

Neonatologie 2001: Die Behandlung von Risiko- Neugeborenen wird vereinheitlicht

H. U. Bucher

Zentralisierung der frühen Frühgeborenen

Die grösste Herausforderung für die Neonatologie der Jahrtausendwende sind die frühen Frühgeborenen, d.h. Kinder, die vor 32 vollendeten Schwangerschaftswochen auf die Welt kommen. Diese Patienten machen etwa ein Prozent aller Neugeborenen in der Schweiz aus, belegen rund 60% aller neonatalen Intensivbetten und tragen mit 40% zu den neonatalen Todesfällen bei. Ein wesentlicher Faktor in der Verbesserung der Betreuung dieser Patienten ist die Zentralisierung vor der Geburt [1].

Das Modell eines Perinatalzentrums, in dem Geburtshilfe und Neonatologie unter einem Dach vereint sind, wurde in Zürich bereits 1978 verwirklicht; mit dem Resultat, dass heute im Kanton Zürich über 90% aller frühen Frühgeborenen in utero ins Zentrum verlegt und dort

unter optimalen Bedingungen entbunden werden. Für die übrige Schweiz war das Jahr 2001 ein Schlüsseljahr, indem in Bern eine neue Frauenklinik mit integrierter Neonatologie unmittelbar neben dem Kinderspital im Bau ist; in Basel die Neugeborenenabteilung in die Frauenklinik gezügelt wurde und der Grundsatzentscheid für ein neues Perinatalzentrum im Areal des Kantonsspitals gefällt wurde. Für das CHUV bewilligte der waadtländer Kantonsrat einen Kredit für die Erneuerung der Neugeborenenabteilung in nächster Nähe zur Gebärdabteilung und in Genf ist eine Renovation begonnen worden. Zu den fünf universitären Perinatalzentren kommen noch St. Gallen, Chur, Luzern, Aarau und das Universitäts-Kinderspital Zürich (mit chirurgischem und kardiologischem Schwerpunkt), die alle in einem Verbund zusammengeschlossen sind. Dieser Verbund unterhält über das Internet ein Nachweissystem über freie neonatale Intensivplätze. Damit ist es möglich, bei Vollbelegung der eigenen Intensivstation, eine Mutter mit drohender Frühgeburt (z.B. bei Drillingen) in ein Zentrum zu verlegen, in dem Mutter und Kind zusammen betreut werden können. So kann eine postnatale Verlegung von Neugeborenen, die eine Intensivbehandlung benötigen, vermieden werden.

Damit eine Zentralisierung von Schwangeren mit drohender Frühgeburt und anderen hohen Risiken für Mutter und Kind funktioniert, braucht es nicht nur die baulichen und organisatorischen Voraussetzungen in den Zentren sondern auch die Bereitschaft der peripheren Geburtskliniken, solche Patientinnen zu verlegen. Diese Einsicht hat sich in den letzten Jahren bei der überwiegenden Mehrheit der Geburtshelfer durchgesetzt. Es ist zu hoffen, dass sich auch die neuen administrativen Hürden, die in letzter Zeit aufgebaut wurden, wenn eine Risiko-Schwangere ausserhalb des Kantons verlegt werden musste, abbauen lassen.

Minimal Neonatal Data Set

Zur Qualitätskontrolle wurde bereits 1995 von der Schweiz. Gesellschaft für Neonatologie ein Projekt gestartet, das von allen Frühgeborenen,

Prof. Dr. med. H. U. Bucher
Universitätsspital
Frauenklinikstrasse 10
CH-8091 Zürich

HansUlrich.Bucher@fhk.usz.ch

Abbildung 1.

Verbund der Perinatalzentren in der Schweiz (Swiss Neonatal Network). Nachweissystem für freie Intensivplätze über Internet und gemeinsame Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik.

