

Qualität in Frauenheilkunde und Neonatologie

Im mittlerweile bereits 23. Klinikärztertreffen der Frauen- und Kinderärzte Sachsen wurden die aktuellen Ergebnisse der externen Qualitätssicherung des vergangenen Jahres dargestellt und diskutiert. Dieses jedes Jahr gut besuchte Treffen der Gynäkologen und Kinderärzte wird von den Arbeitsgruppen Operative Gynäkologie/Mammachirurgie und Perinatologie/Neonatologie vorbereitet.

Gynäkologie

Im Leistungsbereich Gynäkologie, der von Dr. med. Eike Simon vorgestellt wurde, waren für das Jahr 2015 fünf Qualitätsindikatoren (QI) mit neun Parametern zu bewerten. Leider wird das breite Feld der gynäkologischen Operationen damit nicht mehr umfassend abgebildet, sondern lediglich das schmale Spektrum der Eingriffe an den Eierstöcken. Die sächsischen Daten zeigen weder im Bundesvergleich, noch im Jahrestrend Ergebnisse, die zu größeren Beanstandungen veranlassen. Insgesamt wurde elf von 64 Kliniken ein qualitativer Mangel bescheinigt, im Vorjahr waren dies nur sieben Kliniken. Hier musste insbesondere die mangelnde Gewissenhaftigkeit bei der Datenerfassung kritisiert werden. Perspektivisch ist es wünschenswert, dass die Hysterektomie als häufigster gynäkologischer Eingriff wieder in die Qualitätssicherung aufgenommen und als sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren etabliert wird.

Mammachirurgie

Dr. med. Steffen Handstein berichtete zu den Ergebnissen im Bereich Mammachirurgie. Seit Beginn der Datenerfassung haben sich in der Behandlung des Mammakarzinoms substanzielle Veränderungen vollzogen. Die Indikatoren spiegeln diese Entwicklung bei der Behandlung von Patientinnen mit Brustkrebs seit Einführung der externen Qualitätssicherung wieder. In die Auswertung der

Daten aus den Jahren 2014 und 2015 sind jeweils ca. 5.500 Datensätze aus sächsischen Krankenhäusern eingeflossen. Nach einem initialen Anstieg der Anzahl auf bis nahezu 7.000 Datensätze im Jahr 2009 infolge der Einführung des flächendeckenden Mammografie-Screeningprogramms in Sachsen seit 2007 hat sich die Zahl in dieser Größenordnung stabilisiert.

Die Patientinnen und Patienten wurden jeweils an etwa 50 sächsischen Krankenhausstandorten behandelt. Die Versorgungsqualität im Leistungsbereich Mammachirurgie hat sich in Sachsen seit Einführung des Verfahrens stetig verbessert und ist insgesamt auch im Vergleich mit den Daten der Bundesauswertung hoch. Das sächsische Ergebnis für den Qualitätsindikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ zeigt sich seit Jahren innerhalb des entsprechenden Referenzbereichs. Die Notwendigkeit der histologischen Diagnosesicherung vor Behandlungsbeginn ist unabdingbar und wird akzeptiert. Die Her2-Positivitätsrate steigt seit ihrer Einführung an. Die Bestimmung hat wesentliche Auswirkung auf das Behandlungskonzept, da Her2-positive Tumoren regelhaft neben der indizierten Antikörpertherapie auch die Empfehlung zur Durchführung einer Chemotherapie erhalten müssen.

Die Auswertung zeigt aber auch, dass in Kliniken mit geringeren Fallzahlen die Rate qualitativer Auffälligkeiten anteilmäßig höher ausfällt. Dies kann für einige Krankenhausstandorte im zeitlichen Verlauf über mehrere Jahre nachvollzogen werden. Aus diesen Auffälligkeiten können Rückschlüsse auf grundsätzliche Struktur- und Prozessmängel der Kliniken gezogen werden, was die kollegialen Gespräche nach Entanonymisierung einzelner Kliniken in vergangenen Jahren bestätigt haben.

Geburtshilfe

Die Ergebnisse der geburtshilflichen Erhebung stellte Prof. Dr. med. habil. Holger Stepan dar. 2015 wurden in den 45 sächsischen Frauenkliniken

35.629 Geburten, davon 653 Mehrlingsgeburten registriert, das sind 1,4 Prozent mehr Geburten und 8,1 Prozent mehr Mehrlingsgeburten als im Vorjahr. Die wichtige Rate an Frühgeburten blieb mit 8,2 Prozent stabil. In den Perinatalzentren Level I und II wurden 15.514 Frauen, in Kliniken mit perinatalem Schwerpunkt 13.609 Frauen und in Geburtskliniken 6.506 Frauen entbunden. Frühgeborene, die nicht in einer ihrem Gestationsalter entsprechenden Klinik (Level I, II oder perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, sind als Sentinel event zu werten. Mit den entsprechenden Kliniken wird im Strukturierten Dialog vor der endgültigen Bewertung diskutiert.

