

14. Klinikärzttreffen der Frauen- und Kinderkliniken in Sachsen

Dresden
14. Juni 2006

Auf Einladung der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Neonatalogie fand am 14. Juni 2006 das 14. Klinikärzttreffen statt. Daran nahmen 102 Ärzte, 22 Hebammen aus 67 sächsischen Kliniken und 24 Gäste als Vertreter des Lenkungsremiums Sachsen, der Sächsischen Landesärztekammer und der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen teil.

Die sehr gute Teilnahme belegt, dass das traditionelle Klinikärzttreffen als Forum zur Information und Diskussion über die letzten Ergebnisse der Peri- und Neonatalerhebung und als ein Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung akzeptiert wird.

Einleitend begrüßte der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Prof. Dr. Jan Schulze, die Teilnehmer der von Dr. Gunther Völker moderierten Veranstaltung. Er verwies auf die Wichtigkeit und die Pflicht zur Qualitätssicherung, aber auch auf die großen Probleme, angesichts zunehmender Bürokratie, abnehmender Personal- und materieller Ressourcen diesem Anspruch gerecht zu werden. Die Landesärztekammer wird ihren Beitrag zur Verbesserung der Situation im Prozess des Systemwandels leisten.

Dr. Konrad Müller kommentierte ausführlich die Ergebnisse der Perinatalerhebung. Die Geburtenzahl ging 2005 im Vergleich zum Vorjahr um 1,7 Prozent auf 32.047 zurück. Die Frühgeborenenrate stieg seit 2001 von 6,9 auf 7,6 Prozent deutlich an. Hingegen erreichte die Perinatale Sterblichkeit mit 3,7 ‰ den niedrigsten Stand seit Beginn der Perinatalerhebung, woran sowohl die Senkung der Totgeburtenrate wie auch die der 7-Tagessterblichkeit gleichermaßen beteiligt sind. Dennoch bleibt die Vermeidung der Frühgeburtlichkeit und die Sicherung einer optimalen Betreuung die vordringlichste Aufgabe. Dazu gehört auch die stringente Beachtung der Regionalisierungsempfehlungen. Auf diesem Gebiet sind leider keine Fortschritte zu registrieren, wobei der Regierungsbezirk Leipzig die besten Ergebnisse ausweist. Große interhospitaler Unterschiede gibt es bei der Anwendung der Fetalblutanalyse zur intranatalen Geburtsüberwachung, und nicht befriedigen kann die Erfassungsrates des Schwangerschaftsdiabetes. Erfreulich ist die geringe Zahl schwerstasphyktischer Kinder.

Großes Interesse fand der praxisorientierte Beitrag von Frau Dr. Ute Scholz/Leipzig zu Thrombose und Embolie in Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett. Ausgehend von der großen Bedeutung thromboem-

bolischer Komplikationen für die maternale Morbidität und Mortalität verwies sie auf die Kombination von Expositionsrisiken von Schwangerschaft und Geburt mit endogenen Risikofaktoren, diagnostische Besonderheiten in der Schwangerschaft und die medikamentöse Therapie. Dabei bietet niedermolekulares Heparin, das für die besprochenen Indikationen keine Zulassung hat, besondere Vorteile.

Mit einer sachlichen, nicht wertenden und detaillierten Darstellung wurden von Herrn Dr. Knut Lürmann die tragischen Müttersterbefälle an der Frauenklinik des Klinikums Hoyerswerda im Jahre 2004 vorgestellt. Der Nachweis eines technischen Mangels im Narkosegerät, den die Ärzte nicht zu verantworten hatten, entlastet diese. Die Ereignisse machen aber deutlich, wie gefährlich unsere Abhängigkeit von der Technik und ein nicht leicht zu

erschütterndes Vertrauen in die Zuverlässigkeit von Technik sein kann, weil bei patientenseitigen Störungen dann technische Defekte als Ursache aus der Betrachtung leicht ausgeblendet werden.

Der Kommentar zur Neonatalerhebung von Herrn Dr. Jürgen Dinger befasste sich mit Leistungs- und Qualitätsmerkmalen, bei deren Bewertung und Interpretation der Zusammenhang mit schwangerschafts- und geburtsassoziierten Leistungen beachtet werden muss.

