

# 13. Klinikärztentreffen der Frauen- und Kinderkliniken in Sachsen

Dresden  
8. Juni 2005

Am 8. Juni 2005 fand das diesjährige 13. Klinikärztentreffen in der Sächsischen Landesärztekammer unter der Leitung von ChA Dr. Walter Pernice in Dresden statt. Rund 120 Vertreter der Frauen- und Kinderkliniken sowie Hebammen und geladene Gäste kamen, um die Ergebnisse der sächsischen Perinatal- und Neonatalstatistik 2004 zu diskutieren, die von den Mitgliedern der sächsischen Arbeitsgruppe Qualitätssicherung Perinatologie und Neonatologie vorgestellt wurden. In seiner Begrüßungsansprache würdigte der Vizepräsident der Sächsischen Landesärztekammer, Herr Dr. Stefan Windau, die Arbeit der teilnehmenden Kliniken und der Arbeitsgruppe. Zur Verbesserung der Krankenversorgung forderte er die Liberalisierung der Berufsordnung, um dem Ärztemangel gegenzusteuern, den Wettbewerb zu fördern und die Fortbildung in der Hand der Ärzte zu lassen.

Der **Kommentar zur Perinatalerhebung** von Herrn Dr. Heiner Bellée stellte die Geburten der Jahre 1995 bis 1999 den Jahrgängen 2000 – 2004 gegenüber und zog die Bilanz, dass die perinatale Mortalität im Vergleich dieser beiden Zeiträume um 0,2 Prozent gefallen war, sich aber die Rate der Neugeborenen mit schlechten Vitalitätszeichen und schlechtem Nabelschnur-pH nicht weiter verbessert hatte. Die perinatale Mortalität im Jahr 2004 war gegenüber 2003 allerdings um 0,05 Prozent, die Totgeborenenrate um 0,01 Prozent gestiegen. Zwei der Schwerpunktthemen befassten sich mit Risikoschwangerschaften von über 35-jährigen und jugendlichen Müttern. Mit den Perinataldaten\* belegte Frau Prof. Dr. Brigitte Viehweg **bei Müttern über 35 Jahre** eine Zunahme der Schwangerschaften von 5,8 auf 14,8 Prozent. Bei höherem Gebäralter sind Schwangerschafts- und Geburtsrisiken wie Hypertonus, Diabetes mellitus, Gestationsdiabetes, Gestose und Plazentainsuffizienz häufiger. Übereinstimmend mit Literaturangaben lässt sich eine signifikante Zunahme von Schnittentbindungen und von kindlichen Verlegungen auf eine neonatologische Intensivstation darstellen. Letztere Ergebnisse sind noch augenfälliger, wenn nur die Gruppe der Erst-

Tabelle: Basisdaten aus der Perinatalerhebung

	2003	2004	
<b>Schwangere</b>	31.738	32.614	+ 876
<b>Geborene Kinder</b>	32.211	33.154	
<b>Geborene unter 1500 g</b>	1,2 %	1,0 %	=
<b>Perinatale Mortalität</b>	n = 147 / 4,6 ‰	n = 170 / 5,1 ‰	+ 23 / +0,5 ‰
<b>Postnatale Mortalität</b>	1,3 ‰	1,6 ‰	=
<b>Totgeborene</b>	3,3 ‰	3,4 ‰	=
<b>Davon:</b>			
<b>Tod antenatal</b>	42,45 %	57,52 %	+ 15,07 %
<b>Tod intranatal</b>	16,98 %	11,5 %	- 5,5 %
<b>Tod vor Klinikaufnahme</b>	75,47 %	78,8 %	+ 3,33 %
<b>Zeitpunkt unbekannt</b>	40,6 %	30,9 %	
<b>Postnatal Verstorbene unter 500 g</b>	n = 0	n = 7	
<b>Peripartale Mortalität (Müttersterblichkeit)</b>	n = 1	n = 6 (7)*; 18/10 <sup>5</sup>	+++
<b>Sectiofrequenz</b>	18,9 %	20 %	+ 1,1 %

