

Säuglingssterblichkeit – Quotient für Qualität in der Geburtshilfe?

Schleswig-Holstein verliert die wohnortnahe Geburtshilfe. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung bemerkt dazu in der Kleinen Anfrage 18/1439 „Situation der Geburtshilfe“ von Anita Klahn:

„Die seit dem Jahre 2000 geschlossenen geburtshilflichen Einrichtungen waren alle Geburtskliniken der niedrigsten Versorgungsstufe.“

Weiter heißt es:

„Ein Zusammenhang von Fallzahlen in der Geburtshilfe und Qualität in der Versorgung ist auch durch wissenschaftliche Studien belegt.“¹

In der Kleinen Anfrage 18/1600 „Säuglingssterblichkeit“ von Katja Rathje-Hoffmann gibt das Ministerium noch eine weitere Quelle für die sicherere Versorgung in Kliniken mit höherer Fallzahl an.²

Liest man beide Artikel, wird aber auch klar, dass sich diese ausschließlich auf die Versorgung von Frühgeborenen beziehen. Diskutiert wird die Notwendigkeit einer Zentralisierung der Perinatalzentren (Level 1 und 2), und eben nicht der Geburtstationen auf Level 3 und 4, die bei uns geschlossen wurden oder werden sollen.

Zitat aus 1: Zusammenfassung

„In Deutschland ist die Säuglingssterblichkeit trotz der im Vergleich zu nordeuropäischen Ländern relativ hohen Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung hoch. Da sie wesentlich durch die neonatale Sterblichkeit und hier durch die Frühgeborenensterblichkeit beeinflusst ist, wird mit genau diesem Fokus seit 2005 eine Diskussion zur Versorgung kleiner Frühgeborener geführt. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der Legislative der so genannten Selbstverwaltung, wurden nach ersten Ansätzen zur Strukturqualität nun erstmals eine Mindestmenge von 14 Kindern in der Versorgung von Frühgeborenen unter 1250 g bzw. zwischen 1250 und 1500 g sowie eine Veröffentlichung der Ergebnisqualität festgelegt. Das Für und Wider solcher Regelungen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit und zur Verbesserung der Versorgung sehr kleiner Frühgeborener wird diskutiert.“

Zitat aus 2: Wie wichtig sind Mindestmengen?

„Das gilt im Übrigen auch für das Mindestmengenkonzept. Natürlich spricht der Augenschein dafür, dass die Voraussetzungen für eine gute Ergebnisqualität bei hinreichend großen Strukturen besser sind. Bestimmte Strukturen kann sich eine Einheit mit geringen Einnahmen wegen unzureichender Patientenzahlen nicht leisten. Auch die Behandlungskontinuität ist stärker gefährdet, wenn sie auf nur wenigen Schultern ruht. Dennoch gibt es Beispiele von unterdurchschnittlicher Ergebnisqualität trotz hoher Patientenzahlen und guter Ergebnisqualität trotz kleiner Patientenzahlen. Die Orientierung auf die Überschreitung von Mindestmengen konterkariert die Hauptaufgabe der perinatalen Medizin, sehr unreife Frühgeburten zu vermeiden.“

Die erstrebenswerte Reduzierung der Zahl der Perinatalzentren muss auf anderem Weg, am besten durch Fokussierung auf Ergebnisqualität erreicht werden.“

1 A. Gerber; R. Rossi: Neonatologische Versorgung – Fallzahlregelung: Einfluss auf Qualität und Finanzierung pädiatrischer Einrichtungen; Monatsschrift Kinderheilkunde, 2010/4, S.356-363
http://www.polkm.org/mk_gerber_2010.pdf

2 Klinische Pädiatrie, 2013: Mehr gesunde Babys, Autoren: G. Jorch, D. Körholz, L. Gortner
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0033-1358724>

In dem Artikel aus der Monatsschrift Kinderheilkunde wird auf eine Studie verwiesen³: „Fand die Geburt von normalgewichtigen Säuglingen in einer Klinik mit weniger als 500 Geburten pro Jahr statt, war das Risiko zu versterben um den Faktor 3,5 erhöht im Vergleich zu einer Klinik mit mehr als 1500 Geburten.“

Diese Studie, auch Marburger Studie genannt⁴, belegte für Hessen in den 1990er Jahren tatsächlich eine höhere Sterblichkeit. Ergebnis der Studie war aber nicht die Notwendigkeit der Einführung einer Mindestfallzahl, sondern die Verbesserung struktureller Vorgaben.

