

Geburtenregister Tirol

Jahresbericht 1998/1999

INHALT

How to use

Zusammenfassung

Beschreibung des Geburtenregisters

Ergebnisse

Beschreibung der Tabellen

Tabellenübersicht

Zeichenerklärung

Demographische Fakten

Tabellen – Abbildungen

Interpretation der Ergebnisse

Dank

Glossar

Impressum

Kontakt

How to use

Der **Hand-Cursors** (Handsymbol) verwandelt sich in den Zeigefinger: Der Cursor befindet sich dann über einem aktiven Bildschirmbereich, um durch das Dokument zu navigieren oder um einen Befehl auszuführen.



Hand-Cursor



Cursor über aktivem Bereich

Lesen am Bildschirm

Mit dem **Artikelwerkzeug** können Sie auf Bildschirmbreite zoomen und im Text jeweils um einen Bildschirm weiterblättern. Am Ende des Artikels kommen Sie wieder an den Anfang in der Vollbildansicht zurück



Artikelwerkzeug

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beschreibt die Daten, die im Rahmen des Geburtenregisters Tirol in den Jahren 1998/99 dokumentiert wurden. Es wurden ca. 80% der Geburten in Tirol erfasst, folgende Krankenhäuser haben Daten eingebracht:

Klinik / Krankenhaus	Dokumentation seit
Frauenklinik Innsbruck	Juni 1997
KH Reutte	August 1997
KH St. Johann	August 1997
KH Hall	Oktober 1997
KH Kitzbühel	Jänner 1998
KH Schwaz	Februar 1998
KH Zams	Februar 1998
Privatklinik Triumphforte	Juli 1998

Alle Krankenhäuser haben ab dem Zeitpunkt ihrer Teilnahme alle Geburten dokumentiert, sodass keine statistischen Verzerrungen auftreten.

Beim Geburtenregister handelt es sich um ein Qualitätsverbesserungsprojekt. Alle teilnehmenden Krankenhäuser erhalten regelmäßig Tabellen, mit denen die eigenen Qualitätsparameter im geburtshilflichen Bereich mit allen anderen Abteilungen verglichen werden können, ohne den Schutz von Abteilungsdaten zu verletzen. Außerdem werden die wichtigen Parameter jährlich grafisch aufbereitet und erlauben auf diese Weise eine schnelle Orientierung über die Leistung der eigenen Abteilung. Diese Daten sind wesentliche Grundlage für die Einschätzung der Qualität der eigenen Abteilung im Vergleich zu den anderen Abteilungen in Tirol.

Seit Beginn des Jahres 2000 nehmen alle geburtshilflichen Abteilungen in Tirol und auch alle niedergelassenen Hebammen an diesem Qualitätsprojekt teil. Damit ist Tirol das einzige Bundesland Österreichs mit einem lückenlosen Qualitätsprogramm im geburtshilflichen Bereich.

Qualitätsverbesserung kann natürlich nur schrittweise erfolgen. Es war immer unser Ziel, nicht belehrend zu wirken, sondern durch Vorlegen von gut vergleichbaren Daten die Basis für qualitätsverbessernde Maßnahmen zu schaffen. Von ähnlichen Programmen ist bekannt, dass schon allein die Tatsache der Dokumentation eine Änderung des Bewusstseins hervorruft. Dieser Prozess findet durch das Vorlegen und Interpretieren von Vergleichsdaten seine Fortsetzung. In diesem Sinne ist sicherlich ein guter Start für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen gelegt, deren Auswirkungen bereits in einzelnen Punkten sichtbar sind.

Beschreibung des Geburtenregisters

Ziele

Das Hauptziel des Geburtenregisters Tirol ist es, durch die Erfassung der geburtshilflichen Ergebnisse aller Geburten in Tirol sowie durch den Vergleich dieser Ergebnisse in den einzelnen Abteilungen mit den Gesamtergebnissen für Tirol einen Beitrag zur Senkung der Perinatalmortalität und -morbidity zu leisten.

