

Geburtenregister Tirol
Jahresbericht 2002

Institut für
klinische Epidemiologie
der TILAK GmbH

IMPRESSUM

iet – Institut für
klinische Epidemiologie
der TILAK GmbH
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck
www.iet.at

Willi Oberaigner
Hermann Leitner

Medizinische Interpretation

Hans Schröcksnadel
Gynäkologische Abteilung, A.ö. Krankenhaus Zams

Innsbruck, Mai 2003

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beschreibt die geburtshilfliche Situation in Tirol. Basis sind alle Geburten, die sich in Tirol ereignet haben, sowohl in geburtshilflichen Abteilungen als auch von Hebammen betreute Hausgeburten.

Das Geburtenregister Tirol ist primär ein Qualitätsverbesserungsprojekt. Alle teilnehmenden Krankenhäuser erhalten regelmäßig Tabellen, mit denen die eigenen Qualitätsparameter im geburtshilflichen Bereich mit allen anderen Abteilungen verglichen werden können. Die regelmäßige Auswertung der Ergebnisse für jede Abteilung hat eine permanente Auseinandersetzung mit den geburtshilflichen Parametern eingeleitet. Besonders bemerkenswert aus unserer Sicht ist die Einsetzung einer Diskussionsrunde von leitenden Ärzten und Hebammen, die sich jährlich trifft und in einer sehr offenen Art und Weise Verbesserungsmöglichkeiten der Geburtshilfe in Tirol diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet.

Erwähnenswert ist der Rückgang der Dammschnittraten – sowohl für Erstgebärende als auch für Mehrgebärende. Es ist wohl ein genereller Rückgang der Episiotomieraten in Österreich und Deutschland zu beobachten, der sehr starke und im zeitlichen Verlauf eindeutige Rückgang hängt aber nach unserer Einschätzung auch mit der regelmäßigen Diskussion der Ergebnisse in Tirol zusammen.

Erwähnenswert ist ebenfalls, dass die **Kaiserschnitttrate** in Tirol heuer erstmals die **20% Marke überschritten** hat. Bei vorangegangenem Kaiserschnitt erhielten 2/3 der Frauen wiederum eine Sectio. 4/5 der Mehrlingsschwangeren wurden durch Kaiserschnitt entbunden, ebenso 92% der Kinder in Beckenendlage.

Beachtenswert ist, dass in diesem Jahr die **perinatale Mortalität** erstmals bei **4.4‰** liegt. Ob es sich um eine einmalige Unterschreitung der 5‰-Grenze handelt oder ob sich ein längerfristiger Trend abzeichnet, können natürlich nur die Daten der nächsten Jahre zeigen. In jedem Fall sind diese Ergebnisse national und international als ausgezeichnet anzusehen.

Tirol ist das einzige Bundesland Österreichs mit einem lückenlosen Qualitätsprogramm im geburtshilflichen Bereich. Schon jetzt nehmen das Krankenhaus Bregenz, das Landeskrankenhaus Salzburg, die Krankenhäuser Ried im Innkreis und Barmherzige Brüder in Linz sowie alle Häuser der Gespag in Oberösterreich am Geburtenregister teil und es ist unser Ziel, alle perinatologischen Daten in Westösterreich in das Qualitätsverbesserungsprojekt einzubringen.

Eine jeweils bundeslandbezogene Einzelauswertung sowie der nationale Vergleich wird weiter dazu beitragen, die perinatologische Qualität in Österreich zu verbessern. Abteilungen anderer Bundesländer sind herzlich eingeladen, ihre Daten ebenfalls in das Geburtenregister einzubringen.

Dank

Zum Gelingen des Geburtenregisters trug und trägt eine Reihe von Personen im ganzen Land bei und es ist uns ein besonderes Anliegen, diesen Personen an dieser Stelle herzlich zu danken.

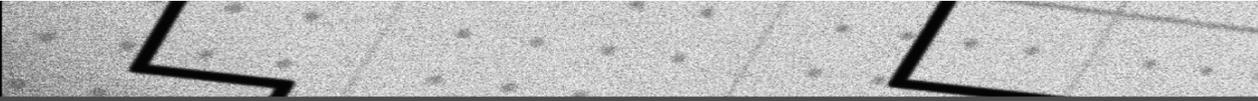
In erster Linie sind dies die Hebammen, die die Hauptlast der Dokumentation tragen, sowie die Ärzte auf den geburtshilflichen Abteilungen, die im Rahmen der Dokumentation tätig sind. Durch ihre große Sorgfalt bei der Dokumentation haben sie mit erheblichem zeitlichem Aufwand die Basis für die vorliegenden Daten geschaffen.

Ein ganz besonderer Dank gebührt Frau Dr. Elisabeth Zanon-zur Nedden, Landesrätin für Gesundheit des Landes Tirol. Das Land Tirol hat durch eine großzügige Erstinvestition den Grundstock für die Softwareausstattung gelegt und in der Folge durch Zuwendungen aus dem Qualitätsförderungsprogramm des Tiroler Krankenanstalten-Finanzierungsfonds wichtige finanzielle Unterstützung für das Projekt geleistet.

Schließlich gebührt allen Mitarbeitern des Instituts für klinische Epidemiologie der TILAK ein Dank für ihr großes Engagement beim Aufbau und der Erhaltung des Geburtenregisters. Projekte dieser Größenordnung kann man nur dann erfolgreich durchführen, wenn alle Mitarbeiter überdurchschnittlichen Einsatz leisten. Ein besonderer Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Wolf Stühlinger von der Abteilung für Qualitätsmanagement, Medizinische Planung und Dokumentation, der im Namen der TILAK alle Anliegen des Geburtenregisters immer wohlwollend behandelt und unterstützt hat.

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	3
DANK	4
1 BESCHREIBUNG DES GEBURTENREGISTERS	7
1.1 Ziele	7
1.2 Organisation des Geburtenregisters	7
1.2.1 Erhebung der Daten	7
1.2.2 Auswertungen.....	9
1.3 Wissenschaftlicher Beirat.....	9
1.4 Teilnehmende Abteilungen und niedergel. Hebammen.....	10
2 DEMOGRAFISCHE FAKTEN	11
2.1 Bevölkerung.....	11
2.2 Anzahl der Geburten in der Tiroler Bevölkerung	11
3 ERGEBNISSE	12
3.1 Beschreibung der Tabellen und Grafiken	12
3.1.1 Aufbau der Tabellen	12
3.1.2 Statistische Tests.....	13
3.1.3 Geburtsgewicht unter 500 g.....	13
3.2 Tabellen und Grafiken.....	15
GLOSSAR.....	66



1 Beschreibung des Geburtenregisters

1.1 Ziele

Das Hauptziel des Geburtenregisters Tirol ist es, einen Beitrag zur Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität zu leisten. Dieses Ziel wird durch Erfassung der geburtshilflichen Ergebnisse aller Geburten in Tirol sowie durch den anonymisierten, abteilungsspezifischen Vergleich mit den Ergebnissen anderer Abteilungen sowie durch Gesamttiroler und internationale Vergleiche erreicht.

1.2 Organisation des Geburtenregisters

Jede geburtshilfliche Abteilung eines Tiroler Krankenhauses sowie jede Hebamme, die Geburten selbständig betreut, kann am Geburtenregister teilnehmen. Für das Berichtsjahr sind dies alle geburtshilflichen Abteilungen in Tirol sowie alle niedergelassenen Hebammen in Tirol. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Jede teilnehmende geburtshilfliche Abteilung verpflichtet sich, die im Datensatz beschriebenen Informationen für jede Geburt an das zentrale Geburtenregister zu melden.

1.2.1 Erhebung der Daten

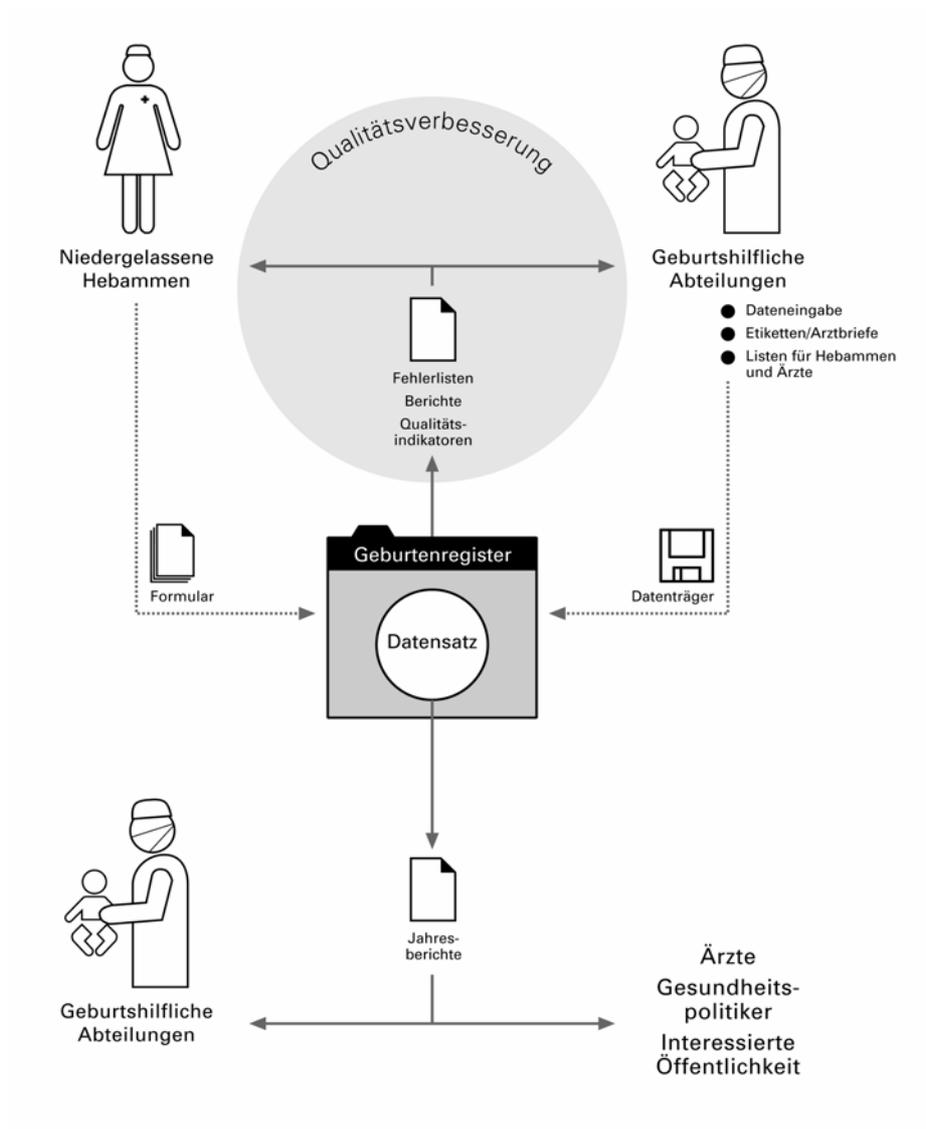
Die Erhebung der Daten in den einzelnen geburtshilflichen Abteilungen erfolgt mit Hilfe einer speziellen Software. Die Daten werden monatlich vom Geburtenregister Tirol bei den geburtshilflichen Abteilungen eingeholt, in einen gemeinsamen Datensatz eingespielt und nach folgenden Kriterien überprüft:

- ▶ Vollständigkeit (Vergleich mit Geburtenbüchern)
- ▶ Fehlerhafte Werte
- ▶ Unplausible Werte

Die Fehlerlisten werden mit der Bitte um Korrektur direkt an die zuständige Hebamme bzw. an den Arzt gesandt.

Die niedergelassenen Hebammen füllen einen Fragebogen aus, die Daten werden im Geburtenregister eingegeben.

Arbeitsweise des Geburtenregisters Tirol



1.2.2 Auswertungen

Das Geburtenregister führt folgende Auswertungen für die teilnehmenden Abteilungen regelmäßig durch:

- ▶ Kernauswertung – vierteljährlich
- ▶ Qualitätsindikatoren – jährlich
- ▶ Detaillierte Feldbeschreibung – auf Anfrage

Abteilungsspezifische Ergebnisse werden nur an die jeweilige Klinik/Abteilung weitergegeben. Die Interpretation der Ergebnisse, Schlüsse daraus und eventuelle Maßnahmen obliegen ausschließlich der jeweiligen Klinik/Abteilung. Das Geburtenregister Tirol verpflichtet sich zur strikten Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist nur mit expliziter schriftlicher Erlaubnis des jeweiligen Abteilungsvorstandes möglich. Außerdem werden strenge Datensicherheitsmaßnahmen ergriffen, die einen unbefugten Zugriff auf die gespeicherten Daten praktisch unmöglich machen.

1.3 Wissenschaftlicher Beirat

Der wissenschaftliche Beirat des Geburtenregisters, der sich mindestens halbjährlich trifft, hat folgende Aufgaben:

- ▶ Beratung des Leiters in allen relevanten Fragen
- ▶ Vorbereitung der strategischen Entscheidungen für das Geburtenregister
- ▶ Stellungnahme zu allen aktuellen Fragestellungen, die das Geburtenregister betreffen

Der wissenschaftliche Beirat spricht nur Empfehlungen aus; die Entscheidung über die Durchführung von Änderungen wird durch jede teilnehmende Abteilung eigenständig getroffen.

Derzeit sind folgende Personen im wiss. Beirat vertreten (in alphabetischer Reihenfolge):

- ▶ Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka (*Frauenklinik Innsbruck*)
- ▶ Heb. Martha Huter (*Frauenklinik Innsbruck*)
- ▶ Prim. Dr. Wilfried Müller (*BKH Reutte*)
- ▶ Prim. Dr. Gerald Pinzger (*BKH Reutte*)
- ▶ Heb. Brigitte Ritzberger (*Vertreterin des Hebammengremiums Tirol*)
- ▶ Univ.-Prof. Dr. Hans Schröcksnadel (*KH Zams*), Vorsitzender des Beirats
- ▶ Dr. Rudolf Trawöger (*Kinderklinik Innsbruck*)
- ▶ Landesrätin Dr. Elisabeth Zanon-zur Nedden (*Tiroler Landesregierung*)

1.4 Teilnehmende Abteilungen und niedergel. Hebammen

Wir sind besonders stolz darauf, dass wir lückenlos alle geburtshilflichen Abteilungen Tirols sowie alle Hebammen, die Hausgeburten betreuen, zur Teilnahme gewinnen konnten.

