2010/2011 © GEBURTENJAHRESBERICHT























Oö. Gesundheits- und Spitals-AG, Direktion Qualitätsmanagement in Zusammenarbeit mit dem Institut für klinische Epidemiologie der TILAK Ges.m.b.H

Geburten-Jahresbericht 2010/2011 Oö. Gesundheits- und Spitals-AG



Vorwort des gespag Vorstands

Mit 8.100 Geburten im Jahr 2011 ist die Medizinische Einzelleistung (MEL) "Entbindung" wieder die mit Abstand wichtigste Leistung in den gespag-Spitälern. Diesem Umstand soll mit der Veröffentlichung des Geburtenregisters für die Jahre 2010 und 2011 Rechnung getragen werden.

Abteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe finden sich in neun unserer zehn gespag-Spitäler, wobei die Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz zur größten Geburtsklinik Österreichs avancierte und mit 3.377 Geburten im Jahr 2011 diesen Status, den sie seit 2007 innehat, aufrechterhalten konnte. Besonders hervorzuheben ist die vergleichbar niedrige Kaiserschnittrate in der gespag.

Das vorliegende Register soll mit Kennzahlen und Strukturdaten alle Aspekte und die Rahmenbedingungen rund um das Thema Geburt in den gespag-Spitälern beleuchten.

Wir wollen damit auf Transparenz setzen und uns mit anderen renommierten Institutionen messen.

Mag. Karl Lehner, MBA

Dr. Harald Geck

Der Vorstand der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG



Zusammenfassung

"Mit jedem Menschen ist etwas Neues in die Welt gesetzt,
was es noch nicht gegeben hat,
etwas Erstes und Einziges."
(Martin Buber)

Der Geburtenjahresbericht ist eine Zusammenfassung des Geburtenregisters Österreichs, betreut vom Institut für klinische Epidemiologie der TILAK (IET) und liegt heuer das dritte Mal als Überblick über die Jahre 2010 und 2011 auf. Ergänzt wird dieses Mal die Zusammenfassung der Qualität der neun geburtshilflichen Abteilungen der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) um die Erkenntnisse, die aus dem gespag-Zertifizierungsprogramm Fachaudit Geburtshilfe gewonnen wurden.

Das Fachaudit Geburtshilfe spiegelt die dritte Säule des systemischen Qualitätsmanagements der gespag nach dem Prinzip "Vielfalt zur Einfachheit" wider. In den unterschiedlichen Bereichen des Unternehmens werden je nach Erfordernis ausgewählte QM-Systeme eingesetzt: In der ersten Führungsebene, Unternehmensleitung und Kollegiale Führungen kommt das Exzellenz-Modell der European Foundation for Quality Management zur Anwendung. Diagnostische und technische Bereichen werden nach einer ISO-Norm zertifiziert oder akkreditiert. Für den klinischen Bereich ist das Fachaudit im peer review Verfahren entwickelt worden, als Verbindung eines QM-Systems in Anlehnung an die ISO 9001 mit strukturiertem fachlichem Austausch. Das QM-System kann somit einen Beitrag zur kontinuierlichen Weiterentwicklung leisten und bietet über die Ausbildung interner peers eine Basis für ein strukturiertes Lernen voneinander.

Die in den Audits aufgezeigten Verbesserungspotenziale wurden in vereinbarten Maßnahmen umgesetzt und brachten u.a. folgende Ergebnisse: Der Anteil der Sectiones ist in einer Abteilung von 32,9 % (2010) auf 30,0 % (2011; Vergleich Österreich: 29,4 %) gesenkt worden oder in einer anderen Abteilung der Anteil der fehlenden Nabelschnur-pH-Werte von 17,8 % (2010) auf 9,0 % (2011; Vergleich Österreich: 6,5 %), insgesamt ist der Wert gespag weit von 4,3 % (2010) auf 3,9 % (2011) gesenkt worden (Vergleich Österreich 2011: 4,9 %). Der Anteil der Dammrisse Grad III und IV ist im Vergleichszeitraum in einer Abteilung von 2,2 % auf 1,5 % (Vergleich Österreich 2011: 1,3 %) gesunken.



Inhaltsverzeichnis

VORWORT DES GESPAG VORSTANDS	2
ZUSAMMENFASSUNG	3
INHALTSVERZEICHNIS	4
TABELLENVERZEICHNIS	6
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	7
EINLEITUNG	8
GESPAG-GEBURTENREGISTER	9
ZIELE	9
ORGANISATION DES GEBURTENREGISTERS	9
ERGEBNISSE	10
DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	10
ÜBERBLICK ÜBER DIE GEBURTSHILFLICHEN ABTEILUNGEN DER GESPAG	10
STRUKTURIERTE QUALITÄTSVERBESSERUNG (SQV) IN DER GEBURTSHILFE - EIN MEILENSTEIN	11
ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE AUS DEM ÖSTERREICHISCHEN GEBURTENREGISTER 2011	15
GEBURT	17
EPISIOTOMIEN UND RISSVERLETZUNGEN	24
Anästhesie bei Sektio	29
KINDER	32
KINDLICHE MORTALITÄT	38
ERGEBNIS FACHAUDIT GEBURTSHILFE	42
GLOSSAR	47



REDAKTIONSTEAM

Ulrike Sandner, Dr. in Mag. MBA Qualitätsmanagement, Oö. Gesundheits- und Spitals-AG ulrike.sandner@gespag.at

Peter Stumpner, Prim. Dr. Leiter Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Landeskrankenhaus Rohrbach peter.stumpner@gespag.at

Gernot Tews, Univ.-Prof. Prim. Dr. Leiter Geburtshilfe der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz gernot.tews@gespag.at

Kurt Heim, Ass.-Prof. Prim. Dr. Leiter Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Landeskrankenhaus Kirchdorf kurt.heim@gespag.at

Hermann Leitner Institut für klinische Epidemiologie der TILAK, Geburtenregister Österreich hermann.leitner@tilak.at

Willi Oberaigner, Dr. Institut für klinische Epidemiologie der TILAK, Geburtenregister Österreich willi.oberaigner@tilak.at

Christian Kainz, Prim. Univ.-Prof. Dr. Privatklinik Döbling, Wien

Peter Husslein, o. Univ.-Prof. Dr. Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Medizinische Universität Wien



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	gespag Geburtshilfe Abteilungen, 2011	9
Tabelle 2:	Geburtsdaten der gespag, 2010-2011*	. 10
Tabelle 3:	Geschlecht Kinder, 2011	. 10
Tabelle 4: A	nzahl der auffälligen Abteilungen.	. 11
Tabelle 5: A	bteilungen mit mehr als einem "auffälligen" Qualitätsindikator	. 14
Tabelle 6:	Zahl vorangegangener Geburten, 2011	. 15
Tabelle 7:	Alter der Mutter, 2011	. 16
Tabelle 8:	Entbindungsposition Vaginalgeburten, 2011	. 16
Tabelle 9:	Ambulante Geburt Entlassung spätestens am Tag nach der Geburt, 2011	. 16
Tabelle 10:	Daten zur Entbindung und Geburt (Basis Kinder), 2011	. 17
Tabelle 11:	Mehrlingsschwangerschaften, 2011	. 18
Tabelle 12:	Daten zur Entbindung und Geburt (Basis Kinder), 2011	. 19
Tabelle 13:	Art der Entbindung aufgeschlüsselt nach Zustand nach Sektio, 2011	. 20
Tabelle 14:	Primäre/Sekundäre Sektio (Prozentuelle Aufteilung), 2011	. 21
Tabelle 15:	Art der Entbindung, 2011	. 22
Tabelle 16:	Geburtseinleitung, 2011	. 23
Tabelle 17:	Episiotomie, 2011	. 24
Tabelle 18:	Rissverletzungen aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten, 2011.	. 24
Tabelle 19:	Plazentalösungsstörung bei Vaginalgeburten, 2011	. 26
Tabelle 20:	Mütterliche Morbidität, 2011	. 27
Tabelle 21:	Anästhesie bei Sektio, 2011	. 29
Tabelle 22:	Daten zur Entbindung und Geburt (Basis Kinder), 2011	. 32
Tabelle 23:	Verlegung des Kindes auf die Kinderklinik, 2011	. 33
Tabelle 24:	Gewichtsperzentile nach Voigt-Schneider	. 33
Tabelle 25:	Fehlbildung (diagnostiziert im Wochenbett), 2011	. 33
Tabelle 26:	Mikroblutuntersuchung am Kind während der Geburt, 2011	. 34
Tabelle 27:	Kind Na-pH, 2011	. 35
Tabelle 28:	APGAR 5 Minuten, 2011	. 35
Tabelle 29:	Nabelarterien-pH-Wert < 7.10 und APGAR 5 min <7, 2011	. 36
Tabelle 30:	Perinatale Mortalität (bis Tag 7), 2011 [in Promille]	. 38
Tabelle 31:	Mortalität aufgeschlüsselt nach Gewicht, 2011	. 39



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: C	Qualitätsindikator (QI): Anteil Episiotomie bei Erstpara	. 12
Abbildung 2:	Ablauf der strukturierten Qualitätsverbesserung (SQV) in 5 Schritten	im
Geburtenregis	ter Österreich	. 13
Abbildung 3:	Anzahl vorangegangener Geburten im Jahresverlauf	. 15
Abbildung 4:	Frühgeburtenrate im Jahresverlauf	. 17
Abbildung 5:	Mehrlinge im Jahresverlauf	. 18
Abbildung 6:	Lage des Kindes im Jahresverlauf	. 19
Abbildung 7:	Art der Entbindung im Jahresverlauf	. 20
Abbildung 8:	Art der Entbindung aufgeschlüsselt nach Zustand nach Sektio im Jahresverlauf	. 21
Abbildung 9:	Episiotomie bei Vaginalgeburten im Jahresverlauf	. 25
Abbildung 10:	Dammriss III/IV aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten	im
Jahresverlauf	26	
Abbildung 11:	Plazentalösungsstörung im Jahresverlauf	. 27
Abbildung 12:	PDA/Spinal bei Sektio im Jahresverlauf	. 29
Abbildung 13:	MBU führt zu im Jahresverlauf	. 34
Abbildung 14:	Perinatale Mortalität in Promille, 2011	. 38
Abbildung 15:	Kindliche Mortalität	. 38
Abbildung 16:	Überleben nach Gewicht im Jahresverlauf	. 40
Abbildung 17	Überleben nach SSW im Jahresverlauf	41



Einleitung

"Qualität ist kein Zufall, sondern systematisches Engagement"

Silvia Fegerl

Qualität in der Geburtshilfe kann umschrieben werden als "Eintritt des Erwarteten unter dem Aspekt des Machbaren im Zeichen der Menschlichkeit" (Edgar Hoffmann, Qualitäts-Auditor (ÖQS & DQS) im Gesundheits- und Sozialwesen). Die Qualität in diesem sensiblen Bereich hängt in hohem Maße von den Erwartungen und Bedürfnissen, von den Empfindungen der Gebärenden ab und entspricht keineswegs dem Bedürfnis nach expliziten verallgemeinerbaren Kriterien. Dennoch sind gerade diese Qualitätskriterien in der Gesundheitsversorgung der Patientinnen essentiell wichtig. Einerseits ist es der gespag ein großes Anliegen, dass sich die Frauen wertgeschätzt und gut betreut fühlen, andererseits ist ihre explizite Aufgabe durch nachvollziehbare Qualitätsbeschreibung die Qualität der geburtshilflichen Abteilungen zu bewerten und in Folge systematisch zu erhöhen.

In diesem Sinne freut sich die Direktion Qualitätsmanagement in Zusammenarbeit mit der Fachkommission Gynäkologie und Geburtshilfe der gespag und dem Institut für Epidemiologie der TIL-AK, Herrn Hermann Leitner und Herrn Dr. Willi Oberaigner den vorliegenden Geburten-Jahresbericht bereits zum dritten Mal präsentieren zu können.

Besonders an diesem Bericht ist, dass die Erkenntnisse aus dem Fachaudit Geburtshilfe, welches basierend auf einem Qualitätsmanagement-System nach ISO 9001 in allen neun Abteilungen implementiert wurde, in einem gesonderten Teil des Berichts dargestellt werden.

U. Sandner, August 2012



Gespag-Geburtenregister

Ziele

Das Hauptziel der Erstellung des Geburtenregisters ist die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe und die Darstellung der geburtshilflich-perinatologischen Qualität gegenüber der Öffentlichkeit. Durch einen objektiven Vergleich der Daten aller Geburten innerhalb der gespag mit anderen Abteilungen Österreichs wird die Ergebnisqualität der geburtshilflichen Abteilungen transparent gemacht. Daraus können Entwicklungspotenziale für das Gesamtsystem identifiziert und abgeleitet werden. Zusätzlich zur Diskussion in den Fachkommissionssitzungen wurden die Ergebnisse der einzelnen Abteilungen kritisch im peer review Verfahren im Zuge des Fachaudits Geburtshilfe von den Experten und Expertinnen diskutiert und Maßnahmen vereinbart.