Folgende Nebenziele werden angestrebt:

- ▶ Transparenz und Demonstration der geburtshilflich-perinatologischen Qualität gegenüber der Öffentlichkeit.
- ▶ Sachbezogene Unterlagen für Verbesserungsvorschläge des Gesundheitssystems.
- ▶ Valide Unterlagen zur Beantwortung wichtiger geburtshilflich-perinatologischer Fragen zu gewinnen.
- ▶ Gewinnung von basisepidemiologischen Daten – z. B. für Folgen von (Umwelt-) Katastrophen, Fehlbildungen.

Organisation des Geburtenregisters

Jede geburtshilfliche Abteilung eines Tiroler Krankenhauses kann am Geburtenregister teilnehmen. Für die Berichtsjahre sind dies alle geburtshilflichen Abteilungen in Tirol mit Ausnahme der Bezirkskrankenhäuser Lienz und Kufstein. Damit werden im Berichtszeitraum ca. 80% der Geburten in Tirol erfasst. Ab dem Jahr 2000 nehmen alle geburtshilflichen Abteilungen und alle niedergelassenen Hebammen in Tirol am Geburtenregister Tirol teil. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Jede teilnehmende geburtshilfliche Abteilung verpflichtet sich, die im Datensatz beschriebenen Informationen für jede Geburt an das zentrale Geburtenregister zu melden.

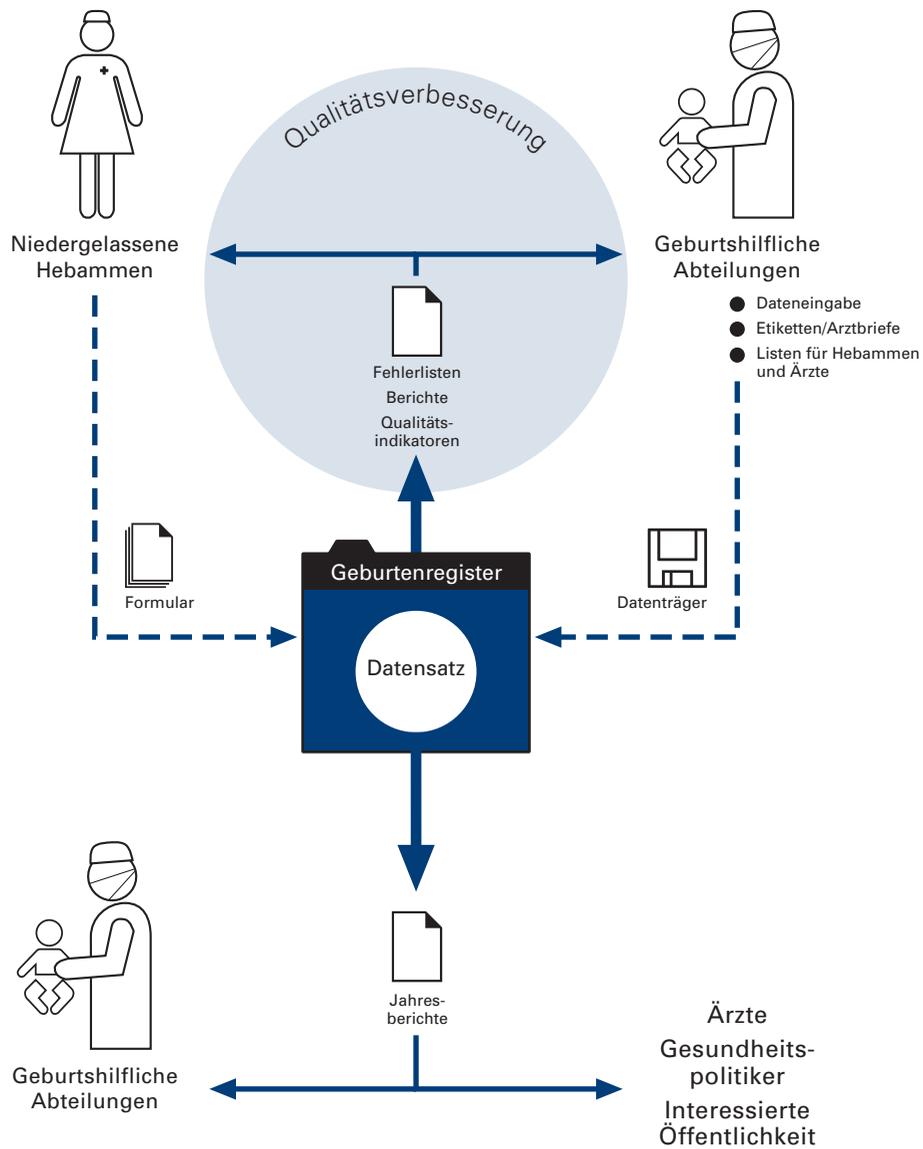
Erhebung der Daten

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 Turnusarzt gesandt.

