

**Anhang zur Anlage 1**  
**der Vereinbarung des G-BA**  
**über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und**  
**Neugeborenen**  
**QNeu-RL**

Mit der krankenhausbezogenen Veröffentlichung von Ergebnisdaten werden folgende Ziele verfolgt:

- Information und Entscheidungshilfe für werdende Eltern / Schwangere im Vorfeld eines Krankenhausaufenthaltes,
- eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Schwangeren, insbesondere für Vertragsärzte, Vertragsärztinnen und Krankenkassen,
- die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen risikoadjustiert nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

Die Veröffentlichung der Ergebnisqualität erfolgt in drei aufeinanderfolgenden Phasen:

**Phase A:** Diese Phase beginnt mit dem Inkrafttreten des Anhangs. Die Perinatalzentren der Level 1 und 2 sind verpflichtet, in Anlehnung an die Neonatalerhebung bis zum 31. Mai vorliegende Daten der **frühen Ergebnisqualität** (zum Zeitpunkt der ersten Entlassung) auf ihrer Webseite am 31. Mai eines jeden Jahres für das jeweils letzte Kalenderjahr und kumulativ für die letzten 5 Kalenderjahre unter Angabe der Geburtsjahrgänge dauerhaft offenzulegen. Die kumulative Darstellung ist verpflichtend für die Geburtsjahrgänge ab dem Kalenderjahr 2006. Gleichzeitig beauftragt der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut nach § 137a SGB V mit der Vorbereitung der Phasen B und C.

**Phase B:** Das Institut nach § 137a SGB V entwickelt das unter Phase A genannte Verfahren zur Ergebnisveröffentlichung weiter. Ziel ist ein Verfahren zur Veröffentlichung der vom Krankenhaus erhobenen Daten durch das Institut nach § 137a SGB V. Diese Veröffentlichung soll auf Basis der vorhandenen Daten der Neonatalerhebung (**frühe Ergebnisqualität**) und zusätzlicher Daten (der **späten Ergebnisqualität**) erfolgen. Sobald dieses Verfahren besteht, wird das Verfahren nach Phase A beendet.

**Phase C:** Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Weiterentwicklung des unter Phase B genannten Verfahrens. Ziel ist ein Verfahren zur Veröffentlichung von krankenhausbezogenen, durch das Institut nach § 137a SGB V erhobenen Daten der externen Qualitätssicherung bezüglich der frühen und späten Ergebnisqualität. Dabei kann das Institut zusätzlich weitere Parameter für die frühe und späte Ergebnisqualität bzw. den Informationsgehalt verbessernde Modifikationen an bestehenden Parametern vorschlagen. Sobald dieses Ver-

fahren entwickelt und vom G-BA beschlossen wurde, wird das Verfahren nach Phase B beendet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss strebt an, spätestens 2 Jahre nach erstmaliger Datenveröffentlichung einen unabhängigen Dritten mit der Evaluation der Auswirkungen der Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen anhand der bis dahin veröffentlichten Ergebnisse zu beauftragen.

Die Veröffentlichung in Phase A erfolgt in folgenden Tabellen:

**Tabelle 1:** Darstellung des differenzierten Risikoprofils im Perinatalzentrum nach Geburtsgewicht, Geschlecht, Mehrlingseigenschaft, außerhalb des Perinatalzentrums geboren, Gestationsalter und nach Kindern mit Prognose entscheidenden, angeborenen Fehlbildungen.

**Tabelle 2:** Sterblichkeit der lebendgeborenen Kinder < 1500 g Geburtsgewicht ab Geburt bis zur ersten Entlassung. Dargestellt wird die dem Gestationsalter- und Geburtsgewichts-adjustierte Mortalität für das letzte Kalenderjahr.

**Tabelle 3:** Sterblichkeit der lebendgeborenen Kinder < 1500 g Geburtsgewicht ab Geburt bis zur ersten Entlassung. Dargestellt wird die dem Gestationsalter- und Geburtsgewichts-adjustierte Mortalität kumulativ für die letzten 5 Kalenderjahre.

**Tabelle 4:** Hirnblutungen nach Graden, Retinopathien und nekrotisierende Enterokolitis mit Operation. Die Darstellung erfolgt differenziert nach Geburtsgewichtskohorten.

**Hinweise:** Die Tabellen werden vom Perinatalzentrum mit den jeweils vorgegebenen Legenden veröffentlicht. Zu allen Angaben der Tabellen können die Perinatalzentren Erläuterungen und Kommentare zusammen mit den Tabellen veröffentlichen. Bei freitextlichen Einträgen ist darauf zu achten, dass kein Personenbezug hergestellt werden kann.