Im Jahre 2005 wurden 6.232 Neugeborene klinisch-neonatalogisch versorgt. Das entspricht, bezogen auf alle in sächsischen Kliniken geborenen Kinder, 19,1 Prozent. Zuwachsraten gab es besonders bei den Reifgeborenen und reiferen Frühgeborenen (32 bis 36 SSW). Wichtigste Einzelursache für Frühgeburtlichkeit ist weiter die Mehrlingsschwangerschaft. Mehrlinge verursachten je nach Unreifegrad

20 bis 25 Prozent der stationären Behandlungen von Frühgeborenen. Der erfreuliche weitere Rückgang des Anteils extrem kleiner Frühgeborener (Geburtsgewicht < 1000 g) erklärt zusammen mit den hohen Überlebensraten von 86,8 Prozent für Kinder mit einem Gewicht 750 bis 999 g und von 95,5 Prozent für Kinder mit einem Gewicht von 1000 bis 1499 g den Rückgang der perinatalen Sterblichkeit wie auch die niedrige Säuglingssterblichkeit in Sachsen. Komplikationen der Neonatalperiode, wie die bronchopulmonale Dysplasie, die fortgeschrittene Retinopathie und die Hirnblutung, sind trotz leichten Rückganges unverändert bedeutsam. Regional noch unterschiedliche Ergebnisse fordern zum Dialog und Erfahrungsaustausch auf, nicht zuletzt auch, um den Regionalisierungsgrad für kleine Frühgeborene zu verbessern.

Mit seinem Beitrag zu septischen Infektionen bei Früh- und Neugeborenen, eine Analyse der Jahre 1998 bis 2005, hat Herr Dr. Reinhold Tiller/Chemnitz die unveränderte Bedeutung neonataler Infektionen akzentuiert. Einerseits gibt es die bekannten Risikofaktoren für das Auftreten von septischen Allgemeininfektionen, andererseits treten sie nicht selten auch ohne diese auf (zum Beispiel Reifgebo-

rene mit Blasensprung > 48 Std/ohne vorzeitigen Blasensprung: 7,8 Prozent/3,1 Prozent). Daher muss jedes Neugeborene in dieser Richtung überwacht werden. Für die Frühsepsis wird eine zunehmende Tendenz registriert, wobei als Erreger die B-Streptokokken und E. coli dominieren.

Herr Dr. Walter Pernice analysierte die Managementqualität der Notfallversorgung in ihrer Bedeutung für die Ergebnisqualität. An der Gruppe der Frühgeborenen < 34 SSW konnte klar gezeigt werden, dass die Nichterfüllung von Sicherheitskriterien (Lungenreifeinduktion, Kaiserschnitt, Pädiater bei Geburt anwesend) die kindlichen Chancen auf ein Überleben vermindern.

Unstreitig haben Präventionsmaßnahmen einen herausragenden Stellenwert bei der Gesundheitsvorsorge. Dazu gehören auch Fehlervermeidungsstrategien, worauf Herr Dr. Heiner Bellé mit seinem Beitrag „Stolpersteine“ des Geburtshelfers – ein Beitrag zur Fehlerprävention“ einging. Entscheidend ist dabei die Einzelfallanalyse vor Ort, die die Perinatalerhebung nicht leisten kann. Sie erfasst längst nicht alle relevanten Leistungs- oder Qualitätsmerkmale. Solch ein Merkmal stellt zum Beispiel die geburtsbedingte Schädelkonfigu-

ration dar, die bei Überschreitung bislang nicht definierter Ausmaße Ursache schwerwiegender bleibender Schäden sein kann. Das wurde an Hand einer Falldemonstration von Prof. Dr. Christoph Vogtmann erläutert.

In seinen kurzen Anmerkungen zum Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen machte Professor Dr. Christoph Vogtmann deutlich, dass nach Meinung der Arbeitsgruppe für Sachsen keine Notwendigkeit für prinzipielle Neustrukturierungen besteht. Die Fallzahlen in Sachsen lassen eine weitere Aufsplitterung der Versorgungsstruktur nicht angebracht erscheinen.

Abschließend bedankte sich der Sitzungsleiter Dr. Gunther Völker bei den Kollegen für die engagierte Teilnahme an den Erhebung und an der Tagung und bei den Mitarbeitern der Projektgeschäftsstelle, stellvertretend bei Frau Dipl.-Med. Annette Kaiser, die durch ihr kompetentes Wirken wesentlich zum Erfolg des Projektes Perinatal- und Neonatalerhebung beitragen.

Prof. Dr. med. habil Christoph Vogtmann
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie