

QUAG-Arbeit und mehr

20 Jahre Qualitätssicherung in der
außerklinischer Geburtshilfe

Entwicklung, Ergebnisse, Ziele - Stand 2019

QUAG

Gesellschaft für Qualität in der
außerklinischen Geburtshilfe e.V.



Hebamme Anke Wiemer für QUAG e.V.

Die QUAG - Meilensteine

1999 – Gründung der QUAG e.V. und Start der kontinuierlichen bundesweiten Erfassung außerklinischer Geburten

2002 - Konstituierung des wissenschaftl. Beirates der QUAG

2005 – sukzessive Umstellung von der Papier- auf Online-Erfassung bis 2009

2006 – Erstauflage der Info-Broschüre zum akl. Geburtsort mit Hilfe einer Großeltern-Spende

2008 – Anerkennung der HgE mit Erg.-Vertrag und Betriebskostenpauschale und ab da Betreuung der ext. QS für die HgE

2015 – Aufnahme der ext. QS über QUAG auch für Hausgeburtshebammen im Vertrag mit dem GKV-SV

QUAG und wie alles begann...

Pro und Kontra

QUAG ist unter anderem aus den Kontroversen und permanenten Angriffen gegen die außerklinische Geburtshilfe ab Mitte der Achtziger Jahre und dem Mangel an vorhandenen Daten gegründet worden und verfolgt seit der Gründung im Jahr 1999 diesen **Leitgedanken**:

Das große Ziel vor dem Hintergrund „informierte Entscheidung“ ist eine sachliche, möglichst wertfreie Darlegung und Veröffentlichung der erhobenen Daten / ausgewerteten Zahlen und Fakten in dem jährlichen Qualitätsbericht

und

**das verbunden mit dem Wissen,
dass jeder Geburtsort seine Vor- und Nachteile hat.**

Zeitschiene

1994	Idee, alle außerklinischen Geburten in Deutschland zu erfassen und auszuwerten – Gründung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe
1996 bis 1998	Vorlaufstudie über 2 ½ Jahre und daraus Entwicklung eines praktikablen Erhebungsinstruments
1999	Gründung von QUAG e.V. als Gesellschaft für das Verfahren – Beginn der Dauererhebung und jährliche Veröffentlichung im Qualitätsbericht



bis heute



Download unter:

www.quag.de/quag/publikationen.htm

Zeitschiene

2001	Einrichtung eines interdisziplinären wissenschaftlichen Beirates
ab 2003	erfolgt auf Rat des Beirates nach bisher aus zwei Jahren besprochenen sentinel events der p.M.-Fälle die Einführung eines Zusatz-Bogens bei verstorbenem Kind, um Informationen zu diesem Kind zu erhalten, die der normale Erhebungsbogen nicht erfasst (z.B. Obduktion ja/nein, im US unerkannte Fehlbildungen, Begleitumstände mit Freitext usw.)

Zeitschiene

2004	<p>Aktivierung von Eltern für Elternbeirat-Arbeit <i>(inzwischen aufgegeben)</i></p> <p>Verhandelt: es gibt die neue Gebührenposition 21 über 5,45 € für die „Perinatalerhebung bei einer außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten“ Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung (und den Druck) des Formblatts abgegolten.</p>
ab 2005	<p>Sukzessive Umstellung von Papier- auf Online-Erfassung <i>(mit modifiziertem Erhebungsbogen und automatisierter Plausi)</i>, und getrennte Auswertung + Veröffentlichung geplante / ungeplante akl. Geburten</p>

Zeitschiene

2005-2006

Studie aus 5 Jahren (2000 bis 2004) von Loytved und Wenzlaff

die dt. Daten/Ergebnisse akl. Geburten werden international zu wenig wahr genommen, während seit etwa 8 Jahren viele int. Studien nach D schwappen und von uns immer wieder kommentiert werden müssen, insbesondere die schlechten amerikanischen Studien haben eine große Publicity

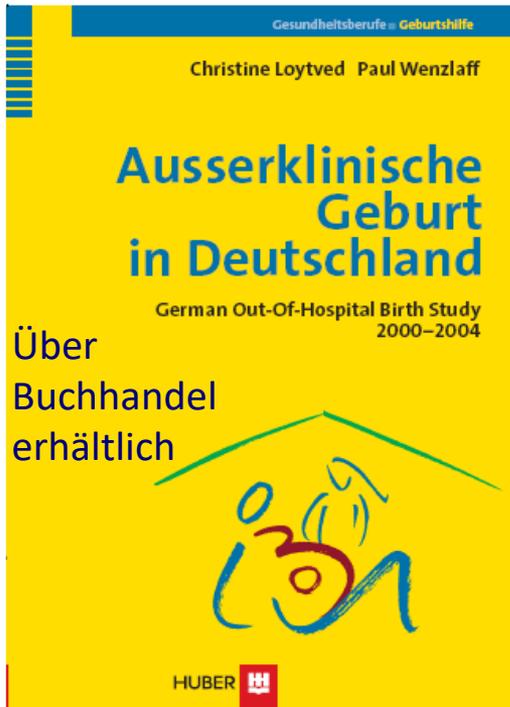
2006-2007

Veröffentlichung von 5-Jahres-Studie und Artikel dazu sowie Aufbereitung der Daten für Eltern und Interessierte in einer

Informationsbroschüre

Wechsel des Auswertungsinstitutes vom ZQ in Hannover zu Synagon in Aachen

Veröffentlichungen mit QUAG-Daten



veröffentlicht in DHZ 4/2009

Qualitätsmerkmale außerklinischer Geburtshilfe

Dr. Christine Loytved | Die Auswertung von mehr als 40.000 dokumentierten Hausgeburten und Entbindungen in Geburtshäusern in einem Zeitraum von fünf Jahren hat bemerkenswert positive Ergebnisse ans Licht gebracht. Die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e.V.) hat zu bestimmten Fragestellungen Zielvorgaben erarbeitet, anhand derer die eigenen Ansprüche und Standards außerklinisch tätiger Hebammen überprüft und diskutiert werden können. Bei diesen Zielen handelt es sich ausdrücklich um Vorschläge, die eine Diskussionsgrundlage für Qualitätsmerkmale in der Hebammengeburtshilfe bieten können. Einzelne Ziele werden hier vorgestellt

veröffentlicht in der
Kinderkrankenschwester 7/2012

Qualitätsmanagement

Welche Geburten sollten zur Qualitätsüberprüfung außerklinischer Geburtshilfe herangezogen werden?

Christine Loytved und Paul Wenzlaff



Zeitschiene

2006

-2007

vermehrt Anfragen nach Leitlinien bei der QUAG und der Ausbau der Hebammenfachhochschulen führen zu der **Idee** zur Gründung einer eigenen Fachgesellschaft, erste Treffen dafür, Mitarbeit an der Satzung und Gründungsversammlung der DGHWi

2008

Anerkennung hebammengeleiteter ambulanter Geburtshilfeeinrichtungen im SGB V § 134a , Mitarbeit am Ergänzungsvertrag für Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen und damit an den Ausschlusskriterien für HgE
UND Erstellen der jährlichen hausinternen Geburtshausauswertungen (Statistik) für deren QM-System (ext. QS) sowie für den GKV-SV

Zeitschiene

2009

Wiederholte Kritik an den Befundkatalogen A und B im MuPa, es wird durch den QUAG-Beirat eine multiprofessionelle AGr. zur **Entwicklung eines modernen Mutterpasses** gegründet und bis ins Jahr 2011 gearbeitet; dabei neuen MuPa entwickelt und Pilotstudie damit und **sukzessiven Veröffentlichungen**

ZGN/853/24.2.2009/Macmillan

Originalarbeit 1

Zur Historie des Mutterpasses und seines Aktualisierungsbedarfs

History of the German Antenatal Record ("Mutterpass") and its Need for Updating

veröffentlicht in Z Geburtsh Neonatol 2009/853

Autoren

S. Schilling¹, P. Hillemanns², M. M. Groß¹

Institute

¹Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, AG Hebammenwissenschaft, Hannover

²Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hannover

Zeitschiene

**2009
-2011**

Arbeit an einem Vergleich von HgE- und Klinik-Geburten und Veröffentlichung in 2011-2013
= Pilotstudie

**seit
2009**

Ergebnisse der QUAG-Arbeit national und international mit Artikeln und Vorträgen weiter bekannt machen und diskutieren

14 Originalarbeit

Geburtshäuser: Versorgungsalternative zur Klinikentbindung?

Midwife-Led Birth Centres: An Alternative to Hospital Childbirth?

Autoren

S. Bauer¹, C. Köttner²

Institute

¹Fachgebietsleiterin „Klinische Anwendung“ im Bereich Evidenzbasierte Medizin des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen

²Mitarbeiterin in der Abteilung Ambulante Versorgung, GKV

Veröffentlicht in Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science) Band/Jahrgang: 02/2014 Heft: 01

Originalarbeit

Wie versorgen außerklinisch tätige Hebammen Dammrisse ersten und zweiten Grades?