Organisation des Geburtenregisters

Alle neun geburtshilflichen Abteilungen (vgl. Tabelle 1) der gespag nehmen freiwillig am österreichischen Geburtenregister, betreut vom Institut für klinische Epidemiologie (IET) der TILAK teil.

Tabelle 1: gespag Geburtshilfe Abteilungen, 2011*

Abteilung	Leiter				
LKH Bad Ischl	Prim. Dr. Wolfgang Baschata				
LKH Freistadt	Prim. UnivProf. Dr. Gernot Tews (bis 30.10.2012)				
Landes-Frauen- und Kinderklinik	Prim. UnivProf. Dr. Gernot Tews (bis 30.10.2012)				
LKH Gmunden	Prim. Dr. Wolfgang Fellner				
LKH Kirchdorf	Prim. AssProf. Dr. Kurt Heim				
LKH Rohrbach	Prim. Dr. Peter Stumpner				
LKH Schärding	Prim. Dr. Thomas Puchner				
LKH Steyr	Prim. UnivProf. DDr. Hermann Enzelsberger				
LKH Vöcklabruck	Prim. Dr. Wolfgang Fellner				

Die eigenen Ergebnisse können über die Homepage des Instituts für klinische Epidemiologie (www.iet.at) von der jeweiligen Abteilung passwortgeschützt abgerufen werden. Für die perinatale Datenerhebung wird ein international genormter Datensatz ("perinatologischer Erhebungsbogen") verwendet, auf dessen Basis die Ergebnisse vergleichbar sind.

Sämtliche geburtshilfliche Definitionen sind der Publikation Heim K, Hofmann H, Lang U, Oberaigner W, Helmer H, Husslein P: Einheitliche Definition geburtshilflicher Begriffe für das Geburtenre-

^{*} eigene Darstellung



gister Österreich. in Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (1), 6-10 entnommen.

Ergebnisse

Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt für die Jahre 2010 und 2011 in Tabellenform, jeweils im Vergleich der gespag-Ergebnisse mit den Ergebnissen Österreichs. In der ersten Spalte jeder Tabelle steht die Beschreibung der jeweiligen Kategorie, in den nächsten Spalten die absoluten Zahlen und dann die Prozentwerte. Die Kennzahl Mortalität ist in Promille angegeben. Ergänzt werden die Tabellen um eine Verlaufsgraphik für die gespag, in der die Jahre 2004 bis 2011 zusammengefasst sind sowie um eine Interpretation der Kennzahl bzw. um Fallbeispiele aus der Praxis.

Zu einzelnen Kennzahlen ist die aktuelle Graphik des Jahres 2011 dargestellt, wobei hier alle Ergebnisse der österreichweit teilnehmenden Abteilungen enthalten sind und die gespag-Abteilungen als rote Balken dargestellt werden.

Sämtliche Tabellen und Graphiken sind dem Österreichischen Geburtenregister entnommen.

Überblick über die geburtshilflichen Abteilungen der gespag

Tabelle 2: Geburtsdaten der gespag, 2010-2011*

	Mütter / Geburten		Kir	nder
	Anzahl (Prozent)		Anzahl ((Prozent)
	2010	2011	2010	2011
Insgesamt	8.127 (100%)	7.950 (100%)	8.283 (100%)	8.109 (100%)
Mehrlingsgeburten	152 (1,87%)	157 (1,97%)		
Totgeborene			23 (0,28%)	42 (0,52%)
Vaginal entbunden			6.097 (73,71%)	6.018 (74,60%)
Sektiones			2.175 (26,33%)	2.079 (25,77%)
Beckenendlagen			424 (5,13%)	431 (5,34%)
Frühgeburten (<34+6)			278 (3,37%)	311 (3,86%)
Episiotomien	1.625 (26,65%)	1.484 (24,66%)		
Dammriss Grad III oder IV	102 (1,67%)	107 (1,78%)		
Perinatale Mortalität			39 (0,47%)	54 (0,67%)
Insgesamt	8.127 (100%)	7.950 (100%)	8.283 (100%)	8.109 (100%)

Tabelle 3: Geschlecht Kinder, 2011

	GESPAG		GESPAG Alle anderen Abteilungen		Abteilungen
Männlich	4177	52.0%	36003	51.6%	
Weiblich	3854	48.0%	33714	48.4%	
Summe	8031	100.0%	69717	100.0%	
o.A.	0	0.0%	64	0.1%	

Basis: Kinder(nur Lebendgeburten)



Insgesamt wurden 2011 innerhalb der gespag 8.067 lebende Kinder geboren, damit um 2,3% weniger als im Vorjahr (8.260).

Strukturierte Qualitätsverbesserung (SQV) in der Geburtshilfe - ein Meilenstein

Heim Kurt, Oberaigner Willi, Kainz Christian, Husslein Peter

Seit 1998 wurden von einer zunehmenden Zahl von Abteilungen im Geburtenregister Österreich (GRÖ) die relevanten geburtshilflichen Daten erfasst und ausgewertet. Mit 2009 nehmen nun ausnahmslos alle Krankenhäuser an diesem Qualitätssicherungsprojekt teil.

In der Geburtshilfe sind die Qualitätsansprüche besonders hoch und die dort erzielten Ergebnisse ein wichtiger Indikator für die Qualität der Gesundheitsversorgung eines ganzen Landes.

Das GRÖ ist nach unserem Kenntnisstand in der klinischen Medizin das größte Qualitätssicherungsprojekt in Österreich, das zudem eine ganze Fachdisziplin umfasst. Ein solches Unternehmen wird aber auch daran gemessen, wie Konsequenzen aus Auffälligkeiten gezogen werden.

Als weiterer Meilenstein im GRÖ ist es nun gelungen, dass der Prozess der Qualitätsverbesserung nicht nur von zufälligen abteilungsinternen Beurteilungen abhängt, sondern nach dem Willen aller Teilnehmer strukturiert und extern unterstützt erfolgt.

Tabelle 4: Anzahl der auffälligen Abteilungen.

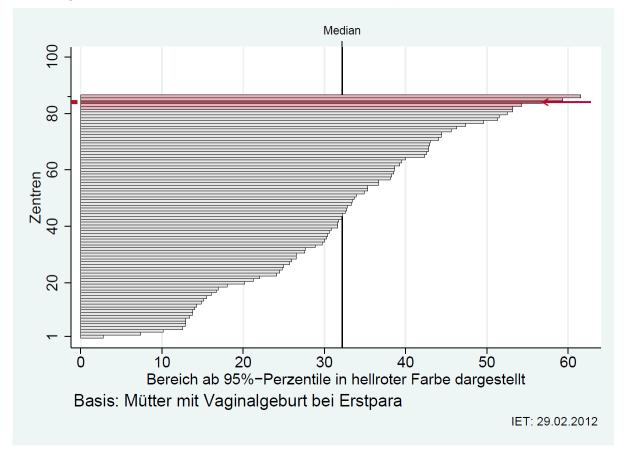
Neun vom Geburtenregister-Beirat für den Prozess der strukturierten Qualitätsverbesserung definierte und ausgewählte "Qualitätsindikatoren".

Indika- tor	Beschreibung	Basis	Auffälligkeitsbe- reich	Anzahl auffällige Abteilungen
QI1	Anteil vaginal entbindende Operation	Lebendgeburten	<= 5 %-Perzentile	5
QI2	Anteil vaginal entbindende Operation	Lebendgeburten	>= 95 %-Perzentile	5
QI3	Anteil Episiotomien bei Erst- para	Vaginale Geburten und Erstpara	>= 95 %-Perzentile	5
QI4	Anteil Kinder mit Nabel- schnur-pH Wert < 7.10	Lebendgeburten	>= 95 %-Perzentile	5
QI5	Anteil PDA/Spinal bei Sektio	Lebendgeburten und Sektio	<= 5 %-Perzentile	5
QI6	Anteil Geburtseinleitung	Lebendgeburten	>= 95 %-Perzentile	5
QI7	Anteil Pädiater nicht anwesend bei Frühgeburt (<=33+6)	Lebendgeburten bis SSW 33+6	>= 95 %-Perzentile	2
QI8	Anteil postpartaler Nabel- schnur-pH Wert vorhanden	Lebendgeburten	<= 10 %-Perzentile	9
QI9	Anteil Lungenreifebehandlung bei Kindern bis SSW 33+6	Lebendgeburten bis SSW 33+6	<= 5 %-Perzentile	4



Es wurden 9 "Qualitätsindikatoren" (QI) (Tabelle 4) mit auffälligen Bereichen (nach einer Perzentilenregel) vom Geburtenregisterbeirat definiert und kommuniziert. Abteilungen mit zwei oder mehr auffälligen Indikatoren (Beispiel Abbildung 1) wurden um eine Stellungnahme gebeten, diese von einer "Qualitätsgruppe" (QG) evaluiert und kommentiert und den Abteilungen als Feedback rückübermittelt.

Abbildung 1: Qualitätsindikator (QI): Anteil Episiotomie bei Erstpara

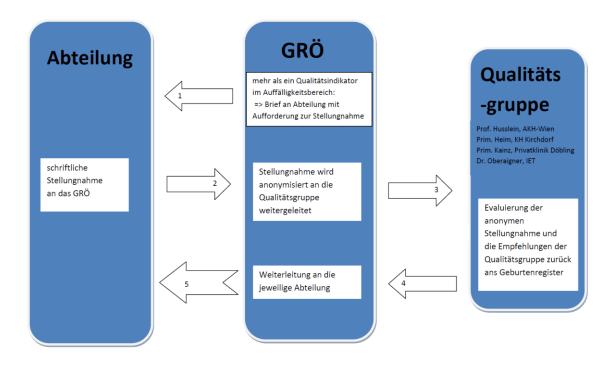


Legende: Hellrot: die (anonymen) Abteilungen im als auffällig definierten Perzentilen-Bereich. Rot: die betroffene angeschriebene Abteilung.

Wesentlich ist, dass die Kommunikation mit den Abteilungen ausschließlich vom GRÖ/Institut für klinische Epidemiologie (IET) geführt wird, dass die Daten und Stellungsnahmen als neutrale Stelle streng vertraulich behandelt und nur anonymisiert der QG weitergeleitet werden. Es geht im Wesentlichen darum, die Abteilungen bestmöglich im Prozess der Qualitätssicherung durch zielgerichtete qualitative Informationen bei der Einschätzung der Situation und gegebenenfalls beim ERkennen von Verbesserungspotentialen strukturiert und vertrauenswürdig zu unterstützen. Abbildung 2 zeigt den Ablauf dieses Prozesses.



Abbildung 2: Ablauf der strukturierten Qualitätsverbesserung (SQV) in 5 Schritten im Geburtenregister Österreich.



Vorliegend nun die Erfahrungen aus 2010: Von allen 86 österreichischen geburtshilflichen Abteilungen waren 51 in keinem der 9 QI im auffälligen Bereich, 27 bei lediglich einem QI. Die übrigen 7 Abteilungen mit zwei und eine mit vier auffälligen QI wurden um eine Stellungnahme ersucht. Bei der Bewertung der Antworten der Abteilungen durch die QG gab es bei drei der QI Hinweise auf strukturelle Gegebenheiten, bei 11 auf Ursachen in Prozessen bzw. Vorgehensweisen und bei 5 auf Probleme bei der Dokumentation. Schon bei der Antwort konnten bei allen Abteilungen und 14 Parametern entsprechende Überlegungen und Änderungen vermerkt werden. Diese wurden im Rahmen der Rückmeldungen durch die QG bei 5 Abteilungen durch zusätzliche Auswertungen und Unterlagen unterstützt (Tabelle 5). Diese 8 Abteilungen bekommen für das nachfolgende Jahr 2011 spezielles Feed-back über die Entwicklung ihrer 2010 auffälligen QI.

Internationale Vergleiche zeigen, dass die Qualität der Geburtshilfe in Österreich auf einem sehr hohen Niveau liegt. Erfahrungen aus anderen Ländern weisen aber auch darauf hin, dass eine nicht den Teilnehmern alleine überlassene, sondern strukturierte und extern unterstützte Vorgehensweise ganz wesentlich zur weiteren Qualitätsverbesserung beiträgt, den Qualitätsprozess unterstützt und in Gang hält.



Tabelle 5: Abteilungen mit mehr als einem "auffälligen" Qualitätsindikator.