\* Die Sächsische Perinatalstatistik weist sechs Müttersterbefälle aus. Fall 7 wurde der AG nach Erstellung der Statistik bekannt gegeben. Die Betroffene verstarb nach Verlegung aus der geburtshilflichen Einrichtung.

gebärenden betrachtet wird. Bei einem Gebäralter ab 40 Jahren ist auch die perinatale Mortalität signifikant erhöht, bedingt durch eine signifikant höhere Totgeburtlichkeit. Bei Erstgebärenden über 35 Jahren mit Einlingsgeburten ist die perinatale Mortalität nicht erhöht. Im Vergleich zur Kontrollgruppe jüngerer Mütter ist der Anteil von frühen Vorsorgeuntersuchungen und der ersten Ultraschalluntersuchung bis 12 SSW bei einem Gebäralter ab 35 Jahre signifikant geringer. Jede Dritte zwischen 35 bis 39 Jahren und jede Zweite ab 40 Jahren lässt eine Amniozentese durchführen, in der Kontrollgruppe 2,7 Prozent Mütter ab 35 Jahre entscheiden sich im Vergleich zur Kontrollgruppe auch häufiger für eine Entbindung in einem Perinatalzentrum. Für die **Neugeborenen jugendlicher Mütter** wurden die Daten\*\* von Herrn Dr. med. habil. Reinhold Tiller zusammengestellt. Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen haben in Sachsen in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Wurden 1993 in der Sächsischen Perinatalerhebung 222 Schwangerschaften bei Jugendlichen erfasst, waren es 2004 dagegen 381. Das entsprach einem Anstieg von 9,5 auf 11,7 pro Tausend Schwangerschaften. Im Schwangerschaftsverlauf und zur Geburt war signifikant auffällig, dass Vorsorgeunter-

suchungen und Erstuntersuchungen bis zur 12. Schwangerschaftswoche und das Vorhandensein des Mutterpasses seltener dokumentiert wurden. Raucherinnen waren erheblich überrepräsentiert. Die jugendlichen Schwangeren wurden häufiger präpartal stationär behandelt. Die Diagnosen Plazentainsuffizienz, vorzeitige Wehen, Anämie und Harnwegsinfektionen fanden sich häufiger, ebenso eine protrahierte Geburt, Komplikationen im Wochenbett und längere Wochenbetttage. Die Neugeborenen jugendlicher Mütter wurden häufiger in Kindereinrichtungen verlegt (16,6 Prozent zu 12,3 Prozent). Die perinatale Mortalität betrug bei den Neugeborenen der jugendlichen Mütter 6,4 ‰ gegenüber 4,6 ‰ der Vergleichsgruppe (n. s.). Auffälligkeiten hinsichtlich weiterer Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen wurden nicht beobachtet. Allerdings war die Frühgeborenenrate signifikant erhöht (10,7 Prozent zu 7,5 Prozent), ebenso die Untergewichtigenrate (8,9 Prozent zu 6,0 Prozent), die Hypertrophierate (15,0 Prozent zu 10,3 Prozent) und die Notwendigkeit zur Reanimation (5,5 Prozent zu 4,2 Prozent). Es zeigte sich, dass die Neugeborenenperiode häufiger durch Hyperbilirubinämie (35,6 Prozent zu 27,8 Prozent) und Ernährungsprobleme (19,2 Prozent zu 15,2 Prozent) belastet

\* Parameter von Schwangerschaft, Geburt und den zugehörigen Neugeborenen von Müttern ab 35 Jahre (n = 17640) wurden anhand der Sächsischen Perinatalerhebung aus einem aktuellen Untersuchungszeitraum (2001 – 2004) analysiert. Als Kontrolle dienen die Daten von Müttern mit einem Alter von 24 und 25 Jahren (n = 14655).

\*\* analysiert wurden die Peri- und Neonataldaten der Jahre 1998 bis 2004 von 2331 Müttern < 18 Jahren im Vergleich mit 192.515 im Alter von 18 bis 34 Jahren.

war. Die Klinikmortalität betrug 10,4 ‰ gegenüber 12,7 ‰ bei den Kindern der Vergleichsgruppe. Die Analyse zeigt, dass bei jugendlichen Schwangeren sowohl aus sozialer aber auch aus medizinischer Sicht während der Schwangerschaft, zur Geburt und danach ein erhöhter Betreuungsaufwand erforderlich ist.

