

## 12. Klinikärztetreffen der Frauen- und Kinderkliniken in Sachsen

Im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer fand am 26.10.04 das sehr gut besuchte Klinikärztetreffen zur gemeinsamen Besprechung und Diskussion der Ergebnisse der Sächsischen Perinatal- und Neonatalerhebung des Jahres 2003 statt.

Auf der von Frau Prof. Brigitte Viehweg/Leipzig moderierten Veranstaltung begrüßte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Jan Schulze, die 96 Ärzte als Vertreter sächsischer Kliniken, 13 Gäste und 27 der Einladung gefolgt Hebammen. Gerade die Teilnahme von Hebammen wurde vom Präsidenten als komplettierender Faktor des „therapeutischen Teams Perinatologie“ besonders gewürdigt. Er betonte die Bedeutung der auf validen Datenerhebungen basierenden Analysen, davon ausgehenden Anregungen und Verbesserungen der Zusammenarbeit für die Optimierung der Behandlungs- und Versorgungsqualität. Als konkrete Beispiele für das Ziel der Qualitätssicherung und -verbesserung nannte er die Bemühungen um Regionalisierung der Risikogeburten im Allgemeinen und der Geburt sehr kleiner Frühgeborener im Speziellen sowie das Zwillingenprojekt.

In seinem Kommentar zur perinatologischen Datenerhebung verwies Chefarzt Dr. Gunther Völker, Mittweida, auf den engen Zusammenhang von demographischer Entwicklung mit zurückgehenden Bevölkerungszahlen und zu erwartender rückläufiger Geburten tendenz und steigenden Anforderungen an die Qualität perinatologischer, aber insbesondere auch der Schwangerschaftsbetreuung. Erfreulich ist die Tatsache, dass nur 3 von 1.000 Schwangeren ohne Mutterpass zur Geburt kommen, was sich dann auch in einer niedrigen perinatalen Sterblichkeit von 4,6‰ ausdrückt und die Bedeutung einer guten Schwangerschaftsvorsorge „als Basisgröße für die Qualität in der Geburtshilfe“ unterstreicht. Verbesserungsbedürftig ist die Behandlung von durch Frühgeburt bedrohter Schwangerschaften mittels Kortikoiden.

Das von Dr. Konrad Müller, Chemnitz, bearbeitete Thema der Müttersterblichkeit stieß auf großes Interesse. Die Zahl der Müttersterbefälle hat bei Betrachtung eines Zeitraumes von 1992 bis 2003 mit 24 dokumentierten Ereignissen, entsprechend 7,1 pro 100.000 Geburten eine erfreulich niedrige Inzidenz erreicht. Bei den vaginalen Entbindungen wurden 2,1 mütterliche Sterbefälle pro 100.000 gezählt.

Von 22 detailliert analysierten mütterlichen Todesfällen erwiesen sich fünf als kausal sectioassoziiert. Nur in einem Fall trat der Tod nach primärer Sectio ein. Die Präventionsstrategien umfassen die strikte Einhaltung geburtshilflicher und anästhesiologischer Standards. Diese Zahlen sollten auch bei der allgemeinen wie individuellen Diskussion um die Wunschsectio berücksichtigt werden.

Herr Dr. Heiner Belleé, Dresden, erläuterte modifizierte Bewertungen von geburtshilflichen Qualitätsindikatoren und in bewährter Weise an Hand vorliegender Ergebnisse die Situation bei der Erreichung der angestrebten Ziele. Dabei fielen eine niedrige Rate an höhergradigen Dammrissen wie auch an revisionsbedürftigen Wundheilungsstörungen auf, aber auch, dass im Landesdurchschnitt die Lungenreifeinduktion bei drohender Frühgeburt vor der 35. Schwangerschaftswoche wie auch die Regionalisierung sehr früher Frühgeburten nicht konsequent genug realisiert werden.

In seinem Kommentar zur Neonatalerhebung verdeutlichte Chefarzt Dr. Walter Pernice, Torgau, dass die Schwerpunkte weiterhin die extrem kleinen Frühgeborenen, die neonatalen Anpassungsstörungen und die damit verbundenen Kurzzeit- sowie Langzeitfolgen darstellen. Interessant und wichtig ist die Beobachtung der deutlich gestiegenen Zahl von Frühgeborenen vor der vollendeten 26. Schwangerschaftswoche, die entscheidend zu Mortalität, Hirnblutungen und Retinopathien beitragen. Dabei ist die Sterblichkeit in diesem Bereich mit über 50% im nationalen Vergleich hoch. Die perinatale Sterblichkeit stagniert seit einigen Jahren auf einem erfreulich niedrigen Niveau, was aber angesichts des hohen Anteils von extrem kleinen Frühgeborenen als Erfolg zu sehen ist. Eine größere Rolle spielen zunehmend die Sekundäraufnahmen von Neugeborenen, was sich aus dem Zusammenhang mit den Frühentlassungen erklärt. Besondere Beachtung fand der Beitrag von Prof. Dr. rer. nat. Rainer Koch, Dresden, der eine statistische Methode zur risikoadjustierten Beurteilung von Qualitätsindikatoren in den drei Neonatalzentren Sachsens vorstellte. Er konnte modellhaft darstellen, dass es durch Berücksichtigung der sich in vielerlei Hinsicht unterscheidenden Patientenpopulationen verschiedener Einrichtungen möglich ist, einen qualitativ verlässlicheren, objektiven externen Qualitätsvergleich anzustellen.

Erfreulich war auch, dass sich Kollegen kleinerer Einrichtungen mit Beiträgen zu Wort meldeten. So berichtete Chefarzt Dr. Eber-

hard Huschke, Ebersbach, über die Arbeit eines Qualitätszirkels in Ostsachsen. Seinen Worten war zu entnehmen, dass der überzeugende praktische und wissenschaftliche Nutzen dieses Zirkels für die eigene Arbeit, die Zusammenarbeit wie auch das gegenseitige Verständnis die anfängliche Skepsis rasch in den Hintergrund treten ließ. Gerade in Zeiten rascher struktureller Veränderungen besteht ein Bedarf für einen intensivierten Austausch. Chefarzt Dr. Matthias Lange, Riesa, sprach dann über Qualitätssicherung unter den Bedingungen eines Krankenhauses der Versorgungsstufe 3. Er verwies auf die Probleme, die sich gegenwärtig mit Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen ergeben und betonte, dass es trotz strengerer Vorgaben und höherer Qualitätsansprüche eine Flexibilisierung in Grenzbereichen geben muss, die sich aber allein am Patienteninteresse zu orientieren hat. Prof. Dr. Christoph Vogtmann, Leipzig, zeigte am Beispiel der Hyperbilirubinämie des Neugeborenen, die unverändert einen nicht unbedeutenden Teil neonatologisch-pädiatrischer Kapazität bindet (3,5 % aller Neugeborenen erfahren eine Behandlung), die Schwierigkeit, Kinder vor unnötigen Behandlungen zu bewahren, aber gleichzeitig nicht das Risiko einer Bilirubinenzephalopathie einzugehen. Ein Weg in diese Richtung könnte durch die generelle Bestimmung des Bilirubinspiegels im Nabelschnurblut beschränkt werden.

Unter dem Gesichtspunkt der Prävention von Spät- oder Zu-spät-Einweisungen kardiochirurgisch zu versorgender Neugeborener setzte sich Prof. Peter Schneider, Leipzig, für die Pulsoxymetrie bei Neugeborenen als Screeningmethode ein. Mit ihrer Durchführung in den ersten Lebenstagen können Fehlbildungen mit rechts-links-Shunt mit Sicherheit erkannt und Behandlungsverzögerungen vermieden werden.

Die teilweise lebhaft, aus Zeitgründen wieder einmal gekürzte Diskussion der Beiträge zeigte, dass aktuelle Probleme praxisnah vermittelt worden waren.

Nach einer geduldig ertragenen erheblichen Zeitüberziehung wurde allen Teilnehmern und Referenten gedankt, insbesondere für die gewissenhafte Datenerhebung durch die Kliniken und die ebenso akribische Datenaufarbeitung durch die Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung.

Prof. Dr. Christoph Vogtmann  
Vorsitzender der Arbeitsgruppe Perinatologie/  
Neonatalogie der Sächsischen Landesärztekammer