Arbeitsweise des Geburtenregisters



Das Geburtenregister Tirol führt folgende Auswertungen regelmäßig durch:

- ▶ Kernauswertung – mindestens halbjährlich, auch auf Anfrage
- ▶ Qualitätsindikatoren – mindestens jährlich, auf Anfrage
- ▶ Detaillierte Feldbeschreibung – mindestens jährlich, 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.

Leiter des Geburtenregisters

Der Leiter des Geburtenregisters ist verantwortlich für den Aufbau, für den laufenden Betrieb sowie für die Weiterentwicklung des Geburtenregisters.

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.

Handbuch

Alle Rechte und Pflichten des Geburtenregisters Tirol und aller teilnehmenden Abteilungen sind in einem für beide Seiten verbindlichen Handbuch geregelt, Änderungen im Handbuch bedürfen der Zustimmung aller Betroffenen.

Ergebnisse

Einleitung

Die folgenden Tabellen und Grafiken beschreiben die wichtigsten Daten, die im Geburtenregister dokumentiert werden. Der Umfang der dokumentierten Daten orientiert sich stark an der perinatalogischen Dokumentation in Deutschland, es gibt aber auch Informationen, die in Tirol zusätzlich erhoben und ausgewertet werden.

Natürlich benötigt jede Dokumentation eine gewisse Anlaufzeit und es ist wichtig, die Qualität der auszuwertenden Daten systematisch zu überprüfen. Wir senden den Abteilungen regelmäßig Listen der fehlenden oder unplausiblen Daten mit der Bitte um Korrektur zu und erheben auch eine sogenannte Fehlerrate. Diese Rate ist im Berichtszeitraum stark rückläufig, sodass wir für die allermeisten Punkte gut interpretierbare Auswertungen vorlegen können. Details zu den fehlenden Werten sind bei jeder einzelnen Tabelle vermerkt.

Abweichend von der Meldepflicht nach dem Hebammengesetz haben wir uns dazu entschlossen, **Geburten unter 500g nicht in die Statistik aufzunehmen**. Vergleiche mit anderen Statistiken und auch eigene Daten zeigen, dass die Dokumentation der Geburten unter 500g in Österreich sicherlich nicht vollständig durchgeführt wird. Aus diesem Grund haben wir uns dazu entschlossen, im Geburtenregister Tirol nur Geburten über 500g auszuwerten.

Beschreibung 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 für 1998 und 1999. Lediglich bei den 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 diese »Basis« auch grafisch mit einem Piktogramm dargestellt (siehe Zeichenerklärung auf Seite 14).

Außerdem beziehen sich einige Tabellen jeweils nur auf eine Untermenge – z. B. die Tabelle 16 mit Daten über Episiotomieraten mit denjenigen Müttern als Basis, die vaginal entbunden haben – in diesen Fällen sind die Piktogramme nicht schwarz, sondern in einem Grauton dargestellt. Im Anschluss an jede Tabelle wird angegeben, in wievielen Fällen die entsprechende Angabe fehlt.

Die Tabellen 1 bis 4 beschreiben Daten über die Mutter bzw. Schwangerschaft, die Tabellen 5 bis 20 Daten über die Entbindung, die Tabellen 21 bis 26 Daten über die Kinder und schließlich die Tabellen 27 bis 30 Daten über die kindliche Mortalität bis zum Tag 28. **Es gab keinen Fall von mütterlicher Mortalität.**

Zeichenerklärung



Kinder
bzw.
Entbindungen



Untermenge
Kinder
bzw.
Entbindungen



Mütter



Untermenge
Mütter

Demografische Fakten

Tirol hatte 1998 eine Bevölkerung von 663.603 Personen, die in der folgenden Tabelle nach Alter und Geschlecht aufgeschlüsselt sind.