Zuordnung der Erklärungen und Ursachen, vor Ort eingeleitete Überlegungen und/oder Änderungen und von der Qualitätsgruppe zur Verfügung gestellte weitere Auswertungen und/oder Unterlagen

Abtei- lung	Qualitätsindikatoren im definiert "auffälligen" Bereich	Erklärun- gen/Ursachen: (S=strukturell, P=prozessmäßig D=Dokumentation)	Überlegungen u./o. Änderun- gen schon vor Ort eingeleitet	Zusätzliche Auswertungen u./o. Unterlagen zur Verfügung gestellt
Α	Episiotomien bei Erstpara	Р	ja	ja
	Vaginal entbindende Operationen	Р	ja	-
В	Nabelschnur-pH Wert < 7.10	?	ja	-
	Lungenreifebehandlungen b. Kindern bis SSW 33+6	D	?	-
С	Vaginal entbindender Opera-	Р	ja	ja
	tionen Geburtseinleitungen	Р	ja	-
D	Vaginal entbindender Opera-	Р	ja	ja
	tionen PDA/Spinal bei Sektio	S, P	ja	-
E	Episiotomien bei Erstpara	Р	ja	ja
	Postpartaler Na-pH wert vorhanden	?	?	-
F	PDA/Spinal bei Sektio	S, P	-	-
	Vaginal entbindender Opera-	Р	ja	ja
	tionen	Р	ja	ja
	Episiotomien bei Erstpara Pädiater nicht anwesend bei Frühgeburt (bis 33+6)	D	-	-
G	Vaginal entbindender Opera-	D	ja	-
	tionen Postpartaler Na-pH wert vorhanden	S, P	ja	-
Н	Pädiater nicht anwesend bei	D	ja	-
	Frühgeburt (bis 33+6) Lungenreifebehandlungen b. Kindern bis SSW 33+6	D	ja	-

Wir erwarten uns von diesem neuen zusätzlichen Instrument einen weiteren Impuls für die Geburtshilfe in Österreich und hoffen, dass davon in erster Linie die uns anvertrauten Mütter und Kinder profitieren. Die bisher sehr erfreuliche und gewinnbringende Entwicklung des Geburtenregisters ist nur durch das Engagement vieler Ärzte und Hebammen möglich gewesen und ihnen gebührt auch an dieser Stelle besonderer Dank und große Anerkennung.

Die Homepage des Geburtenregisters am Institut für klinische Epidemiologie der Tilak (IET) finden Sie unter: www.iet.at



Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Österreichischen Geburtenregister 2011

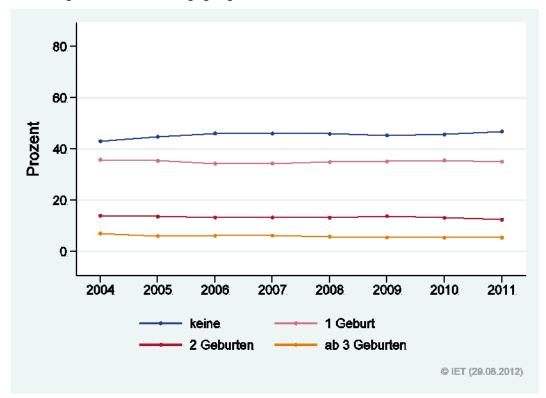
Die folgenden Tabellen und Graphiken sind dem Österreichischen Geburtenregister entnommen und zeigen jeweils die gespag im Vergleich zu allen anderen geburtshilflichen Abteilungen in Österreich für das Jahr 2011.

Tabelle 6: Zahl vorangegangener Geburten, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Parität				
0	3716	46.9%	34246	49.8%
1	2783	35.1%	23195	33.7%
2	988	12.5%	7891	11.5%
ab 3	434	5.5%	3401	4.9%
Summe	7921	100.0%	68733	100.0%
o.A.	0	0.0%	0	0.0%

Basis: Mütter

Abbildung 3: Anzahl vorangegangener Geburten im Jahresverlauf



Der Anteil der Erstgebärenden ist über die Jahre relativ konstant, der Altersdurchschnitt der Mütter lag 2011 bei 29,7 Jahren und ist im Vergleich zu 2009 (29 Jahre) weiter gestiegen.

Die jüngste Mutter war mit 15 Jahren im Jahr 2011 um ein Jahr älter, als die jüngste Mutter 2009 mit 14 Jahren, die älteste Mutter im Jahr 2011 war mit 52 Jahren um 4 Jahre älter als die älteste im Jahr 2009 mit 48 Jahren.



Tabelle 7: Alter der Mutter, 2011

	GESPAG		Alle anderen Al	bteilungen
unter 18	30	0.4%	328	0.5%
18 bis 29	3917	49.5%	30582	44.5%
30 bis 34	2436	30.8%	22174	32.3%
35 bis 39	1221	15.4%	12259	17.8%
ab 40	317	4.0%	3371	4.9%
Summe	7921	100.0%	68714	100.0%
o.A.	0	0.0%	0	0.0%
Mittelwert/Median	29.7/30.0 (N=7921)		30.2/30.0	
			(N=68714)	
Detail Mttwt/Median	29.7/30.0		30.2/30.0	
Min/Max	15/52		14/56	

Basis: Mütter

Tabelle 8: Entbindungsposition Vaginalgeburten, 2011

		GESPAG		Abteilungen
Entbindungsposition				
Kreißbett	5303	88.9%	41094	86.8%
Hocker	472	7.9%	2050	4.3%
Wassergeburt	189	3.2%	1727	3.6%
andere	2	0.0%	2448	5.2%
Summe	5966	100.0%	47319	100.0%
o.A.	3	0.1%	1481	3.0%

Basis: Mütter (nur Vaginalgeburten)

Die Wassergeburt wird nach wie vor gering in Anspruch genommen. Eine Ausnahme bildet hier das KH Kirchdorf, das eine Spezialisierung auf diese Entbindungsposition hat und damit einen Anteil an Wassergeburten von 25% erreichte.

Tabelle 9: Ambulante Geburt Entlassung spätestens am Tag nach der Geburt, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Ambulante Geburt				
ja	314	4.0%	3117	4.9%
nein	7556	96.0%	60624	95.1%
Summe	7870	100.0%	63741	100.0%
o.A.	4	0.1%	4736	6.9%

Basis: Mütter (Lebendgeburten)

Der Anteil der ambulanten Geburten ist auf konstant niedrigem Niveau. Die durchschnittliche Belagsdauer der Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe der gespag hat sich von 2010 mit 3,83 Tagen auf 3,67 Tage im Jahr 2011 verringert. Vermehrt in Anspruch genommen wird das Modell der "vorzeitigen Entlassung". Bereits am ersten oder zweiten Tag nach der Geburt werden die Mütter mit ihren Babys in die Obhut einer niedergelassenen Hebamme entlassen.



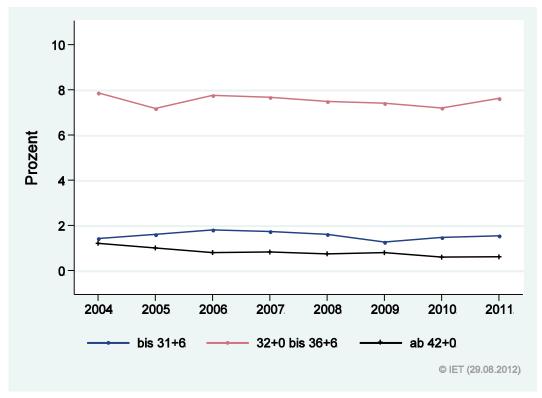
Geburt

Tabelle 10: Daten zur Entbindung und Geburt (Basis Kinder), 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
SSW bei Geburt				
bis SSW 25+6	28	0.3%	233	0.3%
SSW 26+0 bis 27+6	22	0.3%	177	0.3%
SSW 28+0 bis 29+6	18	0.2%	234	0.3%
SSW 30+0 bis 31+6	56	0.7%	405	0.6%
SSW 32+0 bis 33+6	84	1.0%	790	1.1%
SSW 34+0 bis 36+6	529	6.6%	4168	6.0%
Frühgeburt(bis 36+6)	737	9.2%	6007	8.6%
Geburt am Termin (SSW 37+0 bis 41+6)	7262	90.2%	63344	90.8%
Übertragung (ab SSW 42+0)	49	0.6%	399	0.6%
Summe	8048	100.0%	69750	100.0%
o.A.	32	0.4%	305	0.4%

Basis: Kinder

Abbildung 4: Frühgeburtenrate im Jahresverlauf



Besonderes Augenmerk liegt auf der Frühgeburtenrate in peripheren Standardkrankenhäusern ohne eigene Kinderabteilung. Im Zuge des Fachaudits Geburtshilfe wurde ein gespag weiter Standard zur Risikoprofilminimierung erarbeitet, in dem die Grenze bei Schwangerschaftswoche 34+6 gezogen wurde. Der Anteil der Frühgeburten (< 34+6) konnte in den Standardkrankenhäusern von 0,7% im Jahr 2010 auf 0,6% im Jahr 2011 gesenkt werden und liegt nun im Österreichschnitt der Krankenhäuser mit weniger als 500 Geburten (0,6%).

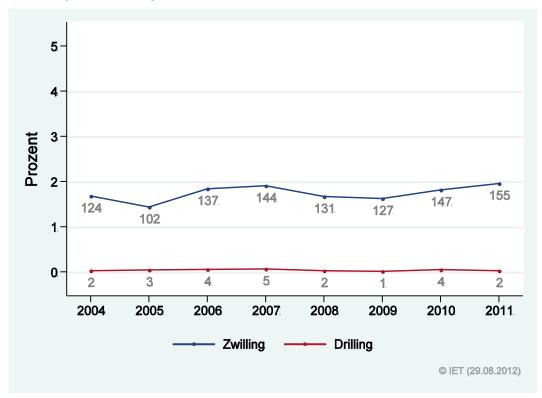


Tabelle 11: Mehrlingsschwangerschaften, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Anzahl der Kinder				
Einling	7764	98.0%	67313	98.1%
Zwilling	155	2.0%	1254	1.8%
Drilling	2	0.0%	38	0.1%
Summe	7921	100.0%	68605	100.0%
o.A.	0	0.0%	127	0.2%

Basis: Mütter

Abbildung 5: Mehrlinge im Jahresverlauf



Erfreulicherweise konnte die Anzahl der Drillingsgeburten weiter gesenkt werden. Wurden im Jahr 2010 noch insgesamt 4 Drillingsgeburten innerhalb der gespag betreut, so hat sich die Gesamtanzahl im Jahr 2011 halbiert. Dafür ist ein strenges Qualitätskriterium des Kinderwunschzentrums Linz in der Landes-Frauen und Kinderklinik mitverantwortlich: Einer Frau werden maximal 2 Embryonen transferiert. Diese strenge Limitierung dient der strikten Risikominimierung für die Mütter.

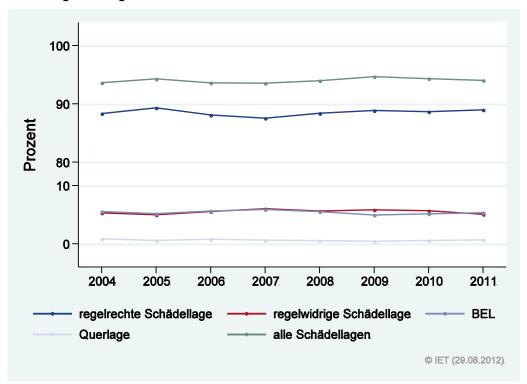
Ein weiteres Ziel der gespag ist es, in peripheren Krankenhäusern ohne Kinderabteilung keine Zwillingsgeburten zu entbinden. Während die Rate der Zwillingsgeburten der Krankenhäuser mit weniger als 500 Geburten in Österreich mit 0,9% konstant blieb, reduzierte sich diese innerhalb der gespag von 1,0% im Jahr 2010 auf erfreuliche 0,8% im Jahr 2011. Diese Kennzahl ist auch als ein Maß für die Güte der Zusammenarbeit der Schwerpunktabteilung mit den Standardkrankenhäusern der gespag zu sehen.



