

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Heim K, Oberaigner W, Husslein P

**Gastkommentar: Zum Stand der Zentralisierung von
frühen Frühgeburten in Österreich anhand neuester
Geburtenregisterdaten**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2009; 27 (2)
(Ausgabe für Österreich), 4-7*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2009; 27 (2)
(Ausgabe für Schweiz), 4-4*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Mozartgasse 10

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)

Gastkommentar: Zum Stand der Zentralisierung von frühen Frühgeburten in Österreich anhand neuester Geburtenregisterdaten

K. Heim, W. Oberaigner, P. Husslein

Zu den größten, noch immer nicht gelösten Problemen der modernen Geburtsmedizin zählen Frühgeburten (FG). Ein Großteil der kindlichen Sterblichkeit und Erkrankungsbelastungen ist darauf zurückzuführen. Vornehmlich die Eltern (und auch das Gesundheitssystem) sind dadurch nicht unwesentlich betroffen. Unsere Anstrengungen sollten daher einerseits auf die Verhinderung solcher Frühgeburten, andererseits – wenn schon unvermeidlich – auf die möglichst optimale postpartale Betreuung gerichtet sein.

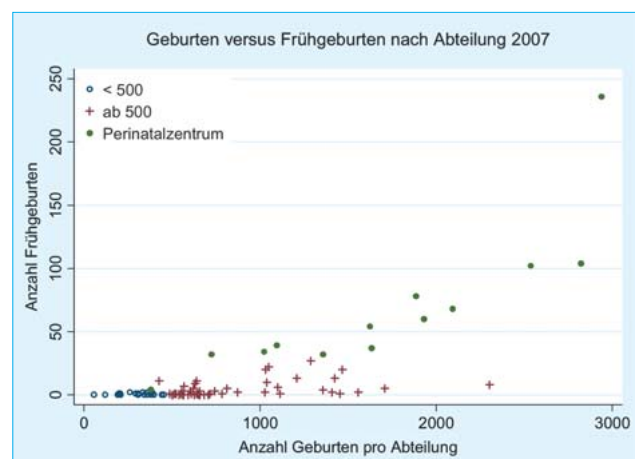
Der Anteil der zu früh geborenen potentiell lebensfähigen Kinder ist trotz aller Bemühungen nicht zurückgegangen [1–3]. Wiewohl diese Beurteilung berücksichtigen muss, dass sich über die Jahrzehnte die Definitionen und eingeschlossenen Kollektive geändert haben, immer mehr Kinder in sehr frühen Wochen nicht aufgegeben werden müssen und überleben können und – durch die Behandlungserfolge der Neonatologie – die Indikationen zu früheren Schwangerschaftsbeendigungen aus kindlichen oder mütterlichen Indikationen großzügiger gestellt werden konnten.

Nichtsdestotrotz haben Frühgeborene nach wie vor eine deutlich höhere Mortalität und v.a. Morbidität [1–3]. Die Gesamtzahl der motorisch und mental beeinträchtigten Kinder ist insgesamt nicht zurückgegangen; dies beruht zum überwiegenden Teil auf dem Problem der früh geborenen Kinder, v.a. der extremen Frühgeburten [1, 2]. Zum Teil besteht auch eine Verbindung zur Zunahme von (auch höhergradigen) Mehrlingen im Zuge moderner reproduktionsmedizinischer Maßnahmen wie medikamentöser Follikelstimulationen und IVF.

Vor allem die Betreuung von sehr frühen Frühgeburten erfordert spezielles Know-how, Feingefühl und teilweise apparative und konsiliarische Zusatzdiagnostik durch

Spezialisten. Daraus ergibt sich, dass nur bei entsprechender Infrastruktur (z. B. Kinderkardiologie, -chirurgie, kinderneurologische Diagnostik, Radiodiagnostik/MRI, Infektiologie usw.), täglichem Umgang und permanenter Beschäftigung mit den speziellen Frühgeborenenproblemen ein hoher Grad an Erfahrung und Übung erreicht werden kann. Viele Argumente sprechen daher dafür, die schwierige und schicksalsentscheidende Betreuung dieser leider immer noch hoch gefährdeten Kinder zu konzentrieren und in spezialisierten Zentren zu betreiben.

