

Geburtenregister Tirol  
Bericht über die Geburtshilfe in Tirol 2004

Institut für  
klinische Epidemiologie  
der TILAK GmbH

## **IMPRESSUM**

iet – Institut für  
klinische Epidemiologie  
der TILAK GmbH  
Anichstraße 35  
A-6020 Innsbruck  
[www.iet.at](http://www.iet.at)

Willi Oberaigner  
Hermann Leitner

### **Medizinische Interpretation**

Hans Schröcksnadel  
Gynäkologische Abteilung, A.ö. Krankenhaus St. Vinzenz, Zams

Innsbruck, Juli 2005

## 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 Österreich ist ein **Qualitätsverbesserungsprojekt**. Alle teilnehmenden Krankenhäuser erhalten regelmäßig Informationen, die als Basis sowohl für internes Benchmarking (zeitliche Entwicklung an der eigenen Abteilung) als auch für externes Benchmarking dienen (Vergleich mit allen anderen Abteilungen, die am Geburtenregister Österreich teilnehmen). 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.

**Der Rückgang der Dammschnittraten** ist in den letzten sechs Jahren abgeflacht und beträgt nunmehr 31%.

Erwähnenswert ist die **Zunahme der Kaiserschnitttrate**, die im Jahr 2004 25% leicht überschritten hat.

Der Anteil an alternativen Geburtsformen hat in den letzten Jahren zugenommen, der Anteil der Wassergeburten liegt 2004 bei 14%.

Beachtenswert ist die **perinatale Mortalität mit 4.2‰**. Damit liegt die perinatale Mortalität schon das dritte Jahr unter der 5‰-Grenze, obwohl im Jahr 2004 auch lebendgeborene Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 500g in die Statistik aufgenommen wurden. Diese Ergebnisse sind national und international als ausgezeichnet anzusehen. Eine Aufschlüsselung der Daten zeigt, dass sich im Jahr 2004 von den 30 perinatalen Todesfällen ein Drittel vor der Geburt ereignet haben, im Gegensatz zu zwei Drittel im Jahr 2003. Bei den kleinen Zahlen sind aber nicht unbeträchtliche Schwankungen der Jahreswerte zu erwarten.

Tirol ist das einzige Bundesland Österreichs mit einem lückenlosen Qualitätsprogramm im geburtshilflichen Bereich. Es konnte im Jahr 2004 mit großer Unterstützung von Prof. Leodolter (Präsident der ÖGGG) die Einbindung weiterer österreichischer geburtshilflicher Abteilungen erfolgreich fortgesetzt werden. Im Jahr 2004 wurden schon 40% aller österreichischen Geburten an das Geburtenregister gemeldet und es liegen derzeit Verträge mit zwei Drittel aller Abteilungen in Österreich vor. Aus diesem Grund wurde das „**Geburtenregister Österreich**“ gegründet.

## 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.

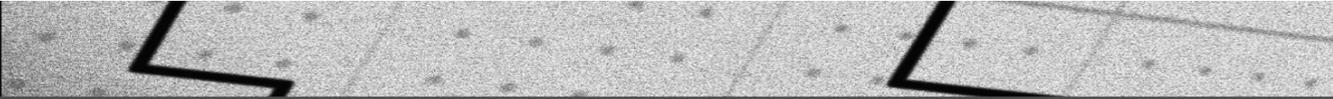
In erster Linie sind dies die Hebammen, die die Hauptlast der Dokumentation tragen, sowie die Ärzte auf den geburtshilflichen Abteilungen, die im Rahmen der Dokumentation tätig sind. Durch ihre große Sorgfalt bei der Dokumentation haben sie mit erheblichem zeitlichem Aufwand die Basis für die vorliegenden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

Ein ganz besonderer Dank gebührt Frau Landesrätin Dr. Elisabeth Zanon. 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 Univ.-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

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>                                      | <b>3</b>  |
| <b>DANK.....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>1 BESCHREIBUNG DES GEBURTENREGISTERS .....</b>                 | <b>7</b>  |
| <b>1.1 Ziele .....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>1.2 Organisation des Geburtenregisters .....</b>               | <b>7</b>  |
| 1.2.1 Erhebung der Daten .....                                    | 7         |
| 1.2.2 Auswertungen .....  | 9         |
| <b>1.3 Wissenschaftlicher Beirat.....</b>                         | <b>9</b>  |
| <b>1.4 Teilnehmende Abteilungen und niedergel. Hebammen .....</b> | <b>10</b> |
| <b>2 DEMOGRAFISCHE FAKTEN.....</b>                                | <b>11</b> |
| <b>2.1 Bevölkerung in Tirol.....</b>                              | <b>11</b> |
| <b>2.2 Anzahl der Geburten in der Tiroler Bevölkerung.....</b>    | <b>11</b> |
| <b>3 ERGEBNISSE .....</b>   | <b>12</b> |
| <b>3.1 Beschreibung der Tabellen und Grafiken .....</b>           | <b>12</b> |
| 3.1.1 Informationsseiten .....                                    | 12        |
| 3.1.2 Aufbau der Tabellen .....                                   | 12        |
| 3.1.3 Statistische Tests .....                                    | 13        |
| 3.1.4 Geburtsgewicht unter 500 g .....                            | 13        |
| <b>3.2 Tabellen und Grafiken.....</b>                             | <b>15</b> |
| <b>GLOSSAR .....</b>  | <b>67</b> |



# 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 selbstständig 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

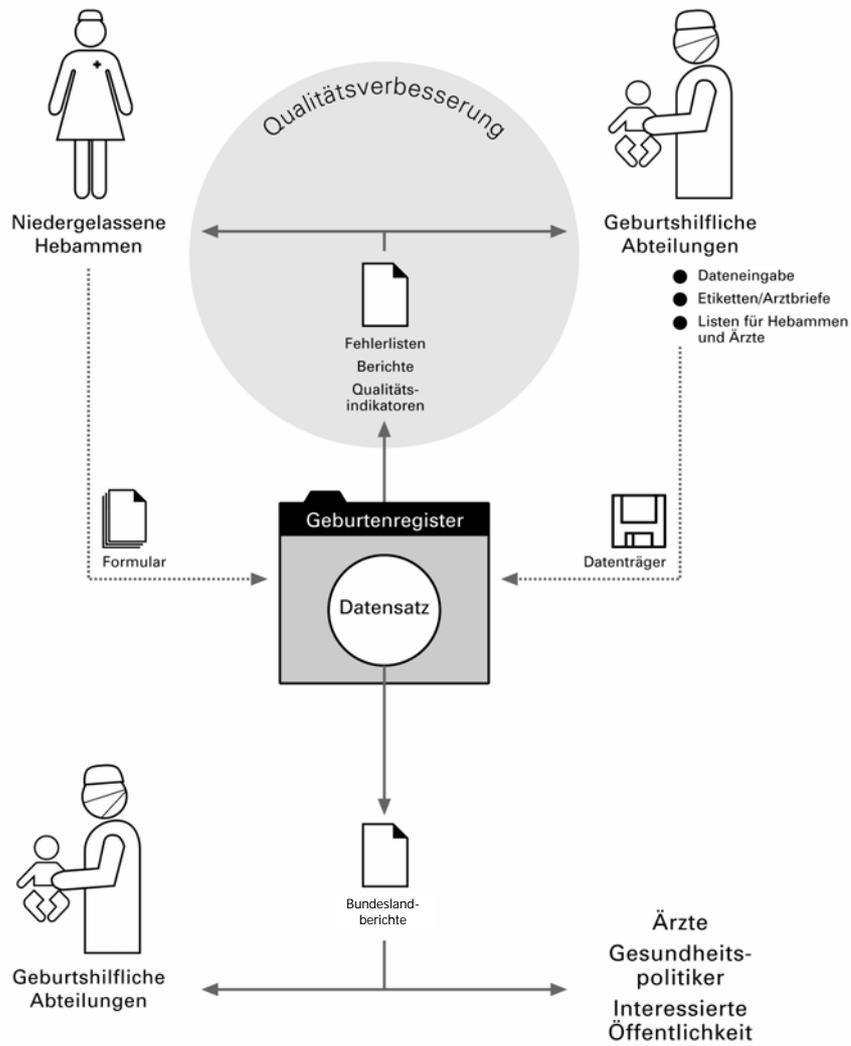
Die Erhebung der Daten in den einzelnen geburtshilflichen Abteilungen erfolgt mit Hilfe einer speziellen Software. Die Daten werden monatlich vom Geburtenregister Tirol bei den geburtshilflichen Abteilungen eingeholt, in einen gemeinsamen Datensatz eingespielt und nach folgenden Kriterien überprüft:

- ▶ 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
- ▶ spezielle Auswertungen 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, Stand Juni 2005):

- ▶ Vertreter der *Frauenklinik Innsbruck (bis Mai 2005 Prof. C. Brezinka)*
- ▶ Heb. Martha Huter (*Frauenklinik Innsbruck*)
- ▶ Prim. Dr. Wilfried Müller (*BKH Reutte*)
- ▶ Prim. Dr. Gerald Pinzger (*BKH Reutte*)
- ▶ Heb. Brigitte Ritzberger (*Vertreterin des Hebammengremiums Tirol*)
- ▶ Prim. Univ.-Doz. Dr. Hans Schröcksnadel (*KH Zams*), Vorsitzender des Beirats
- ▶ Univ.-Prof. Dr. R. Trawöger (*Kinderklinik Innsbruck*)
- ▶ Landesrätin Dr. Elisabeth Zanon (*Tiroler Landesregierung*)

## 1.4 Teilnehmende Abteilungen und niedergel. Hebammen

Wir sind besonders stolz darauf, dass wir alle geburtshilflichen Abteilungen Tirols sowie alle Hebammen, die Hausgeburten betreuen, zur Teilnahme gewinnen konnten. Seit dem Jahr 2000 werden lückenlos alle Geburten vom Qualitätsverbesserungsprojekt erfasst.

In der folgenden Tabelle sind die verantwortlichen Personen zusammengestellt (Stand Juni 2005):

| Abteilung  | Vorstand Primarius   | verantwortlicher Arzt                     | verantwortliche Hebamme  |
|--|--|---|--|
| Frauenklinik Innsbruck                             | Univ.-Prof. Dr. C. Marth                                   | Univ.-Prof. Dr. C. Brezinka (bis 05/2005) | Heb. A. Harm<br>Heb. M. Huter<br>Heb. M. Wolf  |
| BKH Hall   | Prim. Dr. B. Abendstein                                    | Dr. R. Pümpel<br>Dr. E. Mark              | Heb. A. Schett   |
| BKH Schwaz   | Prim. Dr. H. Maneschg;<br>ab 01/2005<br>Prim. Dr. D. Kölle | Dr. R. Moser                              | Heb. B. Ritzberger   |
| KH Zams  | Prim. Univ.-Doz. Dr. H. Schröcksnadel                      | Dr. R. Weiterschan                        | Heb. P. Tiefenbrunner  |
| KH der Stadt Kitzbühel                             |  | Dr. J. Manzl<br>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 (bis 12/2004) |  | Dr. G. Posch<br>Dr. L. Heijbel            | Heb. C. Schuchter  |
| BKH Kufstein                                       | Prim. MR Dr. G. Schuchter; ab 04/2005 Prim. Dr. R. Heider  | Dr. J. Halasz<br>Dr. A. Ehm               | Heb. E. Manzl  |
| BKH Lienz  | Prim. Dr. P. Anderl  | Dr. B. Mitterdorfer                       | Heb. H. Moser  |
| Hausgeburten                                       |  |   | Heb. I. Schmid-Stecher<br>Heb. S. Wagner<br>Heb. N. Haditsch<br>Heb. M. Raich<br>Heb. E. Vierbauch |

## 2 Demografische Fakten

### 2.1 Bevölkerung in Tirol

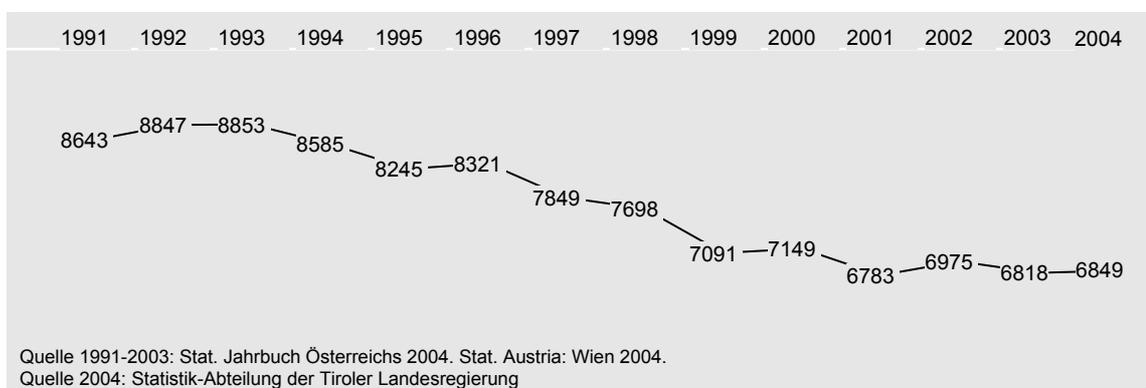
| Bevölkerungsschätzung für das Jahr 2004 |        |         |        |         |               |         |
|---|--------|---------|--------|---------|---------------|---------|
| Alter                                   | Frauen |         | Männer |         | Frauen+Männer |         |
|   | Anzahl | Prozent | Anzahl | Prozent | Anzahl        | Prozent |
| Bis 14 Jahre                            | 58171  | 16.4%   | 61082  | 18.0%   | 119253        | 17.2%   |
| 15 – 24 Jahre                           | 44346  | 12.5%   | 45486  | 13.5%   | 89832         | 13.0%   |
| 25 – 34 Jahre                           | 48499  | 13.7%   | 48565  | 14.4%   | 97064         | 14.0%   |
| 35 – 44 Jahre                           | 59932  | 16.9%   | 60910  | 18.0%   | 120842        | 17.5%   |
| Über 45 Jahre                           | 143263 | 40.5%   | 122027 | 36.1%   | 265290        | 38.3%   |
| Summe                                   | 354211 | 100.0%  | 338070 | 100.0%  | 692281        | 100.0%  |

Bezüglich Aufteilung nach Staatsbürgerschaft liegen nur Daten für 2003 vor: Von den rund 686 800 Einwohnern Tirols zum Jahresende 2003 besitzen 90.0% die österreichische Staatsbürgerschaft, 2.3% sind deutsche Staatsbürger, 0.6% gehören einem anderen EU-Land an, 3.3% stammen aus jugoslawischen Nachfolgestaaten und 2.1% sind türkische Staatsbürger.

### 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*.

#### 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 Informationsseiten

Jede Seite besteht aus einer Tabelle, aus einer Grafik die die Verteilung des Parameters auf die Abteilungen beschreibt, aus einer Grafik, die die zeitliche Entwicklung beschreibt, sowie aus einer medizinischen Interpretation.

#### 3.1.2 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 Tabelle 43 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 28 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.