Tabelle 12: Daten zur Entbindung und Geburt (Basis Kinder), 2011

	GESPAG		Alle anderen	Abteilungen
Lage des Kindes				
regelrechte Schädellage	7181	89.0%	61828	88.8%
regelwidrige Schädellage	408	5.1%	3623	5.2%
Beckenendlage	430	5.3%	3796	5.5%
Querlage	53	0.7%	392	0.6%
Summe	8072	100.0%	69639	100.0%
o.A.	8	0.1%	416	0.6%
Entbindungsart				
Vaginalgeburt	6002	74.3%	48914	69.9%
spontan	5377	66.5%	44576	63.7%
Vakuum	576	7.1%	4117	5.9%
Frozeps	0	0.0%	82	0.1%
BEL/Manualhilfe	49	0.6%	139	0.2%
Wendung	0	0.0%	0	0.0%
sonstige	0	0.0%	0	0.0%
Sektio	2078	25.7%	21039	30.1%
prim. Sektio	1068	13.2%	10842	15.5%
sek. Sektio	1010	12.5%	10197	14.6%
o.A	0	0.0%	102	0.1%
Notsektio	75	0.9%	852	1.2%

Abbildung 6: Lage des Kindes im Jahresverlauf



Die Beckenendlagegeburt zählt zu den Risikobereichen in der Geburtshilfe, die im Zuge des Fachaudit Geburtshilfe gespag-weit unter Schirmherrschaft der Landes-Frauen und Kinderklinik standardisiert wurden. In peripheren Krankenhäusern wird diese Art der Entbindung nicht angeboten,



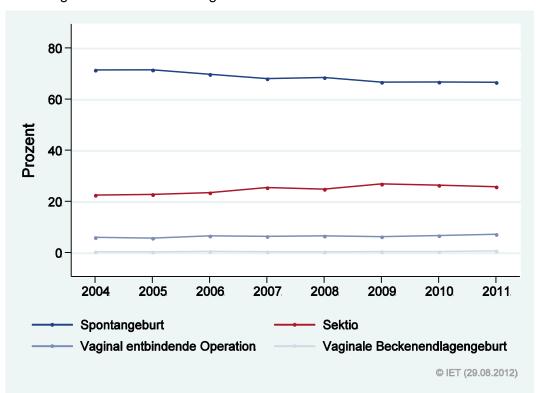
sollte eine Frau dies wünschen, wird sie an eine Schwerpunktabteilung oder an die Frauen- und Kinderklinik verwiesen.

Tabelle 13: Art der Entbindung aufgeschlüsselt nach Zustand nach Sektio, 2011

	GESPAG		Alle anderen	Abteilungen
Ohne vorangegangene Sektio				
Spontangeburt	5100	71.7%	43360	67.1%
Vaginal entbindende Operationen	544	7.7%	4080	6.3%
Vaginale Beckenendlagengeburt	49	0.7%	138	0.2%
Sektio	1418	19.9%	17072	26.4%
Summe	7111	100.0%	64650	100.0%
o.A.	0	0.0%	77	0.1%
Mit vorangegangene Sektio				
Spontangeburt	277	28.6%	1216	22.9%
Vaginal entbindende Operationen	32	3.3%	119	2.2%
Vaginale Beckenendlagengeburt	0	0.0%	1	0.0%
Sektio	660	68.1%	3967	74.8%
Summe	969	100.0%	5303	100.0%
o.A.	0	0.0%	25	0.5%

Basis: Zustand nach Sektio (Kinder)

Abbildung 7: Art der Entbindung im Jahresverlauf



Die Sektiorate sank gespag weit im Vergleichszeitraum 2010 / 2011 von 26,3% auf 25,7% und liegt damit deutlich unter dem Österreichschnitt. Die Vorgehensweise bei einer Akut-Sektio wurde unter Federführung des KH Kirchdorf gespag-weit standardisiert, regelmäßige Alarmübungen werden in allen Krankenhäusern durchgeführt. Das erklärte Ziel ist es, eine Sektiorate zwischen 25% und 30% zu erreichen.



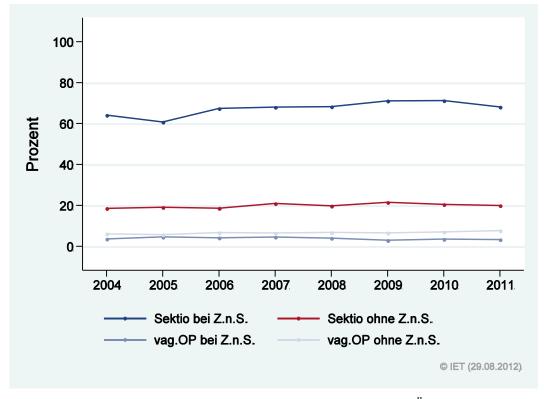
Als primäre Sektio wird eine Sektio vor Geburtsbeginn und ohne Blasensprung sowie ohne vorangegangenen unmittelbaren Einleitungsversuch oder akuten Anlass bezeichnet. Eine sekundäre Sektio ist daher z. B. auch eine an sich geplante Sektio, die jedoch tatsächlich nach Geburts-(wehen)beginn und/oder Blasensprung durchgeführt wurde, eine Sektio im Anschluss an eine frustrane Einleitung, eine Sektio nach jedem vorzeitigen Blasensprung, eine Sektio vor Geburtsbeginn und ohne Blasensprung, jedoch bei bedrohlichen Blutungen, akutem Abdomen (z. B. V. a. Sitzlösung, V. a. Appendizitis), eklamptischem Anfall, pathologischem CTG ohne Wehen, Status febrilis unklarer Genese, V. a. Amnioninfektionssyndrom ohne Blasensprung, mütterlichem Schock, mütterlicher Erkrankung(sverschlechterung), v. a. Uterusruptur, Nabelschnurvorfall oder dergleichen.

Tabelle 14: Primäre/Sekundäre Sektio (Prozentuelle Aufteilung), 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Primäre/Sekundäre Sektio				
Primäre Sektio	595	28.6%	8066	38.3%
Sekundäre Sektio	823	39.6%	9006	42.8%
Primäre Resektio	473	22.8%	2776	13.2%
Sekundäre Resektio	187	9.0%	1191	5.7%
Summe	2078	100.0%	21039	100.0%
o.A.	0	0.0%	0	0.0%

Basis: Kinder (Sektiones)

Abbildung 8: Art der Entbindung aufgeschlüsselt nach Zustand nach Sektio im Jahresverlauf



Die Sektiorate der meisten gespag Häuser liegt unterhalb des Österreichdurchschnitts.



Ein Einling in Schädellage am Termin ohne vorangegangene Sektio stellt die risikoärmste Ausgangssituation für eine Spontangeburt dar. Wenn keine weiteren Risikofaktoren vorliegen, sollte die Sektiorate in diesem Kollektiv möglichst niedrig sein.

Während im Perinatalzentrum und in den Schwerpunktkrankenhäusern die Sektiorate gesunken ist, stieg diese in den Standardkrankenhäusern entsprechend dem Österreichtrend der Krankenhäuser mit weniger als 500 Geburten (Ö: 25,8% auf 29,4%) als Ausdruck der Umsetzung der Risikominimierung von 25,8% (2010) auf 27,6% (2011) an.

Nach einer einmaligen Sektio besteht prinzipiell die Möglichkeit, einer Frau bei einer weiteren Geburt aus Schädellage eine Vaginalgeburt zu ermöglichen. Gleichzeitig ist aber der Zustand nach einer Sektio aufgrund der erhöhten Gefahr einer Uterusruptur eine relative Indikation für einen neuerlichen Kaiserschnitt. Betroffenen Frauen kann daher auch eine Sektio als Entbindungsvariante angeboten werden.

Weitere Einflussfaktoren sind neben dem Grund für den ersten Kaiserschnitt die Tatsache, ob danach schon Spontangeburten erfolgt sind und letztlich der Wunsch der Frau.

Tabelle 15: Art der Entbindung, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Entbindungsart				
Spontangeburt	5377	66.5%	44576	63.7%
Vaginal entbindende Operation	576	7.1%	4199	6.0%
Vaginale Beckenendlagengeburt	49	0.6%	139	0.2%
Sektio	2078	25.7%	21039	30.1%
sonstige	0	0.0%	0	0.0%
Summe	8080	100.0%	69953	100.0%
o.A.	0	0.0%	102	0.1%

Basis: Kinder

Der Geburtsbeginn wird mit dem Beginn der Geburtswehen festgelegt (ein vorzeitiger Blasensprung wird nicht berücksichtigt). (Geburts-)Wehenbeginn wird definiert als Zeitpunkt des Beginns von wiederkehrenden bzw. regelmäßigen Wehen, die zur Eröffnung des Muttermundes und zur Geburt führen (= "geburtsrelevante Wehen").

Jede medikamentöse Maßnahme und / oder Blasensprengung (artifizielle Eröffnung der Fruchtblase) mit dem Ziel, die Geburt zu erreichen, gilt als Geburtsbeginn.



Tabelle 16: Geburtseinleitung, 2011

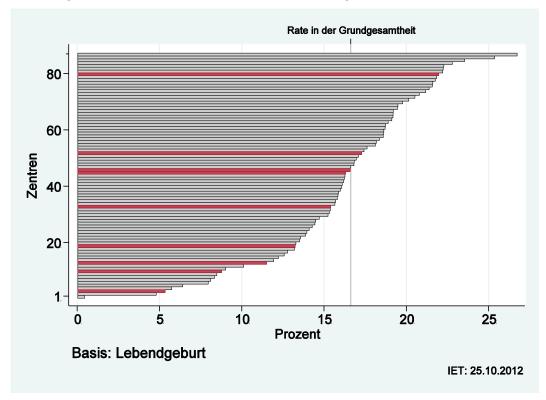
	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
ja	1346	17.0%	11644	17.9%
davon Vaginalgeburt	1074	79.8%	8687	74.6%
davon Sektio	272	20.2%	2954	25.4%
nein	6575	83.0%	53316	82.1%
Summe	7921	100.0%	64960	100.0%
o.A.	0	0.0%	3773	5.5%

Basis: Mütter

Ein Ergebnis des Fachaudits Geburtshilfe war es eine gespag-weit gültige Empfehlung zum Thema Geburtseinleitung nach den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu treffen. Das "Vorgehen bei Terminüberschreitung und risikoarmer Einlingsschwangerschaft" ist in einer med. SOP gespag-weit standardisiert worden: Bei neu aufgetretenen Risiken oder pathologischen Untersuchungsbefunden (z.B. Oligohydramnion) ist individuell nach klinischen Gesichtspunkten zu entscheiden (Einleitung / Sectio / intensivierte biophysikalische Überwachung / Stationäre Überwachung, etc.).

Die Aufklärung der Schwangeren über das Vorgehen sollte bereits mit 40+0 beginnen, so dass ausreichend Zeit für oder gegen ein aktives Vorgehen ab 41+0 bleibt. Eine Dokumentation dieser Aufklärung wird dringend empfohlen.

Abbildung Qualitätsindikator 1: Anteil Geburtseinleitung 2011



Die Rate der medikamentösen Geburtseinleitung ist in den meisten gespag Krankenhäusern erfreulicherweise unter dem Österreichschnitt.



Episiotomien und Rissverletzungen

Tabelle 17: Episiotomie, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Episiotomie	1462	24.5%	8356	17.3%
Erstgebärende	1100	40.3%	6669	28.7%
Mehrgebärende	362	11.2%	1687	6.7%
Keine Episiotomie	4507	75.5%	39974	82.7%
Summe	5969	100.0%	48330	100.0%
o.A.	0	0.0%	448	0.9%

Basis: Mütter (Vaginalgeburten)

Tabelle 18: Rissverletzungen aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten, 2011

	GESPAG		Alle anderen A	bteilungen
Erstgebärende				
Keine	1599	58.6%	11260	48.0%
Dammriss I	533	19.5%	3738	15.9%
Dammriss II	350	12.8%	3390	14.5%
Dammriss III	76	2.8%	547	2.3%
Dammriss IV	5	0.2%	25	0.1%
Zervixriss	23	0.8%	249	1.1%
Scheidenriss	79	2.9%	3639	15.5%
Labien-/Klitorisriss	104	3.8%	3047	13.0%
Mehrgebärende				
Keine	2018	62.3%	15989	63.1%
Dammriss I	811	25.0%	5123	20.2%
Dammriss II	290	9.0%	2428	9.6%
Dammriss III	26	0.8%	159	0.6%
Dammriss VI	0	0.0%	9	0.0%
Zervixriss	5	0.2%	126	0.5%
Scheidenriss	14	0.4%	1130	4.5%
Labien-/Klitorisriss	90	2.8%	1248	4.9%

Basis: Mütter (Vaginalgeburten) - Mehrfachantworten

Die Vaginalverletzungen sind seit Jahren innerhalb der gespag deutlich rückläufig.

Als Scheidenrisse gelten nur Scheidenrisse, die zur Gänze oberhalb des Hymenalsaumes beginnen. Eine Episiotomie ist der Scheidendammschnitt.