Dr. Günther Heller, führender Wissenschaftler der Marburger Studie, äußerte sich dazu in einer Publikation von 2007⁵:

„Dabei muss immer wieder betont werden, dass die Fallzahl pro Jahr nicht das eigentliche Explanas darstellen kann. (Heller et al. 2002; 2003) Es liegt nahe zu vermuten, dass eine bessere medizinische Ausrüstung, eine bessere Ausstattung mit qualifiziertem medizinischem Personal (z.B. eine 24-Stunden-Betreuung) oder eine Kombination aus den genannten Faktoren die beobachteten Mortalitätsdifferenzen verursachen. Der Grad der Ausbildung, d.h. inwieweit das medizinische Personal Neugeborenenreanimationstechniken beherrscht, mag eine weitere Erklärung darstellen.“

Die Daten aus Hessen wurden von der Bayrischen Krankenhausgesellschaft und der Landesärztekammer Niedersachsen auf Entsprechung im jeweiligen Bundesland geprüft, aber nicht bestätigt. Die Sterblichkeit reif geborener Kinder lag auf Stationen unter 500 Geburten im Jahr in Bayern 1,1 mal so hoch, wie auf Stationen mit über 1500 Geburten. Somit ist eine Übertragbarkeit von Hessen auf andere Bundesländer bereits widerlegt. Mittlerweile ist das Zahlenmaterial veraltet und entspricht nicht einmal mehr in Hessen dem aktuellen Stand.

Säuglingssterblichkeit

Unter dem Begriff der Säuglingssterblichkeit sind alle lebend geborene Kinder, die nachgeburtlich verstorben sind erfasst, z.B. auch durch gewaltsamen Tod, angeborene Fehlbildungen oder plötzlichen Kindstod. Es ist ein Spiegel der nationalen sozialen und gesundheitlichen Situation. Im Ländervergleich zeigt sich somit nicht die absteigende Qualität der Geburtshilfe, sondern eine gesamtgesellschaftliche Situation.

Frühgeborene werden durch die Vorgaben der Mindestanforderungen an die Perinatalzentren verwiesen. Diese Gruppe beeinflusst die Säuglingssterblichkeit wesentlich, doch hat dies nur Aussagekraft über die Perinatalzentren, da sie nur dort betreut werden.

Ein kurzer Überblick über weitere Faktoren:

„[...] Deshalb sollten Sozialdienste oder Familienhebammen die Risikogruppen im Rahmen einer aufsuchenden Fürsorge betreuen und sie zum Umgang mit gesunden und kranken Säuglingen beraten. In Finnland und Schweden gibt es entsprechende Dienste seit langem; sie gelten als wesentliche Ursache für den stärkeren Rückgang der Säuglingssterblichkeit. In Deutschland wurden sie in größerem Maße bisher nur in Bremen eingeführt.

Generell würde die Säuglingssterblichkeit noch weiter sinken, wenn unerwünschte Schwangerschaften sowie Risikoschwangerschaften vermieden würden. Wichtig wäre es auch, während der Schwangerschaft Tabak- und Alkoholkonsum zu minimieren; beides lässt die Zahl von Kindern steigen, die untergewichtig und mit Fehlbildungen geboren werden und damit einem erhöhten Sterberisiko ausgesetzt sind. Dazu sollten Informations- und Beratungsmaßnahmen

3 Heller G, Misselwitz B, Schmidt S.: Early neonatal mortality asphyxia-related deaths and timing of low risk births in Hesse, Germany 1990–1998. BMJ (2000)

