

18. Klinikärztetreffen der Frauen- und Kinderärzte

Traditionell trafen sich die Frauen- und Kinderärzte aus Sachsen zur jährlichen Klinikerkonferenz am 2. Dezember 2010 im Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer. In gewohnter Weise wurde die Veranstaltung durch das Team der Projektgeschäftsstelle unter Leitung von Dipl.-Med. Annette Kaiser organisatorisch gut vorbereitet.

Erstmals fand diese Tagung gemeinsam mit der Arbeitsgruppe Gynäkologie statt.

Trotz widriger Witterungsverhältnisse nahmen an der Veranstaltung 52 Ärzte, Hebammen und Gäste teil.

Einleitend begrüßte der Präsident der Sächsischen Landeärztekammer, Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, die Teilnehmer, sprach dabei unter anderem aktuelle gesundheitspolitische Themen an und verwies auf die Notwendigkeit, ausgewählte Ergebnisse der externen Qualitätssicherung öffentlich darzulegen. Des Weiteren erinnerte er an die im Jahr 2011 anstehende Kammerwahl.

Dr. med. Eike Simon (Torgau), Vorsitzender der Arbeitsgruppe Gynäkologie, berichtete über den Leistungsbe-

reich „Gynäkologische Operationen“. Im Jahr 2009 wurden in 54 sächsischen Kliniken 14.947 Datensätze zu 9 definierten Qualitätsindikatoren mit 12 Kennzahlen erfasst und ausgewertet. Wegen Abweichungen vom Zielbereich musste lediglich mit 10 Kliniken ein Strukturierter Dialog geführt werden. Hierbei lag die Rücklaufquote der Stellungnahmen bei 90,4 Prozent. Am häufigsten verfehlten einzelne Kliniken beim Qualitätsindikator *„Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen mit vollständiger Entfernung des Ovars und ohne postoperative Histologie oder mit Zyste oder Normalbefund als führenden histologischen Befund“* rechnerisch den geforderten Referenzbereich, konnten dies in der Mehrzahl jedoch plausibel begründen. Die sächsischen Daten zeugen im Bundesvergleich von hoher Qualität. Bei keinem Qualitätsindikator lag der Durchschnitt aller Kliniken außerhalb der Anforderung. Lediglich 2 der 54 Kliniken mussten an Hand ihres Qualitätsberichtes als auffällig eingestuft werden. Problematisch an der momentanen Form der Qualitätsmessung ist, dass viele Eingriffe (zum Beispiel Laparoskopien, Konisationen) unter ambulanten Bedingungen erbracht und bezüglich ihrer Qualität deshalb nicht erfasst werden.

Dr. med. Steffen Handstein (Görlitz) informierte über den Leistungsbe- reich Mammachirurgie.

Die Erhebung der Daten im Leistungsbereich Mammachirurgie im Jahr 2009 fußt auf ca. 7000 Datensätzen von 51 sächsischen Kliniken. Die gegenüber 2008 tendenziell gebesserten Kennzahlen spiegeln insgesamt eine gute Versorgungsqualität auf diesem Gebiet in Sachsen wider. Erstmals wurde der Referenzbereich für die Qualitätsindikatoren QI 3a Her-2/neu-Analyse, QI 4b Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie sowie QI 5 primäre Axilla-dissektion bei DCIS im Landesdurchschnitt erreicht. Positiv zu werten ist gleichermaßen der erhebliche Anstieg der Indikationsstellungen zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei gegebenen klinischen Voraussetzungen auf mittlerweile fast 85 Prozent, was einer Steigerung um nahezu 35 Prozent seit Einführung des Indikators 2007 entspricht. Zu beobachten ist in den vergangenen beiden Jahren eine Zunahme des Intervalls zwischen Diagnosestellung und Operation auf jetzt im Mittel 15 Tage. Dies ist sicher zu großen Teilen auf die flächendeckende Einführung des Mammografiescreenings in diesem Zeitraum zurückzuführen. Im strukturierter Dialog wurden von insgesamt

126 rechnerischen Auffälligkeiten 18 Qualitätsmängel herausgearbeitet. Davon zeigten sich vier Kliniken in zwei und drei weitere Kliniken in jeweils drei Qualitätsindikatoren auffällig, was als Hinweis auf substantielle Probleme in Struktur- und Prozessqualität verstanden werden kann. Der Dialog insbesondere mit den qualitativ auffälligen Kliniken hat bereits zu Veränderungen geführt und wird fortgesetzt.

Im zweiten Teil der Veranstaltung, moderiert von Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Dinger (Dresden), wurden zunächst die Ergebnisse der Sächsischen Perinatalerhebung von Prof. Dr. med. habil. Holger Stepan (Leipzig) dargestellt.

