

11. Klinikärztetreffen der Frauen- und Kinderkliniken

Dresden
9. Oktober 2003

Die Perinatal- und Neonatalerhebung wurde in Sachsen im Jahr 1992 eingeführt. Von Beginn an beteiligten sich alle Frauen- und Kinderkliniken an der anonymisierten Datenerfassung. Jährlich lädt die Arbeitsgruppe Perinatalogie und Neonatologie bei der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer regelmäßig die Chefärzte der Frauen- und Kinderkliniken zur Auswertung der Perinatal- und Neonatalstatistiken von Sachsen ein. An der diesjährigen Veranstaltung nahmen 100 Personen (52 Vertreter von Frauenkliniken, 33 Vertreter von Kinderkliniken und 15 Gäste) teil.

Der Sitzungsleiter Herr Dr. Konrad Müller stellt einleitend Herrn Prof. Dr. Christoph Vogtmann als neuen Vorsitzenden der Arbeitsgruppe Perinatalogie und Neonatologie und Frau Prof. Dr. Brigitte Viehweg als Stellvertretende Vorsitzende vor. Dem langjährigen bisherigen Vorsitzenden Herrn Prof. Dr. Dieter Gmyrek, der aus Altersgründen nicht wieder kandidierte, wird ausführlich für seine geleistete Arbeit gedankt. Hervorgehoben werden besonders seine Verdienste um die Regionalisierung der Geburt und Betreuung Frühgeborener mit niedrigem Gestationsalter.

In der Begrüßungsansprache würdigt der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Prof. Dr. Jan Schulze, die Bedeutung von Qualitätssicherungsprogrammen im Allgemeinen und speziell die der Perinatal- und Neonatalerhebung für die Tätigkeit der an der integrierten Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen beteiligten Ärztgruppen. Er betont das Anliegen, die enge Zusammenarbeit zwischen ambulanter Schwangerenbetreuung und klinischer Patientenversorgung zu stärken, wobei der Präsident auch auf die Leipziger Vorschläge zur Intensivierung der Betreuung von Zwillingsschwangerschaften verweist. Ziel ist die Optimierung des Ausgangs der Schwangerschaft.

Der Kommentar zur Sächsischen Perinatalerhebung 2002 erfolgt durch Frau Prof. Dr. Brigitte Viehweg. Seit 1992 umfasst die Sächsische Perinatalerhebung insgesamt 306.310 Schwangere und 310.320 Neugeborene. Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Geburtenzahlen zwischen 1995 – 2000 mit der größten Zuwachsrate 1996 (+12%) besteht seit 2001 ein leicht rückläufiger Trend (Abb. 1).

Seit 1999 erfolgen in Sachsen die Statistischen Analysen auf der Basis strukturell vergleichbarer Klinikkollektive, orientiert am jeweiligen Leistungsprofil. Danach erfolgten 2002 12,9%



Prof. Dr. Christoph Vogtmann

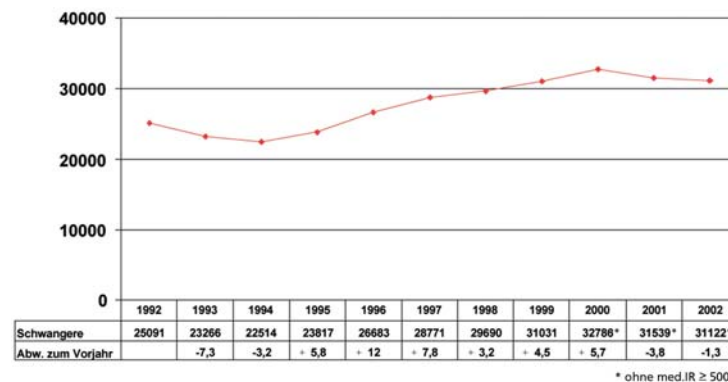


Frau Prof. Dr. Brigitte Viehweg

der Geburten in Perinatalzentren (Versorgungsstufe I), 18,7% in Kliniken der Versorgungsstufe II und 68,4% in der Versorgungsstufe III. Die vollständige Erfassung der Perinataldaten erlaubt die Weiterverfolgung bestimmter Sachverhalte, die nicht nur für die medizinische Betreuung sondern auch für eine größere Öffentlichkeit interessant sind. So hat sich der Anteil der Mütter ab 35 Jahre (13,3%) sowie der von Schwangeren mit Zustand nach Sectio (7,6%) seit 1992 verdoppelt. Hervorzuheben ist, dass seit 2000 nur noch 0,4% der Mütter ohne Mutterpass sind, was die hohe Akzeptanz ärztlicher Schwangerenvorsorge bei der Bevölkerung unterstreicht. Die Sectio-Rate hat seit 1992 in Sachsen kontinuierlich zugenommen, liegt aber mit 18,1% noch deutlich unter dem Landesdurchschnitt der alten Bundesländer. Deutlich zugenommen hat der Einsatz der Periduralanästhesie von 1,0% (1992) auf 18,5% (2002), was auf eine gute Kooperation zwischen Anästhesie und Geburtshilfe auf dem Gebiet der Schmerzerteilung unter der Geburt schließen lässt. Arterieller Nabelschnur-pH-Wert und Apgar Score werden routinemäßig dokumentiert und als

Qualitätsmarker gewertet. Abnehmende Notwendigkeit von Intubations- und Maskenbeatmung, ein geringerer Anteil deprimierter Neugeborener mit einem Apgar Score < 8 Punkten nach 5 Minuten und die deutlich rückläufige Verlegungsrate sprechen für eine Verbesserung des kindlichen Zustandes in dieser frühen Lebensphase. Letztlich stellt die seit 1992 niedrigste perinatale Mortalität von 4,1‰ einen wichtigen Qualitätsindikator für die Versorgungssysteme pränatale Diagnostik, Geburtsmedizin und Neonatologie dar.