Alter	Frauen		Männer		Frauen+Männer	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Bis 14	60.781	17,9%	63.775	19,7%	124.556	18,8%
15–24	41.807	12,3%	43.481	13,4%	85.288	12,9%
25–34	59.007	17,4%	59.667	18,4%	118.674	17,9%
35–44	50.231	14,8%	51.001	15,7%	101.232	15,3%
Über 45	127.880	37,6%	105.973	32,7%	233.853	35,2%
Summe	339.706	100,0%	323.897	100,0%	663.603	100,0%

Der Anteil von Ausländern betrug 1998 9,1%: 2,3% kamen aus EU-Staaten, 5,9% aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei und 1% aus sonstigen Staaten.

Das Geburtenregister deckte in den Berichtsjahren ca. 80% der Geburten ab. Im Berichtszeitraum nicht abgedeckt waren die Hausgeburten (nach Schätzungen ca. 50–80 Geburten in Tirol) sowie die Geburten der Krankenhäuser Lienz und Kufstein.

Es ist wichtig zu betonen, dass alle teilnehmenden Abteilungen alle Geburten ihrer Abteilung melden (die Geburtenzahlen werden mit anderen Aufzeichnungen überprüft), sodass die Statistiken nicht verzerrt sind und daher für alle Krankenhäuser vergleichbare Daten liefern.



Tab 1: Alter der Mutter

	1998		1999	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0 – 18	116	1,9%	126	2,1%
19 – 35	5404	89,5%	5240	88,1%
36 – 40	457	7,6%	507	8,5%
> 40	63	1,0%	76	1,3%
Summe	6040	100,0%	5949	100,0%

Tabelle 1

Basis: Mütter

1998 liegen für 6 Fälle (0,1%) und 1999 für 5 Fälle (0,1%) keine Informationen vor.





Tab 2: Herkunftsland der Mutter

	1998		1999	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Österreich	4834	81,1%	4733	79,9%
Ehem. Jugoslawien	357	6,0%	383	6,5%
Türkei	388	6,5%	391	6,6%
Deutschland	153	2,6%	153	2,6%
Sonstige	230	3,9%	260	4,4%
Summe	5962	100,0%	5920	100,0%

Tabelle 2

Basis: Mütter

1998 liegen für 84 Fälle (1,4%) und 1999 für 34 Fälle (0,6%) keine Informationen vor.





Tab 3: Zahl vorangegangener Geburten

Geburten	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
0	2767	45,8%	2800	47,1%
1	2192	36,3%	2035	34,2%
2	777	12,9%	802	13,5%
≥3	304	5,0%	314	5,3%
Summe	6040	100,0%	5951	100,0%

Tabelle 3

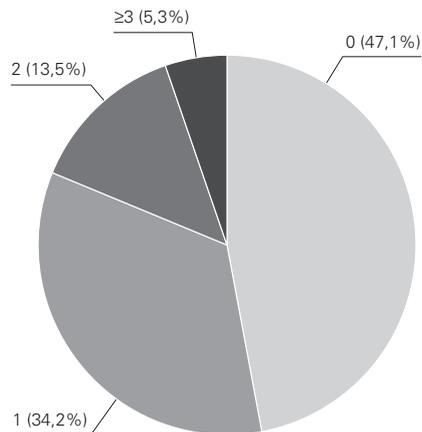
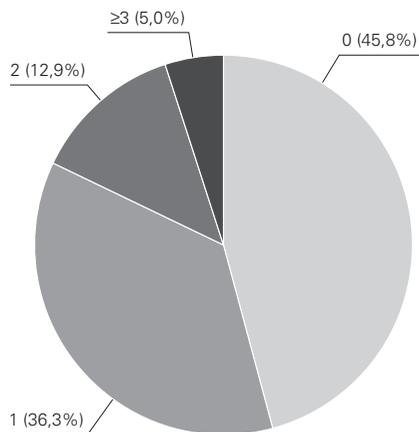
Basis: Mütter

1998 liegen für 6 Fälle (0,1%) und 1999 für 3 Fälle (0,1%) keine Informationen vor.