1: Anzahl der Geburten gegen Anzahl der Frühgeburten (bis 31 + 6) für jede Abteilung im Jahr 2007



○: Abteilungen mit < 500 Geburten/Jahr; +: Abteilungen mit ≥ 500 Geburten/Jahr; ●: Perinatalzentren nach Eigenzuordnung (unabhängig von der Geburtenzahl), Basis: lebendgeborene Kinder

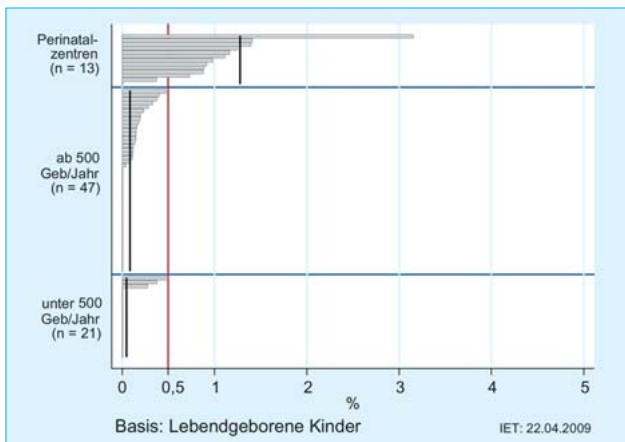
Die veröffentlichten Berichte und Ergebnisse geben eindeutige Hinweise, dass die Ausgangssituation der früh geborenen Kinder wesentlich verbessert werden kann, wenn der Transport der Kinder noch *in utero* zu spezialisierten Versorgungseinrichtungen erfolgt, wenn die bei sehr unreifen Kindern nicht einfache Erstversorgung suffizient durch Spezialisten erfolgt und der Transportweg zur endgültigen Betreuungseinheit möglichst kurz ist [1, 2].

Das Geburtenregister Österreich, das unter der Schirmherrschaft der ÖGGG seit 2005 begonnen hat, in Fortsetzung einer seit 1998 in ganz Tirol laufenden Erhebung aus ganz Österreich die Daten der Geburtshilfe zusammenzuführen und auszuwerten, bildet nun erstmalig eine wirklich sachlich verlässliche Grundlage, die geburtshilfliche „Landschaft“ abzubilden und ggf. habituelle und strukturelle Gegebenheiten aufzuzeigen.

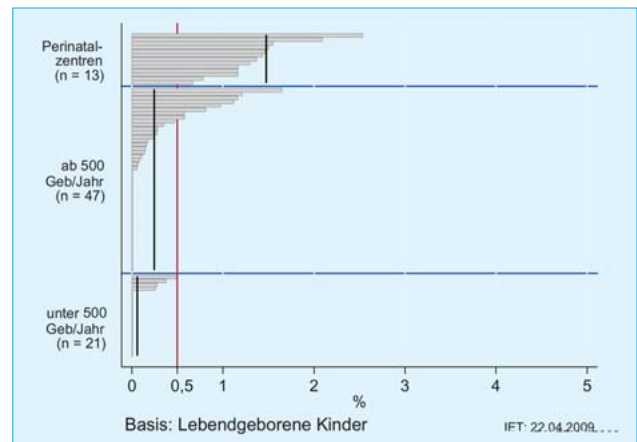
2005 lieferten 65 geburtshilfliche Abteilungen ihre Daten ans Geburtenregister, 2006 waren es 70, 2007 81 Abteilungen und 2008 waren es 83 von 88 österreichischen Abt. mit Geburtshilfe; das entspricht im Geburtsjahr 2008 einem Erfassungsgrad von 98 % aller Krankenhausgeburten in Österreich. Je 2 Privatkrankenhäuser in Wien und Graz konnten sich bisher noch nicht entschließen, an diesem Qualitätssicherungsprojekt teilzunehmen (Landkarte und Auflistung aller Abteilungen auf www.iet.at).

Von den 21 Krankenhäusern mit weniger als 500 Geburten pro Jahr hatten 4 Abteilungen 65 Kinder unter 32 Schwangerschaftswochen (SSW). Von den Perinatalzentren hatte eines unter 500 Geburten (mit weniger als 5 Geburten < 32 SSW), und eines unter 800 Geburten (32 FG < 32 SSW) (Abb. 1 und 2a bis d); für 2007.