Out-of-hospital midwifery care of perineal tears grade 1 and 2

Sylvia Kvasnicka M.Sc., Dr. rer. medic. Christine Loytved MPH und Martina König-Bachmann MHPE

veröffentlicht in Z Geburtsh Neonatol 2013; 217: 14–23

Veröffentlichungen mit QUAG-Daten

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 142 (2009) 106–110



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb



veröffentlicht in EJOG
142 (2009) 106–110

Prior cesarean section—An acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? Results of the analysis of vaginal birth after cesarean section (VBAC) in German birth centers

Matthias David^{a,*}, Mechthild M. Gross^c, Anke Wiemer^b, Jürgen Pachaly^a, Klaus Vetter^d

^aCharité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Germany

^bBand Deutscher Hebammen, QUAG e.V. - Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V., Germany

^cMedizinische Hochschule Hannover, Frauenheilkunde, Germany

^dVivantes-Kliniken Berlin-Neukölln, Klinik für Geburtshilfe, Germany

Originalarbeit

Die Geburt im außerklinischen Setting – Unterschiede im maternalen und neonatalen Outcome von zweitgebärenden Frauen mit Status nach Sectio caesarea gegenüber Erstgebärenden

Birth in Out-of-Hospital Settings – Differences in Maternal and Neonatal Outcome of Women with their Second Child and a Prior Caesarean Section Compared to First Paras

Autoren

L. Beckmann¹, L. Dorin¹, S. Metzging², C. Hellmers¹

Institute

¹Hochschule Osnabrück/Universität Witten/Herdecke, Forschungskolleg „FamiLe“, Osnabrück

²Universität Witten/Herdecke, Pflegewissenschaft, Forschungskolleg „FamiLe“, Witten

Veröffentlicht in Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science) Band/Jahrgang: 03/2015 Heft: 01

Die außerklinische Geburt bei Status nach Sectio caesarea: Eine qualitative Analyse zur Entscheidungsfindung der Eltern für den Geburtsort

Birth in out-of-hospital settings after a caesarean section: A qualitative study of decision-making by the parents

Lea Beckmann M.Sc.¹, Lena Dorin MPH¹, Jun. Prof. Dr. rer. medic. Sabine Metzging² & Prof. Dr. phil. Claudia Hellmers¹

veröffentlicht in Z Geburtsh Neonatol 2013; 217: 14–23

Zeitschiene

seit Beginn

Vorträge auf Kongressen in Berlin, München, Bochum, Bremen, Bonn, Hamburg, Schwerin, Dresden, Nürnberg, Prag, Dublin, Verona, Boston und erstmalig auf dem ICM in Toronto über die QUAG-Arbeit und die Ergebnisse der akl. Geburten

Daten für retrospektive nationale Studien zu Themen der akl. Geburtshilfe wurden zur Verfügung gestellt (*werden noch wenig genutzt*)

Enge Zusammenarbeit mit den Auswertungsinstituten ZQ 1996 -2005 und seit 2006 mit Synagon

Zeitschiene

seit Beginn

Verbandspolitische Zuarbeiten,
jährlicher Qualitätsbericht,
Bogenmodifikationen und Plausi adaptieren,
Artikel in Hebammenzeitschriften
Einrichtung regionaler QZ über die LK
Routinearbeiten wie:
Rundbriefe an alle Erfassenden, Homepage
warten, Presseanfragen beantworten usw.

Regelmäßige Analysen internationaler Studien
zu Haus- und Geburtshausgeburten durch Fr. Dr.
Loytved für die QUAG e.V. und die Überlegung
von Konsequenzen aus diesen für die QUAG-
Auswertungen und -Veröffentlichungen

2008
bis
2012



Midwifery

Volume 28, Issue 5, October 2012, Pages 561–567

Place of Birth



Birthing outside the system: Perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths

Melanie Jackson, Research Midwife RN, RM, B.Nat, M (Nurs), Grad.Dip (Mid) (PhD Candidate),
Hannah Dahlen, RN, RM, BN (Hons), M (CommN), PhD (Associate Professor of Midwifery), Virginia
Schmied, RN, RM, PhD (Professor of Midwifery)

School of Nursing and Midwifery, College of Health and Science,
Bag 1797, Penrith South DC, NSW 2751, Australia

DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.02103.x
www.blackwellpublishing.com/bjog

Basic science

Planned hospital birth versus planned home birth

Ole Olsen¹, Jette A Clausen²

¹The Research Unit for General Practice and Section of General Practice, Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen K, Denmark. ²Department of Midwifery, University College Metropol, Copenhagen, Denmark

Contact address: Ole Olsen, The Research Unit for General Practice and Section of General Practice, Department of Public Health, University of Copenhagen, Øster Farimagsgade 5, P. O. Box 2099, Copenhagen K, DK-1014, Denmark. ole.olsen@sund.ku.dk, ole.cph@gmail.com.

Editorial group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.

Publication status and date: New search for studies and content updated (conclusions changed), published in Issue 9.

Review content assessed as up-to-date: 17 April 2012.

Citation: Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2.

Copyright © 2012 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands

M Hendrix,^a M Van Horck,^a D Moreta,^a F Nieman,^b M Nieuwenhuijze,^c J Severens,^{b,d} J Nijhuis^a

^a Department of Obstetrics and Gynaecology and ^b Department of Clinical Epidemiology and Medical Technology Assessment (KEMTA), Maastricht UMC+, Maastricht, the Netherlands ^c Department of Clinical Epidemiology and Medical Technology Assessment (KEMTA), University of Midwifery Education and Studies Maastricht, Maastricht, the Netherlands ^d Department of Health Organization, Policy and Economics, Faculty of Health Sciences, Maastricht UMC+, Maastricht, the Netherlands

Correspondence: Dr M Hendrix, Department of Obstetrics and Gynaecology, Maastricht UMC+, PO Box 5800, 6202 AZ Maastricht, the Netherlands. Email mhendrix@ved2.azm.nl

SMFM PAPERS

www.AJOG.org

Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis

Joseph R. Wax, MD; F. Lee Lucas, PhD; Maryanne Lamont, MLS; Michael G. Pinette, MD; Angelina Cartin; Jacquelyn Blackstone, DO

OBJECTIVE: We sought to systematically review the medical literature on the maternal and newborn safety of planned home vs planned hospital birth.

STUDY DESIGN: We included English-language peer-reviewed publications from developed Western nations reporting maternal and newborn outcomes by planned delivery location. Outcomes' summary odds ratios with 95% confidence intervals were calculated.

RESULTS: Planned home births were associated with fewer maternal interventions including epidural analgesia, electronic fetal heart rate monitoring, episiotomy, and operative delivery. These women were less

likely to experience lacerations, hemorrhage, and infections. Neonatal outcomes of planned home births revealed less frequent prematurity, low birthweight, and assisted newborn ventilation. Although planned home and hospital births exhibited similar perinatal mortality rates, planned home births were associated with significantly elevated neonatal mortality rates.

CONCLUSION: Less medical intervention during planned home birth is associated with a tripling of the neonatal mortality rate.

Key words: neonatal mortality, patient safety, planned home childbirth

Cite this article as: Wax JR, Lucas FL, Lamont M, et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:243.e1-8.

Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study

OPEN ACCESS

Birthplace in England Collaborative Group

Abstract

Objective To compare perinatal outcomes, maternal outcomes, and interventions in labour by planned place of birth at the start of care in labour for women with low risk pregnancies.

Design Prospective cohort study.

in a midwifery unit and multiparous women planning birth at home experience fewer interventions than those planning birth in an obstetric unit with no impact on perinatal outcomes. For nulliparous women, planned home births also have fewer interventions but have poorer perinatal outcomes.

The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth Birthplace in England research programme. Final report part 4

Jennifer Hollowell,¹ David Puddicombe,¹ Rachel Rowe,¹ Louise Linsell,¹ Pollyanna Hardy,¹ Mary Stewart,^{1,2,3} Maggie Redshaw,¹ Mary Newburn,⁴ Christine McCourt,³ Jane Sandall,³ Alison Macfarlane,⁴ Louise Silverton,⁶ and Peter Brocklehurst^{1,7} on behalf of the Birthplace in England Collaborative Group

¹ National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford
² Chelsea and Westminster Healthcare NHS Trust
³ King's College London
⁴ NCT
⁵ City University, London
⁶ Royal College of Midwives
⁷ Institute for Women's Health, UCL

Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis Birthplace in England research programme: final report part 5

Liz Schroeder,¹ Stavros Petrou,^{1,2} Nishma Patel,¹ Jennifer Hollowell,¹ David Puddicombe,¹ Maggie Redshaw¹ and Peter Brocklehurst^{1,3} on behalf of the Birthplace in England Collaborative Group

¹ National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford
² Warwick Clinical Trials Unit, Warwick Medical School
³ Institute for Women's Health, University College London

Birthplace qualitative organisational case studies: how maternity care systems may affect the provision of care in different birth settings Birthplace in England research programme. Final report part 6

Christine McCourt,¹ Susanna Rance,² Juliet Rayment,¹ Jane Sandall²

¹ City University, London
² King's College, London

Birthplace programme overview: background, component studies and summary of findings

Birthplace in England research programme. Final report part 1

Prepared by Jennifer Hollowell on behalf of the Birthplace in England Collaborative Group

¹ National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford

Birthplace terms and definitions: consensus process Birthplace in England research programme. Final report part 2

Prepared by Rachel Rowe on behalf of the Birthplace in England Collaborative Group

¹ National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford

Mapping maternity care: the configuration of maternity care in England Birthplace in England research programme. Final report part 3

Maggie Redshaw¹, Rachel Rowe¹, Liz Schroeder¹, David Puddicombe¹, Alison Macfarlane², Mary Newburn³, Chris McCourt³, Jane Sandall³, Louise Silverton³ and Neil Marlow⁴ on behalf of the Birthplace in England Collaborative Group

¹ National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford
² City University, London
³ NCT
⁴ Kings College, London
⁵ Royal College of Midwives (RCM)



2012
und
2013

Perinatal mortality rate in the Netherlands compared to other European countries: A secondary analysis of Euro-PERISTAT data

Ank de Jonge, PhD (Midwife Researcher)^{a,*}, Ruth Baron, MSc (Researcher)^a, Myrte Westerneng, MSc (Researcher)^a, Jos Twisk, PhD (Professor)^b, Eileen K. Hutton, PhD (Professor, Midwife)^{a,c}

^a Department of Midwifery Science, AVAG/EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, P.O. Box 7057, 1007 MB Amsterdam, The Netherlands

^b Department of Methodology and Applied Biostatistics, VU University, De Boelelaan 1085-1087, 1081 HV Amsterdam, The Netherlands

^c McMaster University, Hamilton, Canada

Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D

... ranking of the Netherlands compared to other European countries
... primary care births, particularly those at home. Primary care births
... e examined to which extent the perinatal mortality rate at term in
... or ranking.