In der folgenden Tabelle sind die verantwortlichen Personen zusammengestellt:

Abteilung	Vorstand Primarius	verantwortlicher Arzt	verantwortliche Hebamme
Frauenklinik Innsbruck	Univ.-Prof. Dr. C. Marth	Univ.-Prof. Dr. C. Brezinka	Heb. A. Harm Heb. M. Huter Heb. M. Meirer
BKH Hall	Prim. Dr. B. Abendstein	Dr. R. Pümpel Dr. E. Mark	Heb. A. Schett
BKH Schwaz	Prim. Dr. H. Maneschg	Dr. R. Moser	Heb. B. Ritzberger
KH Zams	Univ.-Prof. Dr. H. Schröcksnadel	Dr. C. Hofer	Heb. R. Agerer
KH der Stadt Kitzbühel		Dr. J. Manzl Dr. B. Sax	Heb. M. Pall
BKH St. Johann	Prim. Dr. M. Trockenbacher	Dr. A. Zelger	Heb. M. Draschl
BKH Reutte	Prim. Dr. G. Pinzger	Dr. R. Luze	Heb. I. Kleinhans
Privatklinik Triumphpforte Innsbruck		Dr. G. Posch Dr. L. Heijbel	Heb. C. Schuchter
BKH Kufstein	Prim. MR Dr. G. Schuchter	Dr. J. Halasz Dr. A. Ehm	Heb. Th. Frind
BKH Lienz	Prim. Dr. P. Anderl	Dr. B. Mitterdorfer	Heb. H. Moser
Hausgeburten			Heb. I. Schmid-Stecher Heb. S. Wagner Heb. N. Haditsch

2 Demografische Fakten

2.1 Bevölkerung

Tirol hatte 2001 eine Bevölkerung von 673 504 Personen, die in der folgenden Tabelle nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselt sind (für das Jahr 2002 liegen noch keine Bevölkerungszahlen vor).

Alter	Frauen		Männer		Frauen+Männer	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 14 Jahre	60 509	17.5%	63 346	19.3%	123 855	18.4%
15 – 24 Jahre	42 206	12.2%	43 482	13.3%	85 688	12.7%
25 – 34 Jahre	53 315	15.4%	53 275	16.2%	106 590	15.8%
35 – 44 Jahre	55 727	16.1%	56 423	17.2%	112 150	16.7%
Über 45 Jahre	133 737	38.7%	111 484	34.0%	245 221	36.4%
Summe	345 494	100.0%	328 010	100.0%	673 504	100.0%

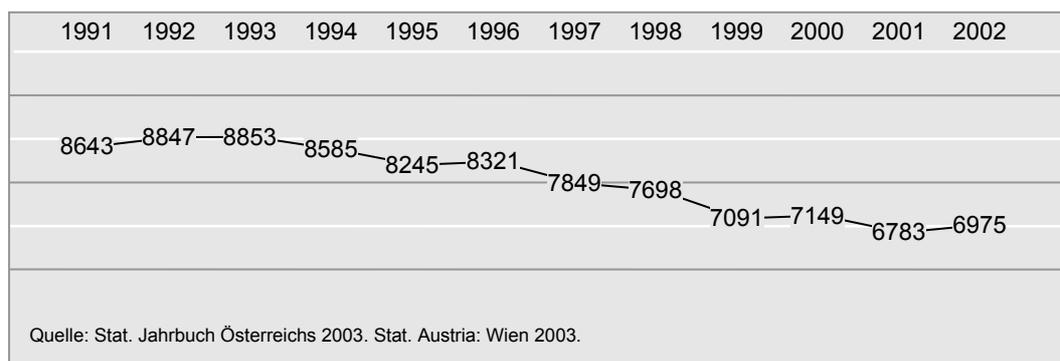
Der Anteil von Ausländern betrug im Jahr 2001 9.8%: 2.9% kamen aus EU-Staaten, 3.4% aus dem ehemaligen Jugoslawien, 2.3% aus der Türkei und 1.1% aus sonstigen Staaten.

2.2 Anzahl der Geburten in der Tiroler Bevölkerung

Die Statistik Austria erstellt regelmäßig eine Statistik über die Geburten in der Tiroler Bevölkerung. Die in der nachfolgenden Tabelle beschriebenen Zahlen beziehen sich auf den *Wohnort der Mutter* und stimmen daher nicht mit den von uns publizierten Zahlen überein, die alle Geburten umfassen, *die sich in Tirol ereignet haben*.

Im Jahr 2002 war erstmals wieder ein leichter Anstieg der Geburtenzahlen zu beobachten, allerdings liegen die Zahl der Lebendgeburten von Tirolerinnen mit 6954 immer noch unter der Anzahl des Jahres 2000 mit 7149.

Anzahl Lebendgeburten (Tiroler Bevölkerung) seit 1991:



3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Tabellen und Grafiken

Die folgenden Tabellen und Grafiken beschreiben die wichtigsten Daten, die im Geburtenregister dokumentiert werden. Seit dem Berichtsjahr 2000 halten wir uns strikt an den Datensatz, der von der AIG in Deutschland in der Fassung 2000 definiert wurde (siehe [www. BQS-Online.de](http://www.BQS-Online.de)).

3.1.1 Aufbau der Tabellen

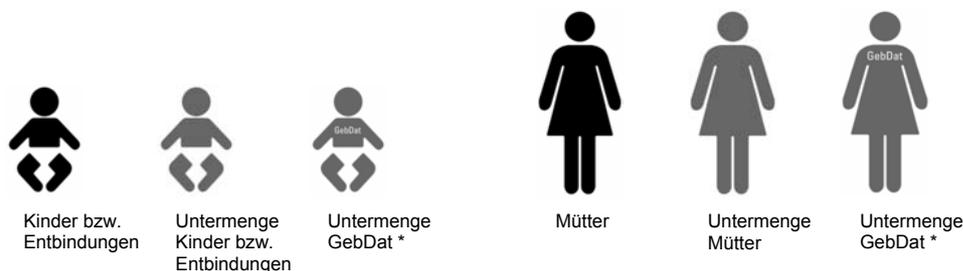
Die Tabellen sind einheitlich aufgebaut: In der ersten Spalte steht eine Beschreibung der jeweiligen Kategorie, in den beiden nächsten Spalten die Zahlen und Prozentwerte. Lediglich bei einigen Mortalitätstabellen wurde aus Gründen der leichteren Vergleichbarkeit mit anderen Publikationen die Angabe in Promille gewählt.

Die Tabellen lassen sich von ihrer Basis her gesehen in zwei Kategorien einteilen: Tabellen, in denen Mütter gezählt werden und Tabellen, in denen Kinder bzw. Entbindungen dargestellt werden. Um eine schnelle Orientierung zu ermöglichen, ist die »Basis« auch grafisch mit einem Piktogramm dargestellt.

Außerdem beziehen sich einige Tabellen jeweils nur auf eine Untermenge des Gesamtkollektivs, z. B. die Tabelle 27 mit Daten über Episiotomieraten mit denjenigen Müttern als Basis, die vaginal entbunden wurden (d.h. Frauen mit Kaiserschnitt wurden hier nicht einbezogen). In diesen Fällen sind die Piktogramme nicht schwarz, sondern in einem Grauton dargestellt.

Einige Informationen können nur mit dem Programm **GebDat** erfasst werden. Im Jahr 2002 haben acht Häuser in Tirol **GebDat** über das gesamte Jahr eingesetzt, 2 Häuser haben erst im Laufe des Jahres auf **GebDat** umgestellt. Daher ist für dieses Berichtsjahr noch eine Berücksichtigung des Dokumentationsprogramms notwendig. Wir haben die entsprechenden Tabellen (z.B. Tab 41: Fehlbildungen, diagnostiziert im Wochenbett) als Basis nur diejenigen Kinder bzw. Mütter, die mit **GebDat** dokumentiert wurden. Dies ist in den Piktogrammen mit der Beschriftung **GebDat** gekennzeichnet.

Piktogramme



Im Anschluss an jede Tabelle wird angegeben, in wievielen Fällen die entsprechende Angabe fehlt und gegebenenfalls noch wichtige weitere Erklärungen angeführt.

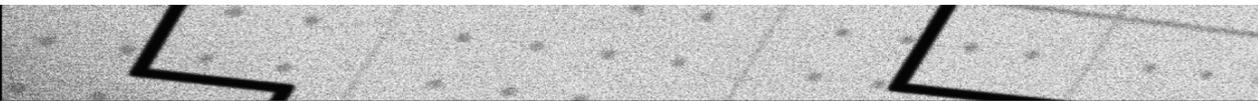
Die medizinische Interpretation zur jeweiligen Tabelle erfolgt am Ende der Seite.

3.1.2 Statistische Tests

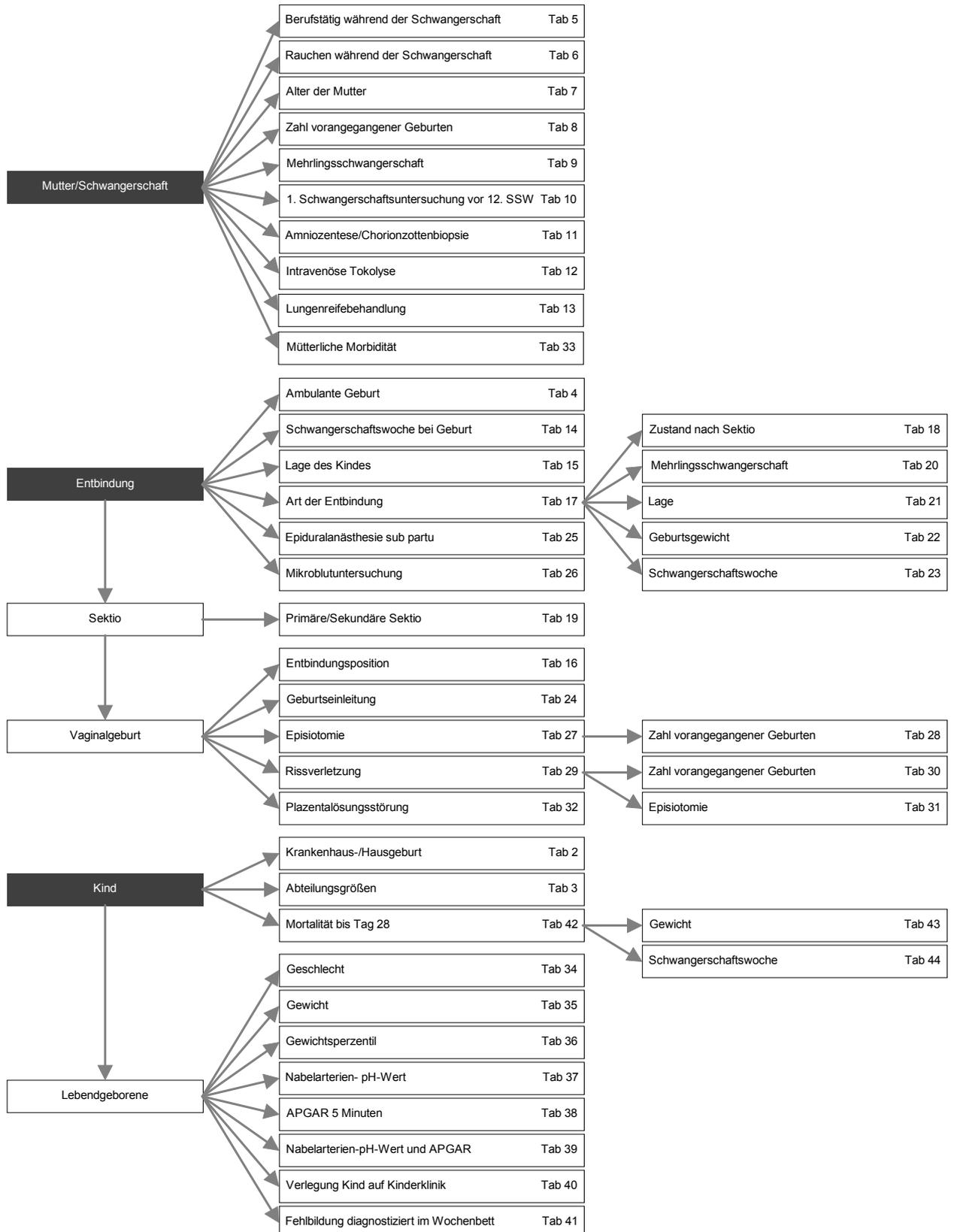
Wir haben alle statistischen Tests jeweils auf den Unterschied zwischen den Geburtsjahren 2001 vs. 2002 bezogen. Es handelt sich in der Mehrheit der Fälle um einen zweiseitigen χ^2 -Test und bei einigen numerischen Variablen um den T-Test. Statistisch signifikante Unterschiede wurden in den Tabellen mit drei Sternen *** gekennzeichnet. Wegen der Problematik des mehrfachen Testens – es wurden 53 Tests durchgeführt – wurde als Signifikanzniveau 1% gewählt (d.h. $P < 0.01$).

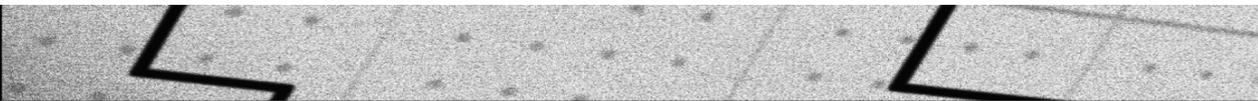
3.1.3 Geburtsgewicht unter 500 g

Abweichend von der Meldepflicht nach dem Hebammengesetz haben wir uns dazu entschlossen, Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 500g nicht in die Statistik aufzunehmen. Der Grund dafür liegt in der fehlenden Vergleichbarkeit mit anderen publizierten Daten, die deutlich zeigen, dass die Dokumentation der Geburten unter 500g in Österreich sicherlich nicht vollständig durchgeführt wird. Daher wären unsere Ergebnisse nicht mit anderen Publikationen vergleichbar und würden zu Fehlschlüssen führen.



3.2 Tabellen und Grafiken





Tab 1: Übersicht

	2002			
	Mütter/Geburten		Kinder	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Insgesamt	7148	100.0%	7243	100.0%
Erstgebärende	3305	46.2%		
Mehrlingsschwangerschaften	95	1.3%		
Vaginalgeburten	5706	79.8%	5727	79.1%
Sektionen	1442	20.2%	1516	20.9%
Schädellagen			6776	93.6%
Beckenendlagen			437	6.0%
Querlagen			27	0.4%
Frühgeburten	637	8.8%		
Übertragungen	64	0.9%		
Episiotomien	1890	33.1%		
Antepartale Todesfälle			16	2.2‰
Neonatale Todesfälle			19	2.6‰
Perinatale Todesfälle			32	4.4‰
Mütterliche Mortalität	1			

Tabelle 1

Medizinische Interpretation

In Tirol fanden im Jahre 2002 7148 Geburten mit 7243 Kindern statt. Es wurde damit nach ca. dreiprozentigem Rückgang im Jahre 2001 nahezu exakt die Geburtenzahl des Jahres 2000 wiederum erreicht. Bei 1.3% der Geburten handelte es sich um Mehrlingsschwangerschaften. Die durchschnittliche Rate an Kaiserschnitten in Tirol betrug erstmalig über 20%. Die unterschiedlichen Raten bezogen auf Geburten bzw. Kinder sind dadurch erklärbar, dass eine Mehrlingsgeburt nur als eine Geburt gezählt wird. Bei jeder dritten Vaginalgeburt wurde ein Dammschnitt durchgeführt. Bemerkenswert ist die erstmalig mit 4.4‰ unter 5‰ gelegene Rate an perinatalen Todesfällen. Ein außerklinischer mütterlicher Todesfall in der 26. SSW war durch eine Lungenembolie verursacht.