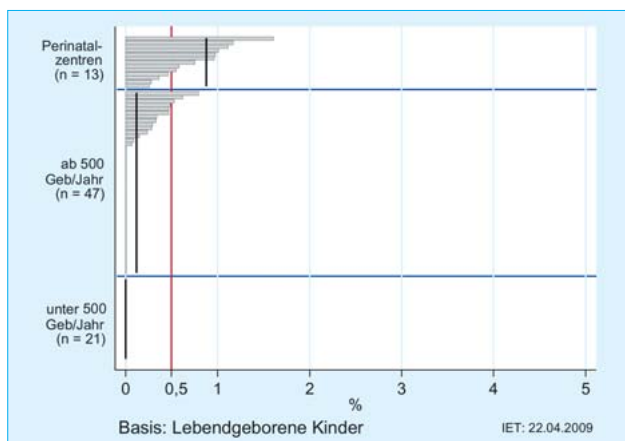
2a-d: Anteil der Frühgeburten an den gesamten Geburten bei den einzelnen Abteilungen, gruppiert nach Abteilungstypen in unterschiedlichen Schwangerschaftswochen im Jahr 2007



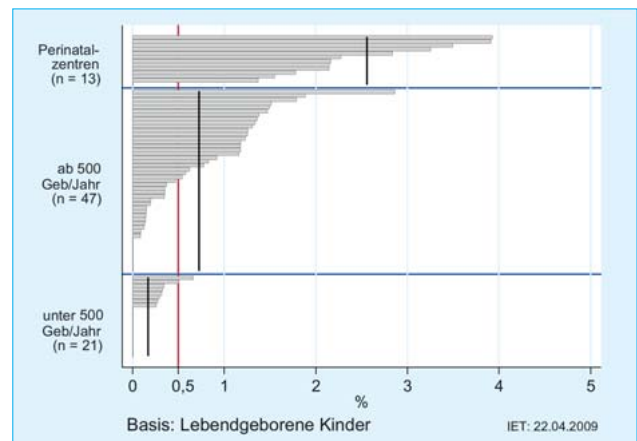
a) Frühgeburten bis 27 + 6 SSW



c) Frühgeburten 30 + 0 bis 31 + 6 SSW



b) Frühgeburten 28 + 0 bis 29 + 6 SSW



d) Frühgeburten 32 + 0 bis 33 + 6 SSW

Abteilungen mit < 500 Geburten/Jahr, Abteilungen mit ≥ 500 Geburten/Jahr, Perinatalzentren nach Eigenzuordnung (unabhängig von der Geburtenzahl); Basis: lebendgeborene Kinder

Keine Abteilung unter 500 Geburten hatte mehr als 0,5 % Anteil an Frühgeburten mit weniger als 28 SSW (0,5 % entspricht 3 FG auf 600 Geburten in der jeweiligen Kategorie und wurde vorerst einmal willkürlich als „unvermeidbare“ Grenze bzw. Anzahl nicht mehr verlegbarer Frühgeburten angenommen) (Abb. 2a). Auch hatte keine Abteilung über 500 Geburten/Jahr (aber ohne dem Status eines Perinatalzentrums) einen Anteil von über 0,5 % dieser hochgradigen Frühgeburten (< 28 SSW).

In der Kategorie der SSW 28 + 0 bis 29 + 6 ergaben sich ähnliche Zahlen (Abb. 2b) und für die SSW 30 + 0 bis 31 + 6 hatte keine der kleineren Abteilungen und 8 der 47 größeren (über 500 Geburten) einen Anteil über 0,5 % FG (Abb. 2c).

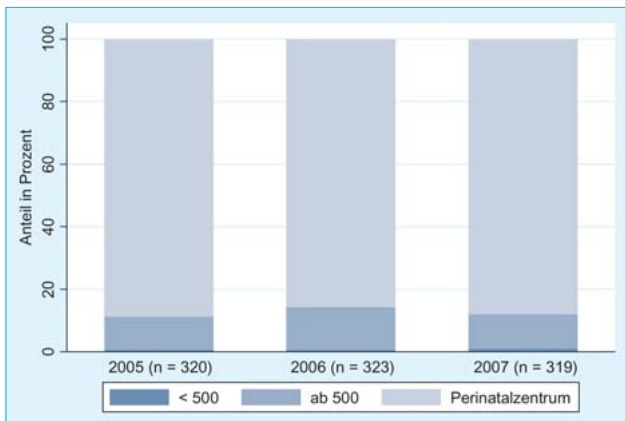
Bei der Beobachtung über die ersten 3 Jahre der österreichweiten Dokumentation

zeigen sich bei den Abteilungskategorien (Abb. 3a bis d) keine wesentlichen Bewegungen am Anteil an den FG in den jeweiligen SSW-Bereichen.