... lished data from the Euro-PERISTAT study.

... gave birth in 2004 in the 29 European regions and countries called

Alternative versus conventional institutional settings for birth (Review)

Hodnett ED, Downe S, Walsh D



2015

Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies

Eileen K. Hutton PhD, Adriana Cappelletti BHSc, Angela H. Reitsma RM MSc, Julia Simioni MSc, Jordyn Horne BSc, Caroline McGregor BSc, Rashid J. Ahmed BSc

ABSTRACT

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes

Jonathan M. Snowden, Ph.D., Ellen L. Tilden, Ph.D., C.N.M., Janice Snyder, R.N., Brian Quigley, B.S., Aaron B. Caughey, M.D., Ph.D., and Yvonne W. Cheng, M.D., Ph.D.

ABSTRACT

BACKGROUND

The frequency of planned out-of-hospital birth in the United States has increased in recent years. The value of studies assessing the perinatal risks of planned out-of-hospital birth versus hospital birth has been limited by cases in which transfer to a hospital is required and a birth that was initially planned as an out-of-hospital birth is misclassified as a hospital birth.

METHODS

We performed a population-based, retrospective cohort study of all births that occurred in Oregon during 2012 and 2013 using data from newly revised Oregon birth certificates that allowed for the disaggregation of hospital births into the categories of planned in-hospital births and planned out-of-hospital births that took place in the hospital after a woman's intrapartum transfer to the hospital. We assessed perinatal morbidity and mortality, maternal morbidity, and obstetri-

resuscitation with positive pressure ventilation and cardiac compressions).

Results: We compared 11 493 planned home births and 11 493 planned hospital births. The risk of our primary outcome did not differ significantly by planned place of birth (relative risk [RR] 1.03, 95% confidence interval [CI] 0.68–1.55). These findings held true for both nulliparous (RR 1.04, 95% CI 0.62–1.73) and multiparous women (RR 1.00, 95% CI

Competing interests: None declared.

This article has been peer reviewed.

Accepted: Oct. 26, 2015

Online: Dec. 21, 2015

Correspondence to: Eileen Hutton, huttone@mcmaster.ca

CMAJ 2015, DOI:10.1503/cmaj.150564

From the Departments of Obstetrics and Gynecology (J.M.S., B.Q., A.B.C.) and Public Health and Preventive Medicine (J.M.S.) and the School of Nursing (E.L.T., J.S.), Oregon Health and Science University, Portland; the Department of Surgery, University of California at Davis, Sacramento (Y.W.C.); and the Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal-Fetal Medicine, California Pacific Medical Center, San Francisco (Y.W.C.). Address reprint requests to Dr. Snowden at Oregon Health and Science University, 3181 SW Sam Jackson Park Rd., Mail Code L-466, Portland, OR 97239, or at snowden@ohsu.edu.

Zeitschiene

seit Beginn

Regelmäßiges Analysieren externer Daten wie die Klinik-Perinatalergebnisse und der QI dt. Kliniken sowie der EU (Europeristat) sowie der Daten zum Thema Geburt beim statistischen Bundesamt

da aufgrund der freiwilligen Erfassung von 1999 bis 2015 nicht alle außerklinischen Geburten zu 100% erfasst wurden.

Im Folgenden Analysen der Jahre 2011-2017 zu den Geburtenzahlen aus verschiedenen Statistiken in einer Übersicht zusammengeführt.

Zeitschiene

2013

Antrag an das MdI (QUAG und GKV-SV zusammen) zur Erfassung des tatsächlichen Geburtsortes auf der Geburtenmeldung zur Weitergabe an die amtliche Statistik

wurde nicht berücksichtigt im überarbeiteten Personenmeldestandgesetz in 2015 – erneuter Versuch in 2019 geplant

Aus dem Pilotprojekt (Vergleich HgE-/Klinikgeburten) heraus Identifikation von gemeinsamen QI der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe

Daraus wurde 2013 ein neues QI in Klinikerfassung/Perinatalauswertung eingeführt:

gemeinsame Entlassung von Mutter und Kind (wird ab 2018 schon wieder als QI gelöscht)

Zeitschiene

2013
-2014

Mitarbeit in AGr. QS und QM für den neuen Hebammenvertrag unter SGB V und dabei:

AGr. internationale Studienrecherche zu Vergleichen von HG/HgE-Geburten und zu Ausschlusskriterien in der Literatur wurde Ende des Jahres eingerichtet

2014
-2015

Anhörung im Ges.-Ausschuss zur Regressregelung und Stellungnahme zu den Ausschlusskriterien und Darlegung vor Schiedsstelle

Einladung für fachliche Expertise in die multiprofessionelle AGr. „Vaginale Geburt am Termin“ AWMF-Leitlinienerstellung

bei AQUA Änderungsantrag zu indifferenten Befunden in Katalog C gestellt und von dort angenommen

(der Befundkatalog C ist identisch bei der klinischen und außerkl. Datenerfassung und enthält geburtshilfliche Befunde/Risiken)

Zeitschiene

seit 2016

mehr Aufgaben aus dem neuen Hebammenvertrag (ab Sept. 2015) Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 a SGB V zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-SV und in seinen Anlagen steht, welche Aufgaben die QUAG aus dem Vertrag erhalten hat bzgl. ext. QS in der akl. Geburtshilfe mit Einzelberichten für

jede HG-Hebamme und weiterhin jede HgE, bei statistisch signifikanten Abweichungen, dann neu: Peer Review und weiterführend wenn nötig strukturierter Dialog

Satzungsänderung in 2016 und etwas andere Strukturen in der QUAG e.V. sind dafür notwendig geworden

Zeitschiene

in 2017

Einführung neuer Online-Dokumente bei der Geburten-Erfassung (z.B. Meldung für Standesamt, Übergabe-Brief an entfernte WB-Hebamme oder Gyn/Kinderarzt und Zusatzinfobogen bei verstorbenem Kind ab jetzt auch nur noch Online)

Daten für internationale Studien zur Verfügung gestellt (über MHH, Fr. Prof. Dr. Groß)

AGr. internationale Studienrecherche zu Vergleichen von HG/HgE-Geburten und zu Ausschlusskriterien in der Literatur hat ihre Arbeit abgeschlossen und in einer „Systematischen Übersichtsarbeit“ den verhandelnden Verbänden übergeben

Zeitschiene

in 2018

Umstellung der Erfassung kindlicher Morbiditäten im Erhebungsinstrument

(vom alten Katalog D auf ICD-10 Katalog P und Q)

in 2019

Einrichtung von 3 Arbeitsgruppen

- 1) grundlegende Überarbeitung QUAG-Bericht
- 2) Zukünftige Darstellung der kindl. Mortalitäten im Rahmen der Beiratssitzung (bisher als sentinel event)
- 3) Item-Überarbeitung (neue Items aufnehmen und andere aufgeben möglich?)

QUAG-Klausur

20 Jahre QUAG und wie geht weiter?

Jahr	Gesamt* außerklinisch geplant begonnene Einlings-Geburten	<i>davon</i> <i>in der Klinik</i> <i>nach Verlegung</i> <i>geborene Kinder**</i>	<i>davon</i> <i>außerklinisch</i> <i>geborene Kinder</i>
1999	8.578	1.145	7.433
2000	8.800	1.156	7.644
2001	9.483	1.217	8.266
2002	9.412	1.174	8.238
2003	9.846	1.260	8.586
2004	9.912	1.197	8.715
2005	10.021	1.381	8.640
2006	9.524	1.173	8.351
2007	9.442	1.221	8.221
2008	9.756	1.429	8.327
2009	10.382	1.613	8.769
2010	10.721	1.676	9.045
2011	10.554	1.726	8.828
2012	10.901	1.811	9.090
2013	10.742	1.799	8.943
2014	11.300	1.869	9.431
2015	11.181	1.815	9.366
2016	12.343	1.978	10.365
2017	12.738	2.110	10.628
2018	13.828	2.071	11.757
Gesamt	209.464	30.821 <i>14,7%</i> <i>Verlegungsrate</i>	178.643 <i>85,3%</i> <i>am geplanten Ort</i> <i>beendet</i>

Bis 2010

*Inklusive Zwillinge und ungeplant außerklinisch. Hier fließen auch Kinder mit ein, deren Geburten von den dokumentierenden Hebammen im Ausland betreut wurden.

