

1996 stieg die Zahl der Geburten im Rheinland gegenüber 1995 um 3.461 an, was einer Zunahme um 3,7 Prozent entspricht. Die Steigerungsrate der Geburten in ganz Deutschland für den gleichen Zeitraum betrug 4,0 Prozent. Im Jahr 1996 wurden im Rheinland 98.304 Kinder geboren, was einem Anteil von 12,3 Prozent an der Gesamtzahl von 799.588 im Jahre 1996 in der Bundesrepublik Deutschland geborenen Kindern entspricht.

Damit wurde also jedes achte Kind in Deutschland im Kammerbereich Nordrhein geboren.

95.028 Kinder stammen aus Einlingsschwangerschaften, 1.530 Schwangere wurden von Zwillingen entbunden, 68 von Drillingen und drei von Vierlingen. Die Rate der Mehrlingsgeburten ist von 1,5 Prozent im Jahr 1995 auf 1,7 Prozent im Erfassungsjahr 1996 angestiegen.

Aus 119 geburtshilflichen Abteilungen wurden Datensätze zur Bearbeitung an die Projektgeschäftsstelle (PGS) Peri-/Neonatologie bei der Ärztekammer Nordrhein übermittelt. Folgende Ergebnisse ließen sich für die Klinikgruppen ermitteln: (siehe Tabelle S. 11)

49 Kliniken (41 Prozent) übermittelten 1996 ihre Perinataldatensätze per Diskette an die PGS. Die Hälfte aller Datensätze des Jahres 1996 wurde auf Papier übergeben. Geburten aus Geburtshäusern oder Hausgeburten wurden nicht dokumentiert.

Schwangerschaftsrisiken

Bei 34 Prozent der Schwangeren bestanden befundene Schwangerschaftsrisiken (nach Mutterpaß-Katalog B). Es handelt sich hauptsächlich um Plazentainsuffizienz, isthmozervikale Insuffizienz, vorzeitige Wehentätigkeit und Raucherinnen mit mehr als fünf Zigaretten pro Tag.

Ein Rückgang um mehr als fünf Prozent ist bei der invasiven Pränataldiagnostik vor der 22. Schwangerschaftswoche bei Schwangeren über 35 Jahren festzustellen. Chorionzottenbiopsien oder Amniozentesen wurden bei dieser Gruppe in nur 42,9 Prozent der Fälle gegenüber 46,9 Prozent im Vorjahr durchgeführt. Dieser Rückgang

Qualitätssicherung in der Geburtshilfe

Die Ergebnisse der
15. Rheinischen Perinatalerhebung

von Hans Georg Wolf*

dürfte auf einen zunehmenden Einsatz des „Triple-Tests“ anstelle der invasiven Untersuchungsmethoden zurückzuführen sein.

Bei den Fehlbildungsraten ergab sich keine Veränderung. Rückläufig war der Einsatz von Medikamenten zur Wehenhemmung. Die Zahl der i.v.-Tokolyse wie auch der oralen Tokolyse ist gesunken.

Der Anteil der Schwangeren mit Frühgeburten unter der 32. kompletten

Schwangerschaftswoche (224 Tage) ist gleichgeblieben; gleiches gilt für die Zahl der Schwangeren mit Frühgeburten unter der 37. Woche (259 Tage).

Die Sectiorate hat sich im Erfassungsjahr von 19,6 auf 20,1 Prozent erhöht. Jedes fünfte Kind in Nordrhein wurde durch Kaiserschnitt auf die Welt gebracht. Die gestiegene Sectiofrequenz ist auch durch eine Veränderung des geburtshilflichen Managements aus medikolegalen Gründen zu erklären. Die zur Sectio führenden Geburtsrisiken zeigen dies. Als Indikation werden vorzeitiger Blasensprung, Terminüberschreitung, Fehlbildungen oder intrauteriner Fruchttod, Plazentainsuffizienz, Gestose/Eklampsie und uterine Blutungen dokumentiert.

Die Dauer des Wochenbettes in der Klinik hat sich sowohl für Spontangeburt als auch für primäre und sekundäre Sectiones sowie vaginal-operative Entbindungen verkürzt. So sanken die Medianwerte der Verweildauer gegenüber dem Vorjahr bei Spontangeburt um 0,5 Tage, bei der primären Sectio um 0,7 Tage, bei der sekundären Sectio ebenfalls um 0,7 Tage und bei vaginal-operativen Eingriffen um 0,5 Tage.

Die Messung des pH-Wertes aus dem Nabelschnurarterienblut (NAB) des Neugeborenen zur Beurteilung der Sauerstoffsättigung des Kindes wird bei 97,5 Prozent aller Kinder durchgeführt. In Kliniken, deren Anteil an niedrigen pH-Werten ($\text{pH} < 7,10$) über der 90-er Perzentile lagen, wur-

Im Jahr 1996 wurden 6,5 Prozent der Wöchnerinnen am Tag der Geburt ihres Kindes oder einen Tag danach aus der Klinik entlassen. 1988 betrug dieser Anteil erst 3,6 Prozent. Foto: Photo Disc™

* Dr. med. Hans Georg Wolf ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Leiter der Projektgeschäftsstelle sowie Vorsitzender des Fachgremiums Peri-/Neonatologie bei der Ärztekammer Nordrhein.