Tab 2: Hausgeburten

Tabelle 2	2002	
	Anzahl	Prozent
Krankenhausgeburt	7184	99.2%
in Klinik weitergeleitete Hausgeburt	16	0.2%
Hausgeburt	43	0.6%
Summe	7243	100.0%



Basis: Kinder
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Medizinische Interpretation

99.4% der Geburten fanden in Krankenhäusern statt, 0.8% der Frauen bevorzugten eine Hausgeburt. Ca. ¼ der geplanten Hausgeburten wurde wegen geburtshilflichen Problemen in ein Krankenhaus weitergeleitet.

Tab 3: Abteilungsgröße nach Anzahl der geborenen Kinder

	2002
Anzahl der geborenen Kinder im Jahr 2002	Anzahl
bis 499	3
500-999	5
1000-1999	2
Summe	10

Tabelle 3

Basis: Kinder
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Von den zehn Abteilungen Tirols hatten drei unter 500 Geburten pro Jahr, fünf zwischen 500 und 1000 Geburten pro Jahr, zwei Abteilungen hatten über 1000 Geburten pro Jahr.

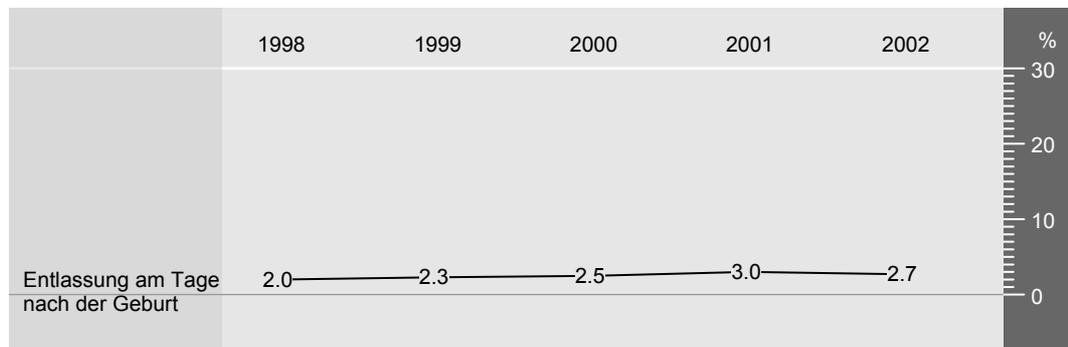
Tab 4: Ambulante Geburt
Entlassung spätestens am Tag nach der Geburt

Tabelle 4

	2002	
	Anzahl	Prozent
Ja	187	2.7%
Nein	6704	97.3%
Summe	6891	100.0%



Basis: Mütter (nur Lebendgeburten)
2002 liegen für 239 Fälle (3.4%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

2.7% der Kinder wurden im Rahmen einer ambulanten Geburt entbunden, was im wesentlichen den Vorjahreszahlen entspricht.

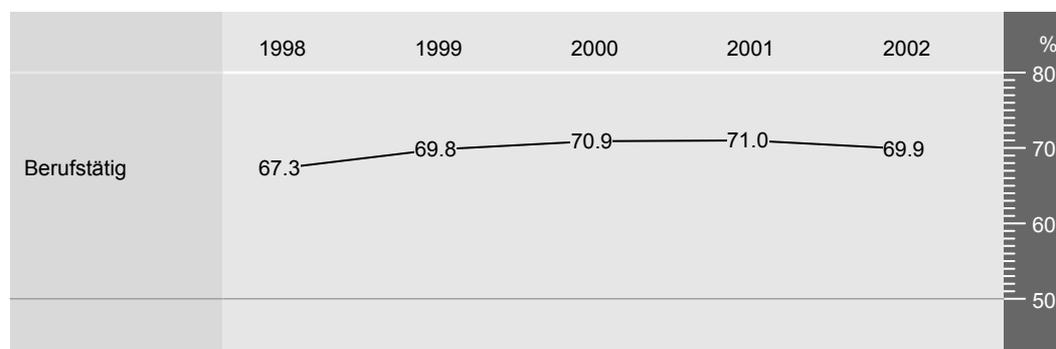
Tab 5: Berufstätig während der Schwangerschaft

	2002	
	Anzahl	Prozent
Ja	4876	69.9%
Nein	2102	30.1%
Summe	6978	100.0%

Tabelle 5

Basis: Mütter

2002 liegen für 170 Fälle (2.4%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Ca. 70% der Frauen waren während der Schwangerschaft berufstätig.

Tab 6: Rauchen der Mutter
während der Schwangerschaft

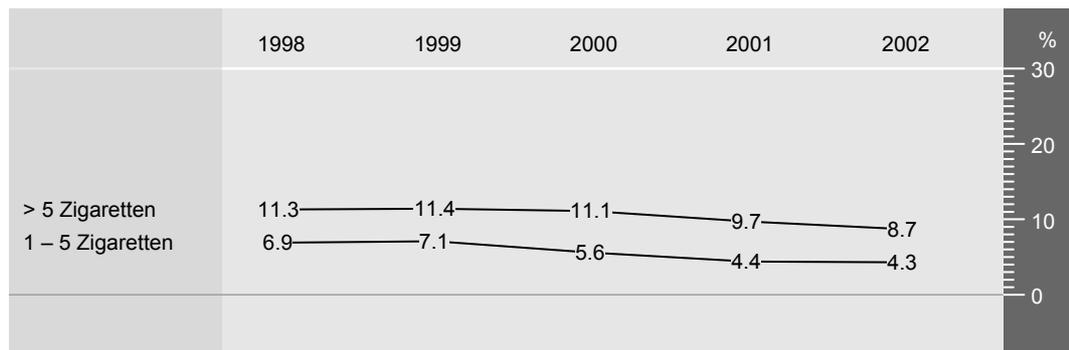
Tabelle 6

		2002	
Anzahl Zigaretten pro Tag	Anzahl	Prozent	
Keine	6220	87.0%	
1 – 5	308	4.3%	
mehr als 5	620	8.7%	
Summe	7148	100.0%	



Basis: Mütter
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: getestet wurde Nichtrauchen versus Rauchen.



Medizinische Interpretation

8.7% der Frauen rauchten während der Schwangerschaft mehr als fünf Zigaretten täglich. Hier ist gegenüber den letzten Jahren ein leicht absinkender Trend zu beobachten.

Tab 7: Alter der Mutter

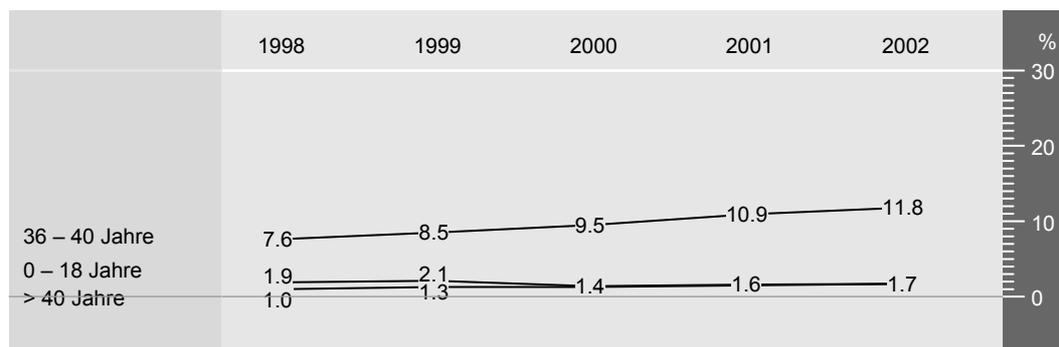
	2002	
	Anzahl	Prozent
bis 18	120	1.7%
19 – 35	6063	84.8%
36 – 40	841	11.8%
über 40	124	1.7%
Summe	7148	100.0%

Tabelle 7

Basis: Mütter

2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: gestestet wurde Alter unter 35 Jahren versus Alter über 35 Jahren.
Die Unterschiede waren nicht statistisch signifikant

**Medizinische Interpretation**

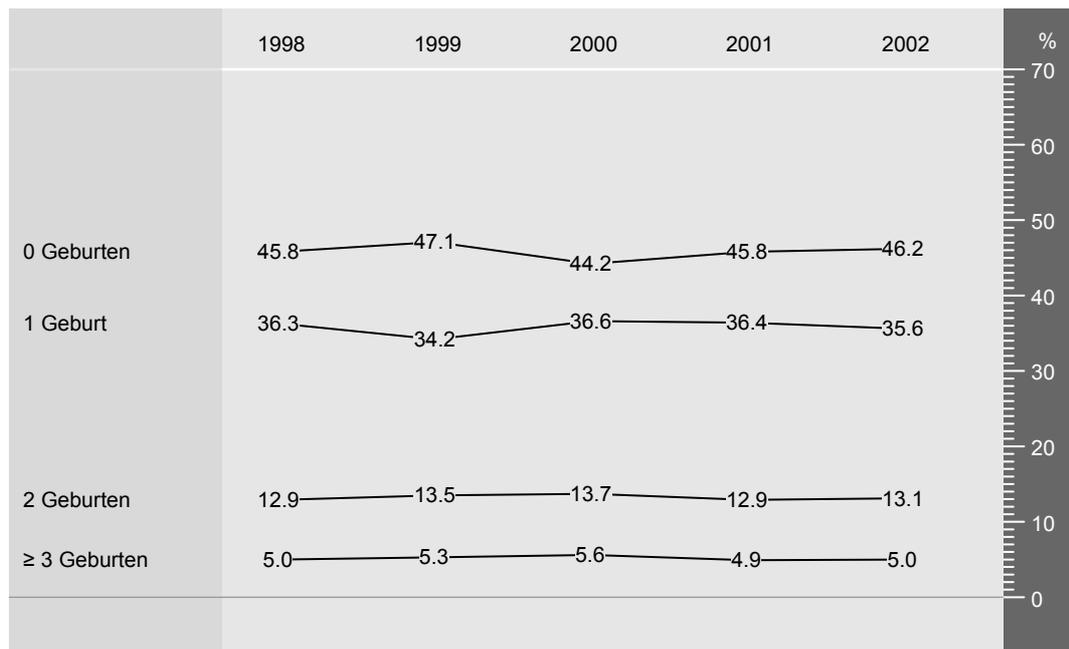
1.7% der Mütter waren unter 18 Jahren (keine wesentliche Veränderung gegenüber den letzten Jahren). Ein deutlicher Anstieg zeigte sich jedoch bei den Müttern zwischen 36 und 40 Jahren (Anstieg von 7.6% auf 11.8% innerhalb der letzten fünf Jahre) und den Müttern über 40 Jahre (Anstieg von 1.0% auf 1.7% während der letzten fünf Jahre).

Tab 8: Zahl vorangegangener Geburten

	2002	
	Anzahl	Prozent
0	3305	46.2%
1	2547	35.6%
2	939	13.1%
≥ 3	357	5.0%
Summe	7148	100.0%



Basis: Mütter
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Die Aufteilung unter den gebärenden Frauen in Erst- und Mehrgebärende änderte sich während der letzten fünf Jahre nicht wesentlich, bei nahezu der Hälfte der Geburten waren erstgebärende Frauen beteiligt. Drei Geburten und mehr hatte nur mehr jede 20. Gebärende in Tirol.

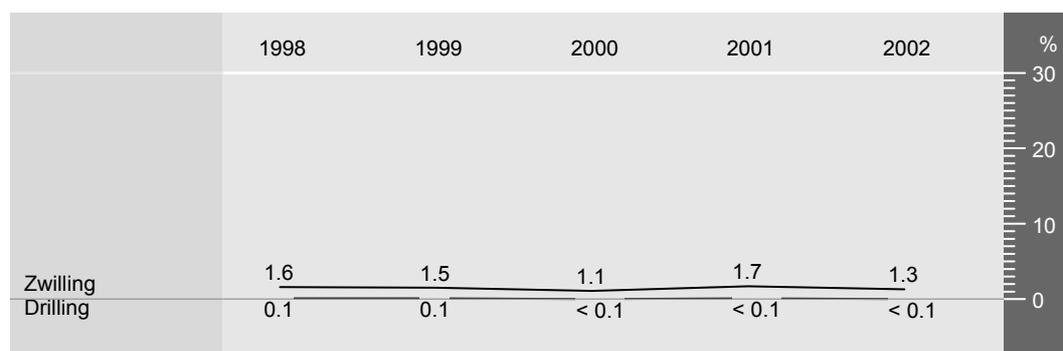
Tab 9: Mehrlingsschwangerschaft

	2002	
	Anzahl	Prozent
Einling	7053	98.7%
Zwilling	93	1.3%
Drilling	2	<0.1%
Summe	7148	100.0%

Tabelle 9

Basis: Mütter

2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Die Rate an Zwillingen in Tirol betrug 1.3%. Die Anzahl höhergradiger Mehrlinge ist mit zwei Drillingen gering, beruht aber auch darauf, dass in den letzten Jahren nur mehr weniger Embryonen beim Embryotransfer replantiert werden.

Tab 10: Erste Schwangerschaftsuntersuchung
vor der 12. Schwangerschaftswoche

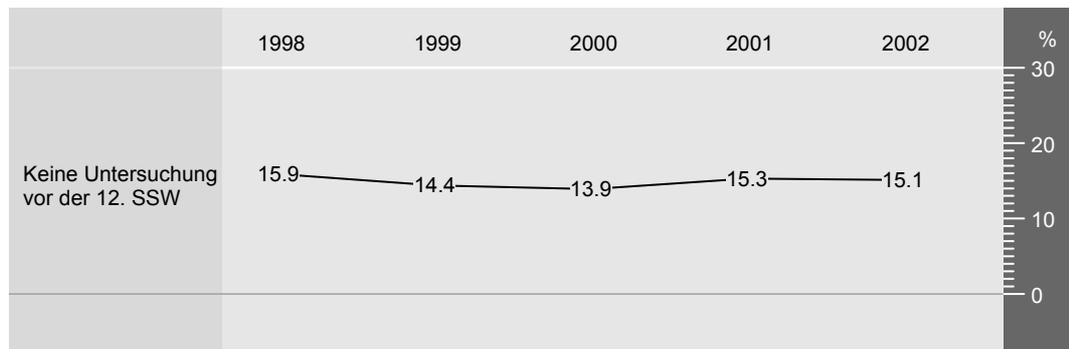
Tabelle 10

	2002	
	Anzahl	Prozent
Ja	5894	84.9%
Nein	1045	15.1%
Summe	6939	100.0%



Basis: Mütter

2002 liegen für 209 Fälle (2.9%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Ca. jede 7. Gebärende hatte keine Schwangerschaftsuntersuchung vor der 12. Woche.

Tab 11: Amniozentese / Chorionzottenbiopsie
bis 22. Schwangerschaftswoche

	2002	
	Anzahl	Prozent
Ja	247	4.2%
Nein	5690	95.8%
Summe	5937	100.0%

Tabelle 11

Basis: Mütter (GebDat)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

4.2% der Schwangeren wurden einer Amniozentese (Chorionzottenbiopsie) bis zur 22. Schwangerschaftswoche unterzogen. Das ist insofern bemerkenswert, als 13.5% der Schwangeren des untersuchten Kollektivs über 35 Jahre alt waren. Die in Relation niedrige Amniozenteserate ist großteils der Nackentransparenzmessung zuzuschreiben.