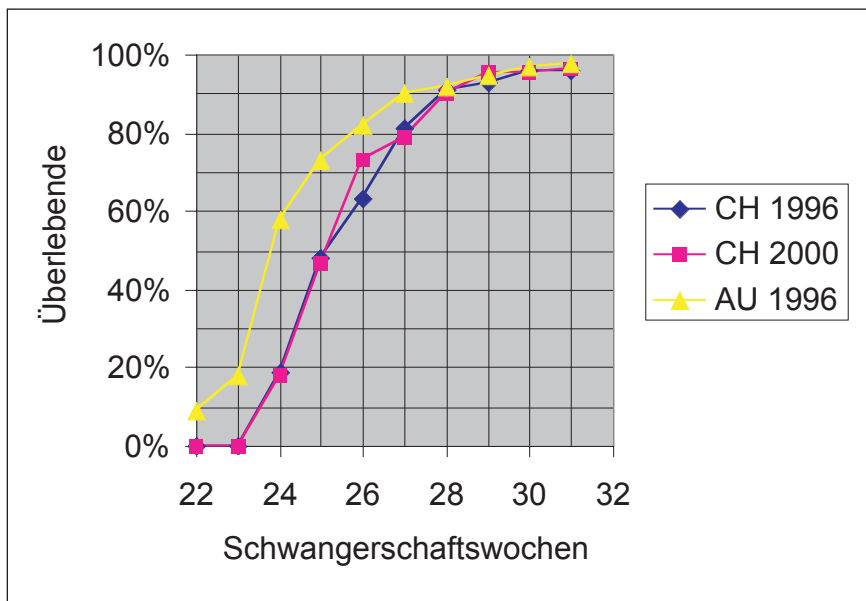


die vor 32 vollendeten Schwangerschaftswochen oder mit einem Geburtsgewicht unter 1500 lebend auf die Welt kamen, einige wenige ausgewählte Daten erfasste [1]. Die Indikatoren bezüglich Mortalität, Morbidität und Mitteleinsatz werden anonym zentral erfasst. Da sich bald zeigte, dass der Aufwand für Erfassung und Auswertung der Daten von über 800 Kindern pro Jahr die Mittel der einzelnen Spitäler und der Gesellschaft überstiegen, wurde beschlossen, sich auf jeden vierten Jahrgang zu konzentrieren. So konnten dieses Jahr die bei-

den Jahrgänge 1996 und 2000 miteinander verglichen werden. Wie die Abbildung 2 zeigt, hat sich in der Schweiz die Überlebensrate bei tiefem Gestationsalter in den vier Jahren kaum verändert, hingegen ist sie bei 24 und 25 Schwangerschaftswochen tiefer als in Australien. Hier setzt eine derzeit intensiv geführte Diskussion ein über die Frage nach Grenzen des Einsatzes von Intensivmedizin. Dabei geht es nicht nur ums Überleben an sich, sondern vor allem auch um die Überlebensqualität und den Preis, den ein Kind und seine Familie dafür bezahlen [2]. Eine Arbeitsgruppe hat Empfehlungen ausgearbeitet, die zuzeit in Vernehmlassung sind.

Abbildung 2.

Überlebensrate von extrem Frühgeborenen in der Schweiz 1996 und 2000 und in Australien 1996. In der Schweiz werden bei den unreifen Kindern Intensivmassnahmen bewusst zurückhaltend eingesetzt. Damit ist die Überlebensrate tiefer, aber die Überlebensqualität der Überlebenden besser.



Neue Leitlinien zur Betreuung von Neugeborenen bei der Geburt

Im vergangenen Jahr wurden in der Neonatologie nicht nur für die Hochrisikopatienten Marksteine gesetzt, sondern auch für die Gesamtpopulation der über 80000 Neugeborenen, die in der Schweiz jährlich zur Welt kommen. Von einer Arbeitsgruppe wurden Leitlinien zur Betreuung von Neugeborenen bei der Geburt erarbeitet, die in eine breite Vernehmlassung geschickt und schliesslich von mehreren Fachgesellschaften und vom Verband der Schweizerischen Hebammen überstützt wurden. Da es auf diesem Gebiet – im Gegensatz zur Behandlung von kleinen Frühgeborenen – sehr wenig randomisierte kontrollierte Studien gibt, mussten die Leitlinien in erster Linie auf Expertenmeinungen abgestützt werden. Der Erfolg dieser Ausarbeitung liegt deshalb darin, dass eine für alle akzeptable Fassung gefunden wurde und daher die Akzeptanz in der ganzen Schweiz gross sein sollte. Diese Guidelines sind auf der Homepage der Gesellschaft für Neonatologie (www.neonet.ch) abrufbar und werden regional in Kursen vermittelt.

Literatur

1 Bucher HU, Fawer CL, von Kaenel J, Kind C, Moessinger A. Intrauteriner und postnataler Transfer von Risiko-

neugeborenen in der Schweiz. Schweiz Med Wochenschr 1998; 128:1646–53.

2 Kind C. Ethische Überlegungen als besondere Herausforderung für den Geburtshelfer und den Neonatologen. Gynäkologe 2001;34:744–50.