T H E M A

den u. a. defekte Meßgeräte als Ursache gefunden. In Nordrhein wird der Zustand fast aller Neugeborenen durch die pH-Werte des NAB objektiv beurteilt und dokumentiert. Während 1995 in 14,8 Prozent der Entbindungen ein Pädiater anwesend war, ist 1996 ein Anstieg auf 15,4 Prozent erfolgt.



Die perinatale Mortalitätsrate lag im Jahr 1996 im Kammerbereich Nordrhein bei 7,1 Promille und ist damit gegenüber dem Vorjahr nahezu gleichgeblieben.
Foto: PhotoDisc™

Perinatale Mortalität

Die perinatale Mortalitätsrate (Totgeburten ab 500g und innerhalb der ersten sieben Lebensstage Verstorbene) ist im Berichtsjahr auf 7,1 Promille (1995: 7,2 Promille) zurückgegangen. Über zwei Drittel der perinatalen Mortalitätsrate entfallen auf Totgeburten, ein Drittel der 462 Totgeburten auf Geburtsgewichte unter 1.000 Gramm. Bei der Gewichtsklasse unter 1.000 Gramm ist die perinatale Mortalität gegenüber 1995 um sechs Prozent angestiegen. Die absolute Zahl der Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.000 Gramm stieg gegenüber 1995 um 11,3 Prozent an (von 539 auf 600).

Die Zahl der Totgeburten in dieser Gewichtsklasse stieg von 120 auf 159, die Zahl der bis zum 7. Lebenstag Verstorbenen von 107 auf 129. Bei den restlichen Gewichtsklassen gab es nur minimale Veränderungen.

Frühentlassungen nehmen zu

In den vergangenen Jahren hat die Frühentlassung (entweder aus dem Kreißsaal oder von der Wochenstation) zugenommen. Wurden 1988 nur 3,6 Prozent der Wöchnerinnen am Geburtstag oder einen Tag nach der Geburt entlassen, so waren dies 1995 bereits sechs Prozent; 1996 stieg der Anteil auf 6,5 Prozent. Die Raten sind sehr uneinheitlich und reichen in den einzelnen Abteilungen von 0 bis über 30 Prozent.

Fast alle Lebendgeborenen der Frühentlassenen wurden von einem Kinderarzt untersucht. Bei einigen Fällen erfolgte die Frühentlassung der Mutter, um bei ihrem verlegten Neugeborenen sein zu können.

Nach Angaben aus den Kliniken dringen immer mehr Wöchnerinnen auf eine möglichst rasche Entlassung. Über die Nebenwirkung der Frühentlassungen nach der Geburt ist, im Rahmen der Perinatalerhebung keine Aussage zu treffen. Bedenklich erscheint, daß die Neonatalerhebung 395 Kinder auflistet, die nach der Geburt in einer Klinik innerhalb der ersten zehn Lebensstage von zu Hause kommend in eine Kinderklinik

aufgenommen werden mußten. Es ist sicher, daß die meisten dieser Kinder von Frühentlassenen stammen. Gegenüber 1995 hat die Zahl dieser Kinder um über 37 Prozent zugenommen.

Großer Beratungsbedarf

Im Berichtszeitraum 1997 wurde der 15. Jahrgang der Perinatalerhebung und der 10. Jahrgang der Neonatalerhebung in Nordrhein bearbeitet. Die Erstellung der Gesamt- und Klinikstatistiken war zeitnaher als in allen Vorjahren möglich. Die Anzahl der Regionalveranstaltungen (regionale Beratungstätigkeit) wurde von acht auf

14 gesteigert. Neu ist die Einzelberatung geburtshilflich-neonatologischer Abteilungen.

Die Darstellung der Ergebnisse der RPE in den einzelnen Kliniken erfolgt zunächst durch Übersendung der allgemeinen und klinikeigenen Kurz- und Langstatistiken sowie durch die Klinikprofile. Eine im letzten Jahr durchgeführte Umfrage bei den beteiligten Kliniken zeigte, daß die umfangreichen Statistiken zusätzlichen Beratungsbedarf auslösen.

Gewünscht werden Gespräche mit anderen Kliniken und der Projektgeschäftsstelle (PGS) sowie dem Fachgremium. Außerdem haben einige Kliniken die PGS mit dem Ziel eingeladen, die klinikeigenen Ergebnisse mit den Mitarbeitern zu diskutieren und Ansätze zur Qualitätsverbesserung in der Klinik zu erarbeiten.