Bei der Umrechnung der Angaben zum Gestationsalter (in Wochen + Tagen) in Wochen ist darauf zu achten, dass 1 Tag = 1/7 Woche ist (Beispiel: SSW 23 + 3 Tage = 23,43 Wochen).

In der Phase A sind bis zum 30. Juni vorliegende Angaben zur Vollständigkeit der entwicklungsdiagnostischen Nachuntersuchung (im reife-korrigierten Alter von 2 Jahren) auf der Webseite des Perinatalzentrums Level 1 und 2 am 30. Juni eines jeden Jahres, kumulativ für die letzten 5 Kalenderjahre – verpflichtend für die Geburtsjahrgänge ab 2008 – unter Angabe der Geburtsjahrgänge dauerhaft offenzulegen.

**Tabelle 5:** Darstellung der Anzahl der lebend entlassenen Kinder, Anzahl der zur Nachuntersuchung einbestellten sowie der nachuntersuchten Kinder <1500 g Geburtsgewicht.

**Hinweis:** Die Tabelle 5 wird ab dem 01.01.2011 um die medizinischen Inhalte "Blind", „Schwerhörig“, „Zerebralparese“ und „Schwere mentale Retardierung“ ergänzt, sofern Phase B noch nicht begonnen hat.

**Tab. 1: (Muster) Übersicht und Risikoprofil über die Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g des Perinatalzentrums (in Absolutzahlen und in Prozent)**

	Letztes Kalenderjahr	5-Jahres-Ergebnisse*
Geburtsjahrgang	z. B. 2008	Dargestellt sind die Geburtsjahrgänge von ... bis ... (z. B. von 2006 bis 2008)
Gesamtzahl der Kinder <1500g, n	122	611
< 500 g, n	4	17
500-749 g, n	32	125
750-999 g, n	30	162
1000-1249 g, n	25	154
1250-1499 g, n	31	153
männlich, n (%)	64 (52)	321 (53)
Mehrlingskinder, n (%)	46 (38)	223 (36)
Außerhalb geboren, n (%)	10 (8,2)	34 (5,5)
Gestationsalter, Median (Minimum - Maximum)	27,8 (24,2 – 29,0)	27,6 (23,4 – 30,5)
Kinder mit Prognose entscheidenden angeborenen Fehlbildungen, n (%)	4,8 (4,3)	4,8 (4,2)

Tabelle 1 enthält die Anzahl aller Lebendgeborenen einschließlich der im Kreißaal verstorbenen oder fehlgebildet geborenen Kinder sowie alle während der Neonatalperiode verlegten oder von außen zugewiesenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1500 g. Bis zu 28 Tagen nach dem errechneten Geburtstermin verlegte und ggf. auch verstorbene Kinder werden von beiden Perinatalzentren (verlegendes und aufnehmendes) in obiger Tabelle aufgeführt. Erläuterung: Das Sterberisiko ist umso höher, je geringer das Geburtsgewicht und das Gestationsalter (berechnet nach der Naegele-Regel, evtl. korrigiert nach geburtshilflichem Ultraschall). Ebenfalls besteht ein erhöhtes Sterberisiko bei Prognose entscheidenden angeborenen Fehlbildungen, männlichem Geschlecht, Geburt außerhalb des Perinatalzentrums und bei Mehrlingskindern. Die %-Angaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Früh- und Neugeborenen < 1500 g Geburtsgewicht.

\*Dargestellt werden die Ergebnisse des Vorjahres sowie die kumulativen Ergebnisse der letzten 5 Kalenderjahre (freiwillig ab 2004, verpflichtend ab 2006).

**Tab. 2: (Muster) Anzahl und Überlebensrate sehr untergewichtiger Frühgeborener (< 1500 g), Vorjahr**

SSW/ Geb.- Gewicht	< 23	23	24	25	26	27	28	29	30	31	≥ 32	Summe	lebt %
<500 g				3(1)						1		4(1)	75
500-749 g	6 (6)	5(5)	7(1)	4	2	5	1	2				32(12)	63
750-999 g				6	11	5	4	3				30(1)	97
1000-1249 g					5	2	5(1)	2	3	4	4	25(1)	96
1250-1499 g						1	6	4	4	5	11	31	100
Summe	6 (6)	5 (5)	7(1)	13(1)	18	13	16(1)	11	7	10	16(1)	122(15)	88
lebt %	0	0	86	92	100	100	94	100	100	100	94		

Tabelle 2 enthält die Anzahl aller Lebendgeborenen einschließlich der im Kreißaal verstorbenen oder fehlgebildet geborenen Kinder sowie alle während der Neonatalperiode verlegten oder von außen zugewiesenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1500 g. Die Anzahl der Verstorbenen wird in Klammern aufgeführt. Bis zu 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin verlegte und ggf. auch verstorbene Kinder werden von beiden Perinatalzentren (verlegendes und aufnehmendes) in obiger Tabelle aufgeführt. Angegeben werden Ergebnisse bis zur (ersten) Entlassung oder Verlegung.

Erläuterung: Entsprechend der AWMF Leitlinie 024 – 019 (letzte Aktualisierung: 12/2007) der Fachgesellschaften ist die Versorgung von Frühgeborenen < 25 SSW von ethischen und medizinischen Aspekten abhängig. Daher sind die Überlebensraten dieser Frühgeborenen bei der Interpretation der Versorgungsqualität nur eingeschränkt bewertbar.

**Tab. 3: (Muster) Anzahl und Überlebensrate sehr untergewichtiger Frühgeborener (< 1500 g), 5-Kalenderjahres-Ergebnisse\***

Dargestellt sind die Geburtsjahrgänge von .... bis ....

SSW/ Geb.- Gewicht	< 23	23	24	25	26	27	28	29	30	31	≥ 32	Summe	lebt %
<500 g	7(7)	4(3)	1(1)	4(2)						1		17(13)	24
500-749 g	18(18)	10(4)	38(10)	20(4)	17(2)	12	6	3	1(1)			125(39)	69
750-999 g		1(1)	12(3)	40(3)	44(2)	28(2)	16(1)	9	4	3	5(1)	162(13)	93
1000-				2	16(2)	35(1)	37(3)	16(2)	15(1)	19	14	154(9)	94

1249 g													
1250-1499 g		1	9	18(1)	39	23(1)	20(1)	43(1)				153(4)	97
Summe lebt %	25(25) 0	15(8) 47	51(14) 73	66(9) 86	78(6) 92	84(3) 96	77(5) 93	67(2) 97	43(3) 93	43(1) 98	62(2) 97	611(78)	87

Tabelle 3 enthält die Anzahl aller Lebendgeborenen einschließlich der im Kreißsaal verstorbenen oder fehlgebildet geborenen Kinder sowie alle während der Neonatalperiode verlegten oder von außen zugewiesenen Kinder mit einem Geburtsgewicht < 1500 g. Die Anzahl der Verstorbenen wird in Klammern aufgeführt. Bis zu 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin verlegte und ggf. auch verstorbene Kinder werden von beiden Perinatalzentren (verlegendes und aufnehmendes) in obiger Tabelle aufgeführt. Angegeben werden Ergebnisse bis zur (ersten) Entlassung oder Verlegung.

\*Dargestellt werden die kumulativen Ergebnisse der letzten 5 Kalenderjahre (freiwillig ab 2004, verpflichtend ab 2006).

Erläuterung: Entsprechend der AWMF Leitlinie 024 – 019 (Letzte Aktualisierung 12/2007) der Fachgesellschaften ist die Versorgung von Frühgeborenen < 25 SSW von ethischen und medizinischen Aspekten abhängig. Daher sind die Überlebensraten dieser Frühgeborenen bei der Interpretation der Versorgungsqualität nur eingeschränkt bewertbar.

**Tab. 4: (Muster) Kurzzeit-Morbidität: Gehirnblutungen (IVH), Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) und nekrotisierende Enterokolitis (NEC) bei Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g (in Absolutzahlen und in Prozent)**

Vorjahr / Gewichtsklasse	< 500 g	500-749 g	750-999 g	1000-1249 g	1250-1499 g	< 1500 g (Summe)
Anzahl der Kinder		20	29	24	31	104
Nicht sonographiert, n (%)		0 (0 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1
Keine IVH, n (%)		15 (75 %)	24 (83 %)	22 (92 %)	30 (97 %)	91
<b>IVH-Grad 1, n (%)</b>		<b>0 (0 %)</b>	<b>2 (7 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>1 (3 %)</b>	<b>3</b>
<b>IVH-Grad 2, n (%)</b>		<b>3 (15 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>1 (4 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>4</b>
<b>IVH-Grad 3, n (%)</b>		<b>0 (0 %)</b>	<b>2 (7 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>2</b>
<b>IVH-Grad 4, n (%)</b>		<b>2 (10 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>1 (4 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>3</b>
Fundus nicht untersucht, n (%)		0 (0 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	1 (3 %)	2
Retinopathie (ROP) mit Operation, n (%)		2 (10 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3
NEC mit Operation oder Verlegung, n (%)		2 (10 %)	2 (7 %)	1 (4 %)	1 (3 %)	6
Entlassung nach Hause		15 (75 %)	24 (83 %)	20 (83 %)	30 (97 %)	89

ohne IVH > II°, ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf und ohne Operation einer NEC und ohne Laser- oder Kryotherapie einer ROP, n (%)						
<b>5-Jahres-Ergebnisse / Gewichtsklasse*</b> Dargestellt sind die Geburtsjahrgänge von ... bis ...	< 500 g	500-749 g	750-999 g	1000-1249 g	1250-1499 g	< 1500 g (Summe)
<b>Anzahl der Kinder</b>		86	149	145	149	529
<b>Nicht sonographiert, n (%)</b>		1 (1 %)	3 (2 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	5
Keine IVH, n (%)		59 (69%)	129 (86 %)	134 (92 %)	144 (97 %)	466
<b>IVH-Grad 1, n (%)</b>		0 (0 %)	9 (6 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	10
<b>IVH-Grad 2, n (%)</b>		<b>15 (17 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>7 (5 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>22</b>
<b>IVH-Grad 3, n (%)</b>		<b>0 (0 %)</b>	<b>8 (5 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>0 (0 %)</b>	<b>8</b>
<b>IVH-Grad 4, n (%)</b>		11 (13 %)	0 (0 %)	4 (3 %)	3 (2 %)	18
Fundus nicht untersucht, n (%)		1 (1 %)	2 (1 %)	0 (0 %)	3 (2 %)	6
Retinopathie (ROP) mit Operation, n (%)		8 (9 %)	4 (3 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	13
NEC mit Operation oder Verlegung, n (%)		5 (6 %)	8 (5 %)	7 (5 %)	6 (4 %)	26
Entlassung nach Hause ohne IVH > II°, ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf, ohne Operation einer NEC und ohne Laser- oder Kryotherapie einer ROP, n (%)		65 (76 %)	127 (85 %)	135 (93 %)	140 (94 %)	467

Tabelle 4 bezieht sich auf alle im Berichtszeitraum Geborenen (auch die außerhalb des Perinatalzentrums Geborenen), im Perinatalzentrum behandelten und schließlich bis zum Berichtstermin (31. Mai des Folgejahres) nach Behandlung lebend entlassenen oder verlegten Kinder (Zeile 1 = Anzahl der Kinder). Kinder, die nicht bis zum Berichtstermin entlassen oder verlegt wurden, werden nur in der kumulativen Ergebnisdarstellung aufgeführt. Die %-Zahl in Klammern bezieht sich auf die Anzahl der Kinder in der jeweiligen Gewichtsklasse. Dargestellt sind alle Blutungen, die während des (ersten) stationären Aufenthaltes diagnostiziert wurden.

\*Dargestellt werden die kumulativen Ergebnisse der letzten 5 Kalenderjahre (freiwillig ab 2004, verpflichtend ab 2006).

**Tab. 5: (Muster): Vollständigkeitsanalyse der entwicklungsdiagnostischen Nachuntersuchung im reife-korrigierten Alter von 2 Jahren. Kumulierte Darstellung der letzten 5 untersuchten Geburtsjahrgänge (verpflichtend ab Geburtsjahrgang 2008)**

Darstellung der Geburtsjahrgänge von .... bis ....

Geburtsgewichtsklasse	<500 g	500-749 g	750-999 g	1000-1249 g	<1499 g	< 1500 g (Summe)
<b>Lebend entlassen, n</b>		82	142	152	167	543
<b>Zur Nachuntersuchung einbestellt, n</b>		75	136	146	148	505
Zur Nachuntersuchung erschienen, n		68	123	135	136	462
Entwicklungsdiagnostik möglich, n		66	121	135	134	456

Reife-korrigiert bedeutet, dass das Kind 2 Jahre nach dem errechneten Termin untersucht wird.

Hinweis: Die Tabelle 5 wird ab dem 01.01.2011 um die medizinischen Inhalte "Blind", „Schwerhörig“, „Zerebralparese“ und „Schwere mentale Retardierung“ ergänzt, sofern Phase B noch nicht begonnen hat.“