Der wichtigste Punkt im Report Geburtshilfe 2009 ist die Auswirkung der demographischen Situation in Sachsen auf die Geburtenzahlen. Es gab 2009 in Sachsen 33.416 Entbindungen, was im Vergleich zum Vorjahr einem Rückgang um 2,3 Prozent entspricht. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass es in den letzten Jahren (2007 und 2008) noch einen Geburtenanstieg im einstelligen Prozentbereich zu verzeichnen gab. Dies kann gegenwärtig nur so interpretiert werden, das jetzt der Scheitelpunkt der demographischen Entwicklung erreicht und überschritten ist und wir in Zukunft auch mit abnehmenden Geburtenzahlen in Sachsen rechnen müssen.

Es gab 2009 eine hochsignifikante Zunahme der Mehrlingsschwanger-

schaften von 452 im Jahr 2008 auf 545 im Jahr 2009, was einem Zuwachs von 20,6 Prozent entspricht. Mit dieser dramatischen Zunahme der Mehrlingsschwangerschaften ist auch eine Zunahme der mehrlingsassoziierten Morbidität zu rechnen. Dies schlägt sich jetzt auch schon nieder, indem die Frühgeburtenrate in Sachsen von 7,5 Prozent im Jahr 2008 auf 7,9 Prozent im Jahr 2009 anstieg. Die Sectiorate stieg dem allgemeinen Bundestrend folgend ebenfalls an. Im Vergleich zum Vorjahr stieg sie von 21,8 Prozent auf 23 Prozent, was allerdings noch deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt. Die sogenannte „bereinigte“ Sectiofrequenz (reife Einlinge in Schädellage) betrug 17,3 Prozent. Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen in Allgemeinanästhesie ist mit 15,1 Prozent immer noch bemerkenswert hoch. Die Zentralisierung oder Regionalisierung setzt sich verstärkt fort, was dadurch abgebildet wird, dass 72,5 Prozent aller Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g in Perinatalzentren Level I entbunden wurden, während es im Vorjahr nur 58,5 Prozent dieser Kinder waren. Bezüglich der Müttersterblichkeit muss bemerkt werden, dass es im Jahr 2009 in Sachsen zwei Fälle von direkter Müttersterblichkeit gab. Die Zahl der Amniozentesen ist weiterhin deutlich rückläufig (Abnahme um 10 Prozent). Der darauf folgende Vortragskomplex befasste sich mit der Fetalchirurgie.

Prof. Dr. Holger Stepan (Leipzig) und Robert Lachmann (Dresden) gaben einen praxisbezogenen Überblick dieses hochspezialisierten Fachgebietes unter dem Gesichtspunkt, was für Patienten derzeit realistisch und erreichbar ist.

Prinzipiell erfolgt kein intrauterin operatives Vorgehen bei Fehlbildungen, die postnatal besser korrigiert werden können. Indikationen für die Fetalchirurgie sind unter anderem das fetale Transfusionsyndrom, Zwerchfellhernien, Neuralrohrdefekte, Amnionbändersyndrome und Steißteratome, aber auch seltene ausgewählte Fehlbildung des Herzens.

Detailliert wurde das Fetalzentrum an der Universität Leipzig vorgestellt. Es steht unter Leitung von Geburtsgeschichte und Kinderchirurgie. Für jede Erkrankung wird ein interdisziplinäres Team spezialisierter Ärzte hinzugezogen und ein individuelles Betreuungskonzept auch unter Einbeziehung der Kindeseltern erstellt. Es folgten zwei geburtshilfliche Kasuistiken:

Dr. med. Ann-Christin Tallarek (Leipzig) berichtete über eine 35-jährige II-Gravida/II-Para, die bei pathologischem CTG durch Vakuumextraktion aus Beckenmitte entbunden wurde. Vorausgegangen war eine komplikationslose Spontangeburt vor 14 Jahren sowie eine Konisation. Bereits intrapartal klagte die Patientin bei unauffälligem Ultraschallbefund über einen Dauerschmerz, der sich nach der Entbindung zunächst besserte.

Die Entlassung erfolgte am 5. postpartalen Tag bei subjektivem Wohlbefinden. 13 Tage postpartal stellte sich die Patientin mit zunehmenden Unterbauchschmerzen und deutlicher Abwehrspannung erneut vor. Die bildgebende Diagnostik zeigte ein parametranes Hämatom auf dem Boden einer rechtslateralen Uterusruptur. Nach Antibiotikabehandlung erfolgte am 18. postpartalen Tag die Laparotomie mit Ausräumung des ausgedehnten parametranen Hämatoms sowie die plastische Rekonstruktion des Uterus. Intraoperativ zeigte sich eine komplette Längsrup-tur des Uterus rechts von etwa 8 cm, die vom Isthmus bis zum Fundus reichte. Postoperativ kam es trotz antibiogrammgerechter Antibiose zur Infektion des Uterus, sodass vier Tage später eine Hysterektomie durchgeführt werden musste. Der weitere Verlauf gestaltete sich unauffällig.