Informationstreffen

1997 hat die PGS 14 Informationstreffen in Nordrhein organisiert. Es wurde darauf geachtet, daß der Kreis der beteiligten Kliniken nicht über zehn anwuchs. Eingeladen wurden die Leiter der geburtshilflichen Abteilungen, die Hebammen, die Pädiater oder Neonatologen, Ärzte aus den Gesundheitsämtern der jeweiligen Kreise und Vertreter der niedergelassenen Frauenärzte (in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte).

Ein Hauptthema der Ergebnisbesprechungen des Jahres 1996 waren die Strukturen der Geburtshilfe der jeweiligen Kreise oder Städte mit Darstellung der Zu- und Abwanderungen und Zuweisungen. Daneben wurde immer eine grafische Darstellung der Geburtenentwicklung der einzelnen Abteilungen gezeigt. „Ambulante“ Geburten, Frühentlassung der Wöchnerinnen aus

		Anzahl	Schwangere	Kinder	Kinder pro Klinik (Durchschnitt)
Perinatalzentren	PZ	11	13.335	13.833	1.258
Schwerpunktkliniken	SP	12	13.934	14.347	1.196
Geb.-Klinik mit Pädiatrie	GKI	16	16.475	16.822	1.051
Geburtskliniken	G	80	52.885	53.302	666
gesamt		119	96.629	98.304	826

der Geburtsklinik, Sectiofrequenzen der einzelnen Klinikgruppen und Kliniken, die Verlegungen Neugeborener in die Kinderkliniken, geburtshilfliches Management bei Schwangeren mit praegestationalem Diabetes mellitus und etwaige Dokumentationsschwächen waren weitere Themen, die sehr offen behandelt wurden. Die eingeladenen Abteilungen und Institutionen waren zu 75 Prozent durch einen oder mehrere Mitarbeiter vertreten. Insgesamt beteiligten sich 230 Personen an den Diskussionen.

Vier Kliniken haben die PGS eingeladen mit dem Ziel, die klinikeigenen Ergebnisse mit den Mitarbeitern aus der Verwaltung, der Pflege und Ärzteschaft (Geburtshelfer, Neonatologen und Klinikdirektoren) zu diskutieren und mögliche Ansätze zur Qualitätsverbesserung in der Klinik im Sinne des Total Quality Management zu erarbeiten.

Die Zahlen zu Fallpauschalen/Sonderentgelten, die als Sonderauswertung jeder Klinik nach den Daten der Perinatalerhebung zur Verfügung gestellt wurden, sind zusammen mit Strategien zur EDV-Vernetzung Gegenstand der Diskussion gewesen. Die Daten der Peri- und Neonatalerhebung dienen der Bedarfs-/Strukturplanung wie auch der geplanten Qualitätssicherung zu Fallpauschalen/Sonderentgelten.

Epidemiologische Auswertungen

Einige aggregierte Daten der Perinatalerhebung zu Fehlbildungen der Neugeborenen werden vom Landesamt für das öffentliche Gesundheitswesen in die Landesgesundheitsberichtserstattung aufgenommen. Daten zu Kindern mit Neuralrohrdefekten sind im Rahmen von Publikationen veröffentlicht worden. Die Perinatalerhebungen verfügen als einzige über bundesweit

verbreitete und seit Jahren funktionierende Datensammlung über die notwendigen Zahlen.

Weiterentwicklung

Im Fachgremium Perinatalogie wurden die Definitionen von Qualitätsindikatoren zur Perinatalerhebung erarbeitet und ihre Aussagekraft mit dem vorhandenen Datenmaterial überprüft. Ein Mitglied des Fachgremiums stellte die gewonnenen Ergebnisse dem Arbeitskreis Geburtshilfe der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur weiteren Beratung vor.

Auf wissenschaftlichen Tagungen, regional wie national, wurden in Zusammenarbeit mit der PGS bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit Hilfe der Peri- und Neonataldaten Vorträge und Posterdemonstrationen zu den Themen Beckenendlage, Prägestations- und Gestationsdiabetes und Gestose bearbeitet und präsentiert.

Der Vorsitzende des FG Perinatalogie nahm an den Münchener Perinatalgesprächen teil. Zusammen mit Westfalen wurde auf dieser Tagung die Struktur der geburtshilflichen Abteilungen und die Sectiofrequenz in NRW dargestellt und kommentiert (in NRW wurde 1996 knapp ein Viertel aller Kinder Deutschlands geboren).

Voraussetzung für eine weitere Verbesserung ist, daß die Kommunikation und der Datentransfer mit elektronischen Medien erfolgt. Derzeit werden nur 53 Prozent der Daten der RPE über Datenträger zur Statistikerstellung geliefert. Die Übermittlung von Daten auf Papierbögen führt zur redundanten Dokumentation in den Abteilungen, zur fehlerbehafteten Übertragung auf Datenträger und letztlich zur Demotivierung. Nur durch eine zeitnahe Datenbearbeitung – ohne zeitaufwendige Korrekturabläufe – ist eine raschere Reaktion möglich.