**Qualitätsindikatoren und Kennziffern in der Geburtshilfe 2004** waren Thema von Herrn Dr. Konrad Müller, der auch die möglichen Konsequenzen bei wiederholten Auffälligkeiten für eine Klinik erläuterte.

In Sachsen werden seit 1997 Qualitätsindikatoren zur Förderung der internen Qualitätskontrolle in den Entbindungseinrichtungen und für die externe vergleichende Qualitätssicherung verwendet. Das führte bei auffälligen Ergebnissen zur Einzelfallanalyse und seit 1998 zum Dialog zwischen dem Fachgremium an der Sächsischen Landesärztekammer und den Kliniken. In Anlehnung an die BQS wurden für 2004 sechs Qualitätsindikatoren mit Angabe von Referenzbereichen definiert – die Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburten (bis unter 35 + 0 Wochen); Azidoserate (NSApH < 7,0) bei reifen Einlingen; Base Excess unter - 6,0 mmol/l bei reifen Einlingen; Dammriss Grad III/KV bei vaginaler Einlingsgeburt; revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen nach Sectio caesarea und die fetale Lungenreifeinduktion mit Kortikosteroiden bei Frühgeburten unter 34 + 0 Wochen.

Zu Schwerpunkten wurden die Regionalisierung von Frühgeburten mit stark verkürzter Tragzeit (unter 29 SSW, bzw. 29-31 SSW) und als neues Merkmal die Vermeidung mütterlicher Todesfälle („Sentinel Event“) erklärt. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches sollten im sogenannten „Strukturierten Dialog“ mit kurzer Erläuterung des Klinikmanagements analysiert werden.

Das gilt auch für die sechs geburtshilflichen Kennzahlen, unter anderem die Rate an Erst- und Re-Sectiones und die Häufigkeit der fetalen Mikroblutuntersuchung bei pathologischem CTG.

Mit der Konzentrierung auf sechs Qualitätsindikatoren und zwei Schwerpunkte wird die Qualitätskontrolle rationalisiert, ohne der angestrebten Verbesserung der medizinischen Leistungen abträglich zu sein.

**Der Kommentar zur Neonatalerhebung** von Prof. Dr. med. Christoph Vogtmann befasste sich mit Leistungs- und Qualitätsmerkmalen, bei deren Bewertung die Einheit und der

Zusammenhang mit schwangerschafts- und geburtsassoziierten Leistungen beachtet werden müssen.

Im Jahre 2004 wurden insgesamt 5.903 Neugeborene klinisch-neonatologisch versorgt. Das entspricht 18,86 Prozent aller Neugeborenen, 9,25 Prozent der Reifgeborenen und 79,98 Prozent der Frühgeborenen des Freistaates Sachsen. Die Frühgeborenenrate war gegenüber dem Vorjahr um 0,2 Prozent auf 7,5 Prozent angestiegen. Dabei bestanden nicht unerhebliche regionale Unterschiede mit 6,5 Prozent im Regierungsbezirk Chemnitz gegenüber 8,3 Prozent im Regierungsbezirk Leipzig. Die wichtigste Ursache der Frühgeburlichkeit bleibt die Mehrlingsschwangerschaft. Zwillinge verursachten ca. 25 Prozent aller stationären Behandlungen von Frühgeborenen. Erfreulich war der deutliche Rückgang des Anteils extrem kleiner Frühgeborener (Gewicht unter 1000 g) von 4,25 ‰ auf 3,1 ‰ und der kleinen Frühgeborenen (Gewicht 1000-1500 g) von 6,6 ‰ auf 5,48 ‰. Das könnte ein Hinweis auf eine erfolgreiche Schwangerenvorsorge sein, was auch auf die Zwillinge zutrifft. Dieser Trend zusammen mit hohen Überlebensraten von 89,5 Prozent für Kinder mit Geburtsgewichten zwischen 750 und 1000 g bzw. von 97,8 Prozent bei Gewichten zwischen 1000 und 1500 g erklären den Rückgang der Klinikmortalität Neugeborener bis zum 28. Lebenstag im Jahr 2004 um 0,5 ‰ auf 2,0 ‰ gegenüber 2003. Das wiederum ist die wesentliche Grundlage für die niedrige Säuglingssterblichkeit in Sachsen mit 3,44 ‰. Komplikationen der Neonatalperiode wie respiratorische Anpassungsstörungen, Infektionen, hypoxisch-ischämische Enzephalopathien oder die Hyperbilirubinämien sind unverändert bedeutsam. Um ca. 50 Prozent war die Zahl der Kinder mit Hirnblutungen, bronchopulmonaler Dysplasie und fortgeschrittener Retinopathie gesunken. Probleme gab es nach wie vor, den Regionalisierungsgrad für sehr kleine Frühgeborene zu verbessern. Für widersprüchliche Befunde von gutem Apgar-Score bei schlechtem Nabelarterien-pH gab Frau Prof. Dr. med. Robel-Tillig Interpretationshilfen in Ihrem Vortrag **„Der prognostische Wert perinataler Parameter für die Entwicklung Neugeborener“**.