Dammrisse (I. bis IV. Grades) sind praktisch immer Scheidendammrisse. Wenn also ein kleiner Scheidenriss noch das Hymen und/oder den Scheidenvorhof (Introitus) erreicht, wird er als Scheidendammriss I. Grades klassifiziert. Zusätzliche Risse in der Scheide bei einem Dammriss und/oder einer Episiotomie (auch in Form eines deutlichen Weiterrisses oder Zusatzrisses) werden auch zusätzlich als Scheidenrisse dokumentiert.



Zu den Risikofaktoren von Dammrissverletzungen zählen die vaginal operative Entbindung, Mediane Episiotomie, Dauer der Ausreibungsperiode über 60 Minuten, Primiparität, Occipitoposteriore Haltung und wenn das Geburtsgewicht größer als 4 kg ist.

Von einem höhergradigen Dammriss spricht man, wenn zumindest der M. sphincter ani externus verletzt ist. Beim Dammriss III. Grades handelt es sich um eine Durchtrennung des Sphinkter und intakter Rektumwand. Beim Dammriss IV wurde der Sphinkter durchtrennt und das Rektum eröffnet. Die Häufigkeit von höhergradigen Dammrissen bei allen vaginalen Geburten liegt 2011 bei 0,8%.

Die Nachsorge umfasst die Anamnese und die Frage nach spezifischen Symptomen, eine umfassende Untersuchung, sowie die Zuweisung zur Physikotherapie zum Zweck der Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur. Wesentlich ist auch die Aufklärung der Patientin über die möglicherweise lange Latenzzeit bis zum Auftreten von Symptomen der analen Inkontinenz und die Beratung Folgegeburten betreffend.

Da ein 5-fach erhöhtes Risiko für einen neuerlichen Sphinkterschaden im Rahmen einer Folgegeburt besteht, kann als Alternative eine Sektio durchgeführt werden.

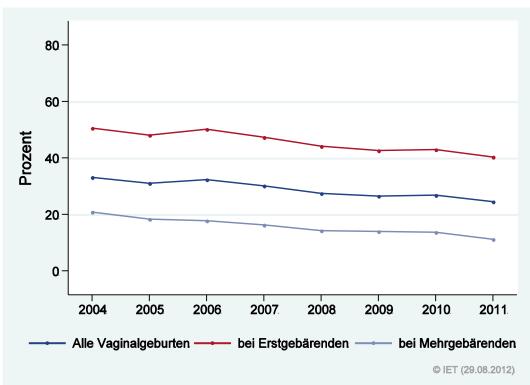
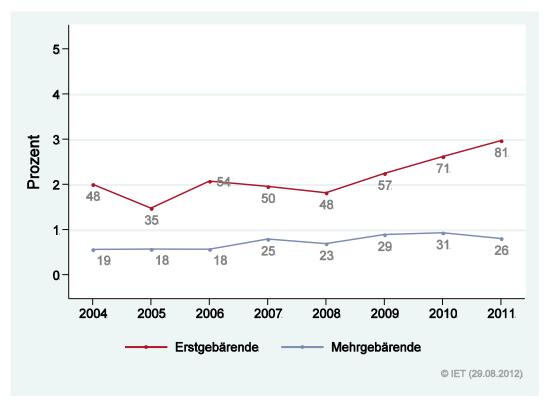


Abbildung 9: Episiotomie bei Vaginalgeburten im Jahresverlauf



Abbildung 10: Dammriss III/IV aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten im Jahresverlauf



Das Vorgehen zur Vermeidung eines Dammrisses Grad III oder IV wurde im Zuge der Vorbereitungen zum Fachaudit Geburtshilfe unter der Schirmherrschaft des KH Freistadt in einer gespagweit gültigen med. SOP standardisiert. Ebenso die Vorgehensweisen zur manuellen Plazentalösung und Nachtastung.

Tabelle 19: Plazentalösungsstörung bei Vaginalgeburten, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Inklusive manuelle Plazentalösung oder				
Nachtastung				
ja	143	2.4%	1890	3.9%
nein	5826	97.6%	46364	96.1%
Summe	5969	100.0%	48254	100.0%
o.A.	0	0.0%	547	1.1%

Basis: Mütter (Vaginalgeburten)



112

2004

0

10 8 **Prozent** 6 4 155 162 150 2 147 134 123

2007

Plazentalösungsstörung

Abbildung 11: Plazentalösungsstörung im Jahresverlauf

Eine Plazentalösungsstörung ist eine operativ behandelte Störung der Plazentalösung, d.h. manuelle Lösung, Nachtastung und/oder Kürettage.

2008

2009

2010

2011

© IET (29.08.2012)

Tabelle 20: Mütterliche Morbidität, 2011

2005

2006

	GESPA	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Mütterliche Morbidität					
Blutung über 1000 ml	38	0.5%	312	0.5%	
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörun-	27	0.3%	100	0.1%	
gen des Geburtskanals durch Eröff-					
nung und/oder Sekundärnaht					
Hysterektomie/Laparotomie	0	0.0%	34	0.0%	
Eklampsie	1	0.0%	37	0.1%	
Sepsis	15	0.2%	34	0.0%	
Fieber im Wochenbett über 38 °C > 2 Tg.	29	0.4%	160	0.2%	
Anämie (Hämoglobin unter 10g/dl	1726	21.8%	8218	12.0%	
Keine	6142	77.5%	60255	87.7%	

Basis: Mütter - Mehrfachantworten

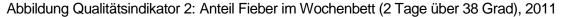
Zur Versorgung verschiedener Arten mütterlicher Morbidität wurden im Zuge des Fachaudits Geburtshilfe mehrere Notfallszenarien standardisiert:

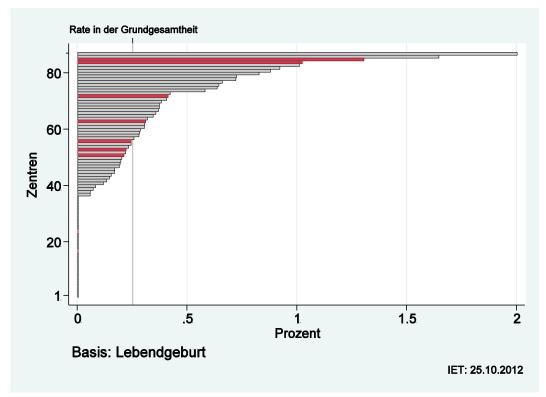
- Management von Schwerer Praeeklampsie / Eklampsie / Hellp-Syndrom: verantwortlich KH Steyr
- Fasziitis, Ileus, Sepsis: verantwortlich KH Vöcklabruck



- Management von schwerer postpartaler Blutung PPH (post-partum hemorrhage): verantwortlich KH Rohrbach
- Management der Schulterdystokie: verantwortlich KH Gmunden

Die Umsetzung und Einhaltung der Vorgehensweise wurde im Zuge der internen und externen Fachaudits Geburtshilfe im peer review Verfahren geprüft.





Fieber im Wochenbett ist ein Zeichen für Infektionen, meist der Brüste, der Harnwege oder der Gebärmutter und muss immer sehr ernst genommen werden.

Hohe Hygienestandards sollten eine Selbstverständlichkeit an jeder Abteilung sein. Intensive Stillhilfe und Beratung helfen die Infektionsrate zu senken.



Anästhesie bei Sektio

Die Spinalanästhesie/PDA ist die für das Kind nebenwirkungsärmste Form der Schmerzausschaltung während einer Sektio und gilt daher als Qualitätsindikator. Außerdem ermöglicht sie der Frau ein bewusstes Erleben der Geburt. Auch die Bondingphase wird nicht durch Nachwirkungen einer Allgemeinnarkose beeinträchtigt.

Tabelle 21: Anästhesie bei Sektio, 2011

	GES	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
PDA/Spinal	1370	70.2%	16281	81.7%	
Andere	582	29.8%	3651	18.3%	
Summe	1952	100.0%	19932	100.0%	

Basis: Mütter mit Sektio

Im Zuge der Einführung des Qualitätsmanagementsystems in den Geburtshilfe-Abteilungen der gespag wurde als Zielwert ein Anteil von mind. 70% PDA/SPA bei Sektiogeburt festgelegt. Dieser Zielwert wird speziell in den peripheren Standardkrankenhäusern bei weitem übertroffen, und liegt 2011 bei 81,2%. Zum Vergleich: Der Anteil in Österreichs Krankenhäusern mit weniger als 500 Geburten lag 2011 bei 78,8%.

Abbildung 12: PDA/Spinal bei Sektio im Jahresverlauf

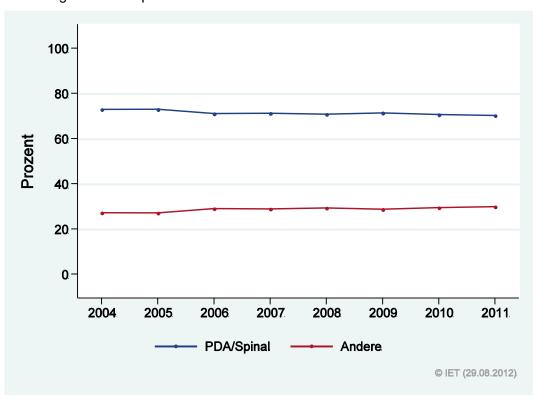
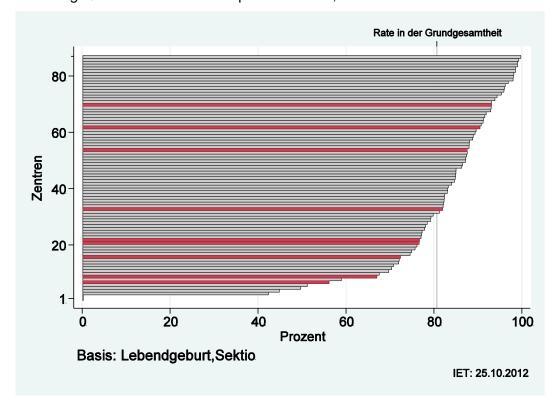




Abbildung Qualind 3: Anteil PDA/Spinal bei Sektio, 2011



Im Vergleich mit allen geburtshilflichen Abteilungen Österreichs, liegen bei diesem Qualitätsindikator, Anteil PDA/SPA bei Sektio die gespag-Häuser im Durchschnitt; hier ist noch weitere Qualitätsarbeit zu leisten.



Fallbericht: Beckenvenenthrombose vor dem Geburtstermin, KH Rohrbach, Prim. Stumpner

Eine 32 jährige tschetschenische Asylantin wurde in der in der 33. SSW wegen vorzeitiger Wehen stationär aufgenommen. Sie erwartete das fünfte Kind, vier vaginale Geburten erfolgten problemlos in Tschetschenien.

Bei der Aufnahme wurde eine regemäßige Wehentätigkeit mit verkürzter Cervix festgestellt, eine i.v. Tokolyse eingeleitet und die Lungenreifung mit Kortison durchgeführt. Die Thromboseprophylaxe erfolgte mit niedermolekularem Heparin.

Von Beginn an klagte die Patientin über starke Schmerzen in der linken Hüfte und im linken Oberschenkel mit moderater Schwellung des Beines. Der Venenultraschall (Duplexsonographie) zeigte schließlich eine frische Beckenvenenthrombose links mit totalem Verschluss der Vena iliaca sin.

Das war eine unangenehme Situation, denn eine frische Thrombose vor der Geburt stellt ein hohes Risiko für eine Lungenembolie dar, eine therapeutische Antikoagulation peripartal lässt das Blutungsrisiko steigen.

Die Literaturrecherche (uptodate und "Facharzt Geburtsmedizin") ergab folgende Empfehlung: Geburtsmodus:

- Sectioindikation bei frischer Thrombose (weniger als 6 Wochen), bei sonographisch nachweisbarem Thrombus der sich nicht in Organisation befindet, oder bei flotierendem Thrombus
- bei bereits organisiertem nicht flottierendem Thrombus ist eine vaginale Geburt möglich Embolieprophylaxe:
- therapeutische Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin
- bei hohem Embolierisiko Legen eines passageren Cavaschirms.

Wir führten die therapeutische Heparingabe mit 2 x 60 mg Lovenox durch. Das Monitoring erfolgte durch tägliche anti Xa Bestimmungen - Zielwert 0,6-0,8 U/l. Zusätzlich ließen wir vom Radiologen einen Cavaschirm legen. Dies erfolgte mittels Venenkatheter durch die Vena iliaca externa der rechten Seite.

In der 38. SSW wurde ein gesundes Kind mit Sectio entbunden. Intraoperativ sahen wir stark erweiterte Ovarialvenen, ansonsten keine weiteren Auffälligkeiten. Die letzte Heparingabe erfolgte am Vorabend der OP, die therapeutische Antikoagulation wurde am 1. Postoperativen Tag wieder gestartet. Eine Woche postoperativ stellten wir die Antikoagulation auf Marcoumar um.