**Inklusive Zwillinge. Die auf dem Transportweg geborenen Kinder sind den Klinikgeburten zugeordnet.

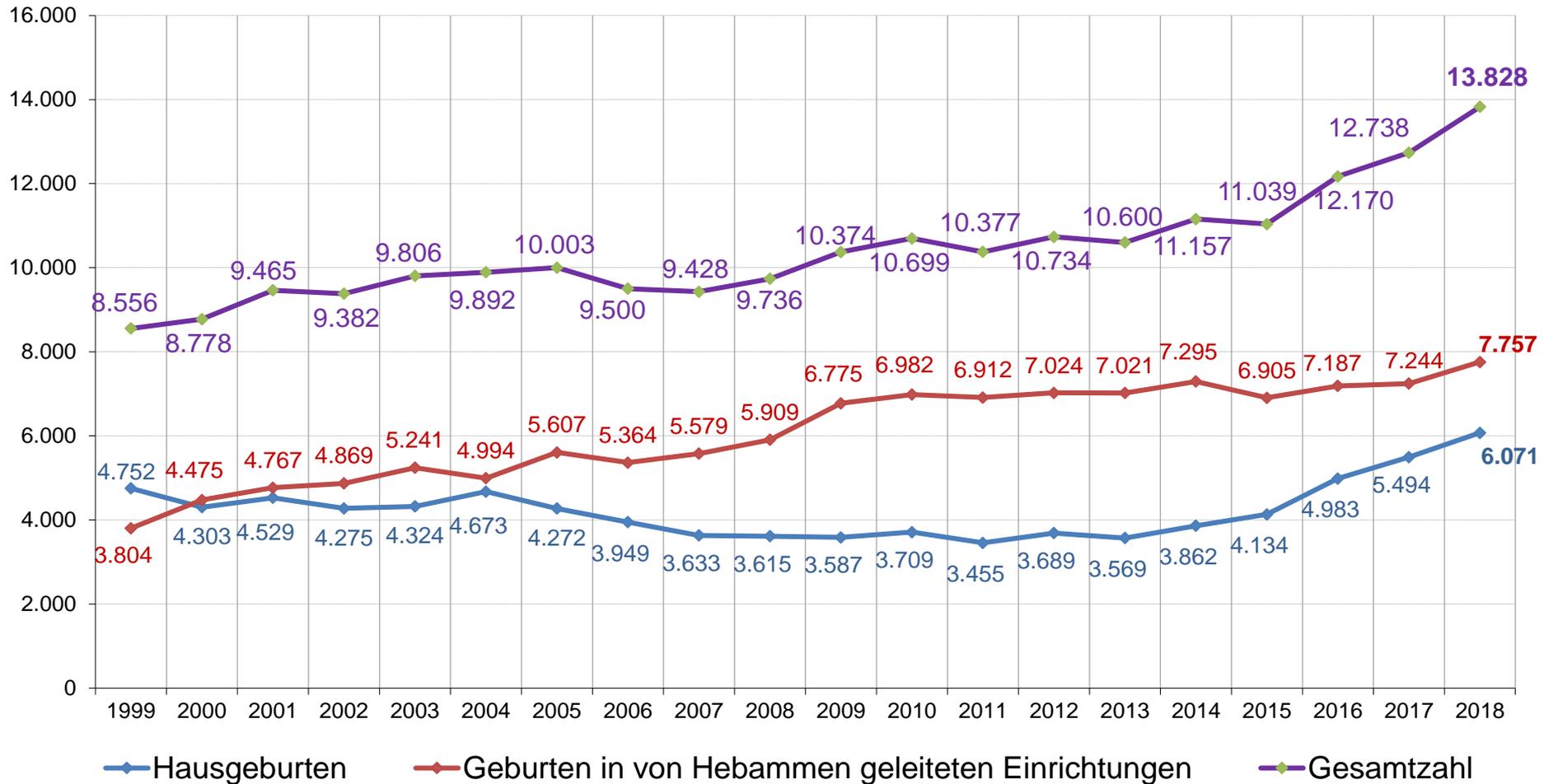
Ab 2011

*Inklusive Zwillinge und ungeplant außerklinisch in Deutschland geborene Kinder

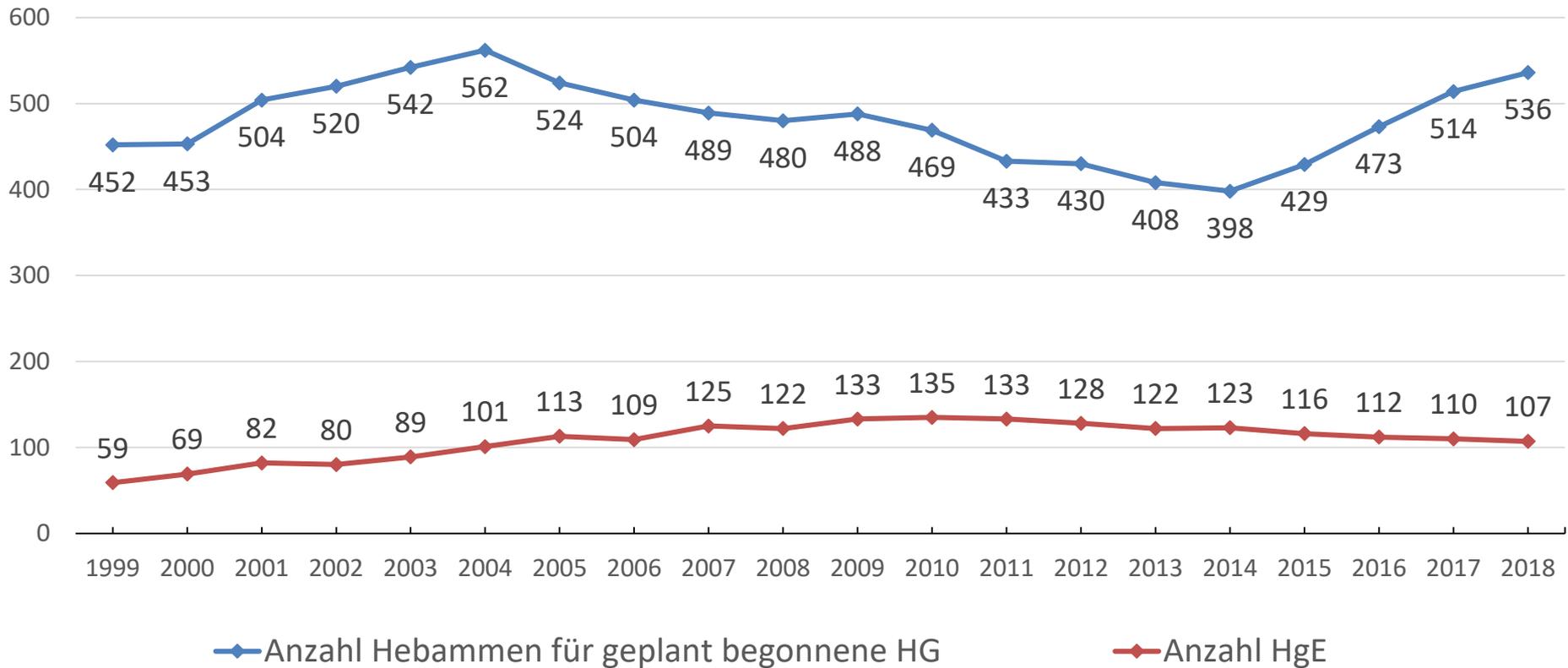
**Die auf dem Transportweg geborenen Kinder sind den Klinikgeburten zugeordnet

209.464
bei QUAG seit 1999
dokumentierte
akl. geplant und
begonnene Geburten
haben sehr viel
Potential für nationale
retrospektive Studien.

Anzahl außerklinisch geplanter, begonnener und bei QUAG dokumentierter Geburten von 1999 bis 2018 getrennt nach HgE- und Haus-Geburten



Anzahl Hebammen mit Hausgeburtshilfe und Anzahl von Hebammen geleiteter Einrichtungen mit Geburtshilfe, die an der Erfassung seit 1999 teilgenommen haben



QUAG setzt sich auch in Zukunft ein...

1. die Datenerfassung und -auswertung akl. Geburten ist weiterhin von Hebammen für Hebammen organisiert
2. Diskutieren und Anerkennen der Ergebnisse aus der Perinatalerfassung außerklinischer Geburten in der geburtshilflichen und berufspolitischen Landschaft
3. wertfreie, objektive Aufklärung für Schwangere, die außerklinisch gebären möchten

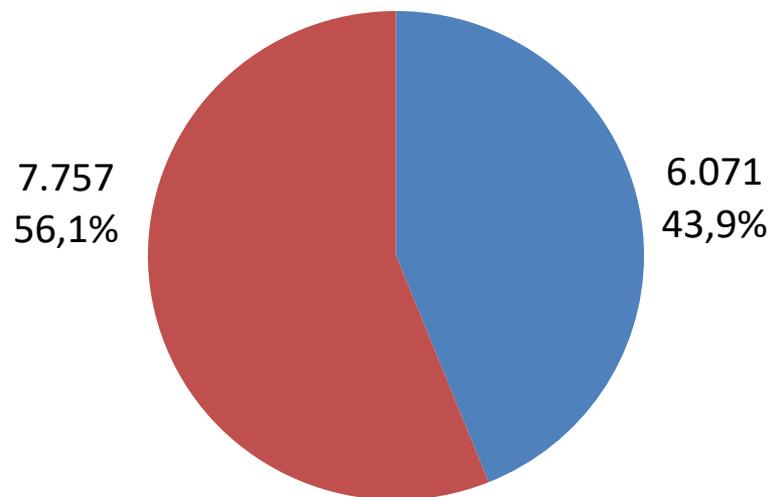


QUAG – ausgewählte Ergebnisse 2018

Bundesland	Hausgeburts- hebammen	Hebammen geleitete Einrichtungen (HgE)
	Anzahl	Anzahl
Baden-Württemberg	88	9
Bayern	94	18
Berlin	40	7
Brandenburg	16	4
Bremen	14	2
Hamburg	10	2
Hessen	31	11
Mecklenburg-Vorpommern	9	3
Niedersachsen	34	9
Nordrhein-Westfalen	108	17
Rheinland-Pfalz	20	5
Saarland	4	1
Sachsen-Anhalt	5	3
Sachsen	40	11
Schleswig-Holstein	8	2
Thüringen	15	3
Gesamt	536	107