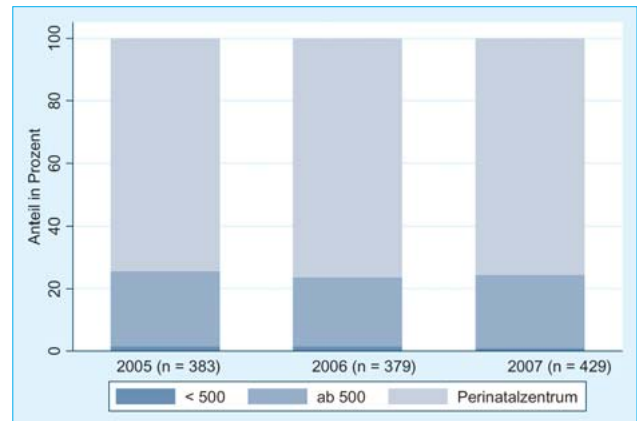
Der Grad der Zentralisation von extremen und hochgradigen Frühgeburten auf Perinatalzentren ist in Österreich insgesamt schon weit fortgeschritten.

Die Zuordnung zur Kategorie eines „Perinatalzentrums“ erfolgte durch die teilnehmenden Abteilungen selbst (unabhängig von der Abteilungsgröße bzw. Anzahl der Geburten/Jahr). Zweimal wurde vom Geburtenregister diese Eigenzuteilung bei jeder Abteilung schriftlich abgefragt, bei der zweiten Abfrage mit dem Hinweis auf wesentliche Punkte der ÖBIG-Definitionen eines Perinatalzentrums [4]. Daraus ergab sich bei 12 Abteilungen eine Änderung der Selbsteinschätzung (die Auswertungen in

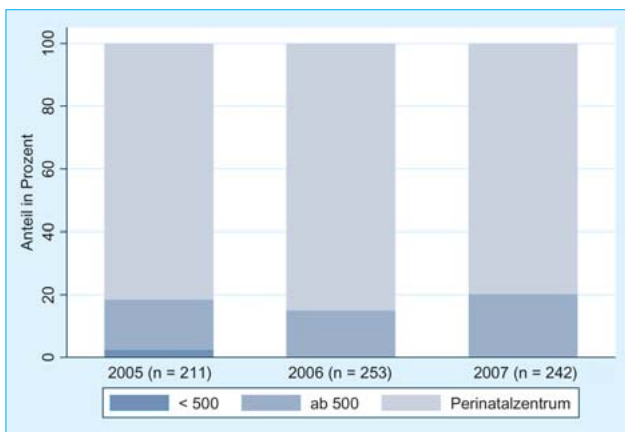
3a-d: Anteil der drei Abteilungstypen an allen Frühgeburten dreier Zeiträume von Schwangerschaftswochen von 2005 bis 2007



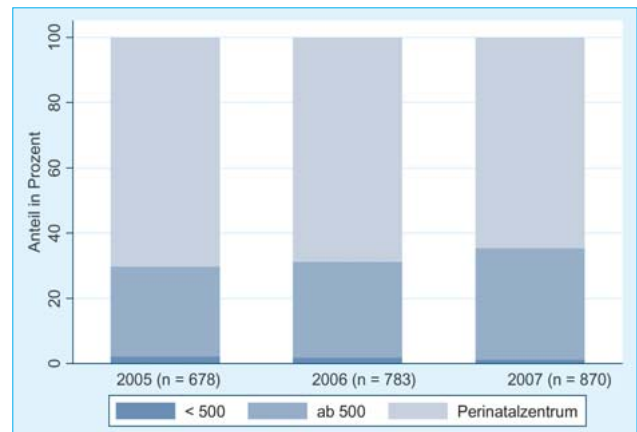
a) Frühgeburten bis 27 + 6 SSW



c) Frühgeburten 30 + 0 bis 31 + 6 SSW



b) Frühgeburten 28 + 0 bis 29 + 6 SSW



d) Frühgeburten 32 + 0 bis 33 + 6 SSW

diesem Artikel beruhen für alle Auswertungsjahre auf der letzten Zuordnung.)

Auf Grund der vorliegenden Daten dürfte der Prozess der zutreffenden Zuordnung aber noch nicht ganz abgeschlossen sein und noch Raum für eine selbstkritische Evaluation bestehen. Einzelne Abteilungen mit unter 800 Geburten und einem sehr geringen Aufkommen an Frühgeburten (Abb. 1 und 2) sind möglicherweise mit dem Anspruch eines Perinatalzentrums überfordert.

Der Zentralisierungsgrad von sehr unreifen Frühgeburten könnte dort und da noch nachjustiert werden. Möglicherweise gelingt das einerseits durch Konzentration der Ressourcen auf spezialisierte Abteilungen, begleitet von der Schaffung expliziter Intermediate-Care-Einrichtungen.