4 Siehe Kleine Anfrage 18/1600

5 Janßen C, Borgetto B, Heller G: Medizinsoziologische Versorgungsforschung: theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde, Beltz Juventa, 2007

bereits in einer frühen Phase der Schwangerschaft intensiviert werden. Im medizinischen Bereich lassen sich Verbesserungen dadurch erzielen, daß Risikoschwangerschaften in Perinatalzentren betreut werden⁶, daß alle Kliniken mit Entbindungsabteilungen Fachärzte für die Behandlung Neugeborener erhalten, und daß ein adäquater mobiler Notarztdienst für Neugeborene eingerichtet wird. [...]“⁷

Ein weiterer Ansatz ist die erhöhte Sterblichkeit bei Ausländern. Aber auch das Alter der Gebärenden spielt möglicherweise eine Rolle.

Empfehlungen der Fachgesellschaften zu Mindestfallzahlen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe⁸:

„1.2. Aus diesen Tatsachen geht zwingend hervor, dass

- 1.2.1. Anforderungen an Strukturelle Gegebenheiten formuliert werden müssen, um die im Notfall relevanten prozessualen Vorgehensweisen zu ermöglichen und
- 1.2.2. weniger die Geburtenzahl einer geburtshilflichen Abteilung zu diskutieren ist, als die personelle, strukturelle, und organisatorische Leistungsfähigkeit.“

Die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin fordert eine Mindestfallzahl für die Versorgung von Frühgeborenen.

Konzept für Schleswig-Holstein

Das Konzept für unsere Geburtshilfe an Qualität auszurichten und das Ziel einer niedrigeren Säuglingssterblichkeit zu formulieren ist ein guter Ansatz. So könnte in einem ersten Schritt eine Intensivierung der Perinatalauswertung nach dem Vorbild Bayerns⁹ erfolgen. Das AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH bietet solche Auswertungen an. Nur ein Konzept auf Basis richtiger Informationen kann wirkungsvolle Reformen entwickeln.

Bayern verfügt über ein erfolgreiches Qualitätssicherungskonzept. Dazu gehört unter anderem, dass Kliniken, die in der jährlichen Auswertung Auffälligkeiten zeigen, von einer Fachkommission besucht werden. Einen Fall wie Sylt hätte es so in Bayern nie gegeben.

Sowohl Geburten- wie auch Kinderstationen sind Verlustabteilungen, wenn nicht eine hohe Fallzahl erreicht wird und viele komplizierende Fälle betreut werden. Die Geburtshilfe verursacht durch die Mindestanforderungen hohe Kosten. Angesichts der katastrophalen wirtschaftlichen Situation der klinischen Geburtshilfe¹⁰ muss auch die Frage gestellt werden, inwieweit eine bessere finanzielle Ausstattung auch für eine Stärkung der pädiatrischen Versorgung im ländlichen Bereich genutzt werden könnte. Zudem wird die Regionalisierung der Perinatalzentren durch die Mangelfinanzierung gefördert, weil oft nur durch die Betreuung hochkomplizierter Fälle, und das sind Frühgeborene, eine Wirtschaftlichkeit erreicht werden kann. So darf vermutet werden, dass unser Entgeltsystem (G-DRG), welches einzigartig ist, auch ein Faktor der Säuglingssterblichkeit ist.

Wollen wir wirklich ungeprüft unsere Geburtshilfe auf Basis falsch dargestellter Ergebnisse und Daten aus dem vorigen Jahrtausend einer nicht übertragbaren Studie aus Hessen aufstellen? Oder eine Schließung mit diesem Fehler begründen?

6 Anmerkung: In den Mindestanforderungen heute ist die Risikoeinstufung in Perinatalzentren enthalten.

7 Säuglingssterblichkeit, Kapitel 3.4 [Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998] Gesundheitsberichterstattung des Bundes

8 http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Die_AWMF/Service/Gesamtarchiv/QS-Empfehlung/Mindestanforderungen_fuer_geburtshilfliche_Abteilungen.pdf

9 http://www.baq-bayern.de/downloads/files/jahresauswertungen/2011/2011_161_gesamt_online.pdf

10 Per Dittrich „Ein Markt frißt sich selbst auf“ <http://www.ssw.de/de/t/a/ein-markt-frisst-sich-selbst-auf.html>