Drei Wochen nach der Geburt wollten wir den Cavaschirm vom Radiologen entfernen lassen. Bei der dabei durchgeführten Angiographie war der Drahtkorb mit Thromben verstopft, die unter Hohlvene verschlossen. Der Cavaschirm wurde somit belassen, es ist eine Langzeitantikoagulation geplant.

Man kann davon ausgehen, dass sich peripartal Teile des Beckenvenenthrombus lösten und im Cavaschirm hängen geblieben sind. Eine möglicherweise letale Lungenembolie konnte so verhindert werden.



Kinder

Auch im Bereich der Erstversorgung von Neugeborenen wurde im Zuge des Fachaudits Geburtshilfe unter Federführung der Landes-Frauen und Kinderklinik eine Empfehlung zur Erstversorgung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit als Standard erarbeitet.

Ebenso unter Federführung der Landes-Frauen und Kinderklinik wurde das Management maternaler Hypotonie, Atem- und Kreislaufstillstand im Kreißzimmer als Empfehlung festgelegt, und in allen gespag Krankenhäusern nun nach diesen Empfehlungen umgesetzt.

Tabelle 22: Daten zur Entbindung und Geburt (Basis Kinder), 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
SSW bei Geburt				
bis SSW 25+6	28	0.3%	233	0.3%
SSW 26+0 bis 27+6	22	0.3%	177	0.3%
SSW 28+0 bis 29+6	18	0.2%	234	0.3%
SSW 30+0 bis 31+6	56	0.7%	405	0.6%
SSW 32+0 bis 33+6	84	1.0%	790	1.1%
SSW 34+0 bis 36+6	529	6.6%	4168	6.0%
Frühgeburt(bis 36+6)	737	9.2%	6007	8.6%
Geburt am Termin (SSW 37+0 bis 41+6)	7262	90.2%	63344	90.8%
Übertragung (ab SSW 42+0)	49	0.6%	399	0.6%
Summe	8048	100.0%	69750	100.0%
o.A.	32	0.4%	305	0.4%

Basis: Kinder

Abbildung Qualitätsindikator 4: Anteil Pädiater vor Geburt eingetroffen bei Frühgeburt (34+6)

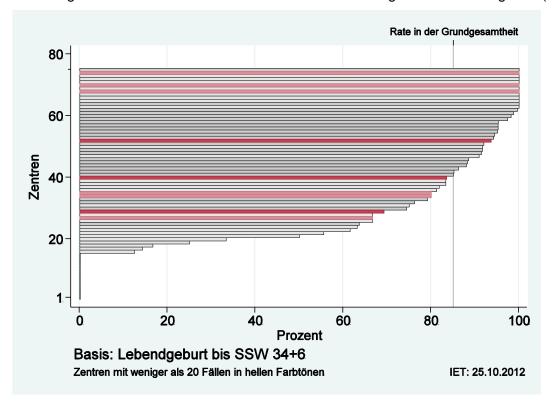




Tabelle 23: Verlegung des Kindes auf die Kinderklinik, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
keine Verlegung	6524	81.2%	54232	94.9%
am 1. Kalendertag nach der Geburt	919	11.4%	1732	3.0%
2. bis 7. Kalendertag nach der Geburt	550	6.8%	792	1.4%
nach 7. Kalendertag nach der Geburt	37	0.5%	373	0.7%
Summe	8030	100.0%	57129	100.0%
o.A.	1	0.0%	12652	18.1%

Basis: Kinder(nur Lebendgeburten)

Frühgeborene gleich nach der Geburt einem/einer Neonatologen/Neonatologin zur weiteren Betreuung übergeben zu können, stellt den Idealzustand der Versorgung dar. Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen sollten daher möglichst an ein entsprechendes Zentrum verlegt werden, um diese Betreuung sicherstellen zu können.

Tabelle 24: Gewichtsperzentile nach Voigt-Schneider

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Unter 3% Perz	195	2.4%	1878	2.7%
3% bis 97% Perz	7608	95.2%	65908	95.1%
über 97% Perz	192	2.4%	1532	2.2%
Summe	7995	100.0%	69318	100.0%
o.A.	36	0.4%	463	0.7%

Basis: Kinder(nur Lebendgeburten)

Tabelle 25: Fehlbildung (diagnostiziert im Wochenbett), 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
ja	160	2.0%	703	1.4%
nein	7871	98.0%	51195	98.6%
Summe	8031	100.0%	51898	100.0%
o.A.	0	0.0%	17883	25.6%

Basis: Kinder(nur Lebendgeburten)

Die Verlegung des Kindes ist die Verlegung weg von der üblichen Unterbringung der Mutter bzw. des Kindes, unabhängig von der Schwere des Grundes. Zum Beispiel sind dies Verlegungen weg von der Wochenstation z.B. auf eine Frühgeburtenstation oder NICU (Neonatal Intensive-Care Unit) im selben Krankenhaus oder in einer Kinderklinik.

Alle Frühgeburten und kranken Neugeborenen müssen von einem Kinderarzt/ärztin bzw. Neonatolgen/in betreut werden. Ist dies in einer Krankenanstalt nicht möglich, werden diese Kinder zu einer Abteilung für Neonatologie transferiert. Diese Transporte müssen schonend und möglichst mit ärztlicher Begleitung durchgeführt werden. Da der Transport im Bauch der Mutter wesentlich schonender ist, ist bei problematischen Schwangerschaften anzustreben, die Mütter vor der Geburt in ein Geburtshilfezentrum mit integrierter Neonatologie zu verlegen. Für die Verlegung des Kindes bzw.



der Schwangeren in ein Gebutshilfezentrum wurden im österreichischen Regionalstrukturplan Gesundheit (=RSG), der sich an den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Perinatologie¹ orientiert, entsprechende Kriterien festgelegt.

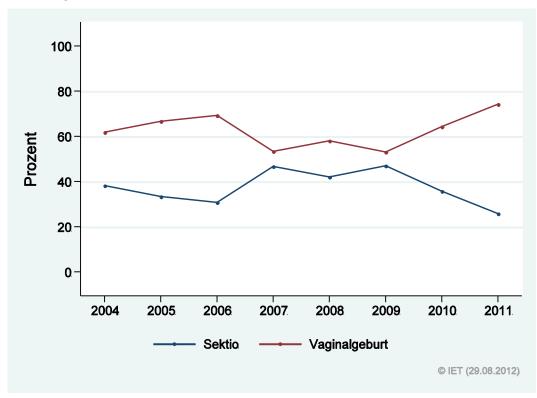
Weil es in Oberösterreich nur 2 perinatologische Zentren (in der Landes- Frauen- und Kinderklinik und im AKH Wels) gibt, kommen solche Verlegungen in Oberösterreich häufiger als in anderen Bundesländern, wo mehr Krankenhäuser mit Neonatologie zur Verfügung stehen, vor.

Tabelle 26: Mikroblutuntersuchung am Kind während der Geburt, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
MBU				
MBU	62	0.8%	1482	2.1%
davon Sektio	16	25.8%	458	30.9%
davon Vaginalgeburt	46	74.2%	1024	69.1%
nein	8018	99.2%	68573	97.9%
Summe	8080	100.0%	70055	100.0%
o.A.	0	0.0%	0	0.0%

Basis: Kinder

Abbildung 13: MBU führt zu... im Jahresverlauf



Der Wert des Nabelarterien-pH und der APGAR-Wert sind direkte geburtshilfliche Qualitätsmerkmale und werden routinemäßig eingesetzt. Diese zwei Werte erlauben eine Aussagekraft über das

http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/024-002.htm, http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/024-001.htm



Wohlergehen des Neugeborenen postpartal bzw. einen signifikanten Zusammenhang mit der frühen neonatalen Mortalität. Nach der Entbindung wird von einer Nabelarterie eine kapilläre Blutprobe entnommen, welche unmittelbar nach der Abnahme ausgewertet wird. Der pH-Wert widerspiegelt die Stoffwechselsituation des Neugeborenen zum Zeitpunkt der Entbindung. Der APGAR-Wert ist ein Punkteschema, das standardisiert erhoben wird und die Anpassung des Neugeborenen nach einer, fünf und zehn Minuten nach der Entbindung wiedergibt. Die Abkürzung APGAR steht für Aussehen, Puls, Gesichtsbewegungen, Aktivität und Respiration (Atmung) für welche, je nach Zustand des Neugeborenen, Punkte vergeben werden.

Im Bereich der APGAR und Nabelschnur-pH Werte gibt es keine markanten Abweichungen in den verschiedenen Zentren. Die fehlenden Angaben des Nabelschnur-pH sind meist auf technische Probleme zurückzuführen. Um diesen Problemen vorzubeugen werden die Blutgasanalysegeräte im Rahmen des point of care testing (Qualitätssicherung der Patientennahmen Sofortdiagnostik) regelmäßig überwacht.

Tabelle 27: Kind Na-pH, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Na-рH				
< 7	24	0.3%	192	0.3%
< 7.10	146	1.8%	1481	2.1%
7.00-7.09	122	1.5%	1289	1.8%
>=7.10	7641	95.1%	64870	93.0%
7.10-7.19	1281	16.0%	8662	12.4%
7.20-7.29	3436	42.8%	25081	35.9%
>=7.30	2924	36.4%	31127	44.6%
o.A.	244	3.0%	3430	4.9%

Basis: Kinder(nur Lebendgeburten)

Tabelle 28: APGAR 5 Minuten, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
0 - 2	12	0.1%	201	0.3%
3 - 4	13	0.2%	68	0.1%
5 - 6	62	0.8%	331	0.5%
7 - 8	381	4.7%	2772	4.0%
9 - 10	7559	94.2%	66053	95.1%
Summe	8027	100.0%	69425	100.0%
o.A.	4	0.0%	356	0.5%

Basis: Kinder(nur Lebendgeburten)

Die Kombination eines 5-Minuten-Apgar-Werts unter 5 und eines Nabelarterien-pH-Werts stellt ein erhöhtes Risiko eines Neugeborenen, durch einen unter der Geburt erlittenen Sauerstoffmangel, dar. Ziel ist hier den Anteil möglichst gering zu halten. Die Rate der gespag liegt hier bei knapp 0,2 % und liegt über dem österreichischen Durchschnitt.

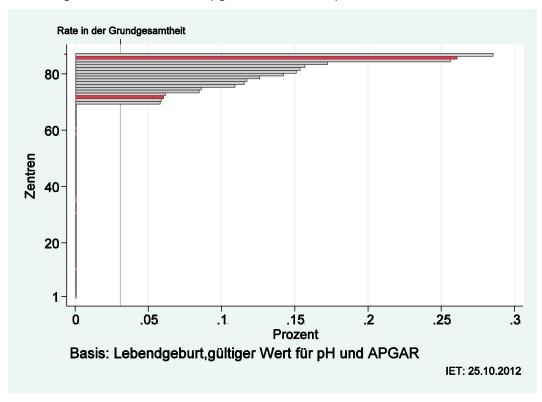


Tabelle 29: Nabelarterien-pH-Wert < 7.10 und APGAR 5 min <7, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Nabelarterien-pH-Wert < 7.10 und APGAR 5 min <7	17	0.2%	97	0.1%
Andere	7813	97.3%	67675	97.2%
Summe	7785	97.0%	66117	94.9%
o.A.	246	3.1%	3658	5.2%

Basis: Kinder(nur Lebendgeburten)

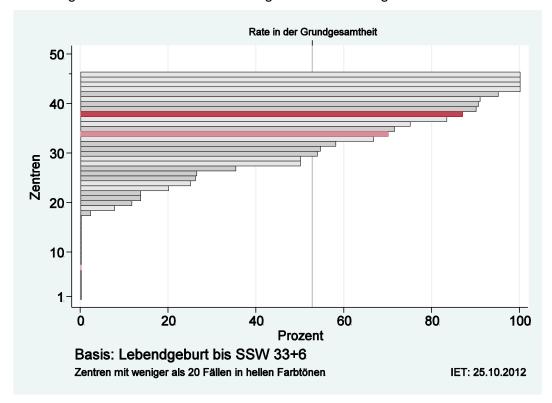
Abbildung Qualitätsindikator 5: Apgar 5 Minuten < 5, pH-Wert < 7.0





Die Lungenreifebehandlung kommt zum Einsatz bei drohender Frühgeburt vor der 33. Schwangerschaftswoche. Sie dient der Vorbeugung des sog. Atemnotsyndroms bei einem Frühgeborenen. Durch die Gabe von Glucocorticoiden wird die kindliche Lungenreifung gesteigert und sollte mind. 24-48 Stunden vor der Geburt abgeschlossen sein.

