

Sichtung, Würdigung und Sortierung aller bei QUAG dokumentierten Fälle der Kinder, die vor, während oder nach der Geburt verstorben sind

Alle Fälle von ungeplant akl. beendeten Geburten und Tod des Kindes nach dem 28.LT (=Sgl.-Sterblichkeit) werden für tiefergehende Analyse vorab aussortiert.

Gruppe A
Handlungsablauf hat keinen Einfluss auf das Ergebnis „verstorbenes Kind“ - Handlungsablauf klar ohne weitere Fragen, diese Fälle werden nicht tiefergehend analysiert.

Gruppe B
Handlungsablauf mit möglichem Einfluss auf das Ergebnis „verstorbenes Kind“ - offene Fragen zum Handlungsablauf und Start Fallanalyse (*Informationen nicht ausreichend für Arbeit nach LP*)

Gruppe K
nach Verlegung Handlungsablauf der Hebamme hat keinen Einfluss auf das Ergebnis „verstorbenes Kind“ aber Handlungsabläufe in der Klinik haben evtl. Einfluss (*ggf. Fallanalyse?*)

Identifizierung fehlender Informationen für erste tiefergehende Analyse. Kontakt zur Hebamme für Informationsbeschaffung (mit individuellem Fragebogen)

Erste tiefergehende Analyse der Fälle: Abläufe, Prozesse, Schnittstellen, Strukturen nach London-Protokoll ggf. mit Hilfe weiterer Unterlagen (z.B. LL, Fachliteratur, ...)

Handlungsablauf nachvollziehbar und selbst erklärend

ja

nein

AG Fallkonferenz gibt die Fälle an QUAG – Vertreterinnen (diese Hebammen sind zugleich Mitglieder der Fallkonferenz). Sie gehen in Kontakt mit der betroffenen Hebamme/HgE und machen Angebot an Kollegin für kollegiales Gespräch und vollständige Fallanalyse nach London-Protokoll für Erweiterung des Lern- und Wissenspools rund um perinatale Mortalität bzw. zum weitergehenden Erkenntnisgewinn für die akl. Geburtshilfe

lehnt Angebot ab

Stimmt zu und Ergebnis

Entscheidung und Bearbeitung des Ergebnisses durch gesamte AG Fallkonferenz
WAS aus den Fällen/ Ergebnissen/ Erkenntnissen dann **in welcher Form** auf Beirat-Sitzg. vorgestellt wird (ggf. mit Handlungsempfehlungen, Lernpotential).

Alle Fallberichte aus A und B gehen in die Liste „Lern- und Themenspeicher“ ein

Sichtung, Würdigung und Sortierung aller bei QUAG dokumentierten Fälle der Kinder, die vor, während oder nach der Geburt verstorben sind

Gruppe A

Handlungsablauf hat keinen Einfluss auf das Ergebnis „verstorbenes Kind“
- Handlungsablauf klar ohne weitere Fragen, diese Fälle werden nicht tiefergehend analysiert

Gruppe B

Handlungsablauf mit möglichem Einfluss auf das Ergebnis „verstorbenes Kind“
- offene Fragen zum Handlungsablauf und Start Fallanalyse
(*Informationen nicht ausreichend für Arbeit nach LP*)

Gruppe K

nach Verlegung Handlungsablauf der Hebamme hat keinen Einfluss auf das Ergebnis „verstorbenes Kind“ aber Handlungsabläufe in der Klinik haben evtl. Einfluss (*ggf. Fallanalyse?*)

Für Bearbeitung der Gruppen A, B und K

I. Vorgehen zur einzelnen Fallanalyse in der AG Fallkonferenz

1. Verständnisfragen klären zum Fall (z.B. Abkürzungen, Schlüsselnummern aus Katalogen o.ä.)
2. Beschreibung des Ereignishergangs „Was ist wann passiert“
3. Identifikation von auslösenden und beitragenden Faktoren
4. Ableitung von Maßnahmen
5. Fälle in Lern- und Themenspeicher einsortieren (z.B. alle p.M.-Fälle nach IUGR, nach NS-Vorfall, nach....)
6. AG entscheidet, welche Fälle dann wie auf Beiratssitzung präsentiert werden, ggf. mit Handlungsempfehlungen an QUAG oder Hebammenverbände bzgl. Lernpotential und dazu passenden Fortbildungen

II. Grundlagen für die Entwicklung von Fragen zu einzelnen Fällen :

- unsichere Handlungsabläufe
- Handlungsabläufe nachvollziehbar, aber ersichtliche Struktur- oder Prozess-Probleme
 - im außerklinischen Setting (z.B. zweite Hebamme ja/nein)
 - bei Schnittstelle RTW (z.B. Kind intubiert bei akl. beendeter Geburt aber Angabe Arzt/Ärztin zur/nach Geb. anwesend fehlt)
 - im klinischen Setting nach Verlegung (z.B. Geburt erst viele Stunden nach Verlegung und Kind sp verstorben – Klärung Tod Kind vor/nach Ankunft im Krs.)
- fehlende Info's aus Dokumentation/ Case Report mit Zusatzbogen (z.B. keine Angabe zur Morbidität Kind obwohl Kind verstorben oder Zeitangaben für Erstellung Zeitschiene)
- situationsgerechte geburtshilfliche Versorgung? (u.a. an Leitlinie, Standards, Verträge, BO orientiert)