Durch den während der ersten 3 Jahre noch erfolgten Zuwachs an teilnehmenden Abteilungen wären noch Schwankungen über die ersten Jahre möglich und es sollte der Verlauf mit dem nun stabilisierten Teilnehmerkreis beobachtet werden (Abb. 3).

Der zunehmende Kostendruck und der bewusst herbeigeführte (manchmal auch ungesunde) Konkurrenzkampf der Abteilungen untereinander sollte uns – in Hinblick auf oft eingeforderte Geburtenzahlensteigerungen – nicht verleiten, gerade diese Risikogeburten (eigentlich Risikokinder) nicht schon vor der Geburt (die Kinder also *in utero*) rechtzeitig zu transferieren. Eine fachkundige und (von pekuniären Überlegungen für das einzelne Krankenhaus) unbelastete Einschätzung des FG-Risikos ist von uns gefordert. In Österreich ist zudem einzubeziehen, dass geographische (Gebirge) und witterungsmäßige (Schneeefall) Gegebenheiten die Einsatzfähigkeit von Transportmitteln (Hubschrauber oder Rettungswagen) zusätzlich erschweren können. Erstaunlicherweise ungelöst ist leider tw. auch noch das Problem mangelnder Nachtflugtauglichkeit von Helikoptern und die gesicherte Bereitstellung ärztlicher Begleitung von Bodentransporten.

Die ersten Zahlen geben auch noch keine genaue Auskunft, wie viele Kinder in Folge frühgeburtlicher Probleme sekundär nach der Geburt in andere Krankenhäuser verlegt werden mussten.

Leider können die Geburtenregisterdaten nur die groben kindlichen Outcome-daten (neben pH und Apgar v.a. Mortalität) liefern, nicht aber die spezielle frühe oder mittelfristige Morbidität der Kinder. Die peri-

natologischen Zentren sind gefordert, die erhofften und erwarteten besseren Ergebnisse, ähnlich dem Geburtenregister, auch transparent zu machen. Die Einladung ergeht daher an die neonatologischen Betreuungseinheiten, eine ebenso flächendeckende Dokumentation aufzubauen oder schon bestehende qualitätssichernde Dokumentationen (z. B. die Teilnahme am Vermont-Oxford-Network [5]) mit dem Geburtenregister in irgendeiner geeigneten Form zu vernetzen. Leider besteht dzt. in Österreich noch keine konkrete Aussicht, die Spätentwicklung aller und speziell dieser Risikokinder zu erheben.

Insgesamt sollte der erreichte Zustand noch nicht vollständige Zufriedenheit auslösen, sondern eher ein Ansporn sein, den eingeschlagenen Weg der Zentralisierung v.a. von sehr kleinen Frühgeburten zum Wohle ihrer Entwicklung und verbesserten Lebensperspektive erfolgreich weiter zu beschreiten.

LITERATUR

1. Frühgeburt. In: Bender HG, Diedrich K, Künzel W (Hrg). Geburt II. 4. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 2003; 92–113, 232–55, 288–99.
2. Pathologie der Schwangerschaft. In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrg). Geburtshilfe. 3. Auflage. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2006; 427–96.
3. Oberaigner W, Leitner H, Schröcksnadel H. Institut für klinische Epidemiologie der Tilak (Hrg). Geburtenregister Tirol – Bericht über die Geburtshilfe in Tirol 2007. Sept. 2008 (http://www.iet.at/fileadmin/iet/files/geburtenregister/grt_bericht_2007.pdf).
4. ÖBIG Gesundheit Österreich GmbH. im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur; Bundesministerium für Gesundheit, Österreich (Hrg). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2008 – ÖSG 2008, Wien, März 2009 (http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0716/CMS1136983382893/oesg_2008_-_gesamt.pdf).
5. Horbar JD, Rogowski J, Plsek PE, Delmore P, Edwards WH, Hocker J, Kantak AD, Lewallen P, Lewis W, Lewit E, McCarroll CJ, Mujsce D, Payne NR, Shiono P, Soll RF, Leahy K, Carpenter JH. Collaborative quality improvement for neonatal intensive care. NIC/Q Project Investigators of the Vermont Oxford Network. Pediatrics 2001; 107: 14–22.

Korrespondenzadresse:

Prim. Ass. Prof. Dr. Kurt Heim
Abt. f. Gynäkologie und Landeskrankenhaus
A-4560 Kirchdorf/Krems
Hausmanninger Straße 8
E-mail: heim.kurt@yahoo.com

Mitteilungen aus der Redaktion

Die meistgelesenen Artikel



Speculum

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