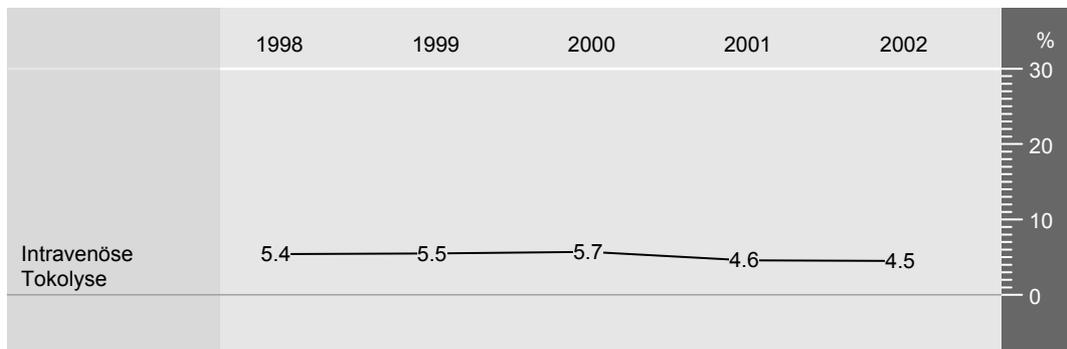
Tab 12: Intravenöse Tokolyse

Tabelle 12

	2002	
	Anzahl	Prozent
Ja	321	4.5%
Nein	6827	95.5%
Summe	7148	100.0%



Basis: Mütter
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

4.5% der Schwangeren erhielten wegen vorzeitiger Wehentätigkeit eine intravenöse Tokolyse.

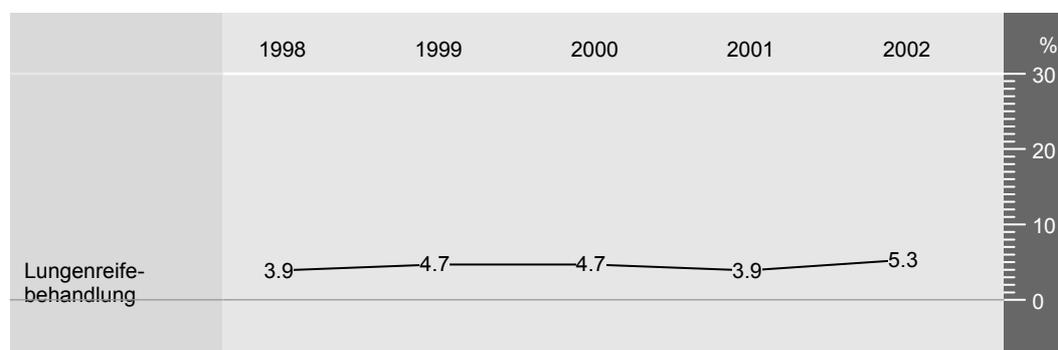
Tab 13: Lungenreifebehandlung

	2002	
	Anzahl	Prozent ***
Ja	376	5.3%
Nein	6772	94.7%
Summe	7148	100.0%

Tabelle 13

Basis: Mütter

2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

5.3% der Schwangeren erhielten eine Lungenreifeinduktion. Der um 0.8% höhere Prozentsatz im Vergleich zur intravenösen Tokolyse zeigt, dass Lungenreifeinduktionen auch bei wehenlosen Frauen durchgeführt wurden.

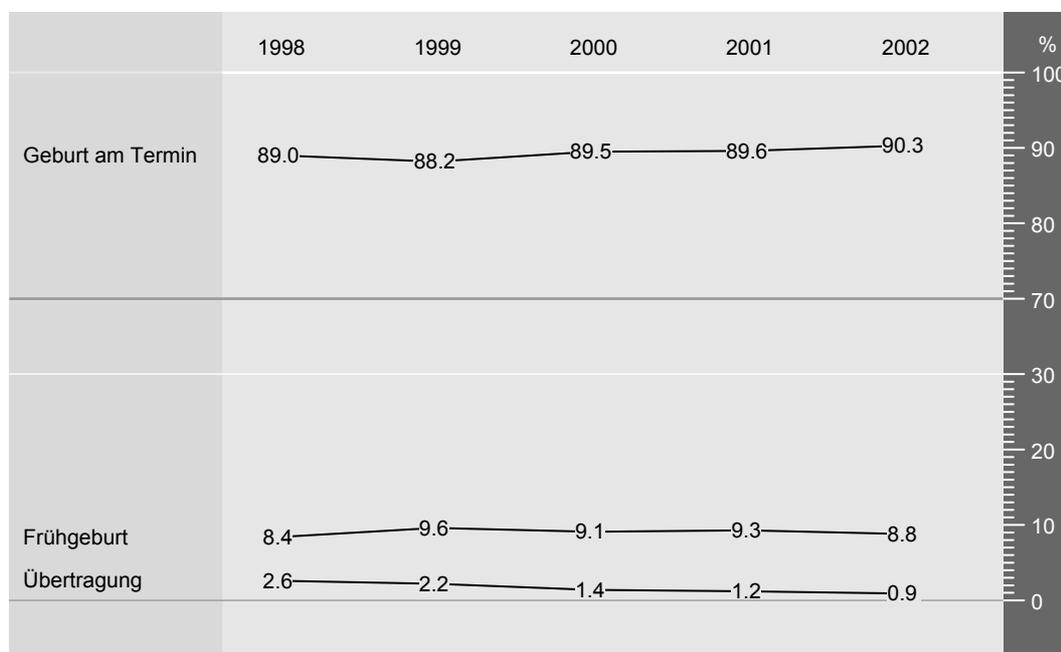
Tab 14: Schwangerschaftswoche bei Geburt

		2002	
► Frühgeburt		Anzahl	Prozent
bis SSW 26 + 0		19	0.3%
SSW 26 + 1 bis 28 + 0		16	0.2%
SSW 28 + 1 bis 30 + 0		21	0.3%
SSW 30 + 1 bis 32 + 0		43	0.6%
SSW 32 + 1 bis 37 + 0		538	7.4%
Summe		637	8.8%
► Geburt am Termin			
SSW 37 + 1 bis 42 + 0		6524	90.3%
► Übertragung			
ab SSW 42 + 1		64	0.9%



Basis: Kinder

2002 liegen für 18 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Der Prozentsatz an Frühgeburten lag im Jahr 2002 mit 8.8% etwas niedriger als in den vorangegangenen Jahren. Die Zahl übertragener Kinder (ab 14 Tage über dem errechneten Termin) hatte in den letzten fünf Jahren von 2.6% auf 0.9% deutlich abgenommen. Dies dürfte durch die allgemein durchgeführte Praxis der Einleitung am 10. Tag nach dem errechneten Termin erklärbar sein.

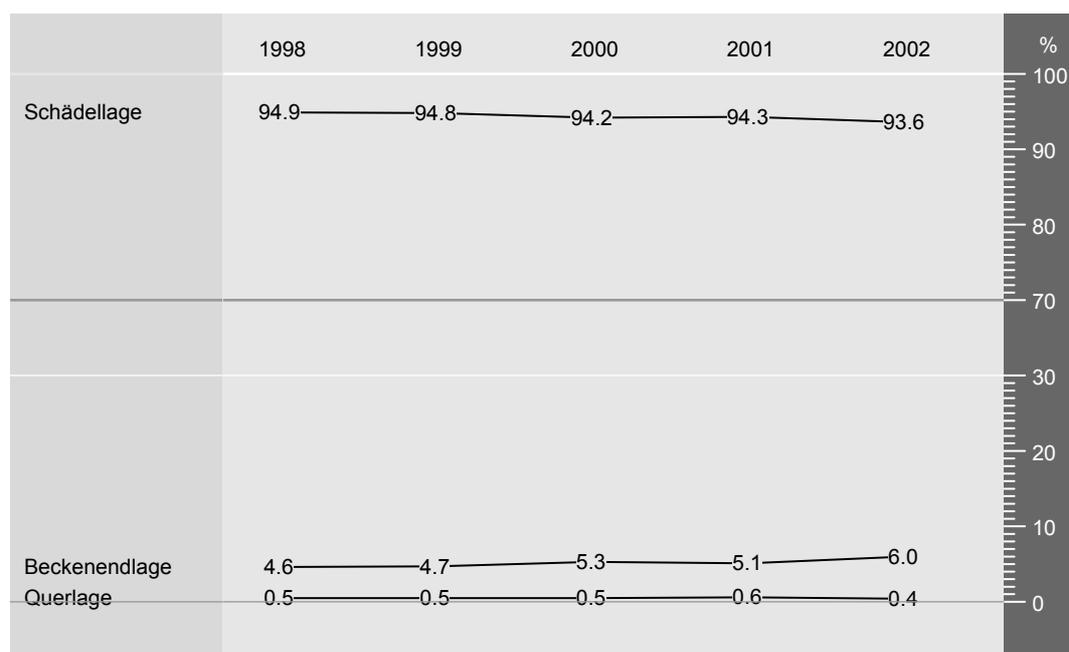
Tab 15: Lage des Kindes

	2002	
	Anzahl	Prozent ***
Schädellage	6776	93.6%
Beckenendlage	437	6.0%
Querlage	27	0.4%
Summe	7240	100.0%

Tabelle 15

Basis: Kinder

2002 liegen für 3 Fälle (< 0.1%) keine Informationen vor (es handelt sich dabei um in die Klinik weitergeleitete Hausgeburten).



Medizinische Interpretation

93.6% der Kinder wurden aus Schädellage, 6% aus Beckenendlage geboren. Innerhalb der letzten fünf Jahre zeigt sich ein deutlicher Trend der Zunahme der Häufigkeit der Beckenendlage von 4.6% auf 6%.

Tab 16: Entbindungsposition

Tabelle 16	2002	
	Anzahl	Prozent ***
Kreißbett	3616	85.5%
Hocker	175	4.1%
Wassergeburt	345	8.2%
Andere	91	2.2%
Summe	4227	100.0%



Basis: Mütter (nur Vaginalgeburten – GebDat)
2002 liegen für 513 Fälle (10.8%) keine Informationen vor.

Medizinische Interpretation

85.5% der Geburten fanden im Kreißbett statt. Die Zahl an Hockerentbindungen hat von 6.8% auf 4.1% abgenommen, die Zahl an Wassergeburt hingegen von 6.2% auf 8.2% zugenommen. Man muss somit sagen, dass die Wassergeburt eine in Tirol häufig durchgeführte Geburtsform ist.

Tab 17: Art der Entbindung

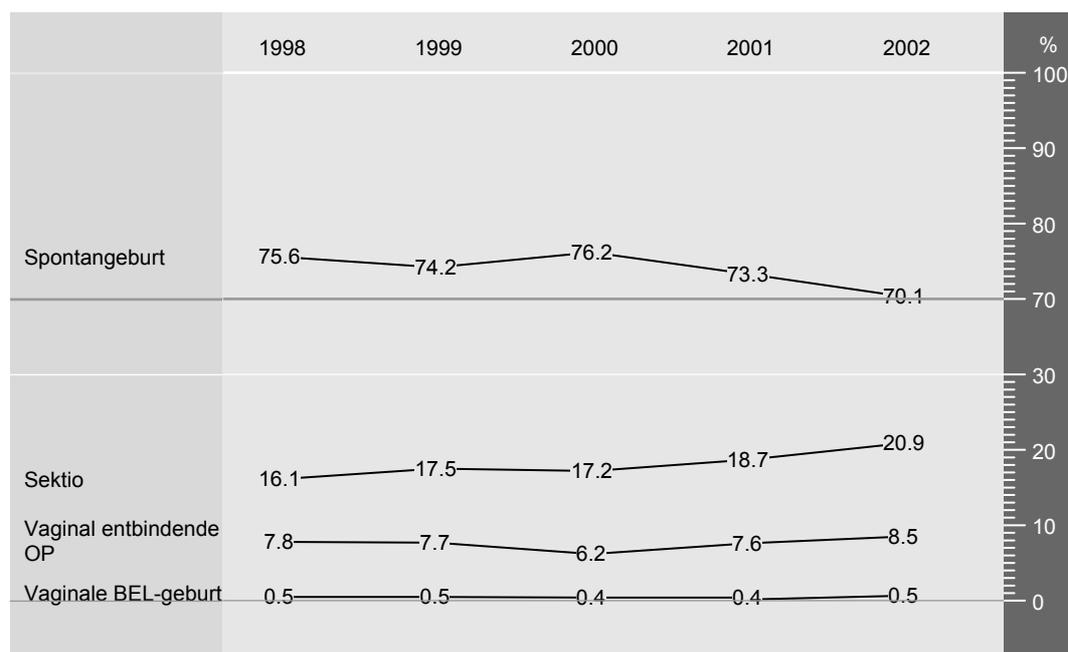
	2002	
	Anzahl	Prozent ***
Spontangeburt	5077	70.1%
Vaginal entbindende Operation	616	8.5%
Vaginale Beckenendlagegeburt	34	0.5%
Sektio	1516	20.9%
Summe	7243	100.0%

Tabelle 17

Basis: Kinder

2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: getestet wurde Vaginalgeburt versus Sektio



Medizinische Interpretation

Spontangeburt nahmen in den letzten Jahren von 75.6% auf 70.3% ab. Im gleichen Maße war die Kaiserschnittfrequenz von 16.1% auf 20.9% angestiegen. Die Zahl vaginalentbindender Operationen war mit 8.5% hingegen nur gering angestiegen. Abgenommen hatte die Zahl der vaginalen Beckenendlagegeburten.

