

ERSTE ERGEBNISSE AUS DEM GEROSS-PROJEKT

Teilnahme am GerOSS-Projekt

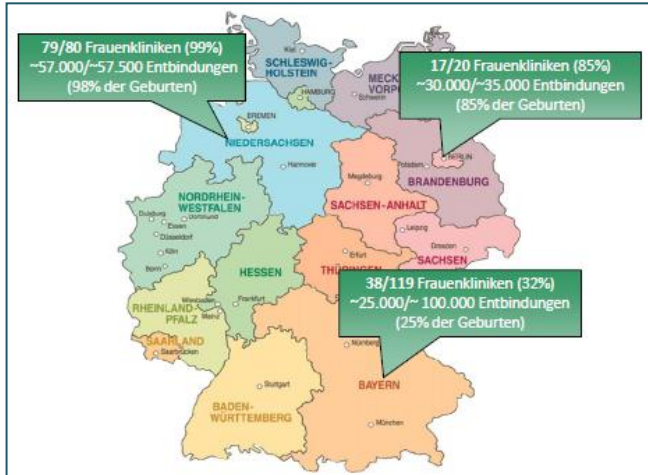


Abbildung 1: Teilnehmende Kliniken in Niedersachsen, Bayern und Berlin

In Niedersachsen (NDS), Bayern und Berlin kommen 245 Geburtskliniken zur Teilnahme am **GerOSS**-Projekt infrage. Diese Kliniken repräsentieren mit ca. 180.000 Geburten/Jahr etwa 30% aller Geburten in Deutschland. In Niedersachsen nehmen 99% der Kliniken am Projekt teil, in Bayern ca. 30% und in Berlin etwa 80% (Abb. 1).

Ergebnisse im internationalen Vergleich

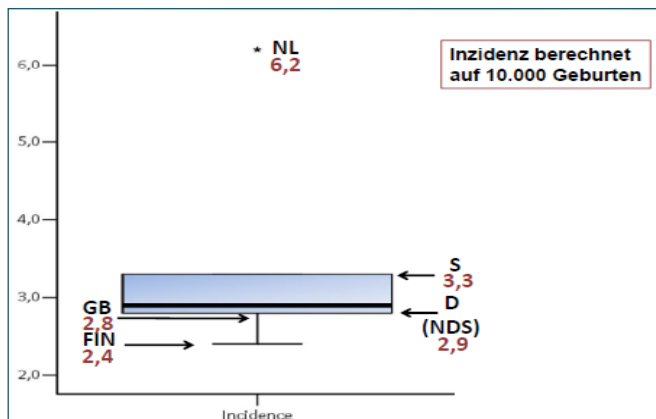


Abbildung 2: Inzidenz für eine Eklampsie im europäischen Vergleich

Ein Vergleich von Ergebnissen im Internationalen Netzwerk **INOSS** (*International Network of Obstetric Survey Systems*) ergab z.B. für das Ereignis Eklampsie in NDS eine Inzidenz von 2,9:10.000 Geburten (United Kingdom (UK) 2,8:10.000; Niederlande (NL) 6,2:10.000) [1] (Abb.2).

Eklampsie

Ein Drittel der Schwangeren hatte mehr als einen Krampfanfall, bei 62% trat dieser im stationären Umfeld auf. Untersucht werden soll, ob in den dokumentierten Fällen bereits vor der Geburt Warnsignale / kritische Zeitpunkte die drohende, dramatische Situation angekündigt haben.

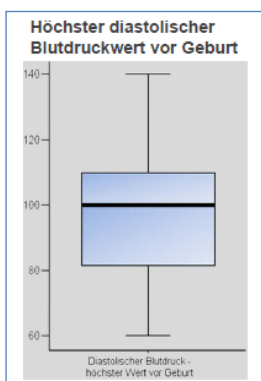


Abbildung 3: Diastolischer Blutdruck bei Eklampsie

Etwa 70% der Frauen hatten bereits in der Schwangerschaft einen erhöhten diastolischen Blutdruck von über 90 mmHg (Median 100 mmHg), der als einer der Prädiktoren für eine Präeklampsie oder Eklampsie gilt (Abb.3). Eine frühere Detektion dieser Schwangeren könnte in Zukunft möglicherweise eine gezieltere Therapie in der Schwangerschaft und damit verbunden eine Vermeidung der Eklampsie ermöglichen. Da die Eklampsien häufig vor Ende der regulären Schwangerschaftsdauer auftreten, ist die Frühgeburtlichkeit bei Eklampsie (**GerOSS** NDS: 48% [2]) 5fach erhöht gegenüber der Niedersächsischen Perinatalerhebung (NPE: 8,2% [3]), was alle mit der Frühgeburtlichkeit verbundenen Probleme für die betroffenen Familien mit sich bringt.