## Piktogramme



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

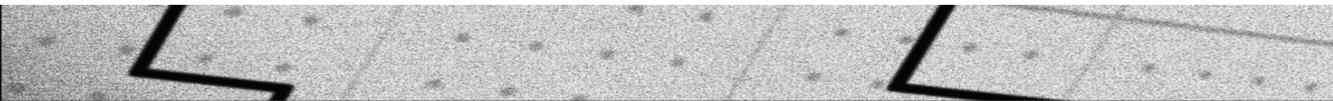
Die medizinische Interpretation zur jeweiligen Tabelle erfolgt am Ende der Seite.

### 3.1.3 Statistische Tests

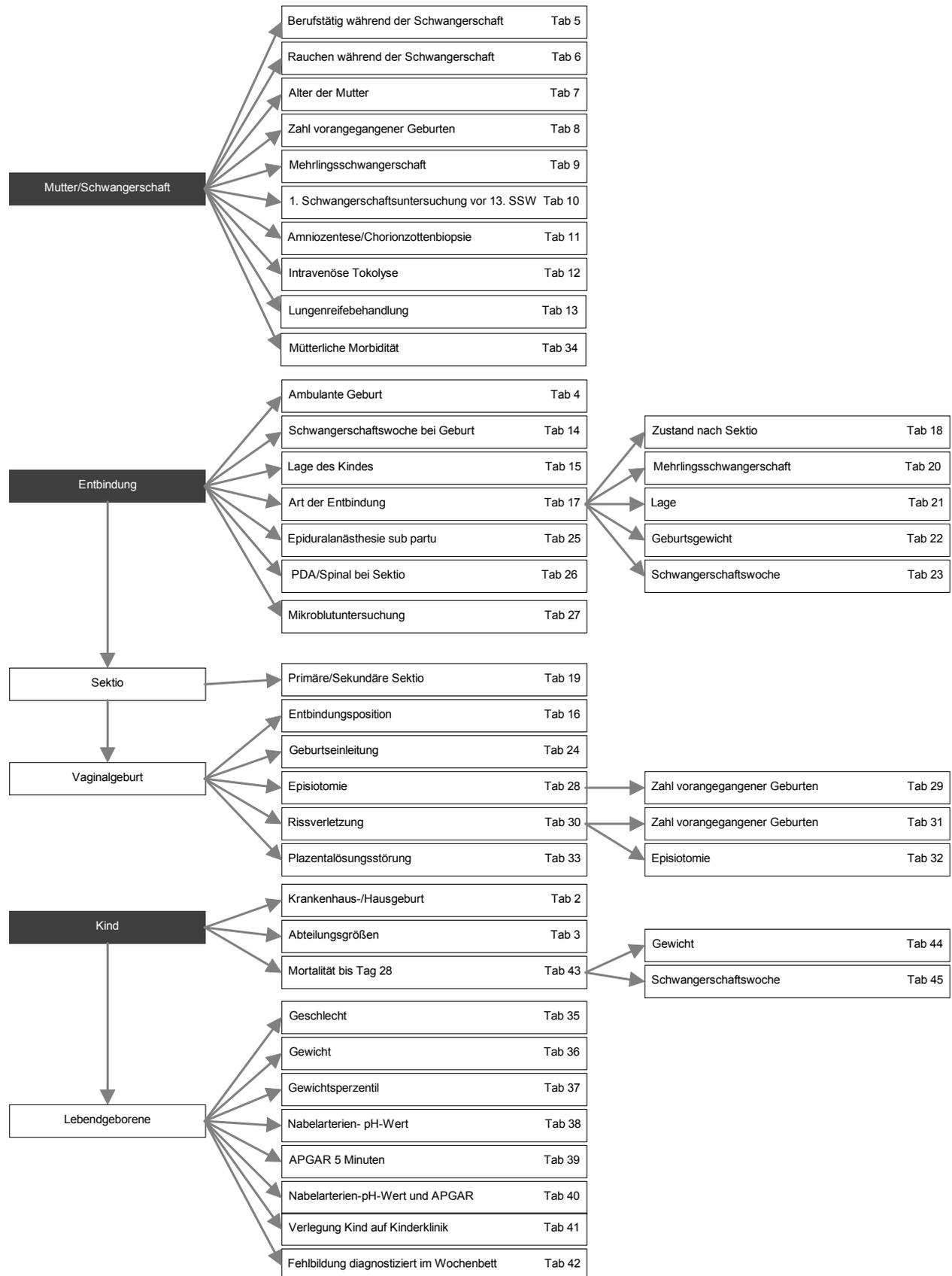
Wir haben alle statistischen Tests jeweils auf den Unterschied zwischen den Geburtsjahren 2003 vs. 2004 bezogen. Es handelt sich in der Mehrheit der Fälle um einen zweiseitigen  $\chi^2$ -Test und bei einigen numerischen Variablen um den T-Test. Statistisch signifikante Unterschiede werden in den Tabellen mit \* für Signifikanzniveau 5%, \*\* für Signifikanzniveau 1% und \*\*\* für Signifikanzniveau 0.1% dargestellt. Nicht signifikante Ergebnisse werden mit „-“ gekennzeichnet.

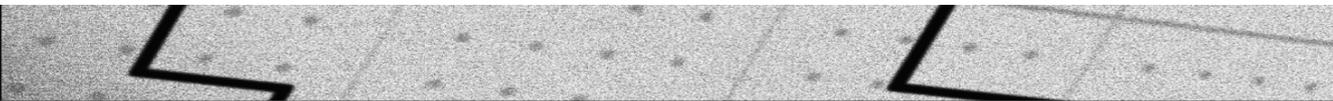
### 3.1.4 Geburtsgewicht unter 500 g

Nach dem Hebammengesetz besteht Meldepflicht für Totgeborene ab einem Gewicht von 500g sowie wenn Lebenszeichen nach der Geburt zu beobachten sind. **Seit dem Jahr 2004 werden abweichend von den Vorjahren auch lebendgeborene Kinder mit Geburtsgewicht unter 500g in die Statistik aufgenommen.**



## 3.2 Tabellen und Grafiken





Tab 1: Übersicht

| 2004                           |                 |         |             |         |
|--------------------------------|-----------------|---------|-------------|---------|
|                                | Mütter/Geburten |         | Kinder      |         |
|                                | Anzahl          | Prozent | Anzahl      | Prozent |
| <b>Insgesamt</b>               | <b>7196</b>     | 100.0%  | <b>7295</b> |         |
| Erstgebärende                  | <b>3448</b>     | 47.9%   |             |         |
| Mehrlingsschwangerschaften     | <b>97</b>       | 1.3%    |             |         |
| Vaginalgeburten                |                 |         | <b>5449</b> | 74.7%   |
| Sektionen                      |                 |         | <b>1846</b> | 25.3%   |
| Schädellagen                   |                 |         | <b>6853</b> | 94.0%   |
| Beckenendlagen                 |                 |         | <b>394</b>  | 5.4%    |
| Querlagen                      |                 |         | <b>41</b>   | 0.6%    |
| Frühgeburten                   |                 |         | <b>676</b>  | 9.3%    |
| Übertragungen                  |                 |         | <b>77</b>   | 1.1%    |
| Einleitung bei Vaginalgeburten | <b>754</b>      | 13.9%   |             |         |
| Wassergeburten                 | <b>744</b>      | 13.7%   |             |         |
| Episiotomien                   | <b>1683</b>     | 31.0%   |             |         |
| Antepartale Todesfälle         |                 |         | <b>10</b>   | 1.4‰    |
| Neonatale Todesfälle           |                 |         | <b>24</b>   | 3.3‰    |
| Perinatale Todesfälle          |                 |         | <b>31</b>   | 4.2‰    |
| Mütterliche Mortalität         | <b>1</b>        |         |             |         |

#### Medizinische Interpretation

In Tirol fanden im Jahr 2004 7196 Geburten mit 7295 Kindern statt. Es besteht somit eine Steigerung der Geburtenzahl von ca. 2%. Die durchschnittliche Rate an Kaiserschnitten in Tirol stieg weiter an (25.3%). Bei 14% der Geburten wurde eine Einleitung durchgeführt. Bei 31% der Vaginalgeburten wurde ein Scheidendammschnitt durchgeführt (in 17% bei Mehrgebärenden). Bei 14% der Vaginalgeburten handelt es sich um eine Wassergeburt.

Die perinatale Mortalität (Tod des Kindes vor, während und bis eine Woche nach der Geburt) sank weiter auf 4.2‰, was international als Spitzenergebnis zu betrachten ist. 2004 gab es in Tirol einen mütterlichen Todesfall (dissezierendes Aortenaneurysma).

Tab 2: Hausgeburten

|   | 2004        |         |
|---|-------------|---------|
|   | Anzahl      | Prozent |
| Krankenhausgeburt                             | <b>7252</b> | 99.4% - |
| in Klinik weitergeleitete geplante Hausgeburt | <b>0</b>    | 0.0%    |
| Hausgeburt                                    | <b>43</b>   | 0.6% -  |
| Summe   | 7295        | 100.0%  |



**Basis:** Kinder

2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

#### Medizinische Interpretation

99.4% der Geburten fanden im Krankenhaus statt. 0.6% der Frauen bevorzugten eine Hausgeburt.

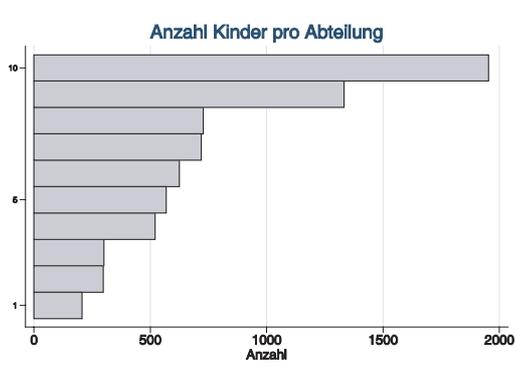
Tab 3: Abteilungsgröße nach Anzahl der geborenen Kinder

|                             |        | 2004    |   |
|-----------------------------|--------|---------|---|
| Anzahl der geborenen Kinder | Anzahl | Prozent |   |
| bis 499                     | 3      | 30.0%   | - |
| 500-999                     | 5      | 50.0%   | - |
| 1000-1999                   | 2      | 20.0%   | - |
| Summe                       | 10     | 100.0%  |   |



**Basis:** Kinder

2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

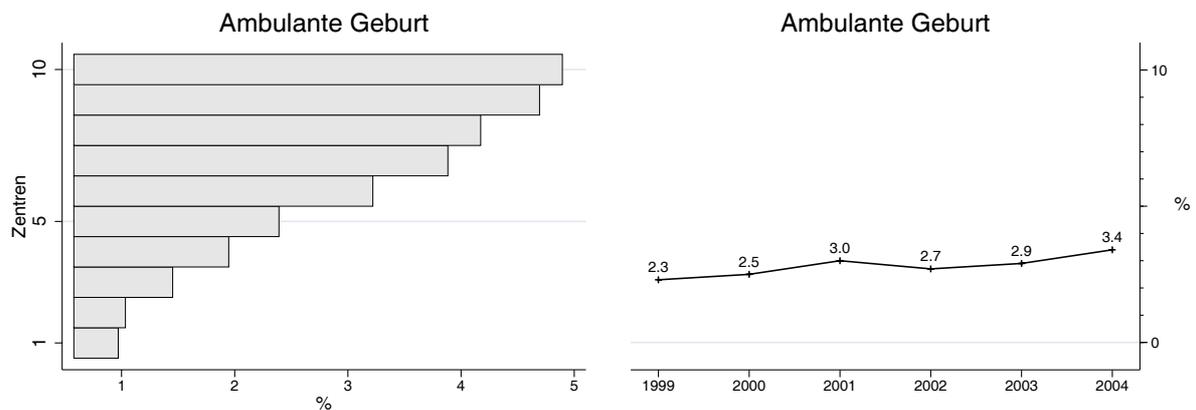
Von den zehn Abteilungen Tirols hatten drei unter 500 Geburten pro Jahr, fünf zwischen 500 und 1000 Geburten pro Jahr und zwei Abteilungen hatten über 1000 Geburten pro Jahr.

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

|       |  | 2004   |         |
|-------|--|--------|---------|
|       |  | Anzahl | Prozent |
| Ja    |  | 238    | 3.4% -  |
| Nein  |  | 6851   | 96.6%   |
| Summe |  | 7089   | 100.0%  |



**Basis:** Mütter (nur Lebendgeburten)  
2004 liegen für 95 Fälle (1.3%) keine Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

3.4% der Kinder wurden im Rahmen einer ambulanten Geburt entbunden, was eine geringgradige Steigerung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet.

Die Problematik der ambulanten Geburt besteht darin, dass es aufgrund der geltenden LKF-Regelung für geburtshilfliche Abteilungen unmöglich ist, eine ambulante Geburt auch nur annähernd kostendeckend durchzuführen. Eine ambulante Geburt (die nur bei gesunder Mutter und gesundem Kind durchgeführt werden soll) wird in 1% bis 5% der Entbindungen in Tiroler Krankenanstalten durchgeführt.

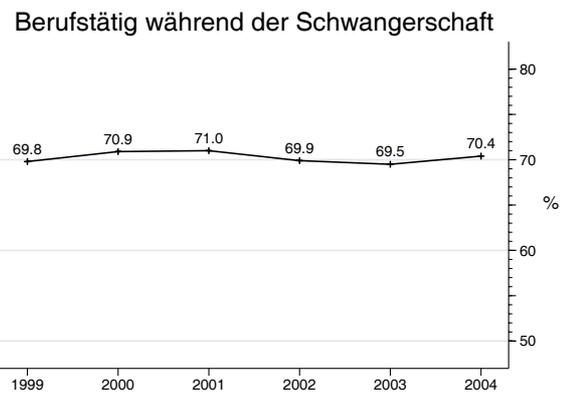
Tab 5: Berufstätig während der Schwangerschaft

|       | 2004        |         |
|-------|-------------|---------|
|       | Anzahl      | Prozent |
| Ja    | <b>4838</b> | 70.4% - |
| Nein  | <b>2033</b> | 29.6%   |
| Summe | 6871        | 100.0%  |



**Basis:** Mütter

2004 liegen für 325 Fälle (4.5%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

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

Tab 6: Rauchen der Mutter  
während der Schwangerschaft

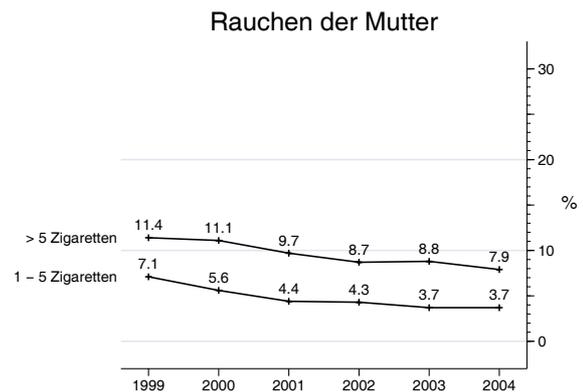
|                           |             | 2004    |  |
|---------------------------|-------------|---------|--|
| Anzahl Zigaretten pro Tag | Anzahl      | Prozent |  |
| Keine                     | <b>6365</b> | 88.5%   |  |
| 1 – 5                     | <b>263</b>  | 3.7%    |  |
| mehr als 5                | <b>568</b>  | 7.9%    |  |
| Summe                     | 7196        | 100.0%  |  |



**Basis:** Mütter

2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: Getestet wurde Nichtraucher versus Rauchen.



**Medizinische Interpretation**

7.9% der Frauen rauchten während der Schwangerschaft mehr als 5 Zigaretten täglich. Der Anteil an rauchenden Frauen sank in den letzten Jahren leicht ab (allerdings nicht statistisch signifikant).

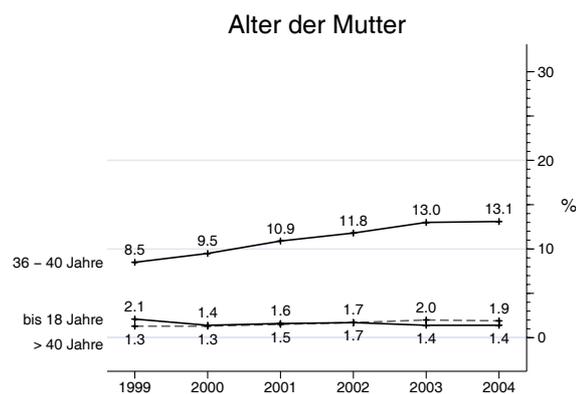
Tab 7: Alter der Mutter

|         | 2004   |         |
|---------|--------|---------|
|         | Anzahl | Prozent |
| bis 18  | 99     | 1.4%    |
| 19 – 35 | 6012   | 83.6%   |
| 36 – 40 | 944    | 13.1%   |
| über 40 | 138    | 1.9%    |
| Summe   | 7193   | 100.0%  |

**Basis:** Mütter

2004 liegen für 3 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: Getestet wurde Alter unter 35 Jahren versus Alter über 35 Jahren.

**Medizinische Interpretation**

1.4% der Mütter waren unter 18 Jahren, 15.0% der Mütter über 35 Jahren, der Anteil der Mütter über 40 Jahren betrug 1.9%. Die Zahlen entsprechen in Summe im Wesentlichen denen des Vorjahres, wobei der stetige Anstieg des mütterlichen Alters in den letzten Jahren vorläufig zum Stillstand gekommen zu sein scheint.

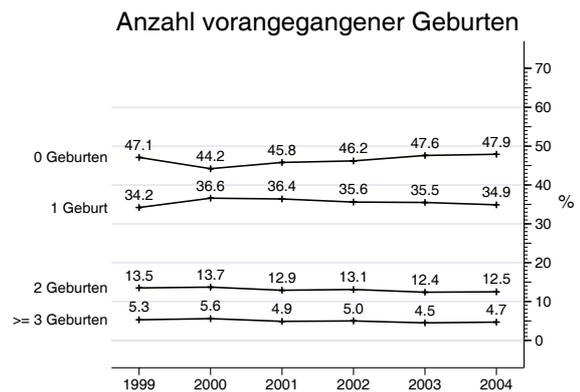
Tab 8: Zahl vorangegangener Geburten

|       | 2004        |         |
|-------|-------------|---------|
|       | Anzahl      | Prozent |
| 0     | <b>3448</b> | 47.9% - |
| 1     | <b>2513</b> | 34.9%   |
| 2     | <b>900</b>  | 12.5%   |
| ≥ 3   | <b>335</b>  | 4.7%    |
| Summe | 7196        | 100.0%  |



**Basis:** Mütter

2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

Die Aufteilung unter den gebärenden Frauen in Erst- und Mehrgebärende änderte sich während der letzten sechs Jahre nicht wesentlich, bei nahezu der Hälfte der Geburten handelte es sich um erstgebärende Frauen. Drei Geburten und mehr hatte nur mehr jede zwanzigste Gebärende in Tirol.

Tab 9: Mehrlingsschwangerschaft

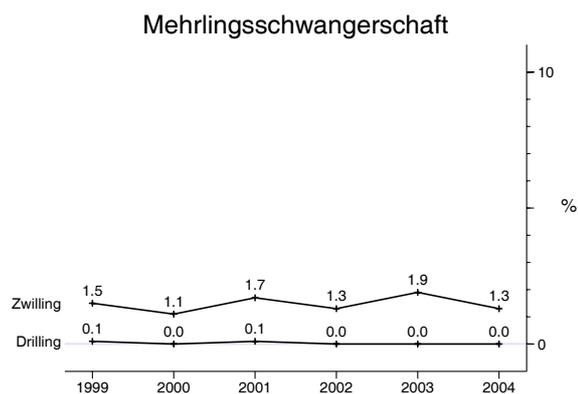
|          | 2004   |         |
|----------|--------|---------|
|          | Anzahl | Prozent |
| Einling  | 7099   | 98.7%   |
| Zwilling | 95     | 1.3%    |
| Drilling | 2      | <0.1% * |
| Summe    | 7196   | 100.0%  |



**Basis:** Mütter

2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: Getestet wurde Einling versus Mehrling



#### Medizinische Interpretation

Die Rate an Zwillingen in Tirol betrug 1.3%, was gleich wie im Jahr 2002 und deutlich niedriger als im Jahr 2003 (1.9%) ist. Die Anzahl höhergradiger Mehrlinge ist mit zwei Drillings gering, beruht aber auch darauf, dass in den letzten Jahren nur mehr wenige Embryonen beim Embryotransfer implantiert wurden.

Tab 10: Erste Schwangerschaftsuntersuchung  
vor der 13. Schwangerschaftswoche

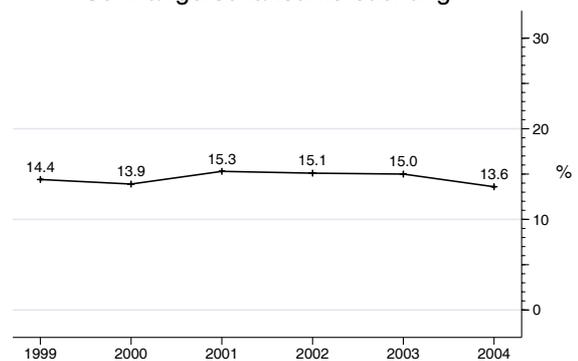
|       | 2004        |         |
|-------|-------------|---------|
|       | Anzahl      | Prozent |
| Ja    | <b>6037</b> | 86.4% * |
| Nein  | <b>952</b>  | 13.6%   |
| Summe | 6989        | 100.0%  |



**Basis:** Mütter

2004 liegen für 207 Fälle (2.9%) keine Informationen vor.

Schwangerschaftsuntersuchung



#### Medizinische Interpretation

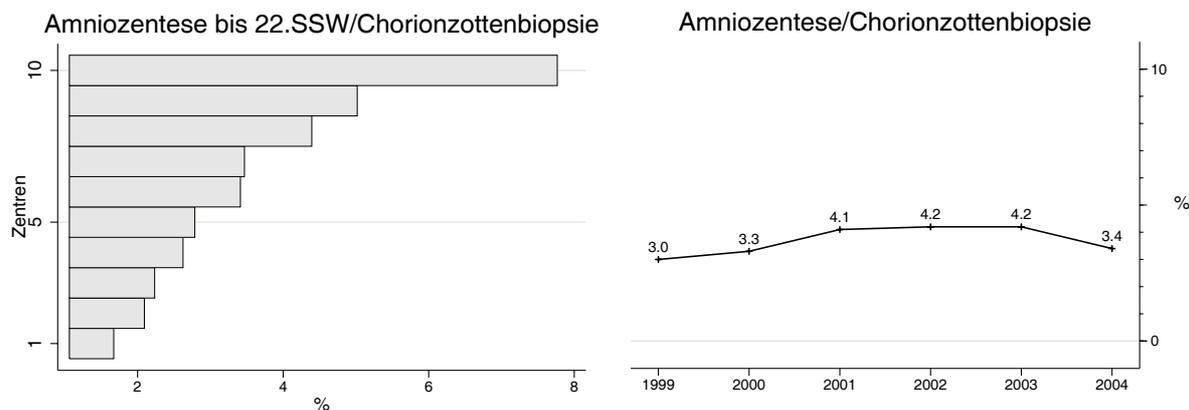
Ca. jede siebte Gebärende hatte keine Schwangerschaftsuntersuchung vor der 13. Woche. Dies ist insofern von Relevanz, da nach der neuen geplanten Mutter-Kind-Pass-Regelung die erste Basis-Ultraschalluntersuchung in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche erfolgen soll.

Tab 11: Amniozentese / Chorionzottenbiopsie  
bis 22. Schwangerschaftswoche

|       | 2004   |         |
|-------|--------|---------|
|       | Anzahl | Prozent |
| Ja    | 245    | 3.4% *  |
| Nein  | 6951   | 96.6%   |
| Summe | 7196   | 100.0%  |



**Basis:** Mütter  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

3.4% der Schwangeren wurden einer Amniozentese (Chorionzottenbiopsie) bis zur 22. Woche unterzogen. Dies ist insofern bemerkenswert, als 15% der Schwangeren des untersuchten Kollektivs über 35 Jahre alt waren. Die in Relation niedrige Amniozenteserate ist großteils der Nackentransparenzmessung zuzuschreiben.

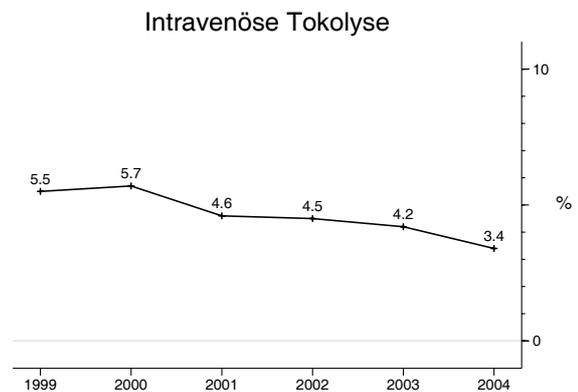
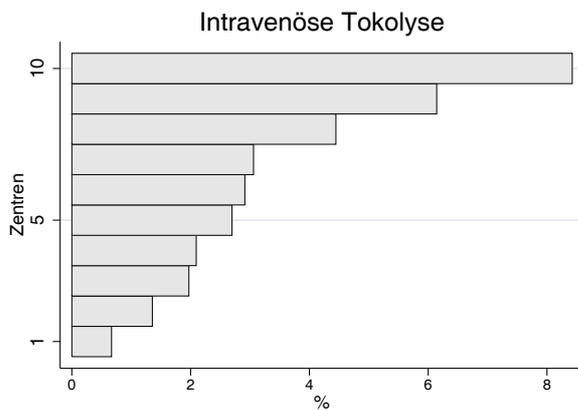
Tab 12: Intravenöse Tokolyse

|       |  | 2004   |         |
|-------|--|--------|---------|
|       |  | Anzahl | Prozent |
| Ja    |  | 248    | 3.4% *  |
| Nein  |  | 6948   | 96.6%   |
| Summe |  | 7196   | 100.0%  |



**Basis:** Mütter

2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

3.4% der Schwangeren erhielten wegen vorzeitiger Wehentätigkeit eine intravenöse Tokolyse. Dies ist statistisch signifikant weniger als im Vorjahr. Offensichtlich wird die Indikation zur Wehenhemmung gezielter gestellt, da sich die Zahl der Frühgeburten im Vergleich zu den Vorjahren nicht wesentlich verändert hat. Die Frequenz des Einsatzes intravenöser Tokolyse variiert unter den Abteilungen zwischen 1% und über 8%.

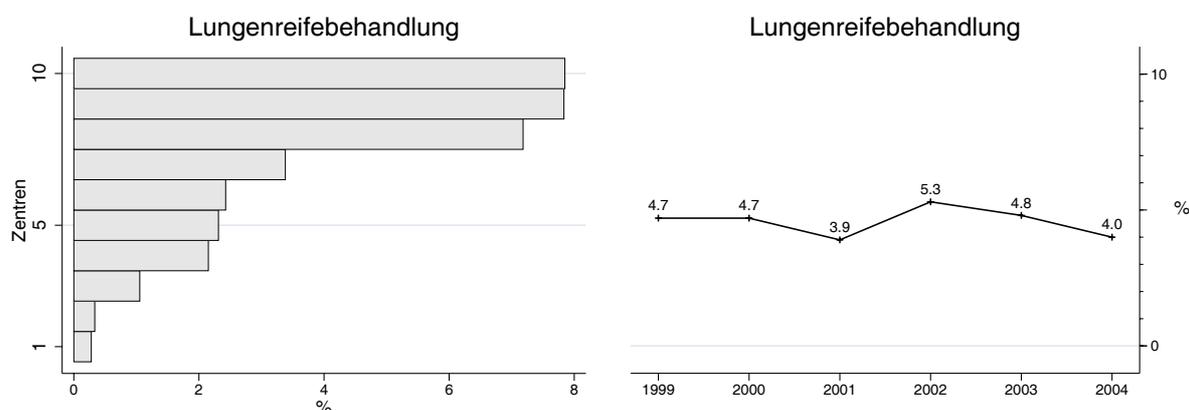
Tab 13: Lungenreifebehandlung

|       |  | 2004   |         |
|-------|--|--------|---------|
|       |  | Anzahl | Prozent |
| Ja    |  | 290    | 4.0% *  |
| Nein  |  | 6906   | 96.0%   |
| Summe |  | 7196   | 100.0%  |



**Basis:** Mütter

2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

4% der Schwangeren erhielten eine Lungenreifeinduktion. Auch dieser Prozentsatz ist gegenüber dem Vorjahr statistisch signifikant niedriger. Der um 0.6% höhere Prozentsatz im Vergleich zur intravenösen Tokolyse zeigt, dass Lungenreifeinduktionen auch bei wehenlosen Frauen durchgeführt wurden. Der Anteil der Frühgeburten bis zur Schwangerschaftswoche 33 + 6 (bis zu diesem Zeitpunkt werden Lungenreifeinduktionen durchgeführt) beträgt 2.3% und liegt somit nicht wesentlich unter dem Prozentsatz der durchgeführten Lungenreifeinduktionen. Dies zeigt, dass diese Therapie relativ selektiv eingesetzt wurde. Trotzdem besteht hier eine erhebliche Schwankungsbreite zwischen den Abteilungen von unter 1% bis 8%.

Tab 14: Schwangerschaftswoche bei Geburt

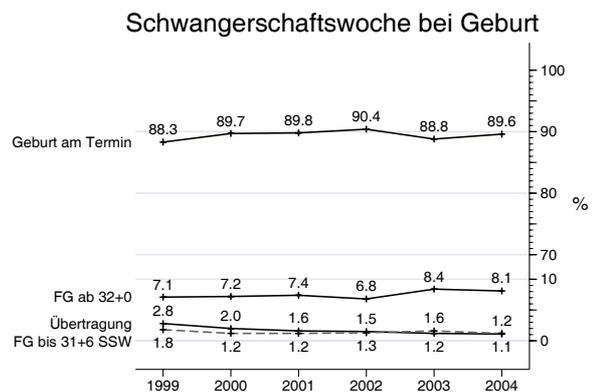
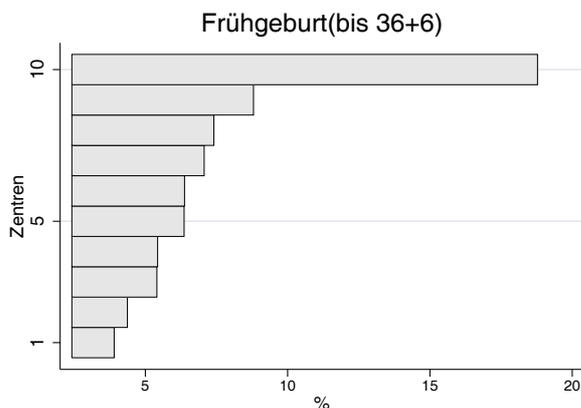
|                       | 2004   |         |
|-----------------------|--------|---------|
| ► Frühgeburt          | Anzahl | Prozent |
| bis SSW 25 + 6        | 10     | 0.1%    |
| SSW 26 + 0 bis 27 + 6 | 10     | 0.1%    |
| SSW 28 + 0 bis 29 + 6 | 22     | 0.3%    |
| SSW 30 + 0 bis 31 + 6 | 44     | 0.6%    |
| SSW 32 + 0 bis 33 + 6 | 90     | 1.2%    |
| SSW 34 + 0 bis 36 + 6 | 500    | 6.9%    |
| Summe                 | 676    | 9.3% -  |
| ► Geburt am Termin    |        |         |
| SSW 37 + 0 bis 41 + 6 | 6522   | 89.6%   |
| ► Übertragung         |        |         |
| ab SSW 42 + 0         | 77     | 1.1%    |



**Basis:** Kinder

2004 liegen für 20 Fälle (0.3%) keine Informationen vor.

Bemerkung: Die Angabe zur Signifikanz bezieht sich nur auf den Test Frühgeburten versus andere



**Achtung:** Die Definition von Frühgeburt wurde an internationale Standards angepasst (Änderung der Grenze von 37 + 0 auf 36 + 6 und analog für die anderen Gruppen).

#### Medizinische Interpretation

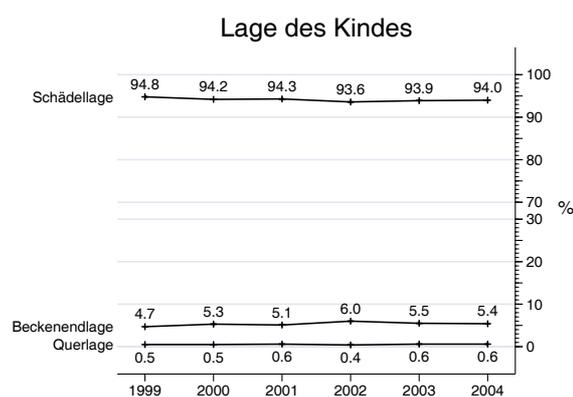
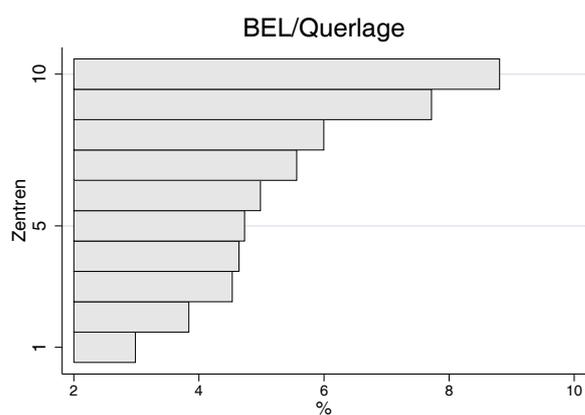
Der Prozentsatz an Frühgeburten lag im Jahr 2004 mit 9.3% wieder niedriger als im Vorjahr, doch etwas über den Werten der vorangegangenen Jahre. Die Zahl übertragener Kinder (ab 14 Tage über dem errechneten Termin) hat in den letzten sechs Jahren deutlich abgenommen und scheint sich bei ca. 1% einzupendeln. Dies dürfte durch die allgemein durchgeführte Praxis der Einleitung ab dem zehnten Tag nach dem errechneten Termin erklärbar sein.

Tab 15: Lage des Kindes

|               |        | 2004    |   |
|---------------|--------|---------|---|
|               | Anzahl | Prozent | - |
| Schädellage   | 6853   | 94.0%   |   |
| Beckenendlage | 394    | 5.4%    |   |
| Querlage      | 41     | 0.6%    |   |
| Summe         | 7288   | 100.0%  |   |



**Basis:** Kinder  
2004 liegen für 7 Fälle (0.1%) keine Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

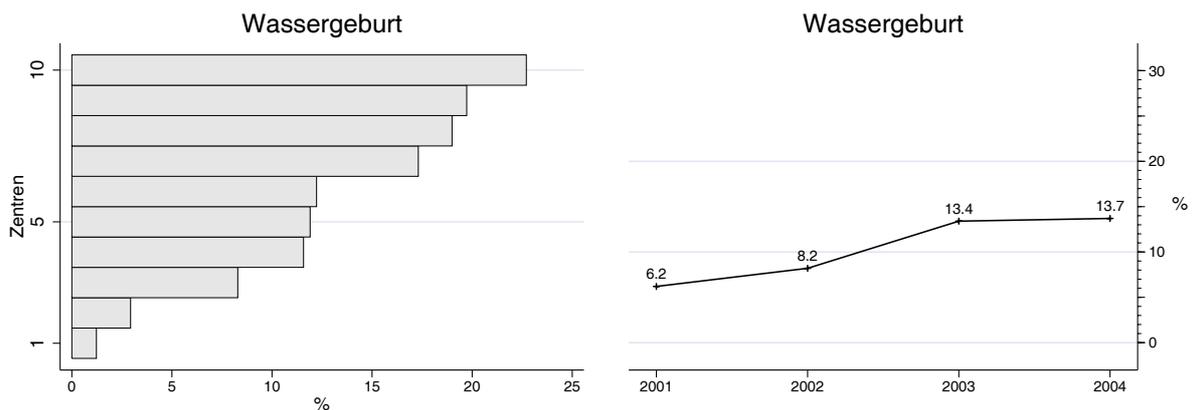
94% der Kinder wurden aus Schädellage geboren. Auffällig bleibt weiterhin der über dem internationalen Niveau liegende Prozentsatz von 5.4% an Beckenendlagen.

Tab 16: Entbindungsposition

|              | 2004   |         |
|--------------|--------|---------|
|              | Anzahl | Prozent |
| Kreißbett    | 4528   | 83.3% - |
| Hocker       | 155    | 2.9%    |
| Wassergeburt | 744    | 13.7%   |
| Andere       | 7      | 0.1%    |
| Summe        | 5434   | 100.0%  |



**Basis:** Mütter (nur Vaginalgeburten)  
2004 liegen für 3 Fälle (0.1%) keine Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

83.3% der Geburten fanden im Kreißbett statt. Die Zahl an Hockergeburten hat im letzten Jahr geringgradig zugenommen (2001 6.6%, 2002 4.1%, 2003 2.5%). Die Zahl an Wassergeburt (13.7%) scheint sich auf diesem Niveau einzupendeln, nachdem sie in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen hatte. Jede siebte Spontangeburt in Tirol war 2004 eine Wassergeburt. Abteilungsbezogen schwanken hier die Werte zwischen 2% und 23%.

Tab 17: Art der Entbindung

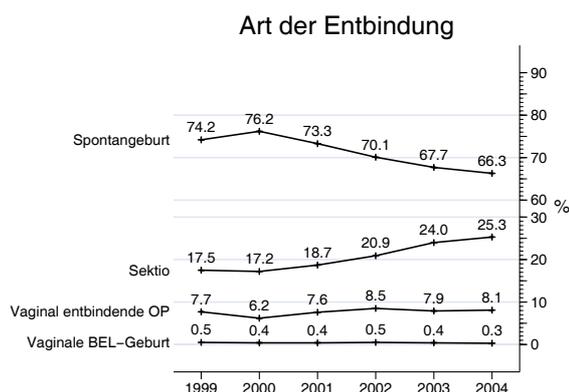
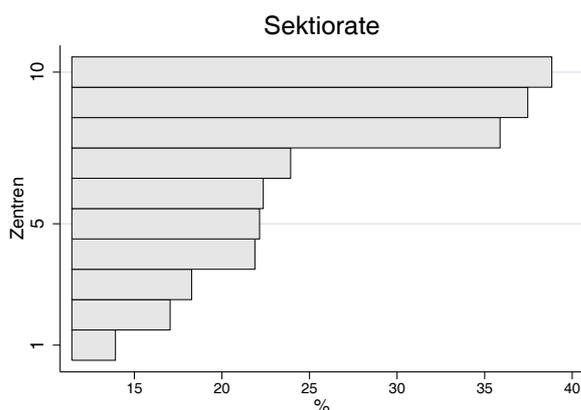
|                               | 2004   |                     |
|-------------------------------|--------|---------------------|
|                               | Anzahl | Prozent             |
| Spontangeburt                 | 4833   | 66.3%               |
| Vaginal entbindende Operation | 594    | 8.1%                |
| Vaginale Beckenendlagegeburt  | 22     | 0.3%                |
| Sektio                        | 1846   | 25.3% <sup>1)</sup> |
| Summe                         | 7295   | 100.0%              |

**Basis:** Kinder

2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



<sup>1)</sup>Grenzwertig signifikant, P=0.064 (getestet wurde Vaginalgeburt versus Sektio)



#### Medizinische Interpretation

Die Spontangeburt nahmen in den letzten fünf Jahren um 10% ab. Auf der anderen Seite gab es eine Steigerung der Kaiserschnittfrequenz von 17.2% auf 25.3%. Die Zunahme an Kaiserschnitten betrifft sowohl die primäre Sektio als auch die sekundäre Sektio. In den verschiedenen Abteilungen schwankte die Kaiserschnitttrate zwischen 14% bis knapp 40%. Die Zahl vaginalentbindender Operationen war mit 8% weitgehend gleichbleibend, ebenso die Zahl vaginaler Beckenendlage-Entbindungen.

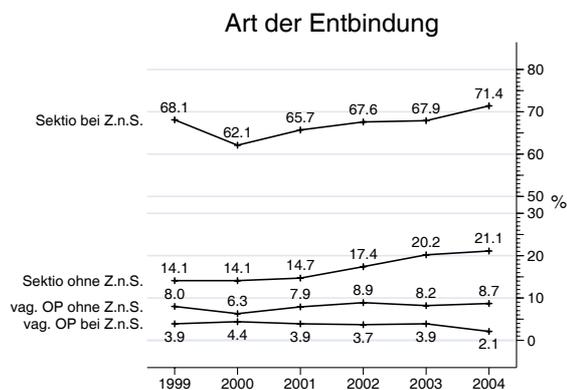
Tab 18: Art der Entbindung  
aufgeschlüsselt nach Zustand nach Sektio

|                                     | 2004        |         |
|-------------------------------------|-------------|---------|
|                                     | Anzahl      | Prozent |
| <b>► Ohne vorangegangene Sektio</b> |             |         |
| Spontangeburt                       | <b>4671</b> | 69.9%   |
| Vaginal entbindende Operation       | <b>581</b>  | 8.7%    |
| Vaginale Beckenendlagegeburt        | <b>21</b>   | 0.3%    |
| Sektio                              | <b>1406</b> | 21.1% - |
| <b>► Mit vorangegangener Sektio</b> |             |         |
| Spontangeburt                       | <b>162</b>  | 26.3%   |
| Vaginal entbindende Operation       | <b>13</b>   | 2.1%    |
| Vaginale Beckenendlagegeburt        | <b>1</b>    | 0.2%    |
| Sektio                              | <b>440</b>  | 71.4% - |



**Basis:** Kinder  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: Getestet wurde Vaginalgeburt versus Sektio



Bemerkung: Z.n.S. = Zustand nach Sektio

#### Medizinische Interpretation

Die Zahl der Resektionen bei vorangegangenem Kaiserschnitt ist weiterhin ansteigend (71.4%). Die Zahl von Kaiserschnitten ohne vorangegangene Sektio hat in den letzten Jahren von 14.1% auf 21.1% zugenommen.

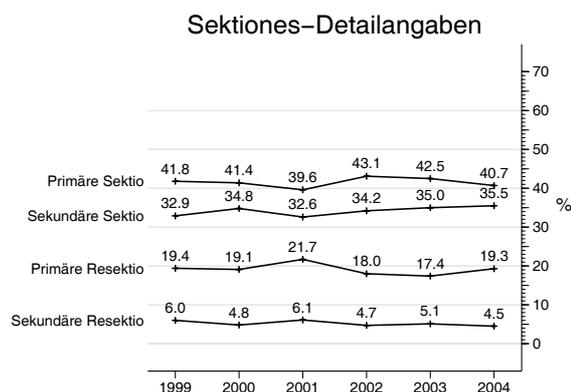
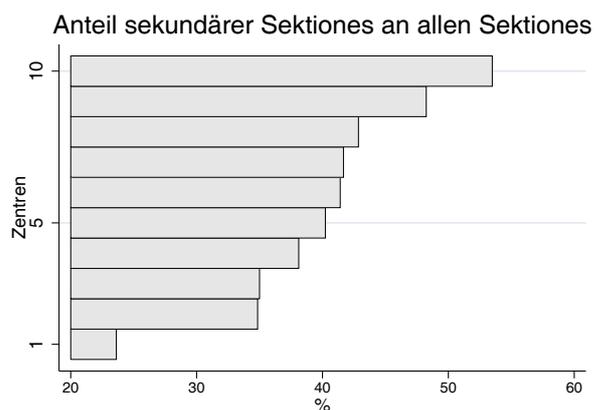
Tab 19: Primäre/Sekundäre Sektio

|                    | 2004   |           |
|--------------------|--------|-----------|
|                    | Anzahl | Prozent - |
| Primäre Sektio     | 751    | 40.7%     |
| Sekundäre Sektio   | 655    | 35.5%     |
| Primäre Resektio   | 357    | 19.3%     |
| Sekundäre Resektio | 83     | 4.5%      |
| Summe              | 1846   | 100.0%    |



**Basis:** Kinder (Sektionen)

2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



### Medizinische Interpretation

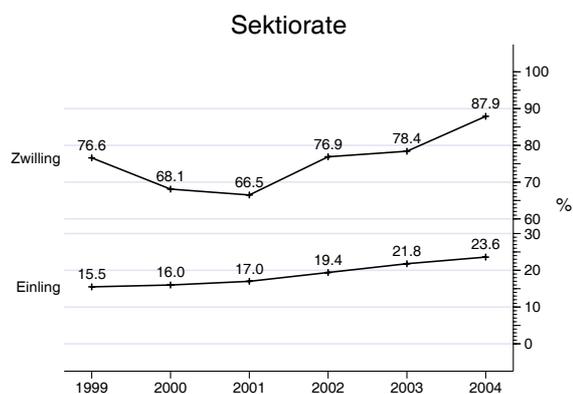
Der Anteil der primären Kaiserschnitte (Sektio/Resektio) betrug 60%. Der hohe Anteil an sekundären Sektionen ist zum Teil durch das geburtshilfliche Programm verursacht, das z.B. bei vorzeitigem Blasensprung ohne Wehen und Muttermundseröffnung oder nach frustraner Einleitung nach primärer Wehenschwäche automatisch nur mehr eine sekundäre Sektio zulässt. Jedenfalls kann aus dieser Zahl an sekundären Kaiserschnitten nicht geschlossen werden, dass es sich dabei um aus kindlicher oder mütterlicher Indikation abgebrochene vaginalgeburten handelt. Der Anteil sekundärer Sektion an allen Kaiserschnitten schwankt an die Tiroler Abteilungen zwischen 24% und 53%.

Tab 20: Sektio-Rate  
aufgeschlüsselt nach Mehrlingschwangerschaft

|          | 2004   |         |    |
|----------|--------|---------|----|
|          | Anzahl | Prozent |    |
| Einling  | 1673   | 23.6%   | *  |
| Zwilling | 167    | 87.9%   | ** |
| Drilling | 6      | 100.0%  |    |



**Basis:** Kinder  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

Von den Zwillingen wurden 88% durch einen Kaiserschnitt entbunden, bei den Einlingen waren es knapp 24% (statistisch signifikanter Anstieg gegenüber dem Vorjahr).

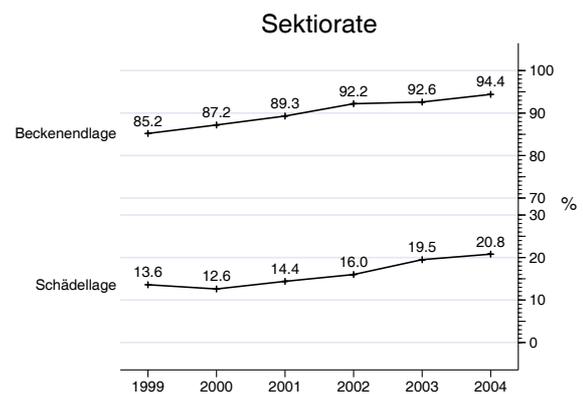
Tab 21: Sektio-Rate  
aufgeschlüsselt nach Lage des Kindes

|               | 2004   |                     |
|---------------|--------|---------------------|
|               | Anzahl | Prozent             |
| Schädellage   | 1428   | 20.8% <sup>1)</sup> |
| Beckenendlage | 372    | 94.4% -             |
| Querlage      | 41     | 100.0% -            |



**Basis:** Kinder  
2004 liegen für 7 Fälle (0.1%) keine Informationen vor.

<sup>1)</sup>Grenzwertig signifikant, P=0.052



#### Medizinische Interpretation

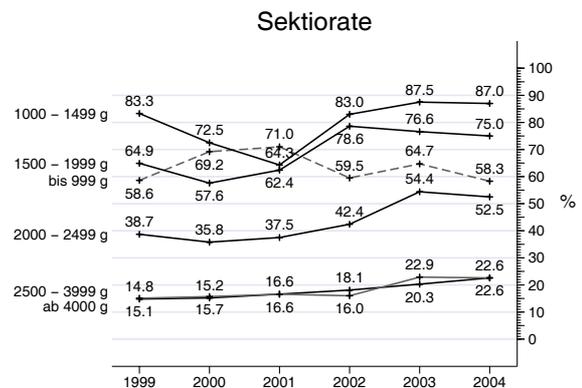
Der Anteil der Kaiserschnitte bei Schädellage betrug 20.8%, bei Beckenendlage wurde nur jedes 20. Kind nicht durch Kaiserschnitt entbunden. Aus den Daten kann nicht beurteilt werden, wieviele Kinder aus Beckenendlage durch äußere Wendung in Schädellage gebracht wurden.

Tab 22: Sektio-Rate  
aufgeschlüsselt nach Geburtsgewicht

|              | 2004   |         |    |
|--------------|--------|---------|----|
|              | Anzahl | Prozent |    |
| bis 499g     | 2      | 50.0%   | -  |
| 500 – 749g   | 5      | 62.5%   | -  |
| 750 – 999g   | 7      | 58.3%   | -  |
| 1000 – 1499g | 47     | 87.0%   | -  |
| 1500 –1999g  | 72     | 75.0%   | -  |
| 2000 –2499g  | 186    | 52.5%   | -  |
| 2500 –3999g  | 1403   | 22.6%   | ** |
| ab 4000g     | 124    | 22.6%   | -  |



**Basis:** Kinder  
2004 liegen für 2 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor.



### Medizinische Interpretation

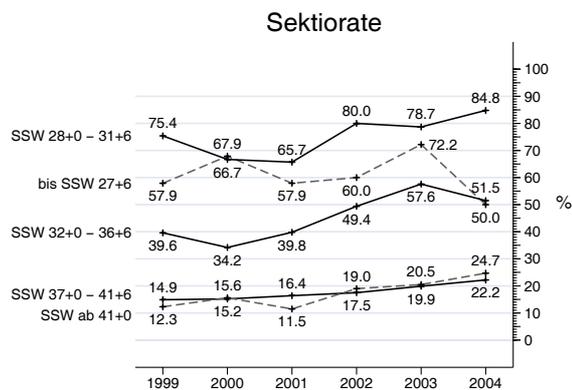
Der Anteil an Kaiserschnittverbindungen lag bei den ganz kleinen Kindern (bis 499g) bei 50%, bei einem Geburtsgewicht von 500 bis 749g bei 62.5% und bei einem Geburtsgewicht zwischen 750 und 999g bei 58.3%. Die höchsten Sektioraten fanden sich in der Gruppe zwischen 1000 und 1499g mit 87%. Bei Kindern zwischen 1500 und 1999g war die Kaiserschnittfrequenz 75%, um bei Kinder zwischen 2000 und 2499g wiederum auf 52.5% abzusinken. Der bereits im letzten Jahr zu beobachtende Anstieg der Sektiorate in der Gewichtsklasse von 2500 bis 3999g blieb unverändert bestehen (22.6%, statistisch signifikant). Dieselbe Sektiorate zeigten Kinder über 4000g. Man kann daraus schließen, dass es sich beim allergrößten Teil nicht um geburtsmechanische Indikationen handelt.

Tab 23: Sektio-Rate  
aufgeschlüsselt nach Schwangerschaftswoche bei Geburt

|                       |        | 2004    |    |
|-----------------------|--------|---------|----|
|                       | Anzahl | Prozent |    |
| bis SSW 25 + 6        | 4      | 40.0%   | -  |
| SSW 26 + 0 bis 27 + 6 | 6      | 60.0%   | -  |
| SSW 28 + 0 bis 29 + 6 | 19     | 86.4%   | *  |
| SSW 30 + 0 bis 31 + 6 | 37     | 84.1%   | -  |
| SSW 32 + 0 bis 36 + 6 | 304    | 51.5%   | *  |
| SSW 37 + 0 bis 41 + 6 | 1450   | 22.2%   | ** |
| SSW ab 42 + 0         | 19     | 24.7%   | -  |



**Basis:** Kinder  
2004 liegen für 20 Fälle (0.3%) keine Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

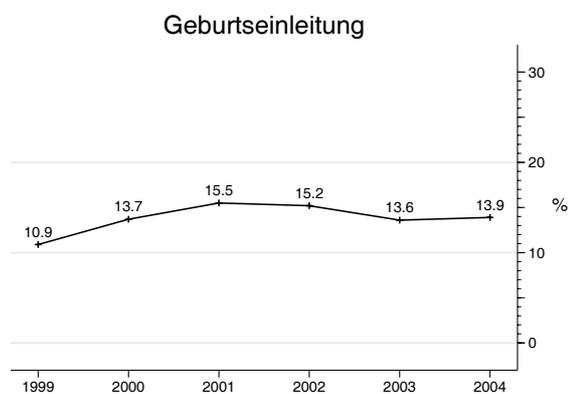
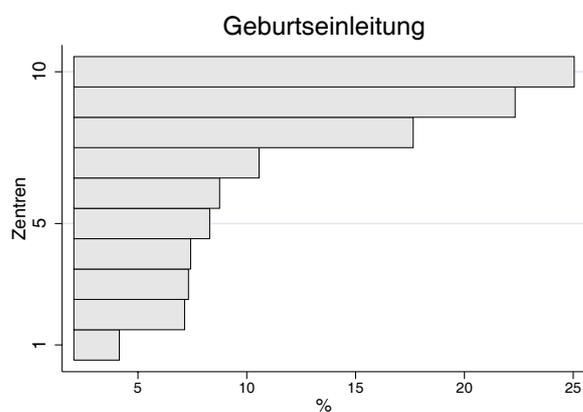
Hier ergibt sich ein dem Geburtsgewicht entsprechendes Bild. Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen lag bei einer Frühgeburt (bis zur vollendeten 37. Woche) zwischen 40% und 86.4%. Bei Entbindungen am Termin (37 + 0 bis 41 + 6) findet sich ein statistisch signifikanter Anstieg der Kaiserschnitttrate.

Tab 24: Geburtseinleitung

|       |             | 2004    |   |
|-------|-------------|---------|---|
|       | Anzahl      | Prozent |   |
| Ja    | <b>754</b>  | 13.9%   | - |
| Nein  | <b>4683</b> | 86.1%   |   |
| Summe | 5437        | 100.0%  |   |



**Basis:** Mütter (Vaginalgeburten)  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

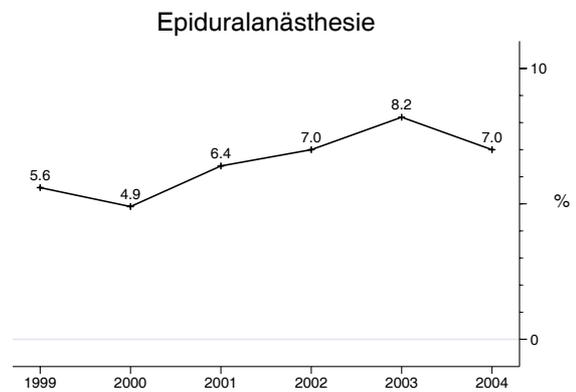
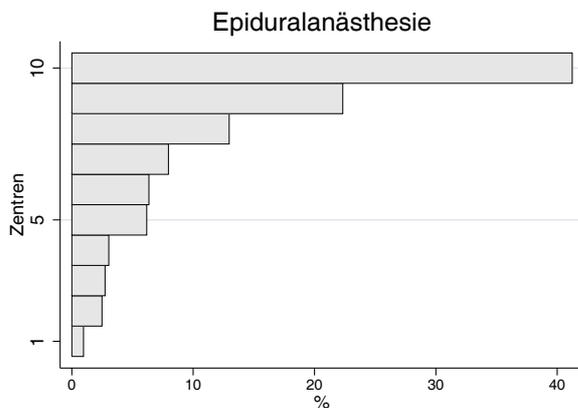
Bei den Vaginalgeburten wurde in 13.9% eine Geburtseinleitung durchgeführt.

Tab 25: Epiduralanästhesie  
bei Vaginalgeburt

|       | 2004   |         |
|-------|--------|---------|
|       | Anzahl | Prozent |
| ja    | 382    | 7.0% *  |
| nein  | 5055   | 93.0%   |
| Summe | 5437   | 100%    |



**Basis:** Mütter  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

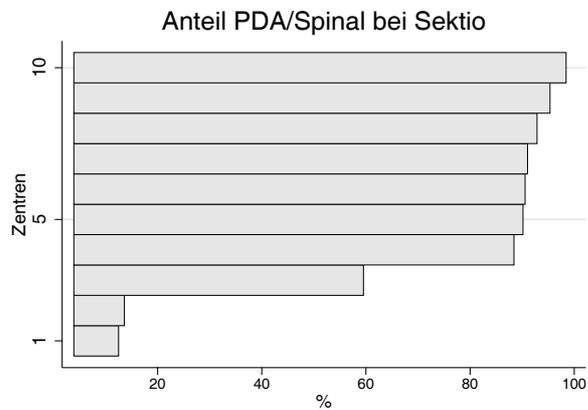
Der Anteil der Epiduralanästhesien bei der Vaginalgeburt betrug in Tirol 7.0% und war somit etwas geringer als im Vorjahr (statistisch signifikant). Der Prozentsatz an Epiduralanästhesien bei der Vaginalgeburt schwankte abteilungsbezogen von 2% bis 42%.

Tab 26: Anästhesie bei Sektio

|            |  | 2004   |         |
|------------|--|--------|---------|
|            |  | Anzahl | Prozent |
| PDA/Spinal |  | 1384   | 78.7%   |
| Andere     |  | 375    | 21.3%   |
| Summe      |  | 1759   | 100.0%  |



**Basis:** Mütter  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Keine Grafik über die zeitliche Entwicklung, weil für die Vorjahre keine Daten vorliegen.

#### Medizinische Interpretation

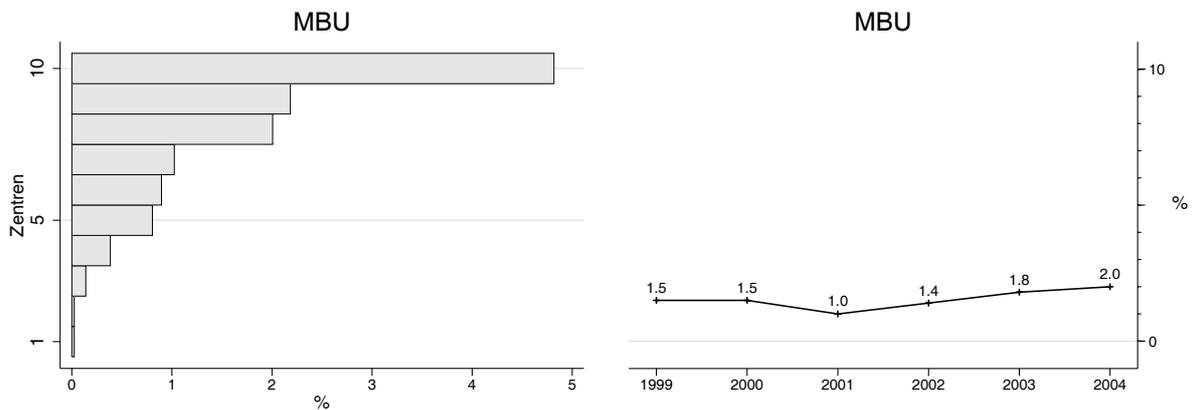
Bei 79% der Kaiserschnitte wurde eine Leitungsanästhesie durchgeführt, bei etwa über einem Fünftel eine Allgemeinnarkose. Der niedrige Prozentsatz der Allgemeinanästhesie dokumentiert die gute Zusammenarbeit zwischen Narkoseärzten und Geburtshelfern und minimiert die gefürchteten Komplikationen bei Schwangeren in Vollnarkose.

Tab 27: Mikroblutuntersuchung am Kind  
während der Geburt

|       |  | 2004   |         |
|-------|--|--------|---------|
|       |  | Anzahl | Prozent |
| Ja    |  | 142    | 2.0% -  |
| Nein  |  | 7054   | 98.0%   |
| Summe |  | 7196   | 100.0%  |



**Basis:** Mütter  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

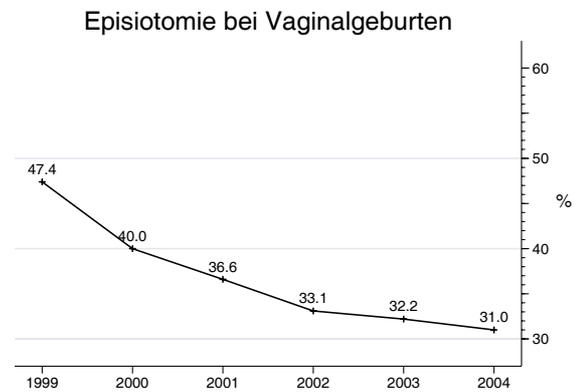
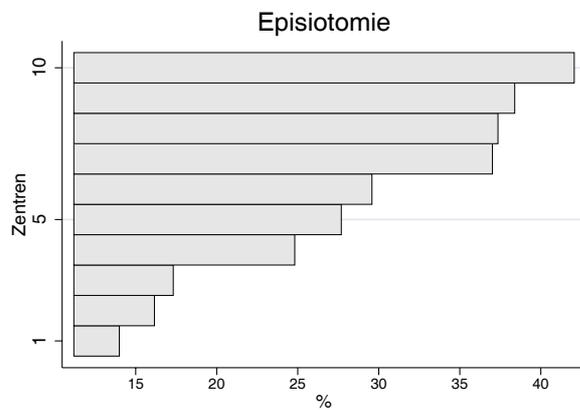
Der Anteil der Mikroblutuntersuchungen betrug 2.0% und zeigt damit einen leicht ansteigenden Trend. Die Frequenz an Mikroblutuntersuchungen unter den Abteilungen variierte von 0% bis knapp 5%. Die Zahl an Mikroblutuntersuchungen entspricht der in Bayern (dort ist die Mikroblutuntersuchung als Qualitätsindikator eingesetzt). Mit Hilfe der überaus guten Tiroler Fetal-Outcome-Zahlen kann deutlich belegt werden, dass ein guter fetaler Zustand auch bei einer niedrigen Rate dieser invasiven Untersuchung erreicht werden kann.

Tab 28: Episiotomie bei Vaginalgeburten

|                   |             | 2004    |   |
|-------------------|-------------|---------|---|
|                   | Anzahl      | Prozent |   |
| Episiotomie       | <b>1683</b> | 31.0%   | - |
| Keine Episiotomie | <b>3754</b> | 69.0%   |   |
| Summe             | 5437        | 100.0%  |   |



**Basis:** Mütter (Vaginalgeburten)  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

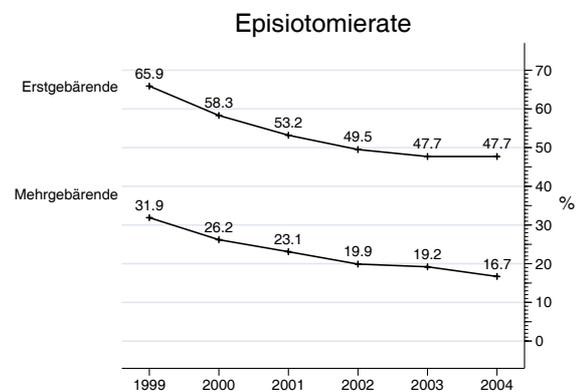
Die Rate an Scheidendammschnitten (Episiotomien) nahm während der letzten sechs Jahre von 47.4% auf 31.0% ab und scheint nunmehr ein Plateau erreicht zu haben. Somit erhält knapp jede dritte Gebärende in Tirol bei ihrer Vaginalgeburt eine Episiotomie. Die abteilungsbezogenen Raten schwanken hier zwischen 14% und 42%.

Tab 29: Episiotomie  
aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

|               |  | 2004   |         |
|---------------|--|--------|---------|
|               |  | Anzahl | Prozent |
| Erstgebärende |  | 1191   | 47.7% - |
| Mehrgebärende |  | 492    | 16.7% * |



**Basis:** Mütter (Vaginalgeburten)  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

Die Abnahme der Rate an Scheidendammsschnitten betrifft sowohl Erst- als auch Mehrgebärende. Bei den Mehrgebärenden sank die Episiotomierate statistisch signifikant auf 16.7% und ist somit knapp halb so hoch wie fünf Jahre zuvor.

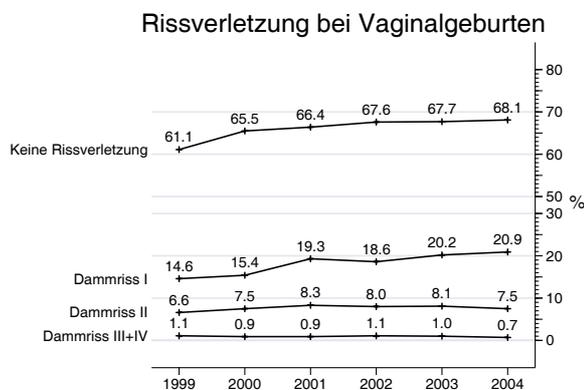
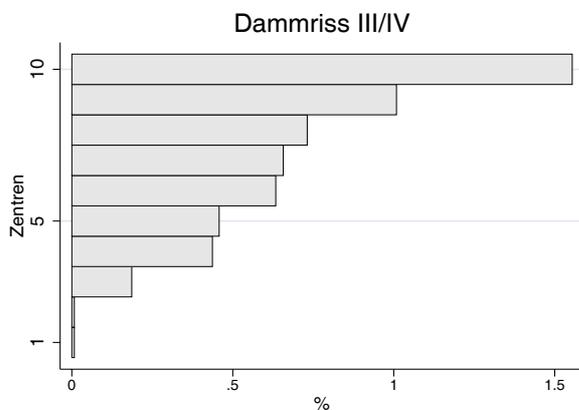
Tab 30: Rissverletzung bei Vaginalgeburten

|                      | 2004   |         |
|----------------------|--------|---------|
|                      | Anzahl | Prozent |
| Keine                | 3705   | 68.1%   |
| Dammriss I           | 1136   | 20.9%   |
| Dammriss II          | 409    | 7.5%    |
| Dammriss III         | 30     | 0.6%    |
| Dammriss IV          | 3      | 0.1%    |
| Zervixriss           | 14     | 0.3%    |
| Scheidenriss         | 69     | 1.3%    |
| Labien-/Klitorisriss | 130    | 2.4%    |



**Basis:** Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten

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



#### Medizinische Interpretation

Bei Vaginalgeburten trat in über zwei Drittel der Fälle keine Rissverletzung auf. Dammrisse ersten Grades (20.9%) und zweiten Grades (7.5%) waren im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Die schweren Dammrisse (dritten und vierten Grades) waren mit 0.7% im Vergleich zu den Vorjahren statistisch signifikant niedriger. Die Anzahl der Dammrisse dritten und vierten Grades schwankten hier abteilungsbezogen zwischen 0% und 1.5%.

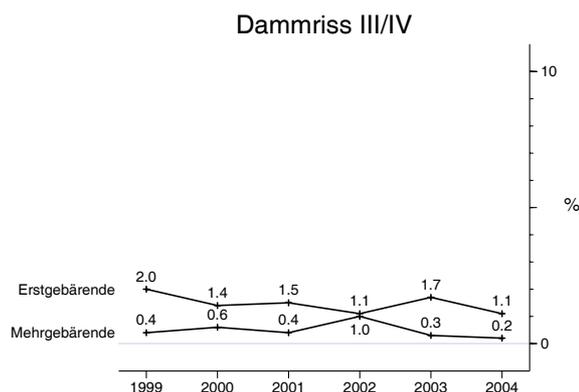
Tab 31: Rissverletzung bei Vaginalgeburten  
aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

|                        | 2004   |         |
|------------------------|--------|---------|
|                        | Anzahl | Prozent |
| <b>► Erstgebärende</b> |        |         |
| Keine                  | 1729   | 69.3%   |
| Dammriss I             | 440    | 17.6%   |
| Dammriss II            | 196    | 7.9%    |
| Dammriss III           | 25     | 1.0%    |
| Dammriss IV            | 3      | 0.1%    |
| Zervixriss             | 8      | 0.3%    |
| Scheidenriss           | 53     | 2.1%    |
| Labien-/Klitorisriss   | 70     | 2.8%    |
| <b>► Mehrgebärende</b> |        |         |
| Keine                  | 1976   | 67.2%   |
| Dammriss I             | 696    | 23.7%   |
| Dammriss II            | 213    | 7.2%    |
| Dammriss III           | 5      | 0.2%    |
| Dammriss IV            | 0      | 0.0%    |
| Zervixriss             | 6      | 0.2%    |
| Scheidenriss           | 16     | 0.5%    |
| Labien-/Klitorisriss   | 60     | 2.0%    |



**Basis:** Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten !

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



#### Medizinische Interpretation

Dammrisse ersten Grades traten bei Erstgebärenden (17.6%) seltener auf als bei Mehrgebärenden (23.7%). Die Rate an Dammrissen zweiten Grades war weitgehend von der Parität unabhängig. Diese Veränderungen sind im Zusammenhang mit der höheren Episiotomierate bei Erstgebärenden zu sehen. Höhergradige Dammrisse (dritte und vierten Grades) waren eindeutig bei erstgebärenden Frauen vermehrt. Ein ähnliches Bild bietet sich bei den Labien-/Klitorisrissen, da es hier zu einer Verschiebung der Verletzung ins vordere Kompartiment kommt.

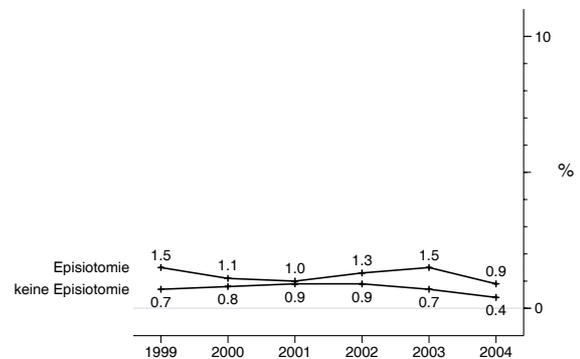
Tab 32: Rissverletzung  
aufgeschlüsselt nach Episiotomie

|                      |             | 2004    |   |
|----------------------|-------------|---------|---|
| ► Episiotomie        | Anzahl      | Prozent |   |
| Keine                | <b>1590</b> | 94.5%   |   |
| Dammriss I           | <b>24</b>   | 1.4%    |   |
| Dammriss II          | <b>15</b>   | 0.9%    |   |
| Dammriss III         | <b>14</b>   | 0.8%    | - |
| Dammriss IV          | <b>2</b>    | 0.1%    |   |
| Zervixriss           | <b>4</b>    | 0.2%    |   |
| Scheidenriss         | <b>31</b>   | 1.8%    |   |
| Labien-/Klitorisriss | <b>3</b>    | 0.2%    |   |
| ► Keine Episiotomie  | Anzahl      | Prozent |   |
| Keine                | <b>2115</b> | 56.3%   |   |
| Dammriss I           | <b>1112</b> | 29.6%   |   |
| Dammriss II          | <b>394</b>  | 10.5%   |   |
| Dammriss III         | <b>16</b>   | 0.4%    | - |
| Dammriss IV          | <b>1</b>    | <0.1%   |   |
| Zervixriss           | <b>10</b>   | 0.3%    |   |
| Scheidenriss         | <b>38</b>   | 1.0%    |   |
| Labien-/Klitorisriss | <b>127</b>  | 3.4%    |   |



**Basis:** Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten  
Bemerkung zum statistischen Test: Getestet  
wurde das Vorliegen von Dammriss III/IV

Dammriss III/IV



#### Medizinische Interpretation

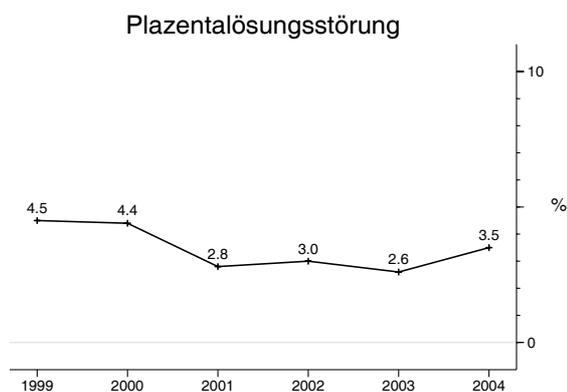
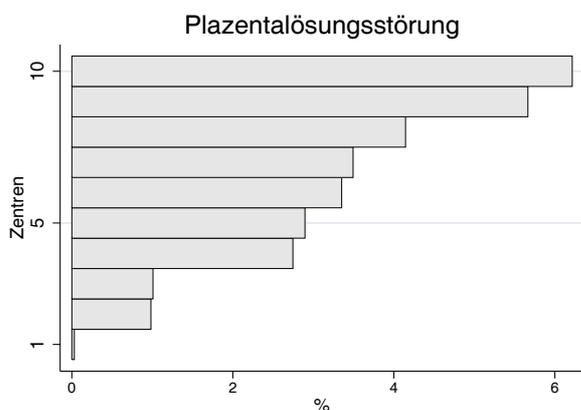
Dammrisse dritten Grades traten bei Episiotomie (0.8%) häufiger auf als ohne Scheidendammschnitt. Hingegen waren Labien-/Klitorisrisse ohne Scheidendammschnitt (3.4%) deutlich häufiger als mit Episiotomie (0.2%).

**Tab 33: Plazentalösungsstörung bei Vaginalgeburten**  
(manuelle Plazentalösung oder Nachtastung)

|       | 2004   |         |
|-------|--------|---------|
|       | Anzahl | Prozent |
| Ja    | 191    | 3.5% ** |
| Nein  | 5246   | 96.5%   |
| Summe | 5437   | 100.0%  |



**Basis:** Mütter (Vaginalgeburten)  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



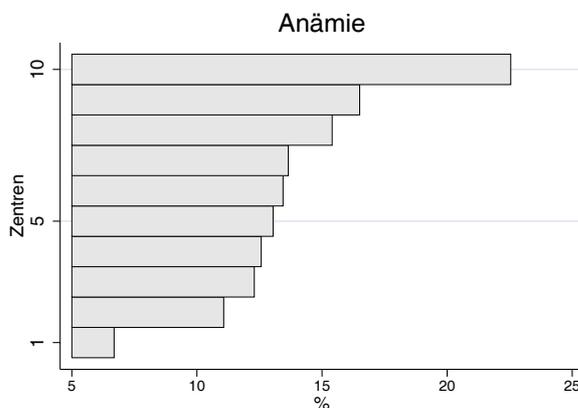
**Medizinische Interpretation**

Bei 3.5% der Vaginalgeburten wurde eine manuelle Plazentalösung oder eine Nachtastung durchgeführt. Dies ist wieder etwas höher als in den vergangenen drei Jahren (statistisch signifikant). Die Zahlen schwanken hier abteilungsbezogen von 0% bis 6%.

Tab 34: Mütterliche Morbidität

|   | 2004   |         |
|---|--------|---------|
|   | Anzahl | Prozent |
| Blutung > 1000 ml   | 13     | 0.2% -  |
| Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht | 14     | 0.2% -  |
| Hysterektomie/Laparotomie   | 0      | 0.0% -  |
| Eklampsie   | 0      | 0.0% -  |
| Sepsis  | 25     | 0.3% -  |
| Fieber im Wochenbett > 38° über 2 Tage  | 24     | 0.3% *  |
| Anämie (Hämoglobin unter 10g/dl)  | 984    | 13.7% - |
| Keine   | 6170   | 85.7%   |

**Basis:** Mütter – Mehrfachantworten



#### Medizinische Interpretation

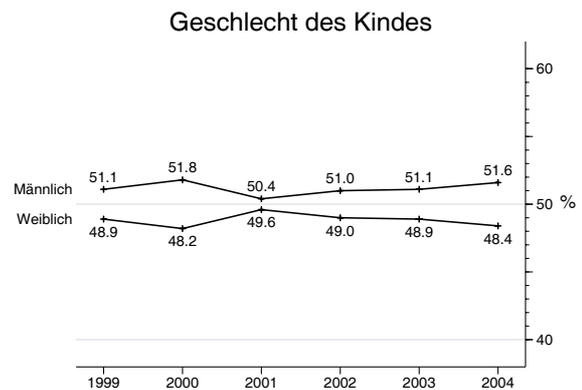
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen waren bei 0.2% der Geburten, Fieber im Wochenbett bei 0.3% der Geburten zu beobachten. Die deutlich geringere Rate febriler Verläufe könnte mit dem Streptokokken-Screening in der Schwangerschaft zusammenhängen, sodass hier in der Prophylaxe der Neugeborenen-sepsis durch die peripartale Antibiotikagabe auch febrile Komplikationen bei der Mutter verhindert werden. Die Sepsisrate liegt ebenfalls mit 0.3% deutlich niedriger als im Vorjahr (0.5%). Eine Anämie im Wochenbett mit Hb-Werten unter 10g/dl lag bei 13.7% der Geburten vor. Die abteilungsbezogenen Raten schwanken dabei zwischen 7% und 22%.

Tab 35: Geschlecht Kinder

|          | 2004        |         |
|----------|-------------|---------|
|          | Anzahl      | Prozent |
| Männlich | <b>3755</b> | 51.6% - |
| Weiblich | <b>3528</b> | 48.4%   |
| Summe    | 7283        | 100.0%  |



**Basis:** Kinder (nur Lebendgeburten)  
2004 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

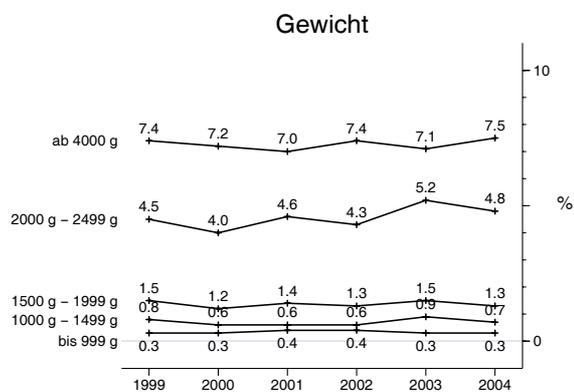
Wie bereits in den letzten Jahren wurden etwas mehr Knaben (51.6%) als Mädchen geboren.

Tab 36: Geburtsgewicht

|              | 2004   |           |
|--------------|--------|-----------|
|              | Anzahl | Prozent - |
| bis 499g     | 4      | 0.1%      |
| 500 – 749g   | 7      | 0.1%      |
| 750 – 999g   | 8      | 0.1%      |
| 1000 – 1499g | 51     | 0.7%      |
| 1500 – 1999g | 96     | 1.3%      |
| 2000 – 2499g | 353    | 4.8%      |
| 2500 – 3999g | 6213   | 85.3%     |
| ab 4000g     | 549    | 7.5%      |
| Summe        | 7281   | 100.0%    |



**Basis:** Kinder (nur Lebendgeburten)  
2004 liegen für 2 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

85% der Kinder lagen im Gewichtsbereich zwischen 2500 und 3999g, 0.3% der Neugeborenen wogen unter 1000g, 2% zwischen 1000 und 1999g, 7.5% über 4000g.

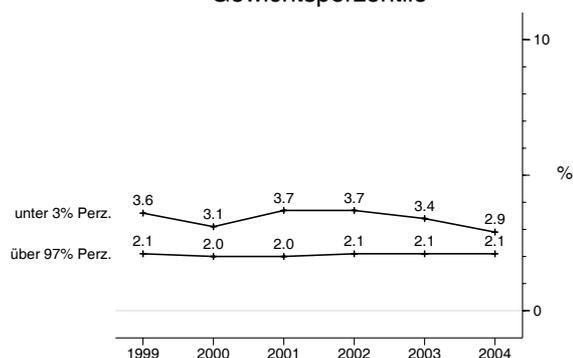
Tab 37: Gewichtszentile nach Voigt-Schneider

|                      | 2004   |         |
|----------------------|--------|---------|
|                      | Anzahl | Prozent |
| Unter 3% Perzentil   | 213    | 2.9% -  |
| 3% bis 97% Perzentil | 6897   | 95.0%   |
| Über 97% Perzentil   | 151    | 2.1% -  |
| Summe                | 7259   | 100.0%  |



**Basis:** Kinder (nur Lebendgeburten)  
2004 liegen für 22 Fälle (0.3%) keine Informationen vor.

Gewichtszentile



#### Medizinische Interpretation

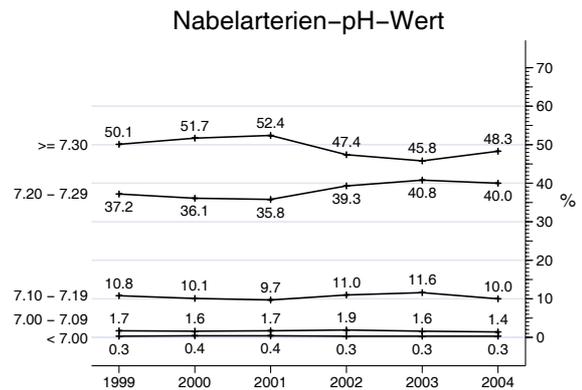
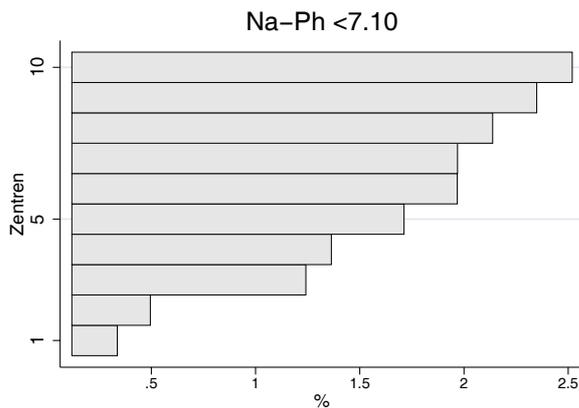
2.9% lagen unterhalb der 3%-Perzentile, 2.1% über der 97%-Perzentile. Im Rahmen einer gesamtösterreichischen Datenauswertung erscheint es hier sinnvoll, österreichspezifische Normwertkurven und Gewichtszentile zu erstellen.

Tab 38: Nabelarterien-pH-Wert

|             | 2004   |         |    |
|-------------|--------|---------|----|
|             | Anzahl | Prozent |    |
| <7.00       | 18     | 0.3%    | -  |
| 7.00 – 7.09 | 103    | 1.4%    | -  |
| 7.10 – 7.19 | 717    | 10.0%   | ** |
| 7.20 – 7.29 | 2852   | 40.0%   | -  |
| >= 7.30     | 3445   | 48.3%   | ** |
| Summe       | 7135   | 100.0%  |    |



**Basis:** Kinder (nur Lebendgeburten)  
2004 liegen für 148 Fälle (2.0%) keine Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

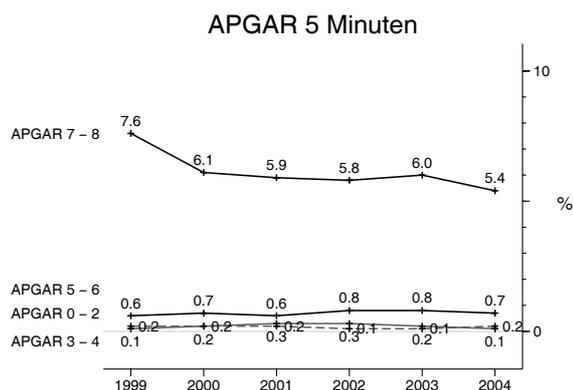
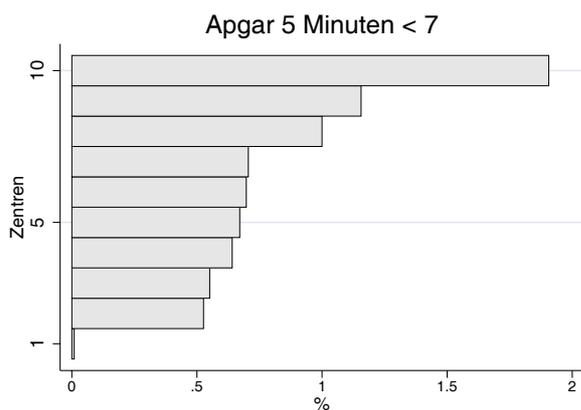
Nabelarterien-pH-Werte unter 7.0 fanden sich wie bereits in den letzten Jahren bei 0.3%, pH-Werte unter 7.1 bei 1.7% (in den letzten drei Jahren fallende Tendenz). Nabelarterien-pH-Werte über 7.2 bestanden bei 88.3%. Nabelarterien-pH-Werte unter 7.1 fanden sich abteilungsbezogen zwischen 0.3% und 2.5%. Für 2% der Neugeborenen lag kein Nabelarterien-pH-Wert vor.

Tab 39: APGAR 5 Minuten

|        | 2004   |         |
|--------|--------|---------|
|        | Anzahl | Prozent |
| 0 – 2  | 12     | 0.2%    |
| 3 – 4  | 10     | 0.1%    |
| 5 – 6  | 50     | 0.7%    |
| 7 – 8  | 389    | 5.4%    |
| 9 – 10 | 6809   | 93.7%   |
| Summe  | 7270   | 100.0%  |



**Basis:** Kinder (nur Lebendgeburten)  
2004 liegen für 13 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.



#### Medizinische Interpretation

Nur bei 1% der Kinder fand sich ein Fünf-Minuten-APGAR unter 7.

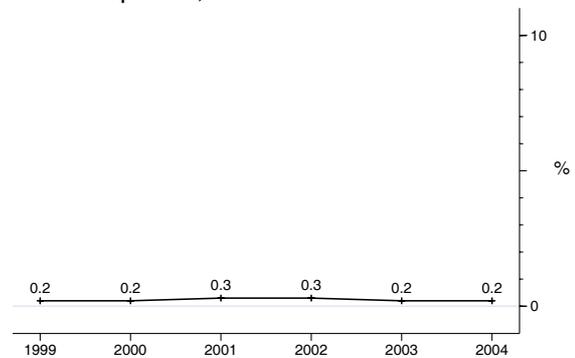
Tab 40: Nabelarterien-pH-Wert &lt;7.10 und APGAR 5 min &lt;7

|                                | 2004   |         |
|--------------------------------|--------|---------|
|                                | Anzahl | Prozent |
| NS-pH <7.10 und APGAR 5 min <7 | 16     | 0.2% -  |
| andere                         | 7117   | 99.8%   |
| Summe                          | 7133   | 100.0%  |



**Basis:** Kinder (nur Lebendgeburten)  
2004 liegen für 150 Fälle (2.1%) keine Informationen vor.

NapH &lt; 7,10 und APGAR 5 &lt; 7



#### Medizinische Interpretation

Ein Nabelarterien-pH-Wert < 7.1 und ein Fünf-Minuten-APGAR < 7 bestand nur bei 0.2% der Kinder.

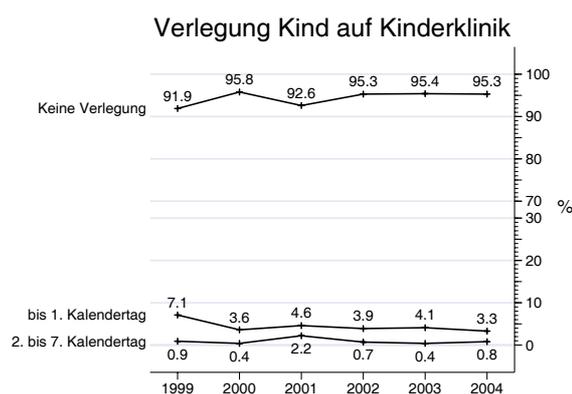
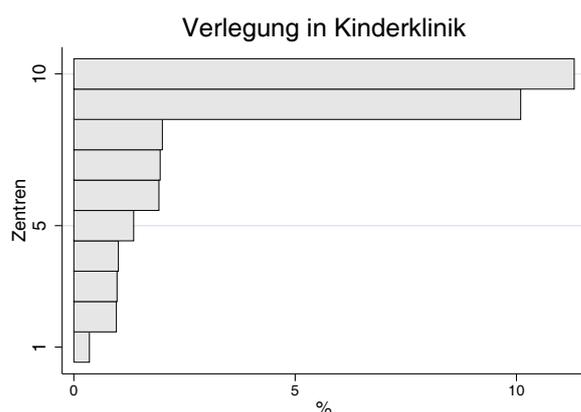
Tab 41: Verlegung des Kindes auf die Kinderklinik

|  | 2004   |         |
|--|--------|---------|
|  | Anzahl | Prozent |
| keine Verlegung                          | 6940   | 95.3% - |
| bis 1. Kalendertag nach der Geburt       | 237    | 3.3%    |
| am 2. bis 7. Kalendertag nach der Geburt | 59     | 0.8%    |
| nach dem 7. Kalendertag nach der Geburt  | 44     | 0.6%    |
| Summe                                    | 7280   | 100.0%  |



**Basis:** Kinder (nur Lebendgeburten)  
2004 liegen für 3 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor.

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



#### Medizinische Interpretation

Unverändert zum Vorjahr mussten 4.7% der Neugeborenen auf die Kinderklinik verlegt werden. Beim Großteil davon erfolgte die Verlegung innerhalb des Zeitraumes bis zum ersten Kalendertag nach der Geburt. Abteilungsbezogen zeigten sich dabei hohe Schwankungsbreiten von 0.5% bis 12%.

Tab 42: Fehlbildung (diagnostiziert im Wochenbett)

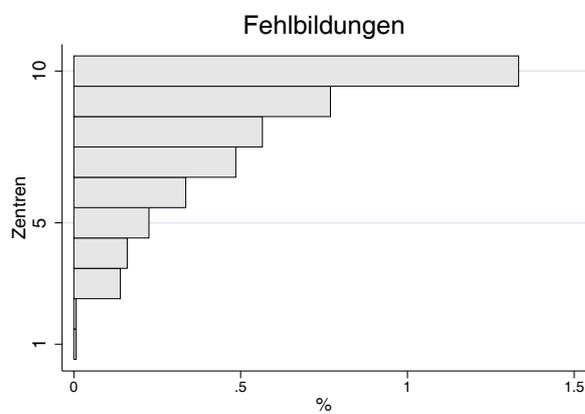
|       | 2004   |         |
|-------|--------|---------|
|       | Anzahl | Prozent |
| Ja    | 26     | 0.4% -  |
| Nein  | 7254   | 99.6%   |
| Summe | 7280   | 100.0%  |



**Basis:** Kinder (nur Lebendgeburten)

2004 liegen für 3 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor.

Bemerkung: Für die Jahre vor 2003 liegen keine Daten vor.



#### Medizinische Interpretation

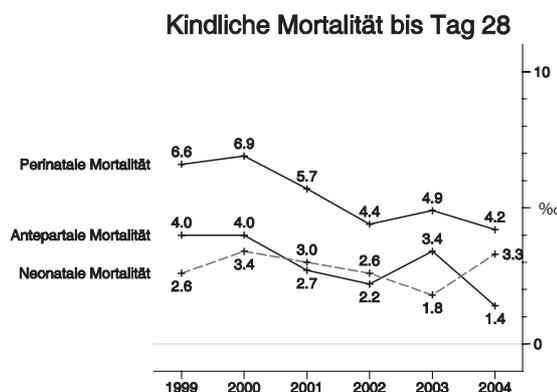
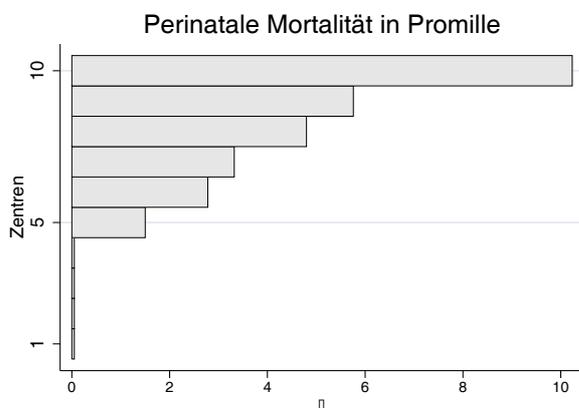
Bei 0.4% der Kinder wurden bis zu diesem Zeitpunkt pränatal nicht bekannte Fehlbildungen im Wochenbett diagnostiziert.

Tab 43: Kindliche Mortalität bis Tag 28

|   | 2004      |               |
|---|-----------|---------------|
|   | Anzahl    | Promille      |
| Tod vor Klinikaufnahme                                | 8         | 1.1‰          |
| Tod nach Klinikaufnahme                               | 2         | 0.3‰          |
| Tod sub partu   | 2         | 0.3‰          |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)                      | 19        | 2.6‰          |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)                     | 5         | 0.7‰          |
| <b>► Antepartale Mortalität</b>                       | <b>10</b> | <b>1.4‰</b> - |
| <b>► Perinatale Mortalität (antepartal bis Tag 7)</b> | <b>31</b> | <b>4.2‰</b> - |
| <b>► Neonatale Mortalität</b>                         | <b>24</b> | <b>3.3‰</b> - |



Basis: alle Kinder



#### Medizinische Interpretation

Überaus erfreulich ist die höchst niedrige perinatale Mortalität von 4.2‰ anzusehen, die man als internationalen Spitzenwert interpretieren kann. Erfreulich ist weiters, dass die antepartale Mortalität gegenüber dem letzten Jahr von 3.4‰ auf 1.4‰ gesenkt werden konnte. Hingegen stieg die neonatale Mortalität mit 3.3‰ wieder etwas an. Insgesamt erscheint es aber möglich, dass aufgrund der vorliegenden Zahlen die perinatale Mortalität in den nächsten Jahren noch weiter gesenkt werden kann.

Tab 44: Mortalität  
aufgeschlüsselt nach Gewicht

|                                   |  | 2004   |         |
|-----------------------------------|--|--------|---------|
|                                   |  | Anzahl | Prozent |
| <b>► bis 499g</b>                 |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            |  | 0      | 0.0%    |
| Tod nach Klinikaufnahme           |  | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                     |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  |  | 4      | 100.0%  |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) |  | 0      | 0.0%    |
| lebt                              |  | 0      | 0.0%    |
| <b>► 500 – 749g</b>               |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            |  | 0      | 0.0%    |
| Tod nach Klinikaufnahme           |  | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                     |  | 1      | 12.5%   |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  |  | 1      | 12.5%   |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) |  | 0      | 0.0%    |
| lebt                              |  | 6      | 75.0%   |
| <b>► 750 – 999g</b>               |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            |  | 3      | 25.0%   |
| Tod nach Klinikaufnahme           |  | 1      | 8.3%    |
| Tod sub partu                     |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  |  | 3      | 25.0%   |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) |  | 0      | 0.0%    |
| lebt                              |  | 5      | 41.7%   |
| <b>► 1000 – 1499g</b>             |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            |  | 1      | 1.9%    |
| Tod nach Klinikaufnahme           |  | 1      | 1.9%    |
| Tod sub partu                     |  | 1      | 1.9%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) |  | 3      | 5.6%    |
| lebt                              |  | 48     | 88.9%   |

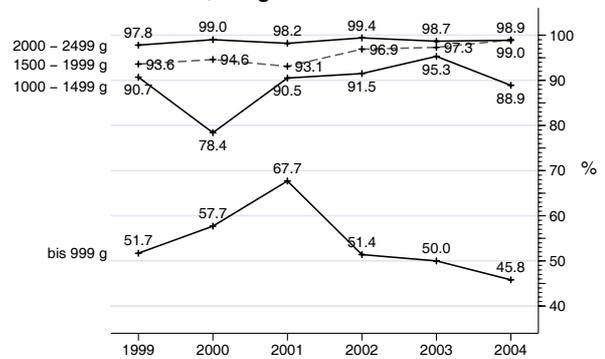
|                                   | 2004   |         |
|-----------------------------------|--------|---------|
|                                   | Anzahl | Prozent |
| <b>► 1500 – 1999g</b>             |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            | 0      | 0.0%    |
| Tod nach Klinikaufnahme           | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                     | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  | 1      | 1.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) | 0      | 0.0%    |
| lebt                              | 95     | 99.0%   |
| <b>► 2000 – 2499g</b>             |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            | 1      | 0.3%    |
| Tod nach Klinikaufnahme           | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                     | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  | 2      | 0.6%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) | 1      | 0.3%    |
| lebt                              | 350    | 98.9%   |
| <b>► 2500 – 3999g</b>             |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            | 3      | <0.1%   |
| Tod nach Klinikaufnahme           | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                     | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  | 8      | 0.1%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) | 1      | <0.1%   |
| lebt                              | 6204   | 99.8%   |
| <b>► ab 4000g</b>                 |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            | 0      | 0.0%    |
| Tod nach Klinikaufnahme           | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                     | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) | 0      | 0.0%    |
| lebt                              | 549    | 100.0%  |

**Basis:** Kinder

2004 liegen für 2 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor.

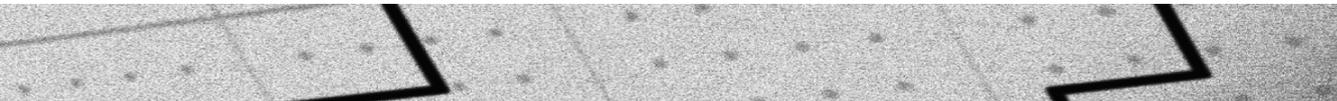


## Überleben, aufgeschlüsselt nach Gewicht



## Medizinische Interpretation

In der Gewichtsklasse bis 499g überlebte kein Kind, in der Gruppe zwischen 500 und 749g 75% der Kinder. Die hohe Mortalitätsrate in der Gruppe zwischen 750 und 999g (nur 42% überlebende Kinder) ist im Wesentlichen durch die antepartale Mortalität erklärbar. In der Gruppe zwischen 1000 und 1499g überlebten 89%. Bei Gewichten über 1500g war die Überlebensrate mit 99% im Bereich sämtlicher Gewichtsklassen mit höherem Gewicht. Das heißt, in Tirol hat ein Kind mit einem Geburtsgewicht über 1500g die gleiche Überlebenschance wie ein Kind am Termin.



Tab 45: Mortalität  
aufgeschlüsselt nach der Schwangerschaftswoche bei Geburt

|                                    |  | 2004   |         |
|------------------------------------|--|--------|---------|
|                                    |  | Anzahl | Prozent |
| <b>► bis SSW 25 + 6</b>            |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme             |  | 0      | 0.0%    |
| Tod nach Klinikaufnahme            |  | 1      | 10.0%   |
| Tod sub partu                      |  | 2      | 20.0%   |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)   |  | 5      | 50.0%   |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)  |  | 0      | 0.0%    |
| lebt                               |  | 2      | 20.0%   |
| <b>► bis SSW 26 + 0 bis 27 + 6</b> |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme             |  | 3      | 30.0%   |
| Tod nach Klinikaufnahme            |  | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                      |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)   |  | 1      | 10.0%   |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)  |  | 0      | 0.0%    |
| lebt                               |  | 6      | 60.0%   |
| <b>► SSW 28 + 0 bis 29 + 6</b>     |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme             |  | 0      | 0.0%    |
| Tod nach Klinikaufnahme            |  | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                      |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)   |  | 1      | 4.5%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)  |  | 1      | 4.5%    |
| lebt                               |  | 20     | 90.9%   |
| <b>► SSW 30 + 0 bis 31 + 6</b>     |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme             |  | 1      | 2.3%    |
| Tod nach Klinikaufnahme            |  | 1      | 2.3%    |
| Tod sub partu                      |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)   |  | 2      | 4.5%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)  |  | 1      | 2.3%    |
| lebt                               |  | 39     | 88.6%   |

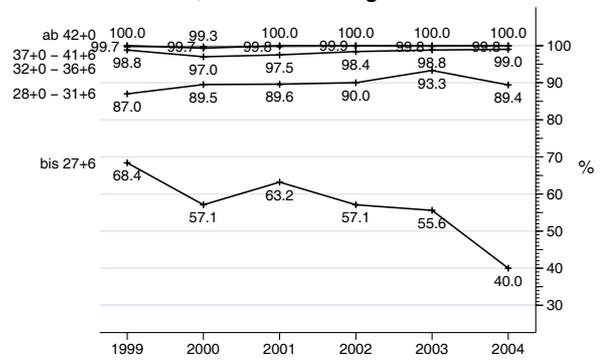
|                                   |  | 2004   |         |
|-----------------------------------|--|--------|---------|
| ► SSW 32 + 0 bis 36 + 6           |  | Anzahl | Prozent |
| Tod vor Klinikaufnahme            |  | 2      | 0.3%    |
| Tod nach Klinikaufnahme           |  | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                     |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  |  | 3      | 0.5%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) |  | 1      | 0.2%    |
| lebt                              |  | 584    | 99.0%   |
| ► SSW 37 + 0 bis 41 + 6           |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            |  | 2      | <0.1%   |
| Tod nach Klinikaufnahme           |  | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                     |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  |  | 6      | 0.1%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) |  | 2      | <0.1%   |
| lebt                              |  | 6512   | 99.8%   |
| ► ab SSW 42 + 0                   |  |        |         |
| Tod vor Klinikaufnahme            |  | 0      | 0.0%    |
| Tod nach Klinikaufnahme           |  | 0      | 0.0%    |
| Tod sub partu                     |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)  |  | 0      | 0.0%    |
| Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28) |  | 0      | 0.0%    |
| lebt                              |  | 77     | 100.0%  |



**Basis:** Kinder

2004 liegen für 20 Fälle (0.3%) keine Informationen vor.

## Überleben, nach Schwangerschaftswoche



## Medizinische Interpretation

Ab der 29. SSW überlebten bereits 91% der Kinder, ab der 33. Woche 99% der Kinder. Die relativ schlechte Überlebensrate von 60% in der Gruppe von 26+0 bis 27+6 ist größtenteils durch die antepartale Mortalität verursacht.

## Glossar

- Amniozentese** Fruchtwasserpunktion
- 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 Eihaut in der Frühschwangerschaft zur Diagnose genetischer Erkrankungen
- Eklampsie** Krampfanfall nach Präeklampsie
- Epiduralanästhesie** Leitungsanästhesie durch Injektion von Betäubungsmittel in den Raum zwischen Rückenmarkskanal und Innenflächen der Wirbelsäule
- Episiotomie** Scheidendammschnitt
- Gewichtspersentile** Einteilung des Gewichts nach Standardwerten – abhängig von Geschlecht und Schwangerschaftswoche (nach Voigt-Schneider); z.B. entspricht die 50er-Perzentile dem Durchschnittsgewicht in der jeweiligen Gruppe
- Hysterektomie** Gebärmutterentfernung
- Laparotomie** operative Eröffnung der Bauchhöhle
- Lungenreifebehandlung** medikamentöse Reifung der Lunge (mit Cortison)
- Mikroblutuntersuchung** Untersuchung des kindlichen Blutes während der Geburt
- Morbidität** Erkrankungshäufigkeit (z.B. durch Komplikationen)
- kindliche Mortalität** (perinatal, neonatal, ...) Anzahl der Todesfälle bezogen auf alle Kinder
- mütterliche Mortalität** Anzahl der Todesfälle bezogen auf alle Mütter
- neonatal** ab der Geburt bis zum 28. Tag nach der Geburt
- perinatal** während der Schwangerschaft bis zum 7. Tag nach der Geburt
- Präeklampsie** durch die Schwangerschaft verursachte Blutdruckerhöhung und Eiweißausscheidung im Harn (im Volksmund: „Schwangerschaftsvergiftung“)
- Resektio** Sektio nach vorangegangener Sektio
- Sektio** Kaiserschnittentbindung
- Sepsis** Blutvergiftung
- Spinalanästhesie** Leitungsanästhesie durch Injektion von Betäubungsmittel in den Raum zwischen Rückenmarksnerven und Rückenmarkshaut
- SSW** Schwangerschaftswoche
- subpartal** während der Geburt
- Tokolyse** Wehenhemmung