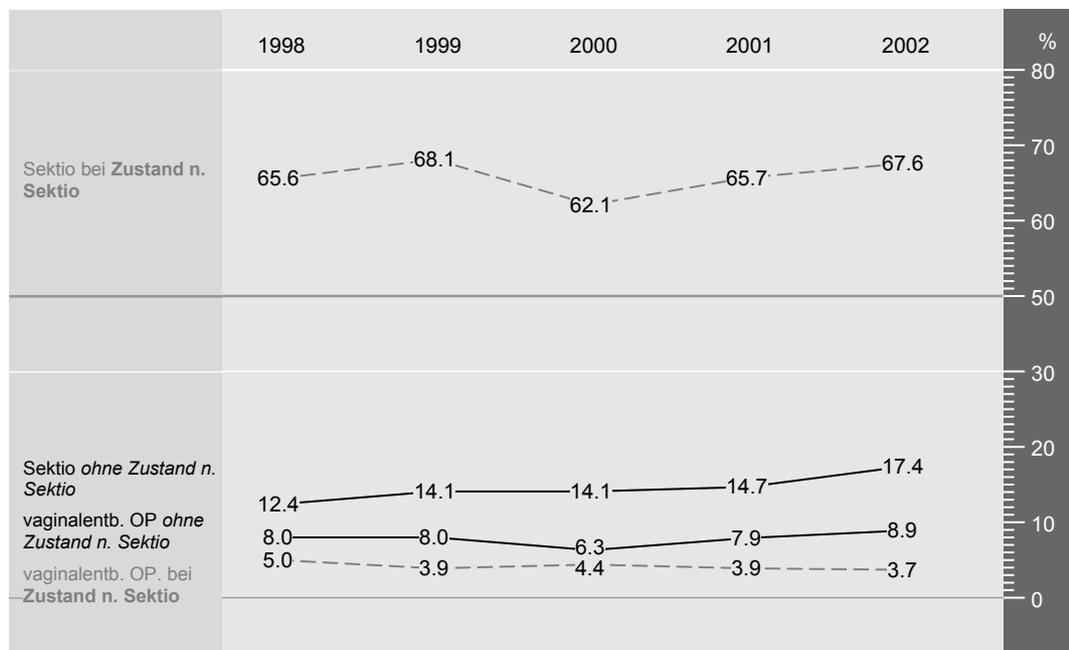
Tab 18: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Zustand nach Sektio

		2002		
► Ohne vorangegangene Sektio		Anzahl	Prozent	***
Spontangeburt		4931	73.2%	
Vaginal entbindende Operation		597	8.9%	
Vaginale Beckenendlagengeburt		34	0.5%	
Sektio		1171	17.4%	
► Mit vorangegangener Sektio				
Spontangeburt		146	28.6%	
Vaginal entbindende Operation		19	3.7%	
Vaginale Beckenendlagengeburt		—	0.0%	
Sektio		345	67.6%	



Basis: Kinder
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: getestet wurde Vaginalgeburt versus Sektio



Medizinische Interpretation

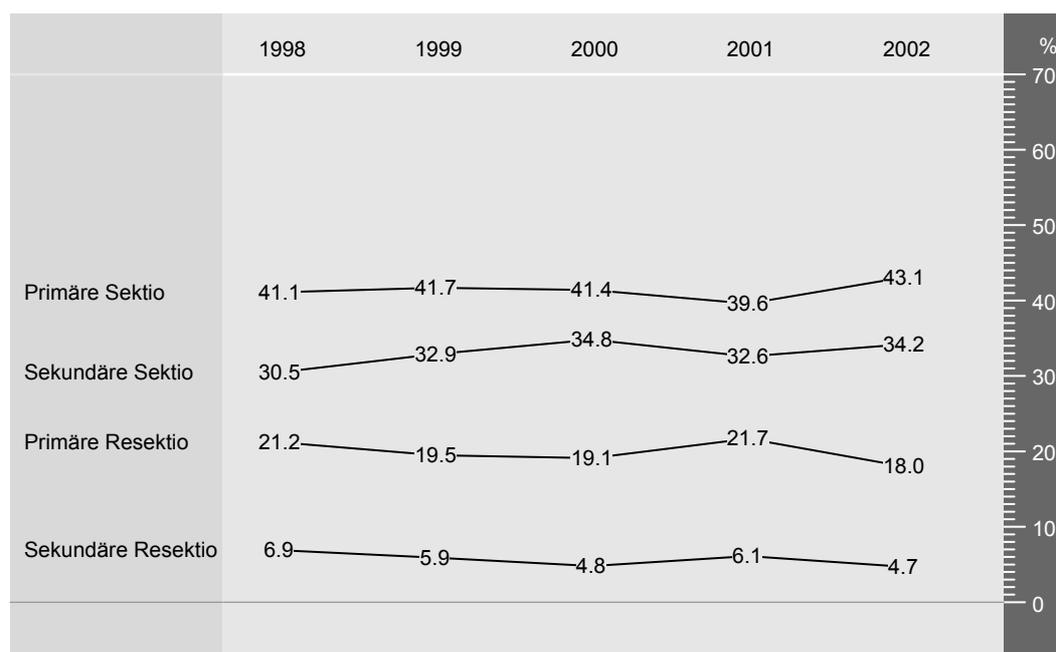
Bei vorangegangenem Kaiserschnitt erfolgte bei 28.6% der Kinder eine unauffällige Spontangeburt, bei 3.7% eine vaginalentbindende Operation. $\frac{2}{3}$ der Frauen mit vorangegangenem Kaiserschnitt erhielten wiederum einen Kaiserschnitt.

Tab 19: Primäre/Sekundäre Sektio

	2002	
	Anzahl	Prozent
Primäre Sektio	653	43.1%
Sekundäre Sektio	518	34.2%
Primäre Resektio	273	18.0%
Sekundäre Resektio	72	4.7%
Summe	1516	100.0%

Tabelle 19

Basis: Kinder (Sektionen)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Der Anteil der primären Kaiserschnitte (Sektio/Resektio) an allen Kaiserschnitten betrug 61.1%, der Anteil der sekundären Kaiserschnitte 38.9%.

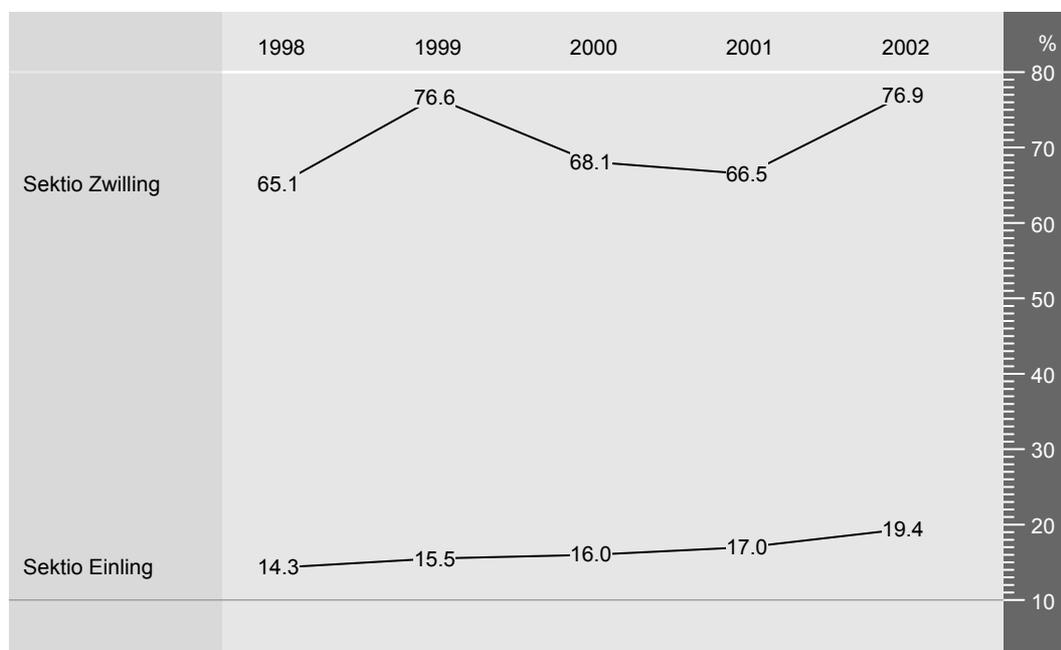
Tab 20: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Mehrlingsschwangerschaft

Tabelle 20

		2002	
		Anzahl	Prozent
► Einling			***
	Vaginalgeburt	5684	80.6%
	Sektio	1369	19.4%
► Zwilling			
	Vaginalgeburt	43	23.1%
	Sektio	143	76.9%
► Drilling			
	Vaginalgeburt	—	0.0%
	Sektio	4	100.0%



Basis: Kinder
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Von den Zwillingen wurden 76.9% durch einen Kaiserschnitt entbunden, von den Einlingen waren dies 19.4% .

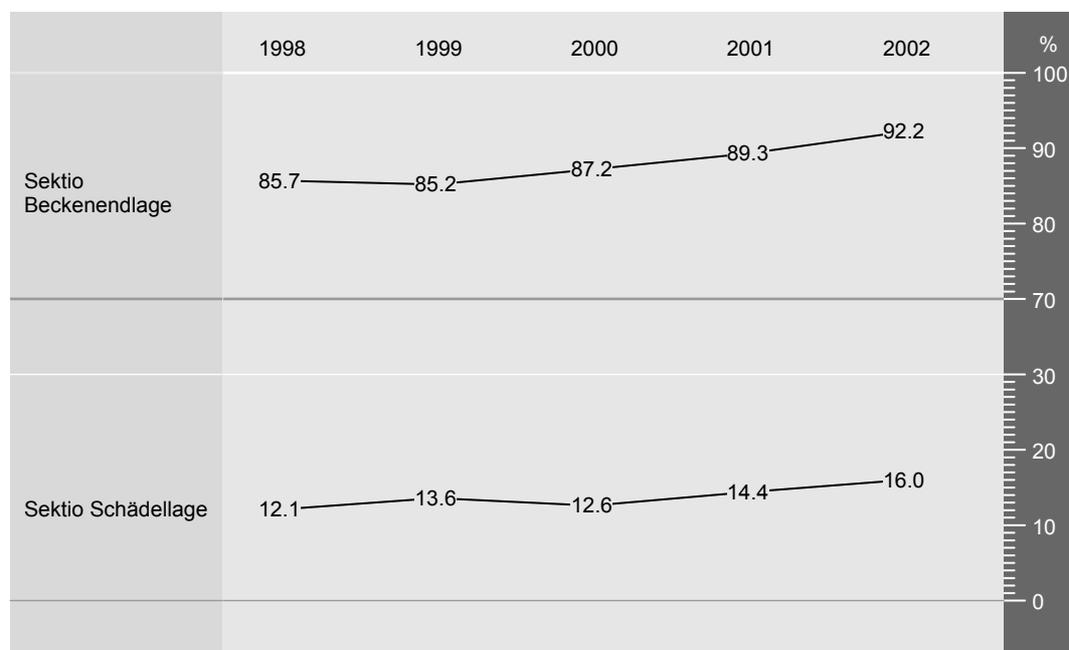
Tab 21: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Lage des Kindes

	2002	
	Anzahl	Prozent
► Schädellage		
Vaginalgeburt	5690	84.0%
Sektio	1086	16.0%
► Beckenendlage		
Vaginalgeburt	34	7.8%
Sektio	403	92.2%
► Querlage		
Sektio	27	100.0%

Tabelle 21

Basis: Kinder

2002 liegen für 3 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor (dabei handelt es sich um in die Klinik/Kh weitergeleitete Hausgeburten).



Medizinische Interpretation

Der Anteil der Kaiserschnitte bei Schädellage betrug 16.0%, bei Beckenendlage 92.2% und bei Querlage 100.0%.

Tab 22: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Geburtsgewicht

Tabelle 22	2002	
	Anzahl	Prozent
▶ 500 – 749g		
Vaginalgeburt	10	55.6%
Sektio	8	44.4%
▶ 750 – 999g		
Vaginalgeburt	5	26.3%
Sektio	14	73.7%
▶ 1000 – 1499g		
Vaginalgeburt	8	17.0%
Sektio	39	83.0%
▶ 1500 – 1999g		
Vaginalgeburt	21	21.4%
Sektio	77	78.6%
▶ 2000 – 2499g		
Vaginalgeburt	171	55.0%
Sektio	140	45.0%
▶ 2500 – 3999g		
Vaginalgeburt	5063	81.5%
Sektio	1151	18.5%
▶ ab 4000g		
Vaginalgeburt	449	83.8%
Sektio	87	16.2%



Basis: Kinder
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Medizinische Interpretation

Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen lag bei den ganz kleinen Kindern zwischen 500 und 750g bei 44.4%, erhöhte sich bei einem Geburtsgewicht von 750g bis 2000g auf ca. 80%. In der Gewichtsklasse zwischen 2000 und 2500g sank der Prozentsatz an Kaiserschnitten wiederum auf 45%. Die niedrigste Sektiorate bestand bei den besonders großen Kindern über 4000g mit 16.2%.

Tab 23: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Schwangerschaftswoche bei Geburt

	2002	
	Anzahl	Prozent
► bis SSW 26 + 0		
Vaginalgeburt	11	57.9%
Sektio	8	42.1%
► SSW 26 + 1 bis 28 + 0		
Vaginalgeburt	3	18.8%
Sektio	13	81.3%
► SSW 28 + 1 bis 30 + 0		
Vaginalgeburt	6	28.6%
Sektio	15	71.4%
► SSW 30 + 1 bis 32 + 0		
Vaginalgeburt	6	14.0%
Sektio	37	86.0%
► SSW 32 + 1 bis 37 + 0		
Vaginalgeburt	267	49.6%
Sektio	271	50.4%
► SSW 37 + 1 bis 42 + 0		
Vaginalgeburt	5367	82.3%
Sektio	1157	17.7%
► SSW ab 42 + 1		
Vaginalgeburt	52	81.3%
Sektio	12	18.8%

Tabelle 23

Basis: Kinder
2002 liegen für 18 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Hier bietet sich ein den Geburtsgewichten entsprechendes Bild. Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen lag bei einer Frühgeburt (bis vollendete 37. SSW) in Tirol zwischen 42.1% und 86.0%.

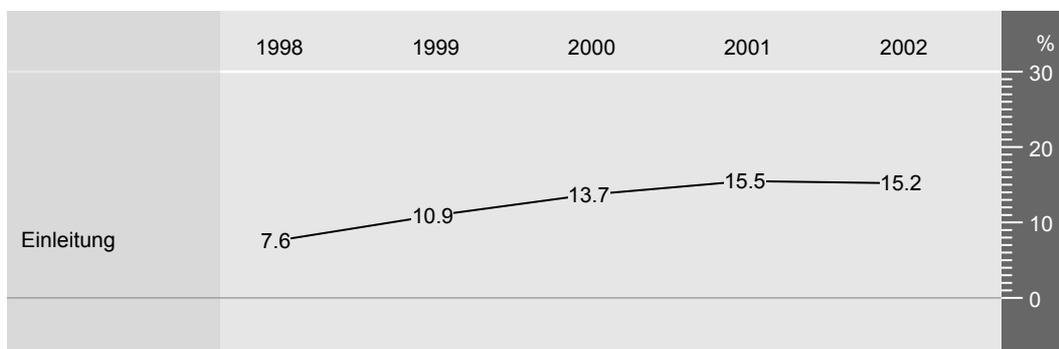
Tab 24: Geburtseinleitung

Tabelle 24

	2002	
	Anzahl	Prozent
Ja	870	15.2%
Nein	4836	84.8%
Summe	5706	100.0%



Basis: Mütter (Vaginalgeburten)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

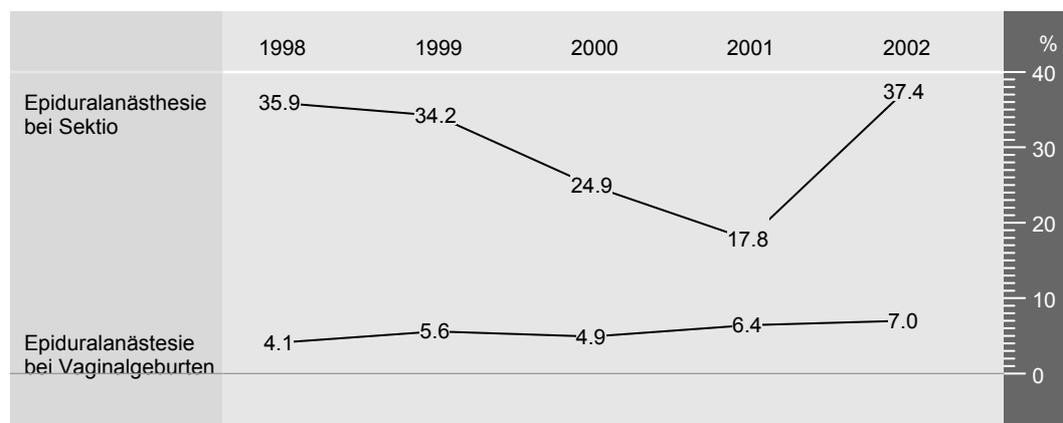
Bei den Vaginalgeburten wurde bei 15.2% eine Geburtseinleitung durchgeführt.