Von den 55 untersuchten Eklampsien erlitten acht Frauen eine schwere Hirnblutung, eine Mutter verstarb dabei und in zwei Fällen kam es zu akutem Nierenversagen.

Uterusruptur

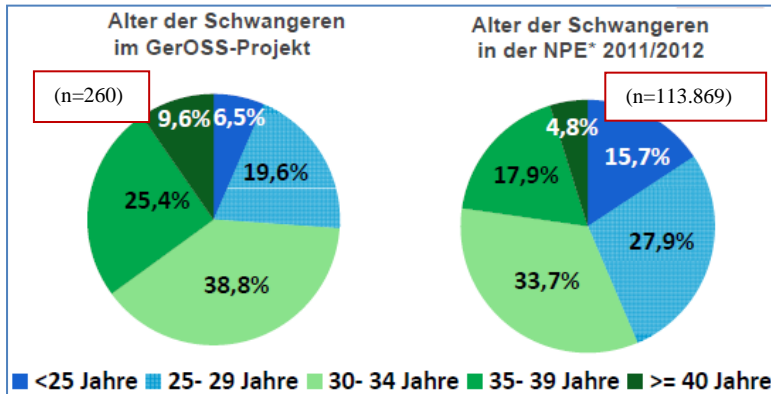


Abbildung 4: Vergleich des Alters der Schwangeren mit Uterusruptur im GerOSS-Projekt mit allen Schwangeren in der Niedersächsischen Perinatalerhebung (NPE)

Analysen der Ergebnisse aus dem GerOSS-Modul Uterusruptur ergaben einen höheren Anteil Schwangerer, die 35 Jahre und älter waren (36%) [4] gegenüber 23% in der Niedersächsischen Perinatalerhebung (Qualitätssicherung aller Geburten in Niedersachsen) (Abb.4). Etwa drei Viertel der Schwangeren hatten vorher nur eine Entbindung, diese war in 90% ein Kaiserschnitt.

In der Literatur wird eine Rate von 36,4% vorausgegangener Sectiones genannt. Ein Zusammenhang zwischen vorausgegangener Kaiserschnittentbindung und Uterusruptur in einer folgenden Schwangerschaft ist bekannt und kann bestätigt werden. Es wurde allerdings festgestellt, dass die Rate der Schwangeren mit Sectio in der Anamnese noch höher ist als bisher bekannt. Dies erfordert künftig möglicherweise ein Umdenken hinsichtlich der Bereitschaft zur großzügigen Indikationsstellung für eine Sectio. Abweichungen von geplantem und tatsächlichem Geburtsmodus geben außerdem Hinweise darauf, dass Zusammenhänge zu zeitlichen Abläufen (z.B. Abstand zur letzten Sectio) und zum Geburtsmanagement (z.B. Einleitungsprozedere) bestehen, die detailliert untersucht werden sollen, um eine gezieltere risikoadaptierte Behandlungsstrategie zu entwickeln und so Risiken für die gesundheitliche Gefährdung von Müttern und ihren Kindern zu minimieren.

Peripartale Hysterektomie

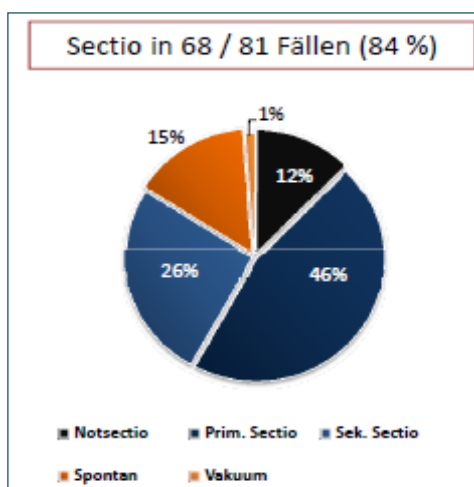


Abbildung 5: Häufigkeit des Kaiserschnitts im Zusammenhang mit der Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie)

Ein Risikoprofil für das Vorkommen von Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) im Zusammenhang mit Komplikationen unter der Geburt lässt sich wie folgt beschreiben. Bei den 81 dokumentierten Hysterektomien sind Frauen mit einem Alter ≥ 35 Jahre zu 50% vertreten (NPE 2012: 22,5%). Auch ein Adipositas (BMI ≥ 30) kommt mit 25% erheblich häufiger vor als im niedersächsischen Vergleichskollektiv der NPE (16,6%). Ein Drittel der betroffenen Frauen sind Erstgebärende (Abb.5). Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Erstgebärenden in der NPE im Jahr 2012 bei 47,9%. Die Hauptindikationen zur Hysterektomie waren starke Blutungen, beispielsweise als Folge einer Verwachsung der Plazenta mit Teilen der Gebärmutter oder anderen Organen (Plazenta accreta, increta, percreta in 30%).