Eine Uterusruptur tritt typischerweise als akutes Ereignis unter der Geburt auf. Bei entsprechender Beschwerdesymptomatik und Anamnese empfiehlt sich die sonographische Abklärung im Wochenbett.

Dr. med. Gabriele Kamin (Dresden) informierte über eine primär wachstumsdiskordante monochorial-diamniale Geminigravidität, die intensiv dopplersonographisch überwacht wurde. In der 23. Schwangerschaftswoche entwickelte sich ein fetofetales Transfusionsyndrom, was zur Laserkoagulation von 12 A-V Anastomosen führte.

In der 30+0 SSW bestand dopplersonographisch der dringende Verdacht

auf eine Shuntumkehr, sodass wegen der damit verbundenen lebensbedrohlichen Situation für beide Feten die Entbindung durch Sectio caesarea erfolgte. Es wurde ein plethorisches 920 g schweres Frühgeborenes (ehemalige Donor) und ein extrem blasses 1380 g schweres Frühgeborenes (ehemaliger Rezipient) geboren. Eine Shuntumkehr nach Laserkoagulation ist zwar ein extrem seltenes Ereignis, sollte aber allen, die Hochrisikoschwangerschaften betreuen, bekannt sein.

In einem Übersichtsreferat sprach Prof. Dr. med. habil. Mario Rüdiger (Dresden) über die Therapie der hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie nach perinataler Asphyxie. Eine perinatale Asphyxie führt auf zellulärer Ebene zu einer unzureichenden Oxygenierung mit primären Energiemangel. Die neurologischen Folgen der Asphyxie manifestieren sich klinisch als (hypoxisch-ischämische) Enzephalopathie (HIE).

In Abhängigkeit vom Ausmaß der Schädigung kommt es entweder zum nekrotischen Zelluntergang, zu einer vorübergehenden Erholung mit einem nachfolgenden sekundären Energiemangel, welcher in einer Apoptose mündet oder zu einer Restitution ad integrum.

Während bei der Nekrose eine Therapie nicht möglich und bei einer Restitution nicht nötig ist, kann der sekundäre Energiemangel und die Apoptose durch eine Hypothermiebehandlung vermieden werden.

Mehrere große internationale Studien zeigen, dass durch Reduktion

der Körpertemperatur das neurologische Outcome von Neugeborenen mit moderater oder schwerer HIE signifikant verbessert wird. Dementsprechend darf die Hypothermiebehandlung heute keinem reifen Neugeborenen mit HIE vorenthalten werden. Allerdings stellt sie noch keine Routinetherapie dar, vielmehr sollte sie nur in spezialisierten großen Hypothermiezentren erfolgen.

Voraussetzung für die Hypothermiebehandlung ist das Vorliegen einer Asphyxie. In Übereinstimmung mit den großen klinischen Studien ist dazu eines der folgenden Kriterien notwendig: 10-Minuten-Apgar < 5, schwere Azidose (Nabelarterien pH < 7,0 oder arterielles Basendefizit < 15 mmol/l) bzw. eine Reanimation > 10 Minuten. Diese Kinder sind innerhalb der ersten Lebensstunde von einem Neonatologen neurologisch auf Symptome einer moderaten oder schweren Enzephalopathie zu untersuchen (Bewusstseinsstrübung, muskuläre Hypo- oder Hypertonie, auffällige Reflexe, Krampfanfälle, aEEG untere Amplitude < 5 V bzw. obere Amplitude < 10 mV). Neugeborene mit Asphyxie und HIE müssen sofort in ein Hypothermiezentrum verlegt werden. Ist eine neurologische Untersuchung durch einen Neonatologen innerhalb der ersten Lebensstunde nicht möglich, muss ebenfalls eine sofortige Verlegung in ein Hypothermiezentrum zur Diagnostik und eventuellen Therapie erfolgen. Zur Prävention einer zusätzlich neuronalen Schädigung ist darauf zu achten, dass die Körpertemperatur

im unteren Normbereich gehalten bzw. auf dem Transport eventuell eine passive Kühlung begonnen wird. Außerdem sind eine adäquate Glukosezufuhr zu gewährleisten und sowohl Hyperkapnie als auch Hyperoxie zu vermeiden.

Dr. med. habil. Reinhold Tiller (Chemnitz) kommentierte danach die Neonatalerhebung 2009 mit einem Rückblick auf die letzten 10 Jahre.