QUAG – ausgewählte Ergebnisse 2018

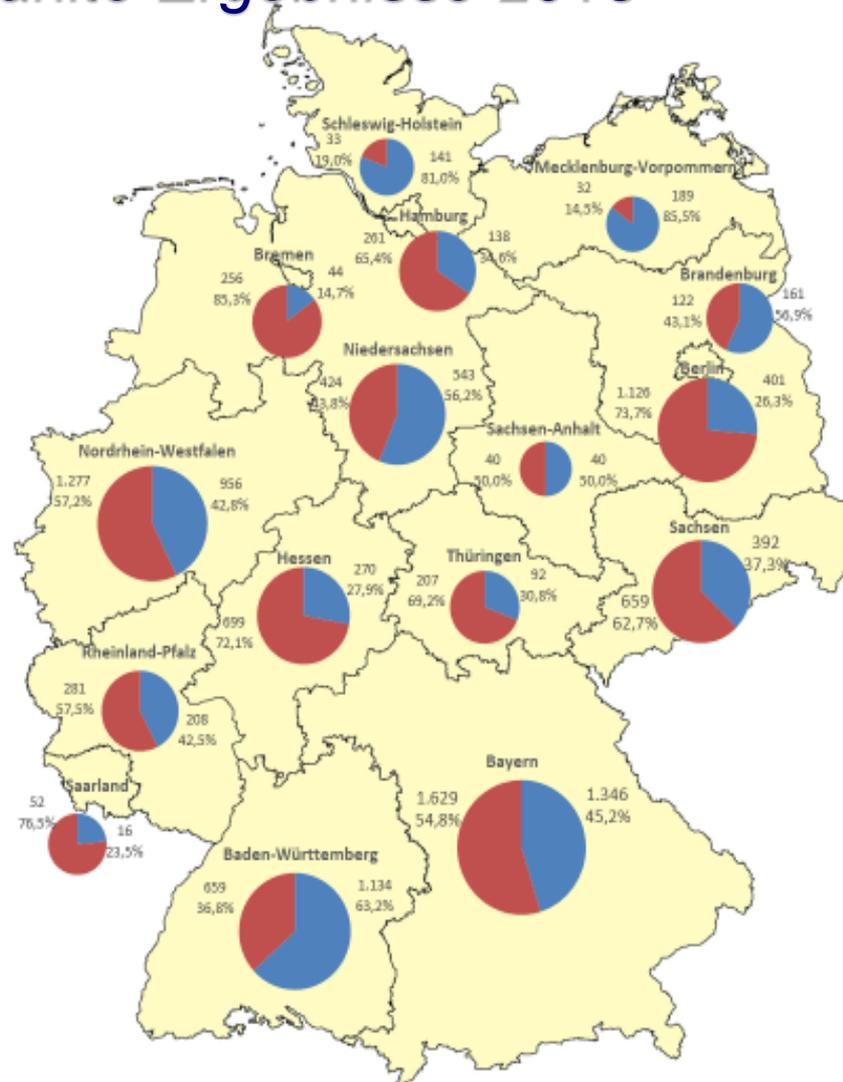
Geburten zu Hause oder in einer HgE
in 2018
von 13.828 außerklinisch begonnenen Geburten



■ Hausgeburten ■ Geburten in Hebammengeleiteten Einrichtungen

QUAG – ausgewählte Ergebnisse 2018

Geburtenverteilung in
der BRD
akl. begonnener
und bei QUAG
erfasster Geburten



- Hausgeburt
- Hebammen geleitete Einrichtungen
(Geburtshaus, Hebammenpraxis mit Geburten, Entbindungsheim)

Angaben beziehen sich auf die Anzahl der in der jeweiligen Einrichtung begonnenen Geburten im Jahr 2018

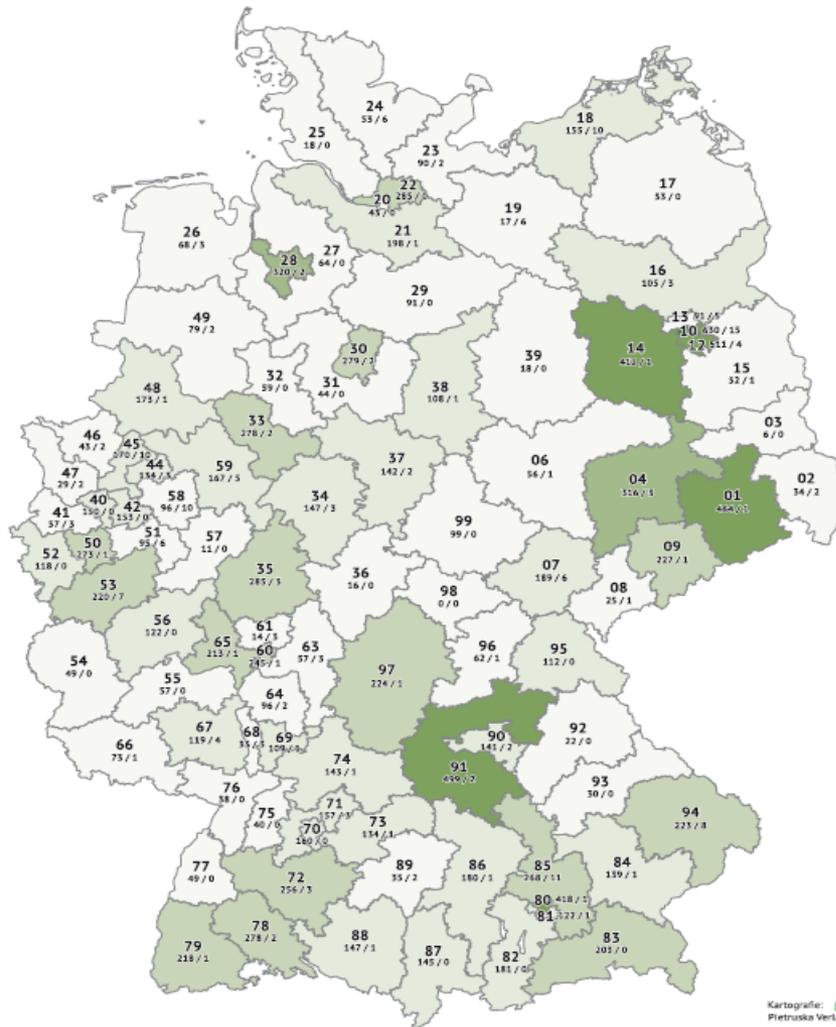
Der Anteil
der HgE-Geburten
und Hausgeburten
ist in den
Bundesländern
sehr verschieden.

QUAG – ausgewählte Ergebnisse 2018

Geburtenverteilung im Jahr 2018

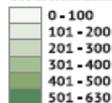
nach zweistelligen Postleitzahlgebieten

Geburtenverteilung in
der BRD
akl. begonnener
und bei QUAG
erfasster Geburten



So wie auch die
regionale
Verteilung sehr
unterschiedlich ist.

Geburtenanzahl gesamt:



Erklärung der Beschriftung:

PLZ-Leitbereich
geplante akl. Geburten / ungeplante akl. beendete Geburten

73
134 / 1

Kartografie: geodressing
Pietruska Verlag, Röllheim

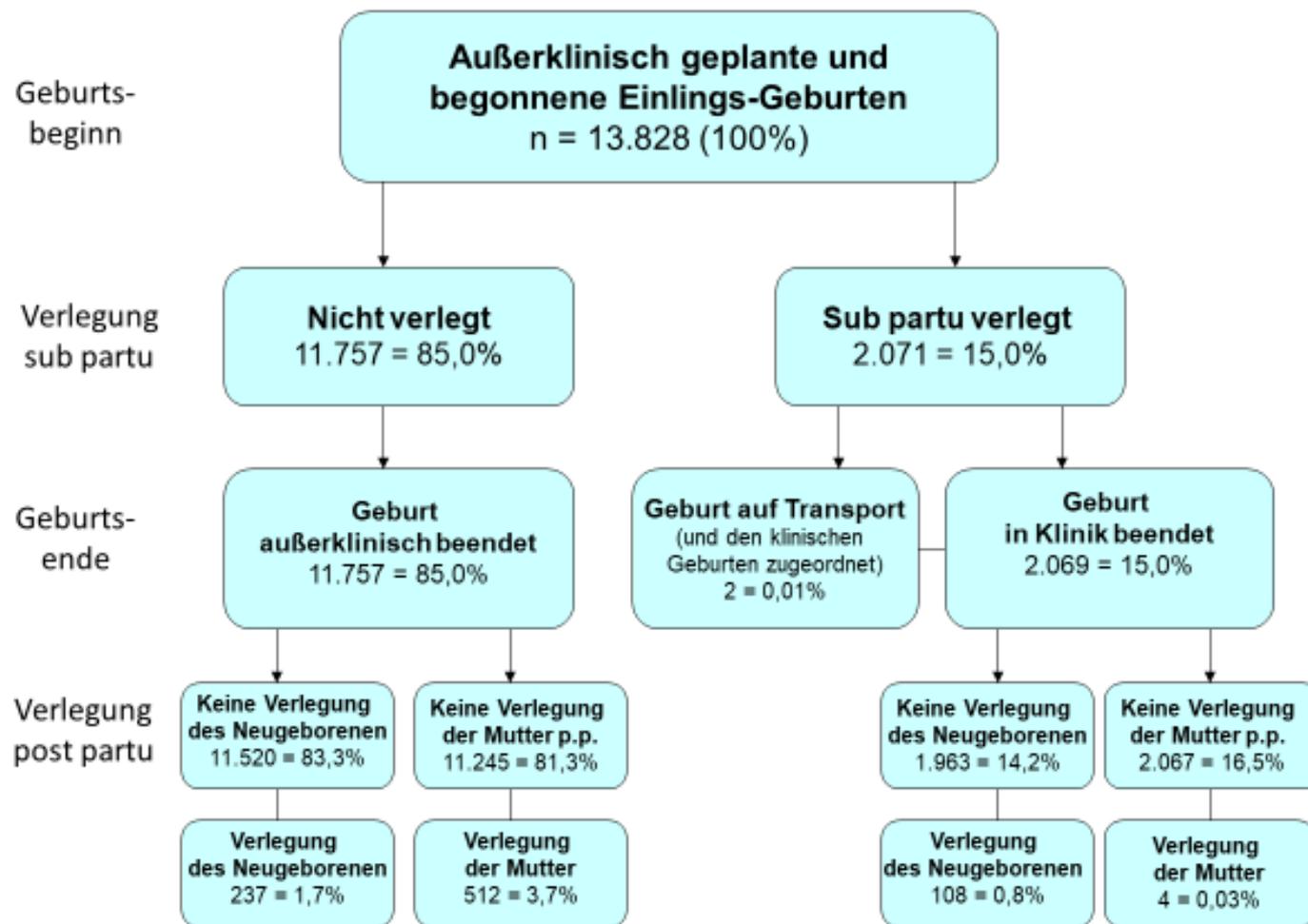


QUAG – ausgewählte Ergebnisse 2018

Lebendgeborene nach Bundesländern (destatis) und Anteil akl. begonnener Geburten

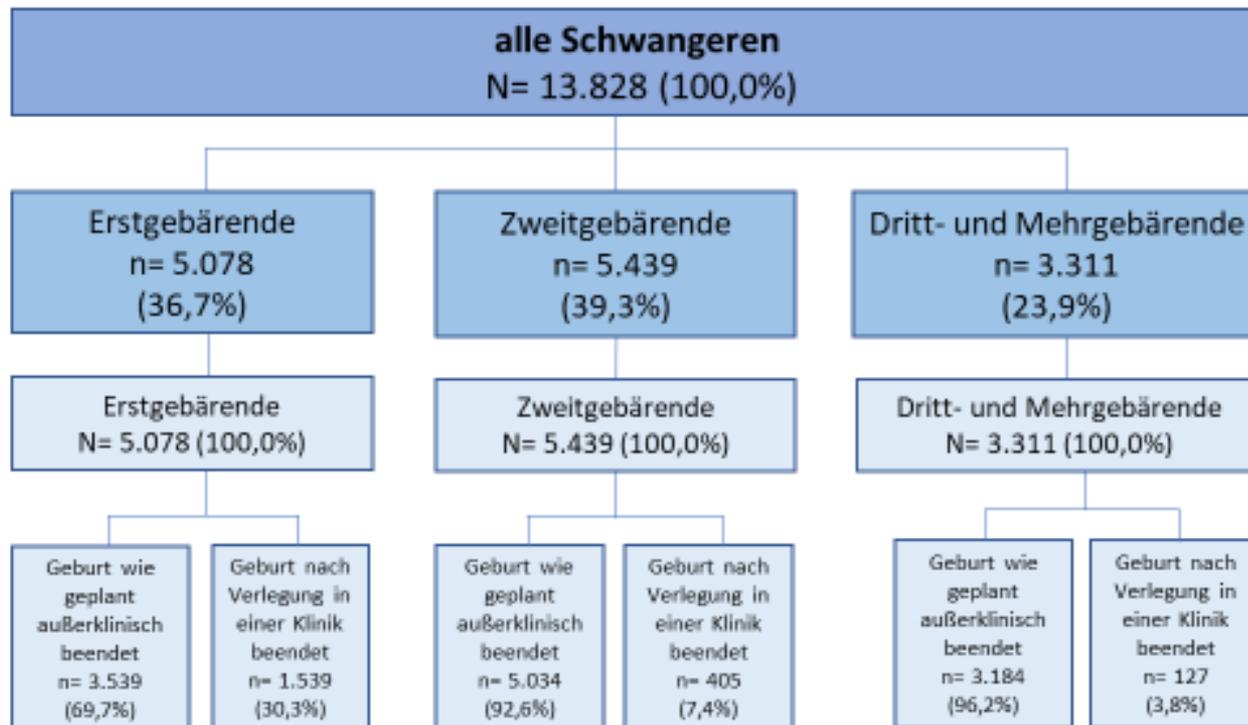
Bundesland 2018	destatis	QUAG	Anteil akl. begonnene Geburten (QUAG) zu Lebend geborenen Kindern (destatis) im Bundesland
Baden-Württemberg	108.919	1.793	1,65%
Bayern	127.616	2.975	2,33%
Berlin	40.203	1.527	3,80%
Brandenburg	19.881	283	1,42%
Bremen	7.163	300	4,19%
Hamburg	21.126	399	1,89%
Hessen	61.012	969	1,59%
Mecklenburg-Vorpommern	13.032	221	1,70%
Niedersachsen	73.652	967	1,31%
Nordrhein-Westfalen	173.150	2.233	1,29%
Rheinland-Pfalz	37.647	489	1,30%
Saarland	8.149	68	0,83%
Sachsen-Anhalt	17.410	80	0,46%
Sachsen	35.890	1.051	2,93%
Schleswig-Holstein	25.236	174	0,69%
Thüringen	17.437	299	1,71%
Gesamt in Deutschland	787.523	13.828	1,76%

QUAG – ausgewählte Ergebnisse 2018



Ausgewählte Ergebnisse für 13.828 bei QUAG dokumentierte, außerklinisch geplante und begonnene Einlings-Geburten inklusive Ergebnisse für die in eine Klinik s.p. verlegten Geburten in der BRD – 2018

Prozentbezüge zur Grundgesamtheit der außerklinisch geplant begonnenen Einlingsgeburten N=13.828



Ausgewählte Ergebnisse für 13.828 bei QUAG dokumentierte, außerklinisch geplante und begonnene Einlings-Geburten inklusive Ergebnisse für die in eine Klinik s.p. verlegten Geburten in der BRD – 2018

Prozentbezüge zur Grundgesamtheit der außerklinisch geplant begonnenen Einlingsgeburten N=13.828

Von allen akl. beg. Geburten - alle Schwangeren, nur Einlinge (n= 13.828)	100,00%
davon wie geplant außerkl. beendet (n= 11.757)	85,0%
davon s.p. verlegte Geburten* (n= 2.071)	15,0%
<u>davon</u> in Eile verlegte Geburten* (n= 132)	6,4%

*verlegte Geburten sind immer auch in der klinischen IQTiG-Statistik enthalten

Ergebnisse für die betreuten Mütter, unabhängig vom letztendlichen Geburtsort

Vaginale Geburt (n= 13.185)	95,4%
davon Spontangeburt (n= 12.798)	92,6%
davon vaginal-operative Geburt (n= 387)	2,8%
<u>davon:</u> bevorzugte Gebärposition <u>bei vaginaler Geburt</u> = Vierfüßlerstand (n= 3.689)	28,0%
Damm intakt nach <u>vaginaler Geburt</u> (n= 5.818)	44,1%
DR III ^o -IV ^o nach <u>vaginaler Geburt</u> (n= 109)	0,8%
Episiotomie bei <u>vaginaler Geburt</u> (n= 434)	3,3%
Sekundäre Sectio (n= 642)	4,6%

Ausgewählte Ergebnisse für 13.828 bei QUAG dokumentierte, außerklinisch geplante und begonnene Einlings-Geburten inklusive Ergebnisse für die in eine Klinik s.p. verlegten Geburten in der BRD – 2018

Prozentbezüge zur Grundgesamtheit der außerklinisch geplant begonnenen Einlingsgeburten N=13.828

Von allen akl. beg. Geburten - alle Schwangeren, nur Einlinge (n= 13.828)	100,00%
davon wie geplant außerkl. beendet (n= 11.757)	85,0%
davon s.p. verlegte Geburten* (n= 2.071)	15,0%
<i>davon</i> in Eile verlegte Geburten* (n= 132)	6,4%

*verlegte Geburten sind immer auch in der klinischen IQTiG-Statistik enthalten

Ergebnisse für die betreuten Mütter, unabhängig vom letztendlichen Geburtsort

zweite Hebamme <u>zur außerklinischen Geburt anwesend</u> (n= 8.525)	61,7%
--	-------

Keine mütterlichen Probleme nach der Geburt (n= 13.026)	94,2%
---	-------

Verlegung der Mutter nach der Geburt (n= 516)	3,7%
---	------

Maternale Mortalität im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und 42 Tage p.p. (n= 0)	0,0%
---	------

Ausgewählte Ergebnisse für 13.828 bei QUAG dokumentierte, außerklinisch geplante und begonnene Einlings-Geburten inklusive Ergebnisse für die in eine Klinik s.p. verlegten Geburten in der BRD – 2018

Prozentbezüge zur Grundgesamtheit der außerklinisch geplant begonnenen Einlingsgeburten N=13.828

Von allen akl. beg. Geburten - alle Schwangeren, nur Einlinge (n= 13.828)	100,00%
davon wie geplant außerkl. beendet (n= 11.757)	85,0%
davon s.p. verlegte Geburten* (n= 2.071)	15,0%
<u>davon</u> in Eile verlegte Geburten* (n= 132)	6,4%

*verlegte Geburten sind immer auch in der klinischen IQTiG-Statistik enthalten

Ergebnisse für die geborenen Kinder, unabhängig vom letztendlichen Geburtsort

lebend und reif geboren, nicht in eine Kinderklinik verlegt, keine Krankheiten nach Katalog ICD-10, keine Maßnahmen zur Reanimation, APGAR-Wert nach 5 <u>und</u> 10 Minuten mindestens 8 (n= 12.964)	93,8%
Häufigste kindliche Erkrankung (nach Katalog ICD-10) = P22 Atemnot (n= 186)	1,4%
Verlegung in Kinderklinik innerhalb der ersten 6 Stunden nach Geburt (n= 249)	1,8%
Perinatale Mortalität (n= 22)	0,16% (= 1,6‰)

Zur Thematik der „vollständigen“ Geburtenerfassung von akl. Geburten in der BRD

Die Kritik, dass ein Teil der außerklinisch geborenen Kinder offensichtlich nicht gemeldet werden, kann nur schwer entkräftet werden.

Da aber auch die Anzahl der bei IQTIG in der Bundesauswertung „Geburtshilfe“ gemeldeten in der Klinik geborenen Kinder (2017: 776.188 Kinder) von der beim Statistischen Bundesamt (2017: 777.820 Kinder) aufgelisteten Anzahl abweicht, sollte eine gemeinsame Lösung zur lückenlosen Darstellung aller Geburten in Deutschland gefunden werden.

Datenquelle: IQTIG, QS-Verfahren Geburtshilfe, Bundesauswertung 2017, S.46

Datenquelle: Statistisches Bundesamt Grunddaten der Krankenhäuser 2017, Tab.-Blatt 2.14.1

Vollständigkeit der QUAG-Daten

2013 - Antrag ans MdI (auf QUAG-Initiative vom GKV-SV gestellt)
zur Änderung des Personenstandgesetzes und
zur Erfassung des korrekten Geburtsortes bei der Meldung des Kindes
im Standesamt (*nicht angenommen*)

Geburtshäuser und/oder
Hausgeburtshebammen,
die nicht dem Vertrag mit
dem GKV-SV beitreten,
müssen ihre Geburten
nicht erfassen (Privat-
Leistungen)



Bis zu 0,5% der Klinikgeburten
können nicht erfasst werden,
ohne Konsequenzen für
Abschläge des QS-Zuschlags
im DRG-Entgelt

Tabelle 4 In Deutschland geborene Kinder – klinisch und außerklinisch ab 2011. Annäherung an den Erfassungsgrad der QUAG-Erhebung

Jahr	geborene Kinder in Deutschland	davon in Krankenhäusern geborene Kinder	Differenz aus Spalte 2 und 3	dokumentierte, außerklinisch geborene Kinder*
	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, über die Standesämter gemeldet, Reihe N 50 Eheschließungen, Geborene, Gestorbene)	incl. Verlegungen, Zwillinge und Totgeburten (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik Fachserie 12 Reihe 6.1)	(Möglichkeit, sich der Anzahl der Kinder zu nähern, die geplant oder ungeplant außerklinisch geboren wurden) Prozent bezogen auf alle in Deutschland geborenen Kinder	incl. außerklinisch geborene Zwillinge und Totgeburten Prozent bezogen auf die vermutete Anzahl aller in Deutschland außerklinisch geborenen Kinder (aus Spalte 4)
2011	665.072	654.243	10.829 = 1,63%	8.828 = 81,5%
2012	675.944	665.780	10.164 = 1,50%	9.090 = 89,4%
2013	684.625	674.245	10.380 = 1,52%	8.943 = 86,2%
2014	717.524	706.874	10.650 = 1,48%	9.431 = 88,6%
2015	740.362	730.800	9.562 = 1,29%	9.366 = 98,0%
2016	795.041	776.883	18.158 = 2,28%	10.365 = 57,1%
2017	787.884	777.820	10.064 = 1,28%	10.776 = 107,1%

* Die auf dem Transportweg geborenen Kinder (siehe Abb.1) sind den Klinikgeburten zugeordnet

Aus den Daten errechneter, möglicher Erfassungsgrad außerklinischer Geburten in D

Zu den Angaben für 2016 gibt destatis in einer Presseerklärung diesen methodischen Hinweis: „Die Geburtenstatistik wurde im Berichtsjahr 2016 auf ein neues technisches Aufbereitungsverfahren umgestellt. Dadurch kam es zu erheblichen Verzögerungen bei der Veröffentlichung der Ergebnisse. Unschärfen in der Abgrenzung der Geburten zwischen 2015 und 2016 sind nicht ausgeschlossen.“

Die starken Abweichungen in der Berechnung der Differenz für mögliche Nicht-Klinik-Geburten innerhalb nur eines Jahres in Spalte 4 (Anteil fast verdoppelt von 1,29% auf 2,28%) unterstützen diese Aussage. Auch für 2017 gibt es noch Unschärfen, denn die von QUAG dokumentierten machen nun mehr als 100 Prozent der rechnerisch außerklinisch stattgefundenen Geburten aus.

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_033_12411.html

2011	665.072	654.243	10.829 = 1,63%	8.828 = 81,5%
2012	675.944	665.780	10.164 = 1,50%	9.090 = 89,4%
2013	684.625	674.245	10.380 = 1,52%	8.943 = 86,2%
2014	717.524	706.874	10.650 = 1,48%	9.431 = 88,6%
2015	740.362	730.800	9.562 = 1,29%	9.366 = 98,0%
2016	795.041	776.883	18.158 = 2,28%	10.365 = 57,1%
2017	787.884	777.820	10.064 = 1,28%	10.776 = 107,1%

* Die auf dem Transportweg geborenen Kinder (siehe Abb.1) sind den Klinikgeburten zugeordnet.

Wo finden noch Geburten in D statt?

In welchen Ländern finden Alleingeburten statt? Statistik

Es gingen für 2018 vorwiegend Meldungen aus Deutschland (134), Österreich (5) und der Schweiz (4) ein.

Aus England (1), Sizilien (1), Slowenien (1), Malaysia (1), Thailand (1), Trinidad (1), Türkei (1) und USA (1) kamen die Meldungen von deutschsprachigen Frauen, die sich zum Zeitpunkt der Alleingeburt in diesen Ländern aufhielten.



Tot bzw. ausgesetzt-lebend aufgefundene Neugeborene in Deutschland 2006 bis 2017

Jahr	tot aufgefundene Neugeborene	lebend aufgefundene Neugeborene	unklare Fälle	Gesamtzahl
2006	32	6		38
2007	26	10		36
2008	29	8	1	38
2009	24	12		36
2010	14	2		16
2011	16	9	1	26
2012	24* 27**	10	1	35 bzw. 38
2013	21	9	1	31
2014	16	7		23
2015	22	7	1	30
2016	9	4	1	14
Nur erstes Halbjahr (1.1. bis 30.6.2017)	10			10

Zeichenerklärung:

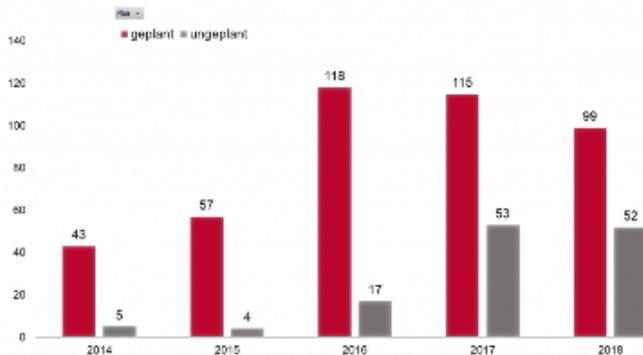
* Zahl der Neugeborenen, die 2012 unmittelbar nach der Geburt getötet wurden.

** Im Jahr 2012 wurden drei Fälle registriert, bei denen die Tötung 30 Tage nach der Geburt erfolgte.

Geplant oder Ungeplant?

Eine intensivere Auswertung mit Blick auf die letzten 5 Jahre verdeutlicht den Anteil der geplanten zu den ungeplanten Alleingeburten. 2018 waren 99 als Geburt ohne Hebamme/Arzt geplant, dagegen waren 52 ungeplant.

GEPLANTE UND UNGEPLANTE ALLEINGEBURTEN PRO JAHR



Erfasste Alleingeburten geplant und ungeplant

QUELLEN: <http://meisterin-der-geburt.de/auswertung-der-alleingeburten-2017/> und

www.sternipark.de/fileadmin/content/PDF_Upload/Findelbaby/Babyklappenliste__Stand_Juni_2016_.pdf

Tot bzw. ausgesetzt-lebend aufgefundene Neugeborene in Deutschland 2006-2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
tot aufgefundene Neugeborene	32	26	29	24	14	16	24 a) 27 b)	21	16	22
lebend aufgefundene Neugeborene	6	10	8	12	2	9	10	9	7	7
unklar			1			1	1	1		1
Gesamt	38	36	38	36	16	26	35 38	31	23	30

Zeichenerklärung

a) Zahl der Neugeborenen, die unmittelbar nach der Geburt getötet wurden.

b) Im Jahr 2012 wurden drei Fälle registriert, bei denen die Tötung 30 Tage nach der Geburt erfolgte.

40 Säuglingsmorde

In Deutschland werden nach offiziellen Zahlen rund 40 Säuglinge pro Jahr von ihren Müttern ermordet. Die Dunkelziffer liege weitaus höher sagen Ermittler. In Berlin werden drei bis vier Fälle im Jahr bekannt. Die Aufklärung dieser Taten gehört zu den schwierigsten und aufwendigsten Todesermittlungen. Die Chancen, einen Säuglingsmord aufzuklären, verringern sich, wenn eine Mutter die Nabelschnur ihres Kindes selbst durchtrennt hat. Außer der Kleidung, der Todesursache, Zeugenaussagen und dem Fundort der Leiche haben Ermittler zumeist keinen Hinweis auf die Identität des Kindes.

