

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in Geburtshilfe, Perinatalogie und Neonatologie sowie bei Fallpauschalen und Sonderentgelten im Freistaat Sachsen 1999

I.	GEBURTSHILFE UND PERINATOLOGIE.....	1
II.	NEONATOLOGIE.....	7
III.	OPERATIVE GYNÄKOLOGIE (HYSTEREKTOMIEN).....	10
IV.	HÜFTENDOPROTHETIK BEI COXARTHROSEN.....	12
V.	OPERATIVE BEHANDLUNG DES BLASENHALSADENOMS.....	15

25 A
3668
-11.12. Beil.-
ZB MED

I. GEBURTSHILFE UND PERINATOLOGIE

Die Erfassung und Auswertung von geburtshilflichen Daten im stationären Bereich nahm 1975 in München als Perinatalstudie ihren Anfang. Inzwischen besteht in Deutschland eine umfassende perinatologische Datenerhebung, die je nach Bundesland 95 - 100 % aller Geburten einschließt.

In Sachsen beteiligen sich seit der Etablierung der Perinatalerhebung im Jahr 1992 alle 54 Frauenkliniken und geburtshilflichen Abteilungen an der anonymisierten Datenerfassung. Inzwischen besteht ein Datenpool über insgesamt 210.863 Schwangere und 213.504 zugehörige Neugeborene (Tabelle 1).

War ursprünglich die Teilnahme freiwillig, so besteht seit 1995 (Sozialgesetzbuch V, Abschnitt 9) für Krankenhäuser eine Verpflichtung zur Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung. Neben der Möglichkeit regionaler Vergleiche zwischen den Bundesländern anhand von Landesstatistiken, erlauben die Perinatalerhebungen durch die Erstellung von Klinikprofilen den einzelnen geburtshilflichen Einrichtungen ihr Leistungsspektrum am jeweiligen Landesdurchschnitt selbst zu kontrollieren.

Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität

Eines der wichtigsten Qualitätskriterien in der Geburtshilfe ist die perinatale Mortalität, welche zwar einen relativ groben, aber unbestechlichen Parameter der Ergebnisqualität darstellt. Das von der WHO fixierte Ziel liegt bei 5 % und war 1993 mit 5,4 % perinatale Mortalität in der BRD fast erreicht. Die Änderung der Personenstandsgesetzgebung vom 1. April 1994 mit personenstandsrechtlicher Registrierung aller Neugeborenen bereits ab Geburtsgewichten von 500 g hatte nachfolgend bundesweit über die Zunahme der Totgeborenenrate zu einem Anstieg der perinatalen Mortalität geführt. 1999 kann in Sachsen erstmalig seit 1994 mit 5,8 % die niedrigste perinatale Mortalität registriert werden (Tabelle 2).

Dabei lassen sich hinsichtlich der Totgeburtlichkeit keine eindeutigen Verbesserungen darstellen, wenn auch formal die Totgeborenenrate seit 1996 rückläufig ist (5,1 % : 4,1 %). Während 1992 der Anteil der Totgeborenen an der perinatalen Mortalität 54 % betrug, macht die Totgeburtlichkeit inzwischen 71 % der perinatalen Todesfälle aus. Die zunehmende Belastung der perinatalen Mortalität durch die Totgeburtlichkeit war wiederholt Gegenstand kritischer Analysen im Rahmen der Sächsischen Perinatalerhebung (B. Viehweg, 1996). Da es sich bei fast 90 % der Totgeborenen um antenatale Todesfälle (1999: 3,6 % von 4,1 % = 87,8 %) handelt,

gilt die Aufmerksamkeit vorrangig der vorgeburtlichen Betreuung und damit der engeren Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und klinisch tätigen Frauenärzten im Rahmen der Schwangerenvorsorge.

Die frühe neonatale Sterblichkeit bis zum 7. Lebenstag hat mit 1,7 % dagegen nicht nur ihren niedrigsten Stand erreicht, sondern hält auch dem Vergleich mit anderen Bundesländern (z. B. Perinatalerhebung 1998 in Hessen: 1,7 %) stand. Neben den Fortschritten auf dem Gebiet der Neonatologie hat nach unserer Ansicht auch die zunehmende Regionalisierung von Risikogeburten, insbesondere bei sehr unreifen bzw. untergewichtigen Kindern einen positiven Einfluss. Auch die Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern und Pädiatern, die sich in einer häufigeren Anwesenheit von Kinderärzten bereits während der Geburt von ursprünglich 21,4 % im Jahre 1992 auf inzwischen 25,5 % im Jahre 1999 widerspiegelt, hat zugenommen (Tabelle 3).

Zweifelsohne hat die traditionelle Methode des Erfassens und Vergleichens von Perinataldaten in der Vergangenheit zu Verbesserungen der perinatologischen Ergebnisse beigetragen, jedoch ist der Einfluss auf die Leistung der einzelnen Kliniken im Rahmen der externen Qualitätssicherung begrenzt. Im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines neuen perinatologischen Datensatzinhaltes gab es bundesweit Überlegungen zur Modifizierung und Erweiterung der statistischen Analysen. So erfolgte in Hessen und Bayern bereits für den Geburtenjahrgang 1998 eine Auswertung in überarbeiteter Form, die auf der Bildung von strukturell vergleichbaren Klinikkollektiven basiert. Wir versuchen anhand ausgewählter geburtshilflicher und neonatologischer Parameter für 1999 erstmalig die Daten getrennt nach Kliniken der Versorgungsstufe III (keine Geburten von Kindern nach einer Tragzeit < 32 SSW) und Versorgungsstufe II (keine Geburten von Kindern nach einer Tragzeit < 29 Schwangerschaftswochen (SSW) bzw. < 1100 g) sowie den Perinatalzentren (PNZ) darzustellen (Tabelle 3).

1992 wurden in Sachsen 93 % aller Geburten kardiotokographisch überwacht. Unter Berücksichtigung der Rate primärer Kaiserschnitte (5,3 %) wurde damit bereits 1992 die intrapartide Kardiotokographie (CTG) bei nahezu allen Geburten durchgeführt. Eine Zunahme im weiteren Beobachtungszeitraum war deshalb nicht mehr zu erwarten. Die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen in Abhängigkeit von den Versorgungsstufen erklären sich durch die höhere Rate primärer Sectionen in den Perinatalzentren.