Tab 25: Epiduralanästhesie
aufgeschlüsselt nach Art der Entbindung

		2002	
		Anzahl	Prozent
► Vaginalgeburt			***
Ja		399	7.0%
Nein		5307	93.0%
► Sektio			***
Ja		540	37.4%
Nein		902	62.6%

Tabelle 25

Basis: Mütter
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

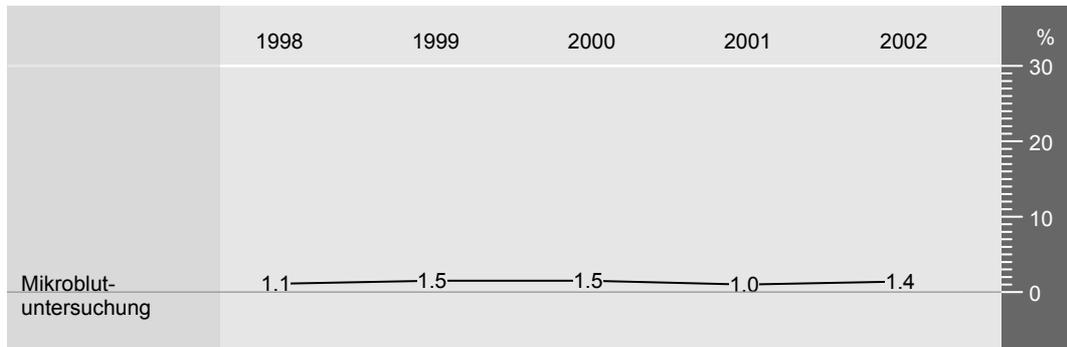
Der Anteil an Epiduralanästhesien bei der Vaginalgeburt betrug in Tirol 7%, der Anteil an Epidural/Spinalanästhesien bei der Sektio 37.4%.

Tab 26: Mikrobiutuntersuchung am Kind
während der Geburt

Tabelle 26	2002	
	Anzahl	Prozent
Ja	98	1.4%
Nein	7050	98.6%
Summe	7148	100.0%



Basis: Mütter
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

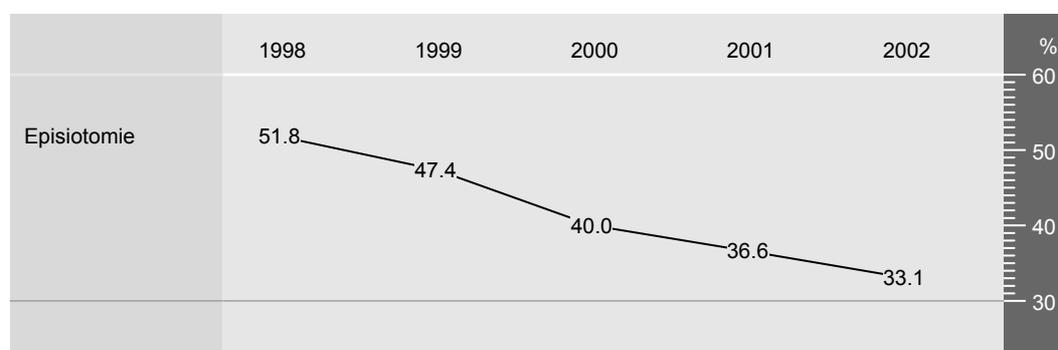
Der Anteil der Mikrobiutuntersuchungen betrug 1.4% (im Wesentlichen unverändert während der letzten fünf Jahre).

Tab 27: Episiotomie bei Vaginalgeburten

	2002	
	Anzahl	Prozent ***
Episiotomie	1890	33.1%
Keine Episiotomie	3816	66.9%
Summe	5706	100.0%

Tabelle 27

Basis: Mütter (Vaginalgeburten)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Die Rate an Scheidendammschnitten (Episiotomien) nahm während der letzten fünf Jahre von 51.8% auf 33.1% erheblich und statistisch signifikant ab.

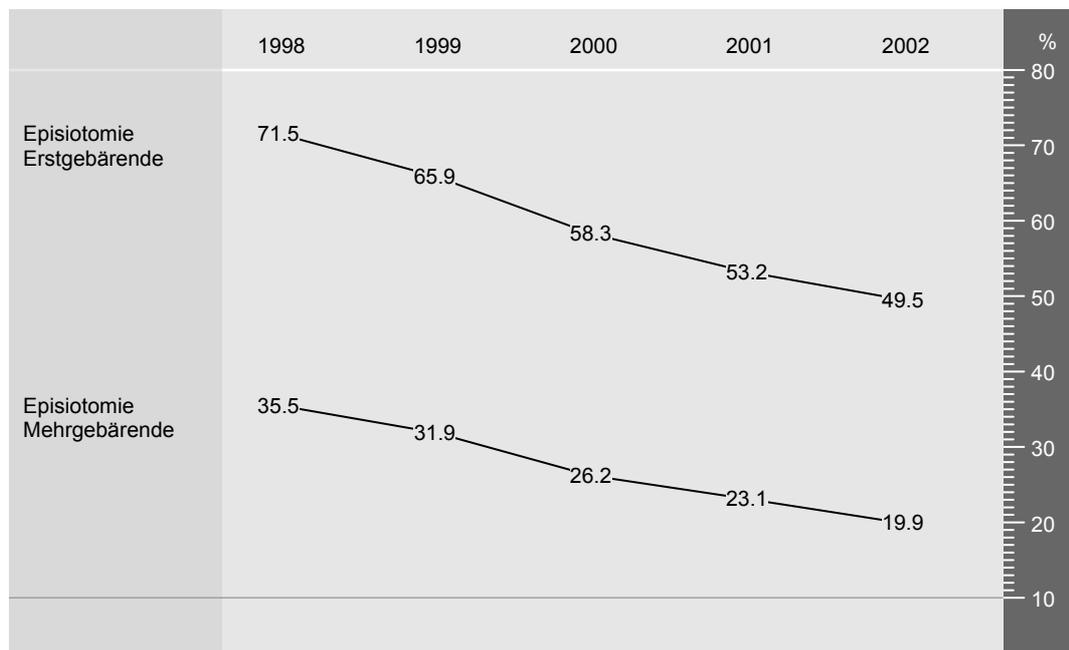
Tab 28: Episiotomie
aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

Tabelle 28

		2002	
		Anzahl	Prozent
► Erstgebärende			***
	Episiotomie	1261	49.5%
	Keine Episiotomie	1287	50.5%
► Mehrgebärende			***
	Episiotomie	629	19.9%
	Keine Episiotomie	2529	80.1%



Basis: Mütter (Vaginalgeburten)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

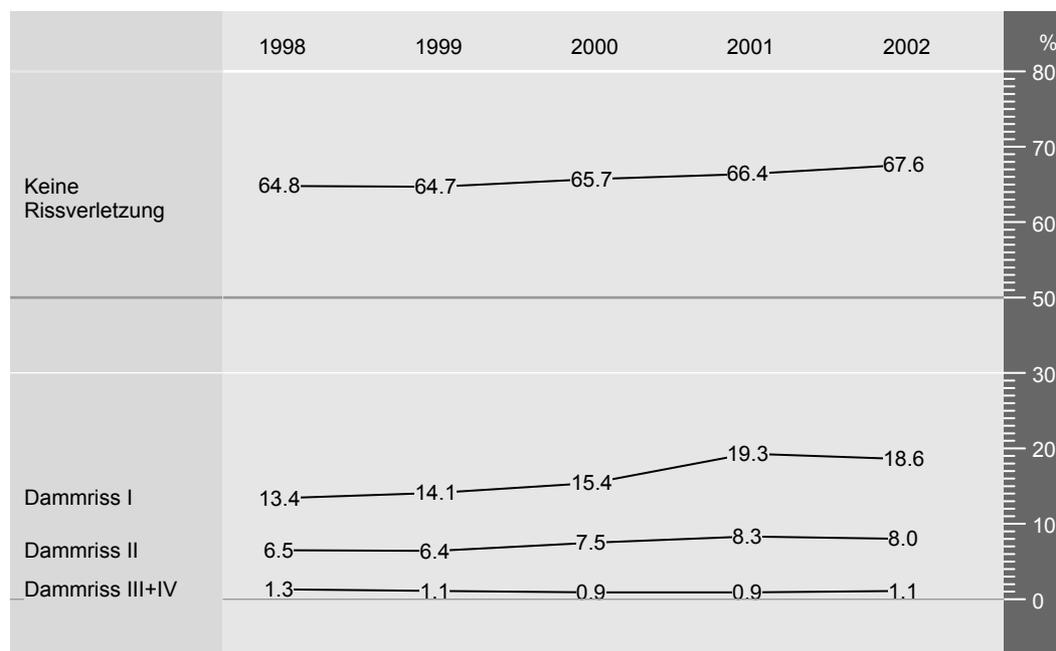
Die abnehmende Episiotomierate betrifft sowohl Erstgebärende (Reduktion von 71.5% auf 49.5%) als auch Mehrgebärende (Reduktion von 35.5% auf 19.9%).

Tab 29: Rissverletzung bei Vaginalgeburten

	2002	
	Anzahl	Prozent
Keine	3856	67.6%
Dammriss I	1064	18.6%
Dammriss II	454	8.0%
Dammriss III	57	1.0%
Dammriss IV	3	0.1%
Zervixriss	21	0.4%
Scheidenriss	132	2.3%
Labien-/Klitorisriss	231	4.0%

Tabelle 29

Basis: Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten!



Medizinische Interpretation

Bei Vaginalgeburten trat in über $\frac{2}{3}$ der Fälle keine Rissverletzung auf. Vornehmlich Dammrisse ersten Grades (18.6%) als auch im geringeren Maße zweiten Grades (8%) traten 2002 etwas häufiger auf (jedoch in deutlich geringerem Maße als die Abnahme der Episiotomierate). Es kam zu keiner Vermehrung bei Dammrissen dritten und vierten Grades.

Tab 30: Rissverletzung bei Vaginalgeburten
aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

Tabelle 30

	2002	
	Anzahl	Prozent
► Erstgebärende		
Keine	1781	69.9%
Dammriss I	363	14.2%
Dammriss II	193	7.6%
Dammriss III	28	1.1%
Dammriss IV	1	<0.1%
Zervixriss	11	0.4%
Scheidenriss	94	3.7%
Labien-/Klitorisriss	137	5.4%
► Mehrgebärende		***
Keine	2075	65.7%
Dammriss I	701	22.2%
Dammriss II	261	8.3%
Dammriss III	29	0.9%
Dammriss IV	2	0.1%
Zervixriss	10	0.3%
Scheidenriss	38	1.2%
Labien-/Klitorisriss	94	3.0%



Basis: Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten !

Bemerkung zum statistischen Test: Getestet wurde das Vorliegen von Dammriss III oder IV

Medizinische Interpretation

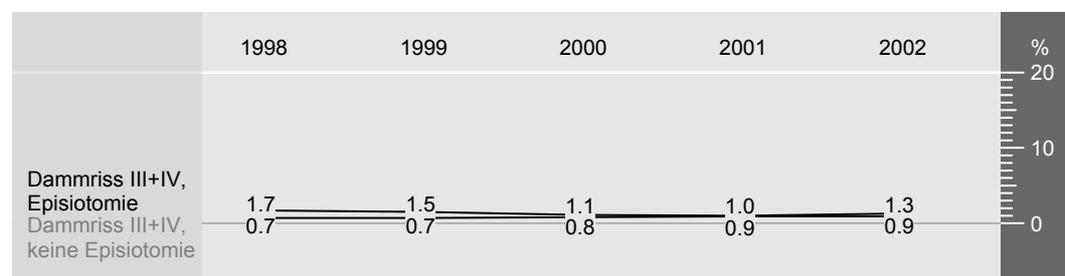
Dammrisse ersten und zweiten Grades traten bei Erstgebärenden (14.2% bzw. 7.6%) seltener auf als bei Mehrgebärenden (22.2% bzw. 8.3%). Diese Veränderungen sind in Zusammenhang mit den höheren Episiotomieraten bei Erstgebärenden zu sehen. Die Rate von Labien- und Klitorisrissen von 3.0% bis 5.4% sind ebenfalls durch die Verringerung der Episiotomieraten zu sehen, da es hier zu einer Verschiebung der Verletzung ins vordere Kompartiment kommt.

Tab 31: Rissverletzung
aufgeschlüsselt nach Episiotomie

		2002	
► Episiotomie	Anzahl	Prozent	
Keine	1732	91.6%	
Dammriss I	32	1.7%	
Dammriss II	29	1.5%	
Dammriss III	25	1.3%	
Dammriss IV	—	0.0%	
Zervixriss	8	0.4%	
Scheidenriss	50	2.6%	
Labien-/Klitorisriss	21	1.1%	
► Keine Episiotomie			
Keine	2124	55.7%	
Dammriss I	1032	27.1%	
Dammriss II	425	11.1%	
Dammriss III	32	0.8%	
Dammriss IV	3	0.1%	
Zervixriss	13	0.3%	
Scheidenriss	82	2.1%	
Labien-/Klitorisriss	210	5.5%	

Tabelle 31

Basis: Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten !



Medizinische Interpretation

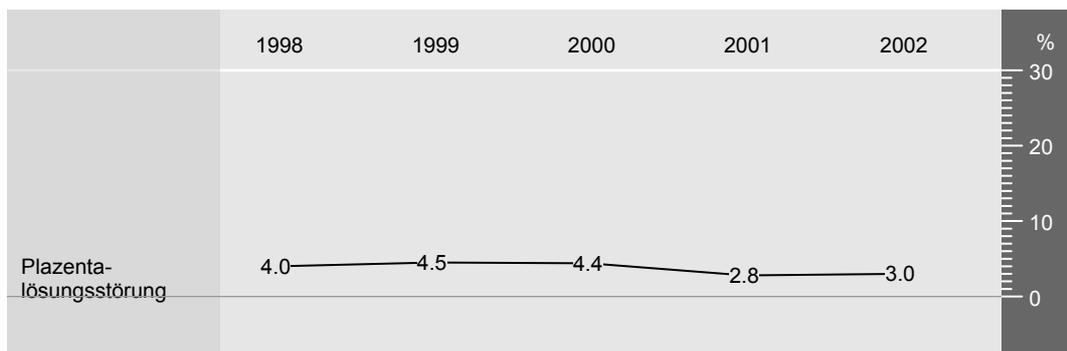
Dammrisse dritten Grades traten bei Episiotomie mit 1.3% häufiger auf als ohne Episiotomie (0.8%). Dammrisse vierten Grades traten nur ohne Dammschnitt auf. Labien- und Klitorisrisse traten erwartungsgemäß mit 5.5% häufiger ohne Durchführung eines Scheidendammschnittes auf als nach Durchführung einer Episiotomie (1.1%).