QUELLEN: www.tdh.de/was-wir-tun/themen-a-z/babyklappe-und-anonyme-geburt/zahlen-und-fakten und Berliner Zeitung 2016

Übersicht geborene Kinder in deutschen Statistiken

<u>Geborene Kinder im Jahr:</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015*</u>	<u>2016*</u>	<u>2017*</u>
<u>I. statistisches Bundesamt</u>				* Info lt. destatis: die Gesamtzahl aus 2015 könnte fehlerhaft sein	*lt. destatis technische Umstellung und fehlerhafte Daten möglich	*lt. destatis erfolgte noch in 2017 eine Nacherfassung aus 2015
(Quelle destatis: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12. Reihe 6.1.1 und Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Zusammenfassende Übersichten Eheschließungen, Geborene und Gestorbene)						
1) alle in Deutschland geborenen Kinder	675.944	684.625	717.524	740.362	795.409	787.884
(inklusive Totgeburten und Gemini)						
2) in Kliniken geborene Kinder	665.780	674.245	706.874	730.800	776.883	777.820
(z.T. inklusive Rettungswagen, je nachdem ob korrekte DRG angewendet wurde?)				diese Zahlen sind lt. Auskunft destatis sicher, da sich an der Erhebung nichts geändert hat und diese nach Fallpauschalenabrechnung ICD-10 O-xx/ Pxx pro Jahrgang erfolgt		
<u>Annahme:</u> die Differenz aus 1) und 2) hier oben sind außerklinisch geborene Kinder	10.164	10.380	10.650	9.562	18.526	10.064
				* lt. Info's von destatis, siehe oben, kommt es zu Verzerrungen der Zahlen in der Annahme der Differenz. QUAG e.V. geht davon aus, dass es dadurch zu nicht realen Aussagen kommt. Es wird sich ab 2018 zeigen, ob sich diese Differenz wieder annähernd realistisch herstellen lässt.		

<u>II. Klinik-Statistik AQUA* neu vom IQTiG**</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015*</u>	<u>2016*</u>	<u>2017*</u>
(* www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe.html)						
(** https://www.iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/16n1/)						
1) alle bei IQTiG dokumentierten Kinder in Kliniken geboren	663.796	671.354	704.152	728.496	773.338	776.188
(inklusive Mehrlinge und inklusive von außerklinischem Ort verlegte Geburten; sind hier auch Fetozide mit über 500g enthalten?? - NEIN! lt. destatis sind alle Fetozide auch über 500g aufgrund der Annahme, dass es nutr sehr wenige sind, in der SS-Abruch-statistik enthalten)						
<u>Folgende Differenz</u> gebildet aus I.2) lt. destatis alle in Kliniken geborene Kinder und der Zahl hier aus II.1)	665.780	674.245	706.874	730.800	776.883	777.820
<u>demzufolge:</u> nicht bei AQUA/IQTiG erfasste Kinder, aber lt. destatis in Klinik geboren	1.984	2.891	2.722	2.304	3.545	1.632

III. Außerklinik-Statistik QUAG*	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(* www.quag.de/quag/publikationen.htm)						
• tatsächlich <u>geplant</u> außerklinisch geborene Einlinge	8.929	8.943	9.292	9.356	10.192	10.628
(<u>abzüglich in Klinik verlegte</u> Geburten!!)						
• außerklinisch geborene Gemini	10	5	12	10	3	2
(Anzahl Kinder)						
• ungeplant außerklinisch geboren und bei QUAG erfasste Kinder	151	134	127	132	170	146
(evtl. doppelt auch in Klinik nach Aufnahme??)						
1) alle bei QUAG dokumentierten Kinder	9.080	9.082	9.431	9.366	10.365	10.776
<u>Folgende</u> Differenz gebildet aus den Zahlen der Annahme oben in I. und den Daten hier aus III.1) alle bei QUAG dokumentierten Kinder	10.164	10.380	10.650	9.562	18.526	10.064
<i>demzufolge: nicht bei QUAG erfasste Kinder, aber lt. Statistiken und Berechnungen auch nicht in Klinik geboren</i>	1.084	1.298	1.219	196	8.161	712
				* lt. Info's von destatis, siehe oben, kommt es zu Verzerrungen der Zahlen /Daten von 2015-2017 und in deren Folge bei der Berechnung der Annahme der Differenz möglicher außerklinischer Geburten. QUAG e.V. geht davon aus, dass es dadurch zu nicht realen Aussagen kommt. Es wird sich ab 2018 zeigen, ob sich diese Differenz wieder annähernd realistisch herstellen lässt.		

IV. Zusammenführung der Zahlen / fehlende Kinder in Statistiken

(aufgrund zuvor aufgeführter Daten)

	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015*</u>	<u>2016*</u>	<u>2017*</u>
				* Info lt. destatis: die Gesamtzahl aus 2015 könnte fehlerhaft sein	*lt. destatis technische Umstellung und fehlerhafte Daten möglich	*lt. destatis erfolgte noch in 2017 eine Nacherfassung aus 2015
alle bei AQUA/IQTiG aus II.1) oben	663.796	671.354	704.152	728.496	773.338	776.188
und dazu alle bei QUAG aus III.1) dokumentierten Kinder oben	9.080	9.082	9.431	9.498	10.365	12.886
ergibt Zwischensumme <u>alle Kinder in Peri-Statistiken</u>	672.876	680.436	713.583	737.994	783.703	789.074
<u>zuzüglich nicht</u> bei AQUA/IQTiG erfasste, aber lt. statistischem Bundesamt in Klinik geborene Kinder (Differenz/Zahl von oben in orange aus II)	1.984	2.891	2.722	2.304	3.545	1.632
<u>demzufolge: Summe aller Kinder, in den Statistiken</u>	674.860	683.327	716.305	740.298	787.248	790.706
<u>Folgende</u> Differenz in Lila gebildet aus I.1) alle in D geborene Kinder mit der Differenz aus der Zeile in Orange hier oben unter IV.	675.944	684.625	717.524	740.362	795.409	787.884
<u>demzufolge: geborene Kinder ohne Angaben zum konkreten Geburtsort</u>	1.084	1.298	1.219	64	8.161	-2.822

bestehend aus: Fetoziden über 500g? NEIN- sind aufgrund sehr geringer Anzahl nur in SS-Abruchstatistik enthalten. Verbleiben: anonymen Geburten, Alleingeburten, getötete Babys (ca. 40 jedes Jahr lt. Kriminalstatistik) Babyklappenkinder, Geburten in Rettungswagen (mit ICD Z39.- / Z38.1 / O61Z nicht in Klinik geboren) oder anteilig auch außerklinisch mit Hebammenhilfe geborene Kinder, aber noch nicht bei QUAG erfasst

erstmal würde diese Anzahl von Kindern zuviel erfasst sein und das spricht für die Info's von destatis, dass zu Verzerrungen in den Angaben zu den Gesamtgeburtenszahlen seit 2015 kommt. Es wird sich ab 2018 zeigen, ob sich diese Differenz wieder annähernd realistisch herstellen lässt.

Korrekten Geburtsort feststellen

unter dem Link <http://drg.mds-ev.net/> und dort die **Kodierempfehlung Nr. 251** anklicken und es erscheint der folgende Text:

Problem/Erläuterung:

Eine Schwangere am Termin wird im Notarztwagen auf der Fahrt in das Krankenhaus entbunden. Die Plazenta folgt spontan und vollständig nach Aufnahme im Krankenhaus. Mutter und Neugeborenes werden für drei Tage stationär betreut. Was ist die Hauptdiagnose?

Schlagwort:	Plazenta, Geburt	
Stand:		
Aktualisiert:	16.01.2012	
DRG:		
ICD:	Z39.-	Z38.1
OPS:		

Kodierempfehlung:

Bei Geburt eines Kindes außerhalb des Krankenhauses (DKR 1518) und Geburt der Plazenta im Krankenhaus ohne Komplikationen und/oder operative Prozeduren ist ein Code **Z39.-- Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter die korrekte Hauptdiagnose.**

Bei Geburt eines Kindes außerhalb des Krankenhauses und Geburt der Plazenta im Krankenhaus mit Komplikationen und/oder operativen Prozeduren wird die entsprechende Komplikation als Hauptdiagnose kodiert.

Für das **Neugeborene** wird ein eigener Fall mit der Hauptdiagnose z.B. **Z38.1 Einling, Geburt außerhalb des Krankenhauses** gebildet.

Und: Für Fälle **stationärer Aufnahme nach Entbindung** oder Abort ohne OP-Raum Prozedur gilt **O61Z**

Auszug aus den Ausfüllhinweisen für in Klinikbogen:

Unter: **Angaben zur Entbindung**

Auf- nahme- art	1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt	geändert "Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme": Kinder, die während des Transportes geboren sind, auch wenn die Geburt vom Krankenhaus nicht abgerechnet werden kann. In diesem seltenen Fall greift die außerklinische Qualitätssicherung nicht. Wenn ein Kind vor Erreichen des Krankenhauses geboren wurde, die Plazenta aber erst im Krankenhaus, führt dies als Einschlussprozedur zur Auslösung eines QS-Bogens. Die Dokumentation der außerklinischen Geburten wird von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. durchgeführt; Internet: http://www.quag.de
	2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde	Liegt eine "Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta" (OPS-Code 9-263) vor, ist der Schlüsselwert „Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme“ anzugeben.
	3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	

QUELLE: https://iqtig.org/downloads/erfassung/2019/v03/161/Ausfuellhinweise_16_1.html