Auch die Rate an Kaiserschnittverbindungen ist in Sachsen im Vergleich zum Bund mit 24,3 Prozent erfreulich niedrig und nicht angestiegen. Dies erscheint insbesondere wichtig, weil ein erster Kaiserschnitt für jede weitere Schwangerschaft einen nicht zu unterschätzenden Risikofaktor darstellt.

Betrachtet man die Geburtenzahlen der einzelnen Kliniken, so haben nur 10 Kliniken mehr als 1.000 Geburten pro Jahr und 18 Kliniken unter 500 Geburten pro Jahr zu verzeichnen.

Im Rahmen der Schwangerenvorsorge wurden im Jahr 2015 in Sachsen 522 invasiv-diagnostische Eingriffe durchgeführt. Die Zahl an Amniocentesen und Chorionzottenbiopsien ist ursächlich durch die Zulassung nichtinvasiver pränataldiagnostischer Tests seit 2012 weiter gesunken. Diesbezüglich muss die Forderung nach 200 dokumentierten Punktionen im Rahmen der Spezialisierung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatologie“ für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe überdacht werden.

„Mütterliche Sterbefälle“

Seit vielen Jahren werden im Rahmen des Klinikärztertreffens alle Müttersterbefälle des entsprechenden Jahres durch die Vertreter der betroffenen Kliniken dargestellt und diskutiert. Den einführenden Vortrag „Die versteckte mütterliche Mortalität“ hielt A.o. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka aus Innsbruck. Er

betonte, dass mütterliche Todesfälle extreme Einzelfälle sind, die viel Aufsehen erregen, bei denen ein bis zwei Fälle bereits ausreichen, um einen statistischen Trend herzustellen und den Eindruck von Handlungsbedarf bei Medien, Staatsanwälten und Politikern wecken. Trotzdem oder gerade deshalb werden sie häufig nicht exakt dokumentiert. Er erläuterte die Situation an mehreren Fällen Österreichs. Sein Resümee: Es muss in der betroffenen Klinik eine exakte Kopie der Akte verbleiben, die Klinik muss den Fall intern auswerten und die Angehörigen über den aktuellen Stand informieren.

Wichtig ist die Erinnerung an die Fälle und gegebenenfalls die Gespräche mit Gutachtern, auch wenn diese teils Jahre später stattfinden. Man lernt immer noch daraus.

Andere europäische Länder haben ein Gremium, das alle Müttersterbefälle des Landes betrachtet und in den Dialog mit den betroffenen Kliniken eintritt. Ein großes Problem in Deutschland ist die Tatsache, dass bei Verlegung der Patientin in eine andere Klinik der Sterbefall nicht als Müttersterbefall in der externen Qualitätssicherung registriert wird. Die Arbeitsgruppe „Mütterliche Sterbefälle“, die in den vergangenen Jahren Daten aller Fälle der externen Qualitätssicherung bundesweit gesammelt und ausgewertet hat, wurde leider nicht fortgeführt.

Zwei Müttersterbefälle Sachsens wurden durch Dr. med. Jennifer Winkler von der Universitätsfrauenklinik Dresden und Dr. med. Klaus Haffner vorgestellt: Eine 31-jährige Erstgravida, die nach Verlegung aus einem externen Haus aufgrund einer massiven Rechtsherzbelastung und pulmonalen Hypertonie durch Sectio caesarea entbunden und intensivmedizinisch betreut wurde, verstarb am 22. postpartalen Tag in einem Herzzentrum. Dieser Müttersterbefall ist nicht in der Statistik erschienen, weil die Patientin in das Herzzentrum verlegt wurde und nicht in der Frauenklinik verstarb.

Der zweite Müttersterbefall betraf eine 27-jährige Erstgravida, die nach zunehmender Wehentätigkeit tagsüber in der Häuslichkeit und nach

Blasensprung auf der Toilette mit nachfolgender Luftnot bewusstlos und unter Reanimation in die Klinik eingeliefert wurde. Der Fetus war zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme bereits avital und wurde per Vakuumextraktion geboren. Nach der Geburt der Placenta entwickelte sich eine massive, therapierefraktäre disseminierte intravasale Gerinnungsstörung, sodass die Patientin trotz Intensivtherapie 4,5 Stunden nach Aufnahme verstarb. Diese beiden Berichte ließen niemanden im Publikum unberührt und es schloss sich eine lebhaft Diskussion an.

Neonatalerhebung

Vorgetragen von Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Dinger befasste sich der Kommentar zur Neonatalerhebung mit Leistungs- und Qualitätsmerkmalen, bei deren Bewertung und Interpretation der Zusammenhang mit schwangerschafts- und geburtsassoziierten Leistungen beachtet werden muss. Im Jahr 2015 wurden 6.164 Datensätze aus 42 Krankenhäusern erfasst, was eine erneute Zunahme im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Da neben diesem Anstieg behandlungsbedürftiger Neugeborener auch die Frühgeborenenrate wie in den Vorjahren weiter leicht angestiegen ist, bedeutet dies (insbesondere für die Zentren), dass mitunter erhebliche Probleme bezüglich der Aufnahmefähigkeit dieser Zentren entstehen, sowohl prä- als auch postnatal. Wichtigste Ursache der Frühgeburtlichkeit sind und bleiben die Mehrlingsschwangerschaften. Diese binden, je nach Unreifegrad der Kinder, eine erhebliche Bettenkapazität.