Auch hier spielt das höhere Schwangerenalter eine Rolle als Risikofaktor. Mehr als die Hälfte der Schwangeren sind ≥ 35 Jahre alt. Bei der vorgeburtlichen Diagnostik wurde nur in 6% eine Plazentationsstörung entdeckt, was eine Verbesserung der Detektionsstrategien erfordert, um bereits frühzeitig das geeignetste Geburtsmanagement einleiten zu können.

Diskussion der Ergebnisse auf Tagungen und in Workshops

Die Erkenntnisse aus dem Projekt werden bereits seit 2011 auf Tagungen präsentiert und der Fachwelt zugänglich gemacht. Insgesamt wurden bisher 25 Vorträge zum **GerOSS**-Projekt mit ersten Ergebnissen auf regionalen, bundesweiten und internationalen geburtshilflichen Fachtagungen gehalten. Darüber hinaus wurden vier Poster auf der Norddeutschen Tagung für Gynäkologie und Geburtshilfe präsentiert, von denen drei prämiert wurden. Das Projekt konnte damit einen großen Bekanntheitsgrad in Deutschland gewinnen und zeigen, dass bereits nach den ersten drei Dokumentationsjahrgängen neue Erkenntnisse zur Versorgungssituation für diese seltenen Ereignisse vorliegen. Bereits zu diesem Zeitpunkt lassen sich Aussagen zu den Fragestellungen machen, die mit **GerOSS** beantwortet werden sollen. Es hat sich gezeigt, dass der neue Ansatz zur Qualitätsentwicklung von den Mitarbeitern in den Kliniken angenommen wird, das **GerOSS**-Projekt ist etabliert und in NDS wird bereits seit 2011 flächendeckend dokumentiert. Erste Berechnungen zu Inzidenzen können auf der Grundlage der niedersächsischen Daten 2011 und 2012 auf nationaler und internationaler Basis erfolgen. Es gibt erste Hinweise auf prädiktive Faktoren, die den Schwangerschaftsverlauf beeinflussen und z.B. die Entstehung einer Komplikation begünstigen. Dies gibt Anlass für weitere Detailanalysen, z.B. zum Zeitintervall von der vorausgegangenen Entbindung bis zum Ereignis einer der untersuchten Komplikationen und zum Geburtsmanagement (z.B. Einleitung der Geburt). Untersuchungen von seltenen Erkrankungen und Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt können Informationen über ansteigende Risiken bei Schwangeren und das beste Behandlungsmanagement für diese Fälle liefern. Alle Berufsgruppen profitieren von den gewonnenen Erkenntnissen sofern diese auch verbreitet werden. Es ist deshalb unbedingt notwendig, die Erkenntnisse zeitnah für alle verfügbar zu machen. Im **GerOSS**-Projekt wird dafür eine Internet-Plattform genutzt. Von ExpertInnen kommentierte Einzelfälle werden in den Kliniken diskutiert und reflektiert. Einzelfallberichte werden derzeit programmiert, so dass die Kliniken für jeden Fall in einem ausführlichen kommentierten Bericht Feedback erhalten.

Literatur

- [1] INOSS – International Network of Survey Systems. www.npeu.ox.ac.uk/inoss.
- [2] Knight, M; Kayem, G; Berlage, S; Colmorn, L; Deneux-Tharaux, C; Gissler M; et al.: Incidence and outcomes of peripartum hysterectomy: An international comparison using the International Network Of Obstetric Survey Systems (INOSS), J Matern Fetal Neonatal Med., 2012;25(S(2)):9.
- [3] Schaap, T P; Knight, M; Zwart, J J; et al.: Eclampsia, a comparison within the International Network of Obstetric Survey Systems, BJOG, 2014
- [4] Eden, R D; Parker, R T; Gall, S A: Rupture of the Pregnant Uterus: A 53-Year Review. Obstetrics & Gynecology, 1986