Tab 32: Plazentalösungsstörung bei Vaginalgeburten
(manuelle Plazentalösung oder Nachtastung)

Tabelle 32	2002	
	Anzahl	Prozent
Ja	171	3.0%
Nein	5535	97.0%
Summe	5706	100.0%



Basis: Mütter (Vaginalgeburten)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Bei 3.0% der Vaginalgeburten wurde eine manuelle Plazentalösung oder eine Nachtastung durchgeführt.

Tab 33: Mütterliche Morbidität

	2002	
	Anzahl	Prozent
Blutung > 1000 ml	6	0.1%
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht	10	0.2%
Hysterektomie/Laparotomie	0	—
Eklampsie	0	—
Sepsis	31	0.5%
Fieber im Wochenbett > 38° über 2 Tage	48	0.8%
Anämie (Hämoglobin unter 10g%)	752	12.7%
Keine	5117	86.2%

Tabelle 33

Basis: Mütter (GebDat) – Mehrfachantworten !



Medizinische Interpretation

Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen waren bei 0.2% der Geburten, Fieber im Wochenbett bei 0.8% zu verzeichnen. Die Rate an Sepsis mit 0.5% erscheint hoch. Eine Anämie mit Hämoglobinwerten unter 10g% im Wochenbett trat bei 12.7% der Frauen auf.

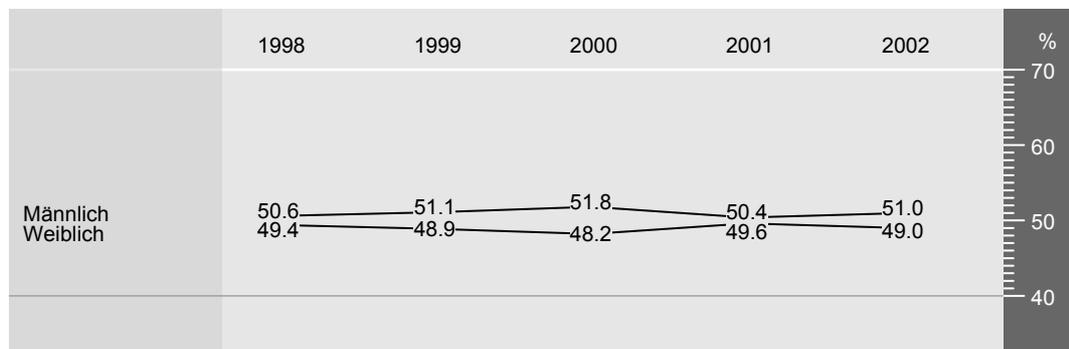
Tab 34: Geschlecht Kinder

Tabelle 34

	2002	
	Anzahl	Prozent
Männlich	3684	51.0%
Weiblich	3540	49.0%
Summe	7224	100.0%



Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Wie bereits in den letzten Jahren wurden etwas mehr Knaben (51%) als Mädchen (49%) geboren.

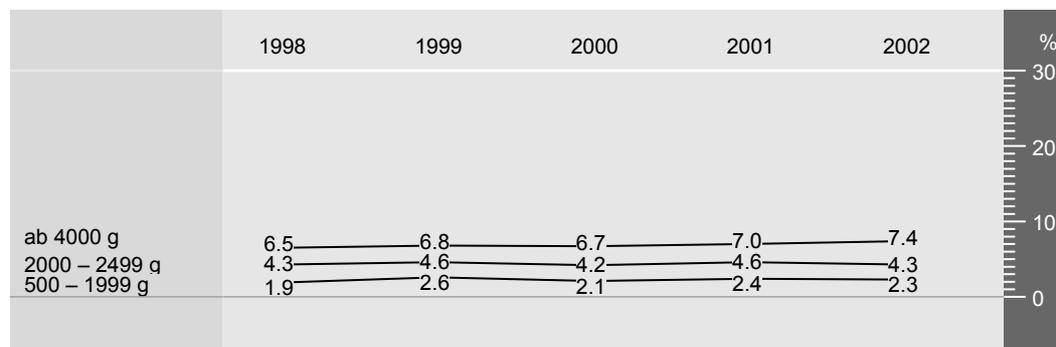
Tab 35: Geburtsgewicht

	2002	
	Anzahl	Prozent
500g – 749g	14	0.2%
750g – 999g	16	0.2%
1000g – 1499g	44	0.6%
1500g – 1999g	96	1.3%
2000g – 2499g	309	4.3%
2500g – 3999g	6209	85.9%
ab 4000g	536	7.4%
Summe	7224	100.0%

Tabelle 35

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: Unterschiede im Geburtsgewicht wurden mit dem T-Test getestet.
Im Vergleich zwischen den Geburtsjahren 2001 und 2002 lagen keine signifikanten Unterschiede vor.



Medizinische Interpretation

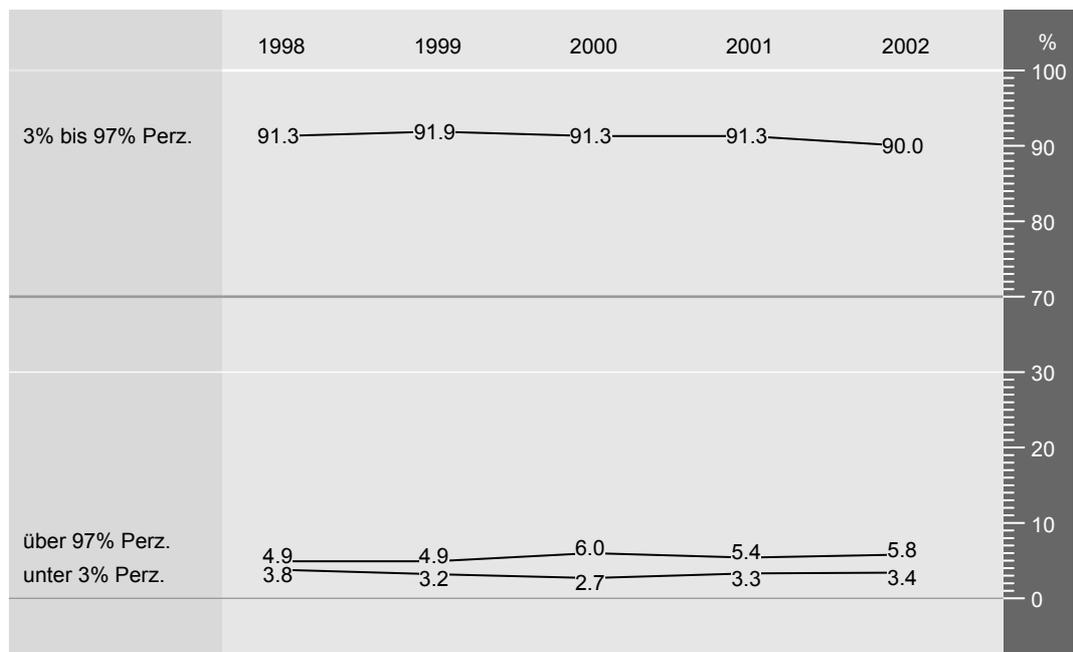
0.4% der Kinder wogen unter 1000g, 1.9% der Kinder zwischen 1000 und 2000g und 7.4% der Kinder über 4000g.

Tab 36: Gewichtspersistile

	2002	
	Anzahl	Prozent
Unter 3% Perzentil	242	3.4%
3% bis 97% Perzentil	6795	94.3%
Über 97% Perzentil	169	2.3%
Summe	7206	100.0%



Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2002 liegen für 18 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Mit den nunmehr neu eingeführten Perzentilkurven (Perzentile nach Voigt Schneider) fanden sich 3.4% der Kinder unterhalb der 3%-Perzentile und 2.3% oberhalb der 97%-Perzentile.

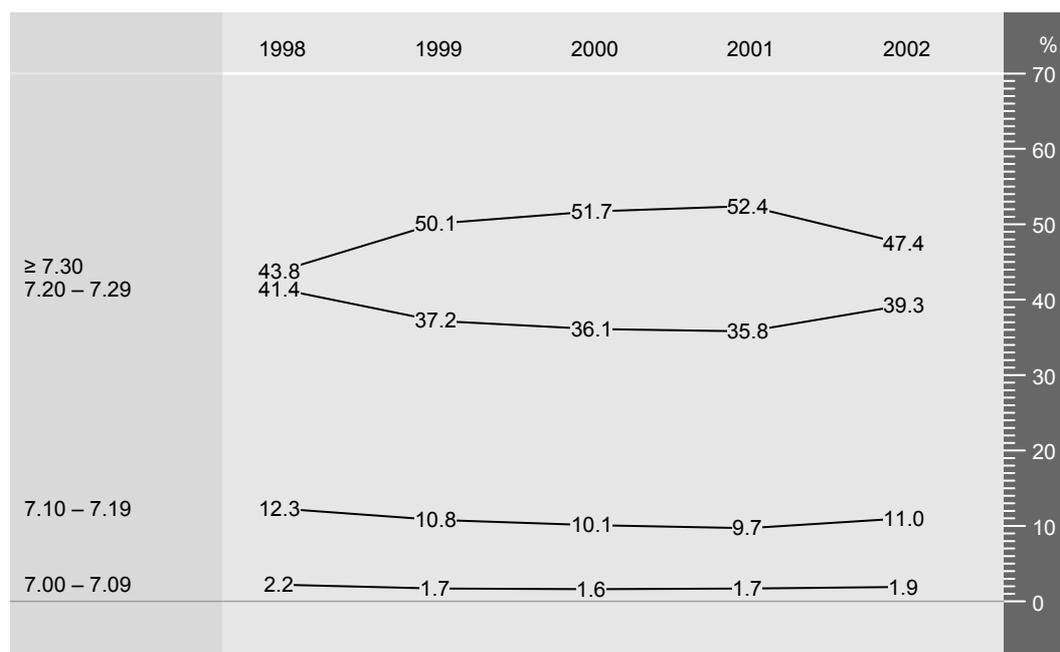
Tab 37: Nabelarterien-pH-Wert

	2002	
	Anzahl	Prozent
<7.00	22	0.3%
7.00 – 7.09	135	1.9%
7.10 – 7.19	781	11.0%
7.20 – 7.29	2784	39.3%
>= 7.30	3357	47.4%
Summe	7079	100.0%

Tabelle 37

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)

2002 liegen für 145 Fälle (2.0%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

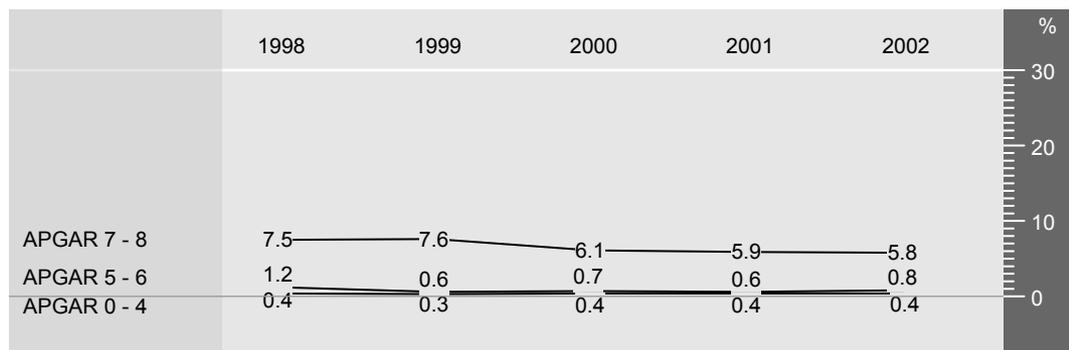
Nabelarterien-pH-Werte unter 7.0 fanden sich bei 0.3%, unter 7.1 bei 2.2% der Geburten. Nabelarterien-pH-Werte über 7.2 bestanden bei 86.7%.

Tab 38: APGAR 5 Minuten

	2002	
	Anzahl	Prozent
0 – 2	10	0.1%
3 – 4	20	0.3%
5 – 6	58	0.8%
7 – 8	419	5.8%
9 – 10	6696	93.0%
Summe	7203	100.0%



Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2002 liegen für alle 13 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

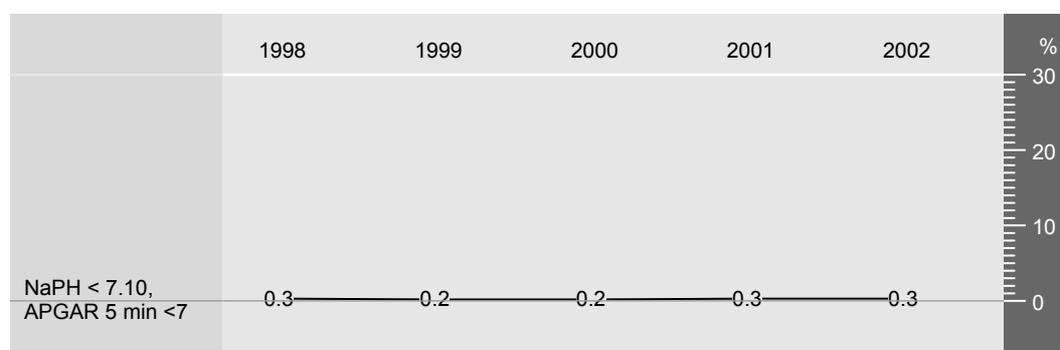
Der Fünf-Minuten-APGAR-Wert war bei 1.2% der Kinder nach fünf Minuten unter 7.

Tab 39: Nabelarterien-pH-Wert <7.10 und APGAR 5 min <7

	2002	
	Anzahl	Prozent
NS-pH <7.10 und APGAR 5 min <7	20	0.3%
andere	7050	99.7%
Summe	7070	100.0%

Tabelle 39

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2002 liegen für 154 Fälle (2.1%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Ein Nabelarterien-pH-Wert kleiner 7.1 und gleichzeitig ein Fünf-Minuten-APGAR-Wert unter 7 bestand nur bei 0.3% der Kinder.