Neben der gesunkenen Sterblichkeit sind Komplikationen der Neonatalperiode unreifer Frühgeborener, wie fortgeschrittene Retinopathie und schwere Hirnblutungen weiter rückläufig. Unverändert bedeutsam ist die erneut leicht gestiegene Rate an Frühgeborenen mit bronchopulmonaler Dysplasie. Die regional unterschiedlichen Ergebnisse fordern zum Dialog zwischen Neonatologen und Geburtshelfern sowie zum Erfahrungsaustausch zwischen den Zentren auf. Dafür müssen die Perinatal-



A.o. Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka, Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin Innsbruck © SLÄK

konferenzen zunehmend als Forum für einen konstruktiven Dialog und Zusammenarbeit zur raschen Verbesserung der Ergebnisse und der Reduktion von Komplikationen genutzt werden. Dieser Dialog sollte auch dazu genutzt werden, den Regionalisierungsgrad nicht nur für sehr kleine Frühgeborene sondern auch für Neugeborene mit Risikofaktoren weiter zu verbessern.

Crystal und Schwangerschaft

Die besonderen Probleme Crystalabhängiger Schwangerer und die postnatale Situation ihrer Neugeborenen stellen neue Anforderungen an alle Beteiligten, zu denen Dr. med. Gabriele Kamin berichtete.

Die Anzahl der Crystalkonsumenten seit 2002 ist in Sachsen um das zehnfache gestiegen. Insbesondere die Kreise nahe der Grenze zu Tschechien und die Großstädte Dresden und Leipzig sind Brennpunkte. Ein Drittel der Konsumenten ist weiblich. Die Droge hat einen hohen Suchtfaktor und führt neben körperlichen Veränderungen rasch zu psychischen und psychotischen Störungen. Die Universitätsfrauenklinik Dresden betreute zwischen 2011 und 2015 105 Schwangere mit Crystalabusus.

Neben der späten Feststellung der Schwangerschaft und unvollständigen oder fehlenden Vorsorgen ist insbesondere die hohe Rate an Frühgeburten auffällig. Des Weiteren zeigten elf Kinder Schädelmaße, die einer Mikrocephalie entsprechen. Vier Frauen wurden mit einem intrauterinen Fruchttod aufgenommen. Die Langzeitfolgen für Neugeborene sind noch weitgehend unbekannt. Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jürgen Dinger stellte am Beispiel einer Patientin die nicht immer leichte Zuordnung der Frauen zur Sucht dar – häufig unauffällige soziale Herkunft, spätes Bemerkens der Schwangerschaft, Abstinenzangabe trotz positiver Testbefunde, aber auch vorhandene Bereitschaft und Motivation zur Hilfeannahme. Das Konsummotiv stellt nicht selten Stressbewältigung dar. Crystal ist wegen seines ihm innewohnenden Sucht- und Schädigungspotenzials sowie der stetig steigenden Zahlen von jungen Frauen, die diese Droge vor, während und, wie zu befürchten ist, nach der Geburt des Kindes weiter konsumieren, eine der aktuell gefährlichsten Substanzen in der sächsischen Drogenszene. Deshalb ist neben der Erweiterung des medizinischen Wissens vor allem eine fachübergreifende, multiprofessionelle, integrative, medizinische



Blick ins Auditorium

© SLÄK

und sozialpädagogische Versorgung von Familien mit Suchtbelastung zu fordern und schnellstmöglich, flächendeckend und effektiv zu etablieren. Die Risiken des Scheiterns suchtbelasteter Familiensysteme und der damit verbundenen Kindeswohlgefährdung sind hoch. Multiprofessionelle Betreuungsmodelle für diese Familien müssen weiterentwickelt und frühzeitig – nicht erst nach der Geburt des Kindes – angeboten werden. Suchtpräventionsmaßnahmen mit dem Ziel der Hilfestellung statt Stigmatisierung sind dabei das wichtigste Mittel, um der

aktuellen Entwicklung Einhalt zu gebieten.

Am Universitätsklinikum Dresden wurde deshalb das multiprofessionelle Projekt „Mama, denk an mich“ zur Unterstützung Drogen konsumierender Frauen mit Kinderwunsch, Schwangeren und Müttern gestartet (Kontaktaufnahme Heike Menz, Telefon-Nr. 0351 458-6633, E-Mail: mamadam@ukdd.de).

Dr. med. Gabriele Kamin
Vorsitzende der Arbeitsgruppe
Perinatalogie/Neonatalogie

Dr. med. Patricia Klein
Ärztliche Geschäftsführerin