur Auslösung von weiteren Handlungsanschlüssen haben, um gezielt Qualitätsverbesserungen in den beteiligten Krankenhäusern adressieren zu können.

Literatur

Abou-Dakn, M; Louwen, F; Wagner, U; Dötsch, J; Lawrenz, B; Ehm, D; et al. (2020): AWMF-Registernummer 015-084. S3-Leitlinie: Sectio caesarea [Langfassung]. Version 1.0. Stand: Juni 2020. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1-02.pdf (abgerufen am: 25.06.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

Bührer, C; Felderhoff-Müser, U; Gembruch, U; Hecher, K; Kainer, F; Kehl, S; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-019. S2k-Leitlinie: Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit [Langfassung]. 4. Auflage. Versions-Nummer: 4.1. [Stand:] 24.06.2022, Erstveröffentlichung: Dezember 1998, Überarbeitung von: Mai 2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin] [u. a.]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-019l_S2k_Fr%C3%BChgeburt_Grenze_Lebensf%C3%A4higkeit_2025-05-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 25.06.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Umsetzungskonzept zur Abbildung des Verlegungsgeschehens bei Frühgeborenen. Abschlussbericht. Stand: 29.03.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Umsetzungskonzept-Verlegungsgeschehen-Fruehgeborener_Abschlussbericht_barrierefrei_2019-03-29.pdf (abgerufen am: 18.02.2025).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Ausfüllhinweise. Neonatologie (NEO). QS-Spezifikation 2023 V06. Stand: 21.03.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/erfassung/2023/v06/neo/Ausfuellhinweise_NEO.html (abgerufen am: 25.06.2025).

Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand:] März 2020, Erstveröffentlichung: Juni 1998. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-010l_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2025-04-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 25.06.2025). [Leitlinie seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, wird zurzeit überarbeitet].

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2025): NICE Guideline NG192. Caesarean birth [Guidance]. Published: March 2021, last updated: June 2025. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-7064-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805> (abgerufen am: 25.06.2025).