Tab 40: Verlegung des Kindes auf die Kinderklinik

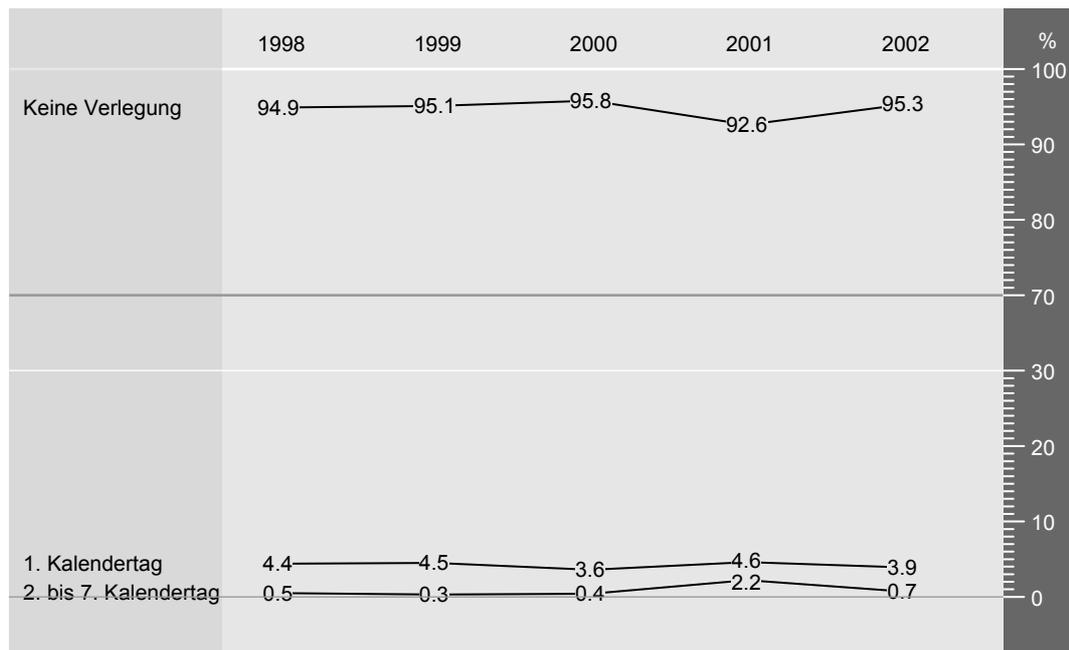
Tabelle 40

	2002		***
	Anzahl	Prozent	
keine Verlegung	6883	95.3%	
am 1. Kalendertag nach der Geburt	284	3.9%	
am 2. bis 7. Kalendertag nach der Geburt	50	0.7%	
nach dem 7. Kalendertag nach der Geburt	7	0.1%	
Summe	7224	100.0%	



Basis: Kinder (nur Lebendegeburten)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: gestestet wurde Verlegung versus keine Verlegung.



Medizinische Interpretation

4.7% der Neugeborenen mussten nach der Geburt auf die Kinderklinik verlegt werden. Bei 80% der verlegten Kinder erfolgte die Verlegung innerhalb des Zeitraumes bis zum 1. Kalendertag nach der Geburt.

Tab 41: Fehlbildung (diagnostiziert im Wochenbett)

	2002	
	Anzahl	Prozent
Ja	35	0.6%
Nein	5973	99.4%
Summe	6008	100.0%

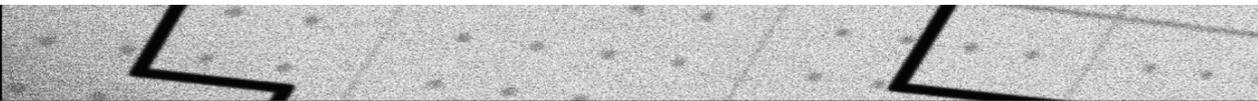
Tabelle 41

Basis: Kinder GebDat (nur Lebendgeburten)
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Bei 0.6% der Kinder wurden bis zu diesem Zeitpunkt pränatal nicht bekannte Fehlbildungen im Wochenbett diagnostiziert.

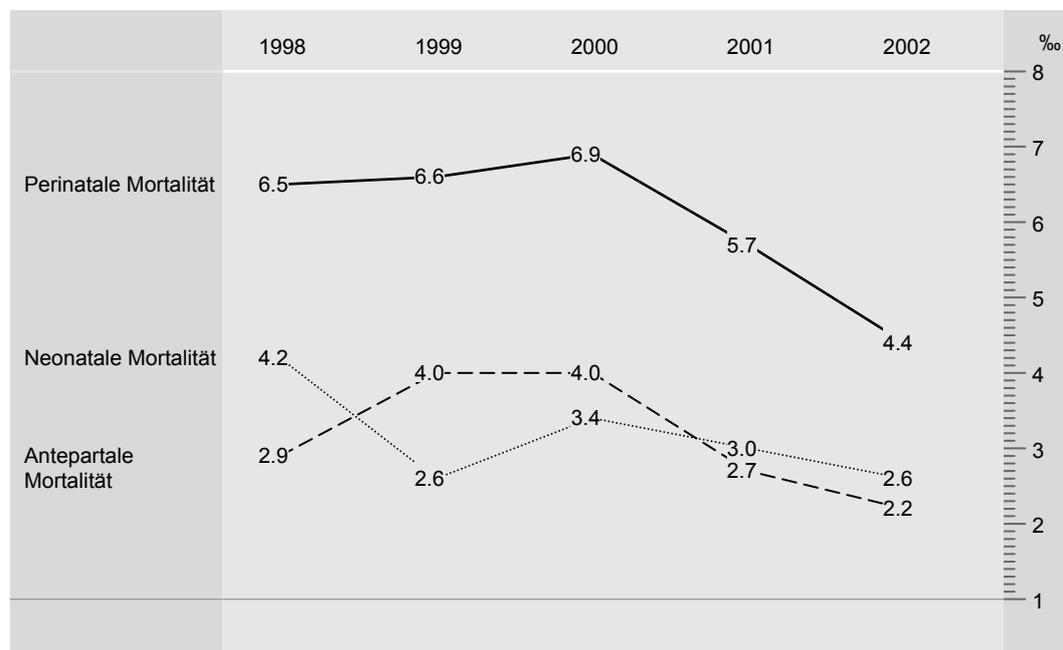


Tab 42: Kindliche Mortalität bis Tag 28

	2002	
	Anzahl	Promille
Tod vor Klinikaufnahme	10	1.4‰
Tod nach Klinikaufnahme	6	0.8‰
Tod sub partu	3	0.4‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	13	1.8‰
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	6	0.8‰
► Antepartale Mortalität	16	2.2‰
► Perinatale Mortalität (antepartal bis Tag 7)	32	4.4‰
► Neonatale Mortalität	19	2.6‰

Tabelle 42

Basis: Kinder



Medizinische Interpretation

Überaus erfreulich ist die höchst niedrige perinatale Mortalität von 4.4‰ anzusehen. Diese ist hauptsächlich durch die Reduktion der antepartalen Mortalität (von 4‰ auf 2.2‰) aber auch der neonatalen Mortalität von 3.4‰ im Jahr 2000 auf 2.6‰ im Jahr 2002. In 1.4‰ der Geburten trat der Tod bereits vor der Klinikaufnahme auf und ist somit als Qualitätsparameter der Schwangerenvorsorge zu sehen.

Tab 43: Mortalität
aufgeschlüsselt nach Gewicht

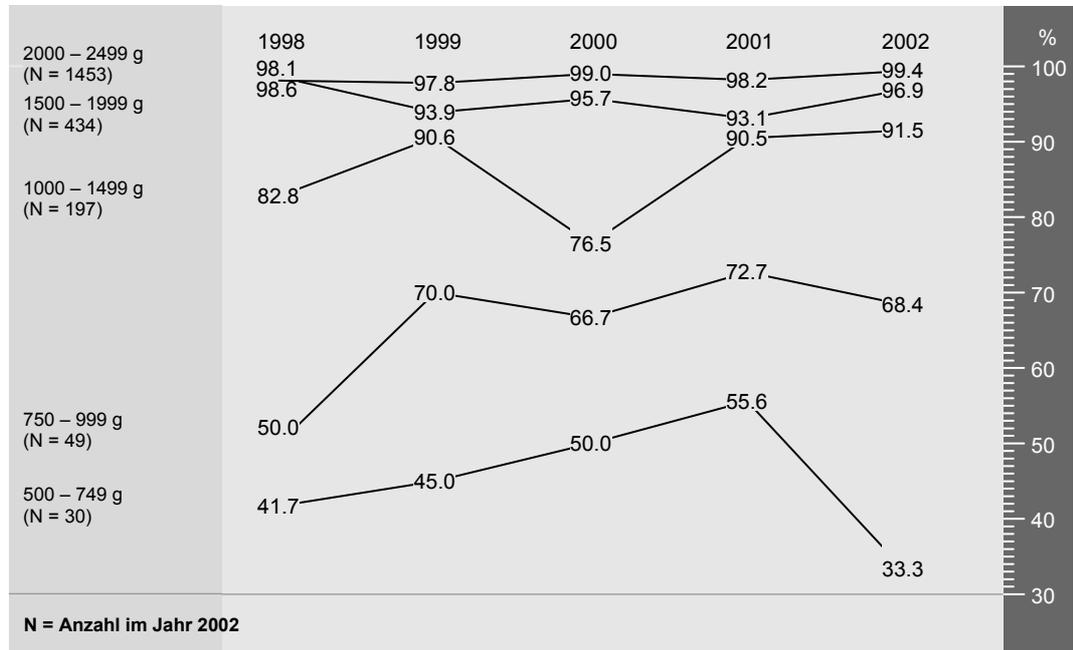
		2002	
		Anzahl	Prozent
► 500 – 749g			
Tod vor Klinikaufnahme		—	—
Tod nach Klinikaufnahme		2	11.11%
Tod sub partu		2	11.11%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)		7	38.89%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)		1	5.56%
lebt		6	33.33%
► 750 – 999g			
Tod vor Klinikaufnahme		1	5.26%
Tod nach Klinikaufnahme		1	5.26%
Tod sub partu		1	5.26%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)		1	5.26%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)		2	10.53%
lebt		13	68.42%
► 1000 – 1499g			
Tod vor Klinikaufnahme		1	2.13%
Tod nach Klinikaufnahme		2	4.26%
Tod sub partu		—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)		1	2.13%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)		—	—
lebt		43	91.49%
► 1500 – 1999g			
Tod vor Klinikaufnahme		2	2.04%
Tod nach Klinikaufnahme		—	—
Tod sub partu		—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)		1	1.02%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)		—	—
lebt		95	96.94%

Tabelle 43

	2002	
► 2000 – 2499g	Anzahl	Prozent
Tod vor Klinikaufnahme	1	0.32%
Tod nach Klinikaufnahme	1	0.32%
Tod sub partu	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	—	—
lebt	309	99.36%
► 2500 – 3999g		
Tod vor Klinikaufnahme	5	0.08%
Tod nach Klinikaufnahme	—	—
Tod sub partu	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	3	0.05%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	3	0.05%
lebt	6203	99.82%
► ab 4000g		
Tod vor Klinikaufnahme	—	—
Tod nach Klinikaufnahme	—	—
Tod sub partu	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	—	—
lebt	536	100.0%

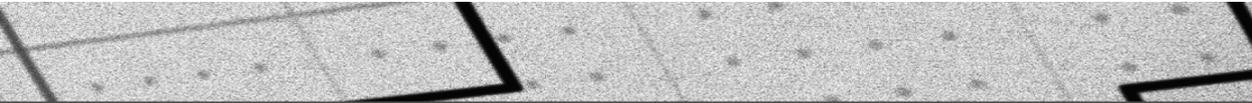
Basis: Kinder
2002 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.





Medizinische Interpretation

$\frac{1}{3}$ der Kinder zwischen 500 und 750g überlebten, bereits jedoch 68.4% der Kinder zwischen 750 und 1000g. Über 1000g überlebten bereits 91.5%, ab 1500g 97% der Kinder. Über 2000g überlebten 99.4%, über 2500g 99.8% der Neugeborenen.



Tab 44: Mortalität
aufgeschlüsselt nach der Schwangerschaftswoche bei Geburt

Tabelle 44	2002	
	Anzahl	Prozent
► bis SSW 26 + 0		
Tod vor Klinikaufnahme	—	—
Tod nach Klinikaufnahme	2	10.53%
Tod sub partu	2	10.53%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	7	36.84%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	3	15.79%
lebt	5	26.32%
► SSW 26 + 1 bis 28 + 0		
Tod vor Klinikaufnahme	—	—
Tod nach Klinikaufnahme	—	—
Tod sub partu	1	6.25%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	—	—
lebt	15	93.75%
► SSW 28 + 1 bis 30 + 0		
Tod vor Klinikaufnahme	—	—
Tod nach Klinikaufnahme	2	9.52%
Tod sub partu	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	1	4.76%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	—	—
lebt	18	85.71%
► SSW 30 + 1 bis 32 + 0		
Tod vor Klinikaufnahme	3	6.98%
Tod nach Klinikaufnahme	—	—
Tod sub partu	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	—	—
lebt	40	93.02%

Tabelle 44

	2002	
	Anzahl	Prozent
► SSW 32 + 1 bis 37 + 0		
Tod vor Klinikaufnahme	3	0.56%
Tod nach Klinikaufnahme	2	0.37%
Tod sub partu	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	3	0.56%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	—	—
lebt	530	98.51%
► SSW 37 + 1 bis 42 + 0		
Tod vor Klinikaufnahme	4	0.06%
Tod nach Klinikaufnahme	—	—
Tod sub partu	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	2	0.03%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	3	0.05%
lebt	6515	99.86%
► ab SSW 42 + 1		
Tod vor Klinikaufnahme	—	—
Tod nach Klinikaufnahme	—	—
Tod sub partu	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	—	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	—	—
lebt	64	100.0%

Basis: Kinder
2002 liegen für 18 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Vor der 27. SSW überlebten 26.3%, ab der 27. bis zur 29. SSW bereits 94% der Kinder. Ab der vollendeten 32. SSW betragen die Überlebensraten zwischen 98.5% und 100%.

Glossar

Amniozentese Fruchtblasenpunktion

antepartal in der Schwangerschaft, vor Geburtsbeginn

APGAR Klassifizierung des Zustandes Neugeborener. Beurteilung von Hautfarbe, Atmung, Reflexen, Herzschlag und Muskeltonus mit 0,1 oder 2 Punkten. Die Summe (eine Zahl zwischen 0 und 10) ergibt eine Einstufung und Vergleichbarkeit des Gesamtzustandes.

Chorionzottenbiopsie Probeentnahme aus der mittleren Eihaut in der Frühschwangerschaft zur Diagnose genetischer Erkrankungen.

Epiduralanästhesie Leitungsanästhesie durch Injektion von Betäubungsmittel in den Raum zwischen Rückenmarkskanal und Innenflächen der Wirbelsäule.

Episiotomie Scheidendammschnitt

Gewichtsporzente Einteilung des Gewichts nach Standardwerten – abhängig von Geschlecht und Schwangerschaftswoche (nach Hohenauer); z.B. entspricht die 50er-Perzentile dem Durchschnittsgewicht in der jeweiligen Gruppe.

Mikroblutuntersuchung Untersuchung des kindlichen Blutes während der Geburt.

Morbidität Häufigkeit von Komplikationen oder Begleitkrankheiten bei Müttern bzw. bei Geburten.

Mortalität Anzahl der Todesfälle bezogen auf alle Geburten (Lebend- und Totgeburten).

neonatal ab der Geburt bis zum 28. Tag nach der Geburt

perinatal während der Schwangerschaft bis zum 7. Tag nach der Geburt

Sektio Kaiserschnittentbindung

Spinalanästhesie Leitungsanästhesie durch Injektion von Betäubungsmittel in den Raum zwischen Rückenmarksnerven und Rückenmarkshaut.

SSW Schwangerschaftswoche

subpartal während der Geburt

Tokolyse Wehenhemmung

Vakuum Entbindung mit der sog. Saugglocke