Abbildung Qualitätsindikator 6:Anteil Lungenreifebehandlung bei Kindern bis SSW 33+6, 2011





Kindliche Mortalität

Tabelle 30: Perinatale Mortalität (bis Tag 7), 2011 [in Promille]

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
Mortalität				
AP (antepartal): vor Aufnahme	38	4.7‰	207	3.0‰
AP(antepartal): nach Aufnahme	8	1.0‰	48	0.7‰
SP (subpartal)	3	0.4‰	19	0.3‰
Neonatal (Tag 1-7)	14	1.7‰	127	1.8‰
Antepartale Mortalität	46	5.7‰	255	3.6‰
Perinatale Mortalität	63	7.8‰	401	5.7‰

Basis: Alle Kinder

Im Jahr 2011 sind 63 Kinder in der Perinatalzeit (vor, während, bis 7 Tage nach Geburt) verstorben. 49 (antepartal = vor der Geburt und subpartal = während der Geburt) Kinder wurden bereits tot geboren, 14 sind innerhalb der ersten 7 Lebenstage (Neonatal) verstorben. Diese Zahlen beinhalten auch jene Kinder mit an sich nicht lebensfähigen Missbildungen. 46 Frauen sind bereits mit einem abgestorbenen Fetus im Bauch ohne Wehentätigkeit an die jeweilige Abteilung gekommen. 3 Kinder (zumeist schwere Fehlbildungen z.B. Herzfehler) sind während der Wehentätigkeit (subpartal) verstorben.

Abbildung 14: Perinatale Mortalität in Promille, 2011

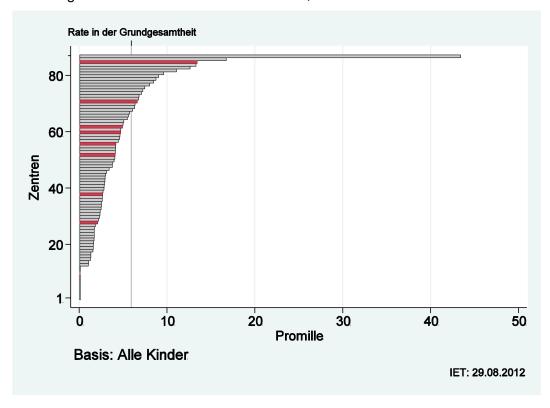
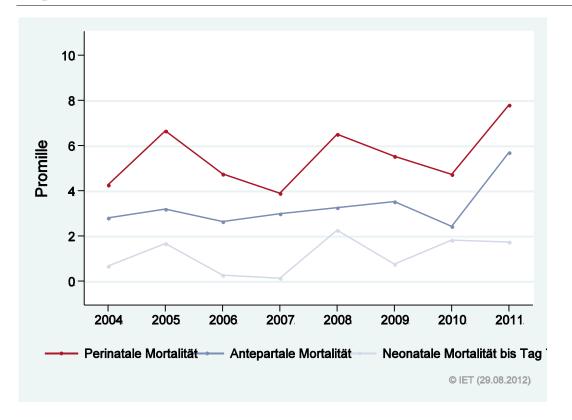


Abbildung 15: Kindliche Mortalität





Die aus der Abbildung ersichtlichen Schwankungen seit 2004 dürfen als normal angesehen werden und sind nicht Ausdruck einer schwankenden Qualität in der peripartalen Betreuung. Abteilungen mit einem größeren Risikokollektiv weisen auch eine höhere perinatale Mortalität auf.

Tabelle 31: Mortalität aufgeschlüsselt nach Gewicht, 2011

	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
bis 499g				
AP:vor Aufnahme	0	0.0‰	0	0.0‰
AP:nach Aufnahme	2	400.0‰	0	0.0‰
SP	0	0.0‰	0	0.0‰
Neonatal:Tag 1-7	2	400.0‰	3	750.0‰
500g-749g				
AP:vor Aufnahme	8	347.8‰	1	100.0‰
AP:nach Aufnahme	0	0.0‰	0	0.0‰
SP	3	130.4‰	1	100.0‰
Neonatal:Tag 1-7	5	217.4‰	3	300.0‰
750g-999g				
AP:vor Aufnahme	9	300.0‰	2	133.3‰
AP:nach Aufnahme	0	0.0‰	0	0.0‰
SP	0	0.0‰	0	0.0‰
Neonatal:Tag 1-7	2	66.7‰	1	66.7‰
1000g-1499g				
AP:vor Aufnahme	3	55.6‰	1	43.5‰
AP:nach Aufnahme	1	18.5‰	0	0.0‰
SP	0	0.0‰	0	0.0‰
Neonatal:Tag 1-7	0	0.0‰	1	43.5‰



	GESPAG		Alle anderen Abteilungen	
1500g-1999g				
AP:vor Aufnahme	5	39.1‰	1	12.8‰
AP:nach Aufnahme	2	15.6‰	0	0.0‰
SP	0	0.0‰	0	0.0‰
Neonatal:Tag 1-7	3	23.4‰	0	0.0‰
2000g-2499g				
AP:vor Aufnahme	3	8.2‰	2	8.9‰
AP:nach Aufnahme	1	2.7‰	0	0.0‰
SP	0	0.0‰	0	0.0‰
Neonatal:Tag 1-7	1	2.7‰	0	0.0‰
2500g-3999g				
AP:vor Aufnahme	11	1.6‰	4	0.9‰
AP:nach Aufnahme	2	0.3‰	0	0.0‰
SP	0	0.0‰	0	0.0‰
Neonatal:Tag 1-7	1	0.1‰	0	0.0‰
ab 4000g				
AP:vor Aufnahme	1	1.4‰	0	0.0‰
Neonatal:Tag 1-7	0	0.0‰	0	0.0‰
ohne Angabe				
AP:vor Aufnahme	0	0.0‰	0	0.0‰
Neonatal:Tag 1-7	0	0.0‰	0	0.0‰

Basis: Alle Kinder

Abbildung 16: Überleben nach Gewicht im Jahresverlauf

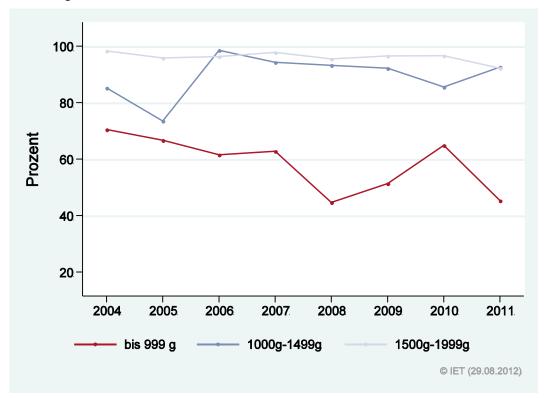
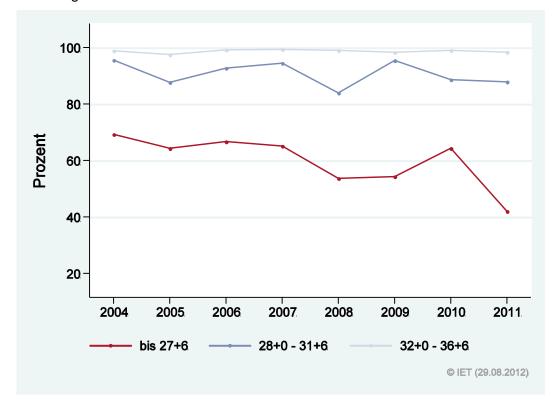




Abbildung 17: Überleben nach SSW im Jahresverlauf



Im Österreichervergleich liegt die Mortalitätsrate im Österreichschnitt. Bei subpartaler Mortalität in der Schwangerschaftswoche 25+6 liegt die gespag über dem österreichischen Schnitt. Die Überlebensraten nach der 26. Schwangerschaftswoche liegen im bzw. besser als der österreichische Durchschnitt.



Ergebnis Fachaudit Geburtshilfe

Ulrike Sandner

Auf Basis einer Risikoanalyse und in Vereinbarung mit den Mitgliedern der gespag Fachkommission als Expertinnen- und Expertengremium ist die Geburtshilfe als Pilotbereich des Peer Review Verfahrens ausgewählt worden. Innerhalb der gespag wurden im Jahr 2011: 8.067 (2010: 8.260) lebende Kinder geboren, davon waren 7.793 (2010: 7.975) Einlinge, 155 (2010: 148) Zwillinge und 2 (2010: 4) Drillingsgeburten. In Abteilungen mit weniger als 500 Geburten lag der Anteil der Zwillingsgeburten im Jahr 2011 bei 0,8% (2010: 1,0%) und damit in etwa im Österreichschnitt von 0,9%.

Die Verwirklichung des Systems Fachaudit startete im Jahr 2009 mit der Standardisierung von 9 Notfallszenarien in der Geburtshilfe, die von einem renommierten Gutachter des Faches Gynäkologie und Geburtshilfe begutachtet und in Folge in allen Geburtshilflichen Abteilungen der gespag umgesetzt wurden. Basis für die internen und externen Fachaudits war:

- die Erfüllung der grundlegenden Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem (ISO 9001),
- eine Bewertung der erreichten Kennzahlen im gespag bzw. Österreichvergleich
- die Umsetzung der Vorgehensweisen bei Notfällen sowie
- die fachliche Beurteilung von 3 zufällig ausgewählten Behandlungsverläufen.

Insgesamt sind 8 interne Fachauditoren vom Qualitätsmanagement, in Zusammenarbeit mit der TÜV AUSTRIA CERT ausgebildet worden.

Im ersten Halbjahr 2011 wurden die internen Fachaudits nach folgendem Schema abgewickelt: Parallel zur Prüfung der 3 blind ausgewählten Krankengeschichten und der Kennzahlenergebnisse durch die Fachauditoren, auditierten die Systemauditorinnen das QM-System. Anschließend wurde das Ergebnis der fachlichen Prüfung im kollegialen Dialog besprochen und Hinweise gegeben. Das Audit endete mit einem Rundgang durch die Abteilung mit der Abschlussbesprechung. Zu den getroffenen Auditfeststellungen sind Maßnahmen formuliert und Umsetzungszeiträume festgelegt worden.

Die externen Audits sind analog zu den internen durchgeführt worden. Als externer Fachexperte war Prof. Prim. Dr. Alfons Staudach eingeladen, den Systemteil auditierte Hr. Ing. Anton Traussnig von der TÜV AUSTRIA CERT.

Besonderes Augenmerk lag auf den erreichten Ergebnisqualitätskennzahlen. Zu den wesentlichen Kennzahlen wurden Soll-Werte festgelegt:

- Sectio-Rate (Soll-Wert: 20-35%): der Soll-Wert wurde in allen Abteilungen erreicht.
 - o gespag 2010: 26,3% [18,9% bis 32,9%],
 - gespag 2011: 25,8% [20,3% bis 33,3%].



- Abteilungen mit weniger als 500 Geburten im Österreichvergleich 2011: gespag: 27,6%, Österreich: 29,4%.
- Anteil von regionalen Anästhesieverfahren bei Sectio-Geburt (Soll-Wert: mind. 70%): der Soll-Wert ist 2011 noch nicht von allen Abteilungen erreicht.
 - o gespag 2010: 71,3% [54,6% bis 97,6%],
 - o gespag 2011: 70,5% [55,9% bis 92,9%].
 - Abteilungen mit weniger als 500 Geburten im Österreichvergleich 2011: gespag: 81,2%, Österreich: 78,8%.
- Postpartaler Nabelschnur-pH-Wert vorhanden (Soll-Wert: 0% ohne Angabe): Der Soll-Wert wird noch nicht erreicht.
 - o gespag 2010: 4,3% [0,8% bis 17,9%],
 - o gespag 2011: 3,9% [1,7% bis 15,1%].
 - Abteilungen mit weniger als 500 Geburten im Österreichvergleich 2011: gespag 6,2%, Österreich: 6,5%.

Zusätzlich wurden begutachtet:

- Anteil von azidotischen (Nabelschnur-pH-Wert < 7,20) und deprimierten (APGAR-Wert < 7) sowie schwer azidotischen und deprimierten (NApH < 7,10 und APGAR < 5) Neugeborenen:
 - 2010: 0,4% [0,0% bis 0,5%] bzw. bei schwer azidotischen und deprimierten 0,1% [0,0% bis 0,5%]
 - 2011: 0,4% [0,0% bis 0,8%] bzw. bei schwer azidotischen und deprimierten 0,1% [0,0% bis 0,3%]
 - Abteilungen mit weniger als 500 Geburten im Österreichvergleich 2011: gespag: 0,3% Österreich: 0,7% bzw. bei schwer azidotischen und deprimierten Neugeborene: gespag: 0,1%, Österreich: 0,1%
- Perinatale Mortalität hierzu liegen noch keine österreichweiten Daten für das Jahr 2011 vor:
 - o 2010: 0,47% [0,0% bis 0,83%]
 - o 2011: 0,67% [0,0 bis 1,21%]
 - Abteilungen mit weniger als 500 Geburten im Österreichvergleich 2010: gespag:
 0,22%, Österreich: 0,26%
- Anteil Dammrissrate I/II und III/IV sowie Episiotomierate
 - 2010: Dammriss I/II: 32,9% [17,4% bis 49,4%]; Dammriss III/IV: 1,7% [0,0% bis 2,5%]; Episiotomierate: 26,7% [10,1% bis 38,9%]
 - 2011: Dammriss I/II: 33,0% [26,8% bis 46,8%]; Dammriss III/IV: 1,8% [0,0% bis 2,3%]; Episiotomierate: 24,7% [6,6% bis 33,5%]



- Abteilungen mit weniger als 500 Geburten im Österreichvergleich 2011: Dammriss I/II: gespag: 34,5%, Österreich: 32,6%, Dammriss III/IV: gespag: 1,1%, Österreich: 1,4%; Episiotomien: gespag: 23,2%, Österreich: 17,0%
- Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist von 4,7 auf 4,5 Tage gesunken.

Die Fachabteilungsleiter schätzen neben der Steigerung der Qualität vor allem, dass eigene Handlungsweisen strukturiert im fachlichen Austausch reflektiert werden und damit ein Lernen voneinander möglich gemacht wurde. Ein wesentliches Ergebnis der Fachaudits war die Dokumentation der Geburt auf der Fieberkurve nach einem best practice Beispiel der Landes-Frauen und Kinderklinik und des KH Steyr in allen gespag Häusern zu standardisieren. Ein weiteres wichtiges Ergebnis war nach dem best practice Beispiel im KH Rohrbach wiederkehrende Trainings der Vorgehensweisen bei geburtshilflichen Notfällen in allen Krankenhäusern durchzuführen.

Bewertung des Systems durch Prof. Prim. Dr. Gernot Tews, Leiter Geburtshilfe der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz

Das Fachaudit fand auch zum gewählten und vereinbarten Termin in einer sehr angenehmen Atmosphäre statt und wurde nach etwa 5 Stunden abgeschlossen. Für die MitarbeiterInnen der geburtshilflichen Abteilung der Frauenklinik war dieses Audit nunmehr kein Neuland mehr, weil eben auch die IVF-Abteilung an der LFKK jährlich im Sinne von ISO 9001 auditiert wird.

Wichtig für ein derartiges Audit ist eine entsprechende Vorbereitung. Seitens des Qualitätsmanagements wurden uns daher schon Monate vorher Unterlagen zur Verfügung gestellt, deren Ausarbeitung entsprechend Zeit benötigte. Für den ungehinderten Ablauf des Audits und dessen Erfolg ist jedoch die Beschäftigung mit der Materie im Vorfeld unabdingbar.

Ein wichtiger Erfolgsfaktor des Audits ist, speziell das Aufgabengebiet der Abteilung herauszuarbeiten, wobei dies alles schriftlich belegbar sein soll. Weiters sollen auch die Leistungsparameter aufliegen sowie Guidelines, Leitlinien, SOP's usw. vorhanden sein. Selbstverständlich haben alle diese schriftlichen Unterlagen bei dem Audit griffbereit zu sein.

Wesentlich ist natürlich auch der Umgang mit Fehlern und deren Dokumentation. Hier gibt es entsprechende Formulare, wobei diese natürlich das ganze Jahr über und nicht nur punktuell kurz vor dem Audit zu sammeln sind. Der Hauptvorteil des Audits liegt mit Sicherheit darin, eigene Handlungsweisen zu überdenken und Abläufe zu ordnen. Das Audit zwingt geradezu zu einer geordneteren (nicht unbedingt vermehrten) Dokumentation, wobei dies bei forensischen Problemen durchaus von Vorteil ist.

Das Audit selbst hat bei einem noch zu vertretenden Organisationsaufwand und Wiederholungsintervallen von 5 Jahren mit Sicherheit den Vorteil einer Qualitätssteigerung. Ich nehme daher an, dass sich dieses System auch in anderen Bundesländern durchsetzen wird. Nicht zuletzt wurde in einer Expertendiskussion im Gesundheitsministerium auch darüber intensiv diskutiert.



Bewertung des Systems durch Prim. Dr. Peter Stumpner, Leiter der Gynäkologie und Geburtshilfe des KH Rohrbach

Die Aufgabenstellung war: Risiko und geburtshilfliche Notfälle zu definieren, Mindest-Strukturen (personell, apparativ, räumlich,...) für den Kreißsaalbereich festzulegen, Prozesse zu vereinheitlichen, med. SOP's für das Unternehmen zu erarbeiten und Kennzahlen zu definieren um die "geburtshilfliche Qualität" zu messen (Ergebnisqualität).

Als Prüf-Methode wurde das peer review Verfahren und die "Tracer Methode" geplant: Das Peer Review (Kreuzgutachten) wird mit internen Audits im Zweijahresabstand und externen Audits in Fünfjahreszyklen durchgeführt. Die Tracer Methode verfolgt methodisch Patientinnenspuren durch Studium der kompletten Krankengeschichte und Prozesse durch Nachvollziehen von Standardprozeduren für bestimmte Notfälle. Natürlich müssen alle Information gut und leicht zugänglich abgelegt werden um im Notfall rasch zu Verfügung zu stehen. In Rohrbach erfolgen außerdem alle 2 Monate Kreißzimmer-Trainings. Dabei werden die wichtigsten Einrichtungen (Kreißzimmer, medizinische Geräte, Medikamentenschrank, etc) besichtigt und die wichtigsten SOP's (Alarmierung, spezielle Notfälle, …) besprochen und geübt.

Zuerst stand ich dem Vorhaben etwas reserviert gegenüber: "Viel Arbeit und viel Papier", Standards und SOP's der Marke "Eigenbau" hatten wir bereits. Eine Motivation zur Durchführung der Zertifizierung war schließlich die Absicherung bzw. der breitere Rücken im Schadensfall.

Im Laufe der Zeit erkannte ich jedoch den besonderen Wert vom geordneten Überdenken der Notfälle. Dabei waren nicht die medizinisch wissenschaftlichen Fakten im Vordergrund, sondern die Arbeitsabläufe, räumlichen und personellen Gegebenheiten, Wege, Informationszugang, Kommunikation, Aufgabenteilung, Alarmierungen, Dokumentation, Fehlermanagement, Verbesserungsmanagement, Ausbildung und Schulung etc. Dieser Zugang zur Medizin ist für uns Ärzte ungewohnt, jedoch sehr interessant und sollte viel mehr in den Vordergrund rücken. Der Aufwand war nicht gering und hat auch die Pflege und Hebammen gefordert.

Die internen Audits waren ein Probelauf mit gegenseitigen Überprüfungen. Dabei war der Vergleich mit anderen Abteilungen anhand der Kennzahlen interessant. Einige Zahlen führten auch zu Änderungsmaßnahmen. Der Höhepunkt des gesamten Projektes war das externe Audit. Dieses war strenger als erwartet. Letztendlich gab es nach genauer Prüfung nur minimale Beanstandungen und das TÜV Zertifikat wurde uns erteilt.

Die Audits brachten als Ergebnis die Notwendigkeit zur weiteren Standardisierung. So wurde im Bereich der Einleitung bei Terminüberschreitung eine Empfehlung festgelegt sowie eine Festle-



gung zur Risikoprofilminimierung für Geburtshilfliche Abteilungen in Krankenhäusern ohne Kinderstation standardisiert.

Zur Vertiefung des QM-Systems wurde auch ein Standard zur Vorgehensweise bei der forensisch korrekten Spurennahme im Fall des Verdachts auf sexuellem Missbrauch hauptverantwortlich vom Qualitätsmanagement auf Basis der Vorarbeit des KH Steyr und der Schulungsunterlagen erarbeitet. Die Schulungen waren verpflichtend. Insgesamt nahmen 162 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Geburtshilfe und Pädiatrie teil. Als Vortragende waren eine Expertin der Gerichtsmedizin Linz-Salzburg und eine Expertin vom Landeskriminalamt Oberösterreich eingeladen.

Bewertung von Ing. Anton Traussnig, Auditor TÜV AUSTRIA CERT GMBH

Mit dem "medizinischen Fachaudit Geburtshilfe" hat die gespag völlig neue Wege beschritten. Neben Standardanforderungen der Qualitätsmanagementnorm ISO 9001 wurden bei den Fachaudits auch die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beurteilt. Die Fachaudits wurden unter Beiziehung eines unabhängigen Fachexperten durchgeführt, wobei unter anderem auch Einsichtnahmen in Krankengeschichten erfolgten und die leitlinienkonforme Abwicklung mit beurteilt wurde. Ein großer Schwerpunkt bildete dabei auch die freiwillige Risikoeingrenzung und die Risikominimierung mit der Überprüfung der festgelegten Notfallszenarien sowie der Durchführung von Notfallübungen.

Allen sieben zertifizierten geburtshilflichen Abteilungen der gespag-Häuser konnte ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt werden. Sowohl die infrastrukturellen Voraussetzungen, wie auch die Mitarbeiterqualifikation und Motivation bewegen sich auf sehr hohem Niveau. Die Patientenorientierung und das Qualitätsbewusstsein sind sehr gut ausgeprägt. Die Kommunikationsstrukturen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen funktionieren sehr gut. Neben der Risikominimierung wird aktiv an einer ständigen Verbesserung gearbeitet.

Gratulation zu diesem gewagten Schritt der unabhängigen Überprüfung und der äußerst professionellen Umsetzung in der Praxis.



Glossar

Amniozentese Fruchtwasserpunktion

AP antepartual: in der Schwangerschaft, vor Geburtsbeginn

APGAR Beurteilung des Zustandes des Neugeborenen: Hautfarbe,

Atmung, Reflexe, Herzschlag, Muskeltonus (max. 10 Punkte)

BEL Beckenendlage

Chorionzottenbiopsie Probenentnahme aus der Plazenta in der Frühschwangerschaft

zur Diagnose genetischer Fehlentwicklungen

CTG Cardiotokogramm: Überwachung der Herztöne des Ungebore-

nen

und der mütterlichen Wehen

DSG Deutsche Sepsisgesellschaft

Epiduralänasthesie Leitungsanästhesie über die Wirbelsäule mit liegendem Kathe-

ter

Episiotomie Scheidendammschnitt

FISH Fluoreszenz-In-Situ-Hybridisierung

FW Fruchtwasser

Gewichtsperzentile Einteilung des Gewichts nach Standardwerten,

je nach Geschlecht und SSW

GT Geburtstermin

HELLP-Syndrom Akronym für Hemolysis, Elevated Livers enzymes, Low Platelet

Count

ICSI intracytoplasmatische Spermieninjektion

IUGR Intra-Uterine Growth Restriction / intra-uterine

Wachstumsverzögerung

IUI Intra-Uterine-Insemination

IVF In-Vitro-Fertilisation

PCO-Syndrom Polyzystisches Ovarialsyndrom

TESE-ICSI Testikuläre Spermien Extraktion mit ICSI

MBU Mikroblutuntersuchung: Untersuchung des kindlichen Blutes auf

Sauerstoffgehalt während der Geburt

Morbidität Häufigkeit des Auftretens von Erkrankungen von Mutter und

Kind

Mortalität Häufigkeit der Todesfälle bezogen auf alle Geburten

Na-pH-Wert = Aziditätsindex

Neonatale Mortalität ab der Geburt bis zum 28. Tag nach der Geburt

NICU Neonatal Intensive Care Unit



Partogramm Dokumentation des Geburtsverlaufs

PDA Periduralanästhesie: Regionalanästhesie
PP postpartual, post partum: nach der Geburt

Schulterdystokie gestörter Geburtsverlauf, bei dem nach der Geburt des kindli-

chen

Kopfes die vordere Schulter über der Symphyse hängen bleibt.

Sektio Kaiserschnittentbindung

SIRS Systemic Inflammatory Response Syndrom

SL Schädellage

Spinalanästhesie Leitungsanästhesie über die Wirbelsäule als Einmalinjektion

SSL Scheitelsteißlänge

SSW Schwangerschaftswoche

SP subpartual: während der Geburt

Tokolyse Wehenhemmung

US Ultraschall

Vakuum Entbindung mit der Saugglocke

Zange Entbindung mit der geburtshilflichen Zange