Die routinemäßige Durchführung des postnatalen Säure-Basen-Status und die Bewertung der kindlichen Anpassung mit Hilfe des Apgar-Score sind wertvolle Qualitätskriterien zur Einschätzung der perinatalen Situation.

Um die Prognose des Kindes spezifisch und sensitiv zu bewerten, bedarf es jedoch anderer, weiterführender Untersuchungen des Kindes. Durch Analyse dieser perinatalen Parameter ließ sich aufzeigen, dass keine Korrelation zwischen Apgar-Score und Nabel-Arterien-pH-Wert bei postnatal asphyktischen Kindern bestand. Neugeborene, bei denen eine mittelschwere bis schwere postnatale Anpassungsstörung aufgetreten war, hatten zu einem hohen Prozentanteil NSApH-Werte, die im Normbereich lagen. Ebenso ließ sich keine signifikante Korrelation in der Gesamtpopulation der reifen Neugeborenen zwischen Apgar-Score und NSApH-Wert nachweisen. Um eine Prognose für anpassungsgestörte Neugeborene zu stellen, bedarf es primär einer Unterscheidung, ob eine Hypoxie oder Ischämie zur Störung der Perinatalperiode geführt hat. Hypoxämische Neugeborene sind an die Mangelsituation häufig adaptiert und tolerieren die Situation besser als Neugeborene, die eine Ischämie durch ein akutes geburtshilfliches Ereignis erlitten hatten.

Die zum Teil lebhafteste Diskussion der Befunde führte unter anderem zur Erkenntnis, dass eine intensivere Betreuung am Ende der Schwangerschaft und, bei Problemen, die enge Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und an Kliniken tätigen Gynäkologen zu deutlichen Verbesserungen führen könnte. Weitere Fortschritte können erwartet werden, wenn der Neonatologe bei Auffälligkeiten mit in die Geburtsplanung einbezogen wird.

Die ausgezeichneten Möglichkeiten der Perinatalmedizin und Neonatologie erhöhen die Verantwortung für die Leistungserbringer. Extrem unreife Frühgeborene, Neugeborene von über 35jährigen und von jugendlichen Müttern führen zu einem erheblichen medizinischen Mehraufwand. Alle Beteiligten, einschließlich Politiker werden sich den Herausforderungen stellen müssen, weil eine optimale Betreuung von Müttern und deren Neugeborenen ein Gebot in einem überalterten Land mit sinkenden Kinderzahlen und stetiger Abwanderung junger leistungsfähiger Menschen ist.

Dr. med. Walter Pernice,  
Chefarzt an der Kinderabteilung des  
Kreiskrankenhauses Johann Kentmann gGmbH  
Torgau  
und Mitglied der Arbeitsgruppe  
Perinatalogie/Neonatalogie bei der Sächsischen  
Landesärztekammer  
Christianistraße 1, 04860 Torgau