Im Jahr 2009 wurden 18,1 Prozent (6.147) der Lebendgeborenen aus den sächsischen Frauenkliniken in die Kinderkliniken übernommen gegenüber 16,1 Prozent (5.346) vor 10 Jahren.

Im analysierten Zeitraum ist vor allem die zahlenmäßige Zunahme der stark untergewichtigen Frühgeborenen, besonders derer mit einem Geburtsgewicht zwischen 750 und 1500 g um ca. 1/3 von 273 im Jahr 2000 auf 365 im Jahr 2009 beachtenswert. In beiden Jahrgängen wurden ca. 80 Prozent der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1250 g in heutigen Level I-Kliniken behandelt. Die Klinikmortalität der Kinder mit einem Geburtsgewicht < 750 g lag 2009 bei 17,9 Prozent, derer von 750 bis 999 g bei 6,4 Prozent und derer zwischen 1000 und 1499 g bei 1,4 Prozent und damit in diesen Gewichtsklassen reichlich 1/3 niedriger als vor zehn Jahren. Auch die Klinikmortalität von Zwillingen mit einem Geburtsgewicht < 1500 g wurden im selben Umfang zurückgedrängt.

Wurden 2000 in der Neonatalerhebung noch insgesamt 73 Sterbefälle dokumentiert, waren es 2009 nur

noch 33, bei neun handelte es sich um Reifgeborene. Nur noch jeder zweite Verstorbene wurde 2009 obduziert.

Ohne schwere Hirnblutung (IVH > II°), ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf, ohne operierte Enterocolitis und ohne Kryo- oder Lasertherapie einer Retinopathie konnten 66 Prozent der Frühgeborenen der Gewichtsklasse 500 bis 1500 g direkt aus den Level I-Kliniken im Jahr 2009 nach Hause entlassen werden.

Ein weiterer Themenkomplex betraf die Nachbetreuung ehemaliger Frühgeborener in Sachsen.

Die hierzu von der Projektgeschäftsstelle durchgeführte Umfrage ergab, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss geforderte entwicklungsneurologische Nachuntersuchung ehemals stark untergewichtiger Frühgeborener im Alter von 2 Jahren in den Level I-Kliniken voll in den Level II-Kliniken nur teilweise gewährleistet ist. Dipl.-Med. Natascha Unfried (SPZ Chemnitz) berichtete, dass diese Untersuchungen für beide Chemnitzer Kliniken im SPZ durchgeführt werden. Bislang wurden 40 Prozent der 2008 geborenen Kinder nachuntersucht und deren kognitiver und motorischer Entwicklungsstand erfasst. Von den untersuchten Kindern hatten ca. 45 Prozent einen unterdurchschnittlichen oder weit unterdurchschnittlichen kognitiven und motorischen Entwicklungsstand.

Dr. Barbara Seipolt (Dresden) stellte die dortige Nachsorgesprechstunde vor. Hier werden die infrage kommenden Kinder vier bis fünfmal im korrigierten Alter von bis zu 24

Monaten klinisch und entwicklungsneurologisch untersucht und gegebenenfalls zusätzlich, falls erforderlich, die Konsultationen bei Ärzten anderer Fachdisziplinen und dem SPZ koordiniert bzw. veranlasst.

Prof. Dr. med. habil. Eva Robel-Tillig (Leipzig) stellte abschließend eine eigene Studie zur Nachsorge „später“ Frühgeborener vor. Es handelte sich um 122 Frühgeborene mit einem Gestationsalter von 33 bis 36 Wochen, die bereits während des stationären Aufenthaltes und danach in einer Nachsorgesprechstunde besonders beobachtet wurden. Ein unerwartet hoher Anteil von ihnen zeigte während des ersten Lebensjahres erhebliche Entwicklungsrückstände.

Lediglich 60 bis 70 Prozent dieser Frühgeborenen hatten sich mental und motorisch regelrecht entwickelt. Bei 30 Prozent fanden sich leichte bis mittelschwere Störungen der Mutter-Kind Beziehung unter anderem in Form von Schlafstörungen oder Schreiphasen der Kinder. Die Studie unterstützt die aktuelle Forderung, dass „späte Frühgeborene“ eine adäquate stationäre und poststationäre Betreuung erfordern, in die auch die Kindesmütter mit einbezogen werden.

Es ist vorgesehen, alle Vorträge auf der Internetseite der Sächsischen Landesärztekammer (www.slaek.de/ > Qualitätssicherung > externe Qualitätssicherung > Downloadbereich > Klinikärzttreffen) zu veröffentlichen.

Dr. med. habil. Reinhold Tiller
Vorsitzender der AG Peri-/Neonatalogie