Herr Dr. Heiner Belleé berichtet über die Arbeit mit Qualitätsindikatoren. Seit 1997 finden in Sachsen Indikatoren Anwendung, die relevante Versorgungsaspekte der Geburtshilfe in Ergänzung zur Perinatalerhebung charakterisieren und die interne Qualitätskontrolle befördern sollen. Die Durchsetzung der Abklärung eines „pathologischen“ Kardiotokogramms durch Fetalblutanalyse stellt nach wie vor einen Schwerpunkt dar. Die Fetalblutanalyse ist gegenwärtig für eine fachgerechte Geburtsleitung unverzichtbar. Der Einsatz in den Kliniken differiert erheblich und ist insgesamt im Vergleich zu 2001 rückläufig und



Geburtenentwicklung in Sachsen

sollte somit weiter in der Diskussion bleiben. Für die weitere Senkung der neonatalen Morbidität und Mortalität besonders relevant sind die Qualitätsindikatoren, welche die Realisierung des neonatologischen Regionalisierungskonzeptes und die Anwesenheit eines in der Neonatologie erfahrenen Pädiaters bei der Geburt von Lebendgeborenen mit einer Tragzeit < 32 Schwangerschaftswochen beschreiben. Deutliche Abweichungen von den Referenzbereichen werden den betreffenden Chefarzten mitgeteilt und sind geeignet, das Prinzip Selbstkontrolle vor einer Fremdkontrolle geburtshilflicher Leistungen zu realisieren. Herr Dr. Reinhold Tiller kommentiert die Sächsische Neonatalerhebung 2002.

Von 31.462 Lebendgeborenen wurden 5.529 Neugeborene (17,6%) innerhalb der ersten 10 Lebenstage in den Kinderkliniken zur Behandlung aufgenommen. Er verweist auf den Zusammenhang zwischen verkürzter postpartaler Verweildauer von 4,8 Tagen (6,8 Tage 1992) und zunehmender Zahl von zu Hause aufgenommener Kinder (213 2002 gegenüber 64 früher). Es handelt sich dabei überwiegend um Reifgeborene mit Hyperbilirubinämie oder Ernährungsproblemen.

Von den primär verlegten Neugeborenen wird inzwischen bei 60% die Schädelsonografie durchgeführt. Die geforderte ophthalmologische Untersuchung bei Frühgeborenen < 1.500 g ist auf 54,7% angestiegen. Die Hörprüfung, die seit 1998 als Qualitätsindikator gilt, erfolgt bei 65,9% und wird damit noch nicht dem Anspruch an eine Screeningmethode gerecht. Die Klinikmortalität insgesamt ist weiter rückläufig. Besondere Aufmerksamkeit gilt den Frühgeborenen mit einem Gestationsalter < 28 vollendeten Schwangerschaftswochen bzw. mit einem Geburtsgewicht < 1.000 g, die nicht nur die Mortalität sondern auch die Langzeitmorbidität erheblich belasten. Neben der konsequenten Durchsetzung der Regionalisierung von Hochrisikoschwangerschaften in den Perinatalzentren und der verbesserten personellen Ausstattung der Intensivstationen mit 24-stündiger Facharztpräsenz vor Ort werden von Einzelfallanalysen im Rahmen regionaler geburtshilflich-neonatologischer Qualitätszirkel weitere Verbesserungen erwartet.

Zur Problematik der Hirnblutungen nimmt Herr Prof. Dr. Christoph Vogtmann Stellung. Die Rate der Hirnblutungen als Maß der Qualität perinatologisch-neonatologischer Betreuung hat in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Als wesentliche Ursachen für die

Entstehung von Hirnblutungen werden hypoxisch-ischämische, kardiovaskuläre sowie infektiöse Faktoren auf der Grundlage einer erhöhten, unreifebedingten Prädisposition angesehen. Nicht eindeutig geklärt ist, welche Rolle das Entbindungsverfahren für eine Blutungsmanifestation spielt. Die Analyse der geburtshilflichen und neonatologischen Daten aller vor der 32. Schwangerschaftswoche geborenen Kinder des Jahres 2002 ergibt, dass der höchste Anteil an Hirnblutungen bei Neugeborenen nach vaginaler Geburt auftrat. Das wird anhand von Einzelfallanalysen belegt, aber auch verdeutlicht, dass nicht in jedem Fall einer frühen Frühgeburt ein primärer Kaiserschnitt angestrebt werden muss, sondern beim Vorliegen entsprechender Voraussetzungen, wie erhaltene Fruchtblase, eine schonende Geburt auch auf vaginalem Weg realisiert werden kann.

Herr Dr. Walter Pernice berichtet über seine Erfahrungen mit der Bestimmung von Inter-

leukin 6 bei der Betreuung Neugeborener mit Verdacht auf Infektion. Die Untersuchung von Interleukin 6 im kindlichen Serum wird als nützlicher diagnostischer Parameter, aber auch als Entscheidungshilfe für eine Antibiotikatherapie eingeschätzt.

Abschließend referiert Herr Dr. Sven Hildebrandt zum Regressionsbedürfnis der Gebärenden und seine besondere Berücksichtigung in der außerklinischen Geburtshilfe. Ein wesentliches Anliegen ist ihm, einerseits die besondere Situation der Schwangeren unter der Geburt und andererseits Funktion und Aufgaben von Hebamme und Geburtshelfer herauszustellen. Unterstrichen werden die Ausführungen durch seit 1996 gesammelte eigene Erfahrungen in der außerklinischen Geburtshilfe.

Prof. Dr. med. Brigitte Viehweg
Universitätsfrauenklinik Leipzig