1998

1999





Tab 4: Mehrlingsschwangerschaft

	1998		1999	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Einling	5945	98,3%	5860	98,4%
Zwilling	96	1,6%	89	1,5%
Drilling	5	0,1%	5	0,1%
Summe	6046	100,0%	5954	100,0%

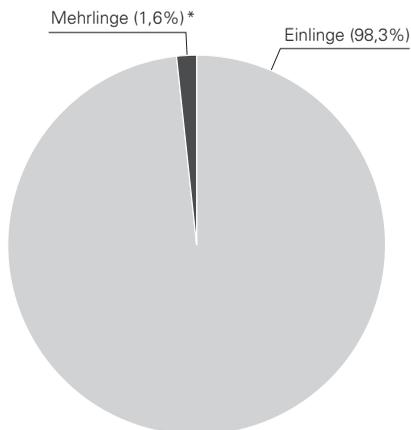
Tabelle 4

Basis: Mütter

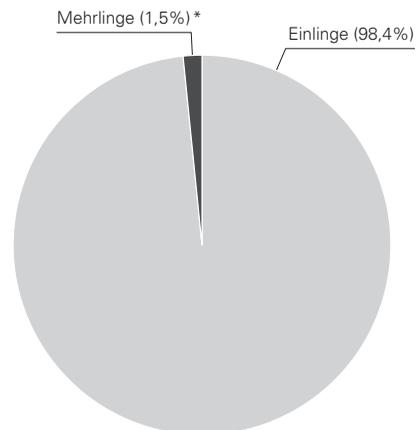
1998 liegen für alle Fälle (100,0%) und 1999 für alle Fälle (100,0%) Informationen vor.



1998



1999



*) Zusammengefasste Werte



Tab 5: Schwangerschaftswoche bei Geburt

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Frühgeburt (bis SSW37+0)				
bis SSW 26 + 0	23	0,4%	27	0,4%
SSW 26 + 1 bis 28 + 0	13	0,2%	16	0,3%
SSW 28 + 1 bis 30 + 0	15	0,2%	28	0,5%
SSW 30 + 1 bis 32 + 0	30	0,5%	48	0,8%
SSW 32 + 1 bis 37 + 0	432	7,1%	456	7,6%
Summe	513	8,4%	575	9,6%
Geburt am Termin				
SSW 37 + 1 bis 42 + 0	5427	89,0%	5308	88,2%
Übertragung (ab 42 + 1)				
ab SSW 42 + 1	160	2,6%	133	2,2%

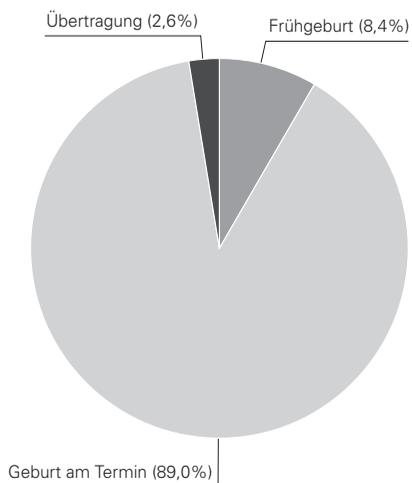
Tabelle 5

Basis: Kinder

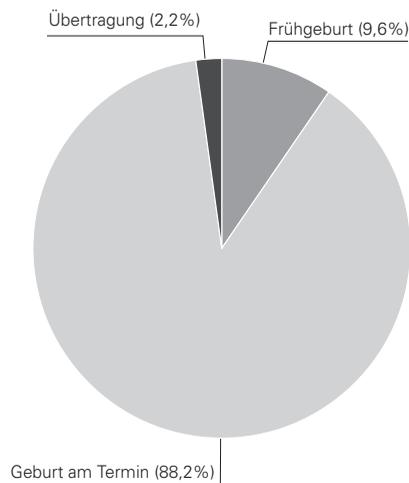
1998 liegen für 51 Fälle (0,8%) und 1999 für 35 Fälle (0,6%) keine Informationen vor.



1998



1999





Tab 6: Lage des Kindes

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schädellage	5812	94,9%	5720	94,8%
Beckenendlage	279	4,6%	284	4,7%
Schräg/Querlage	33	0,5%	31	0,5%
Summe	6124	100,0%	6035	100,0%

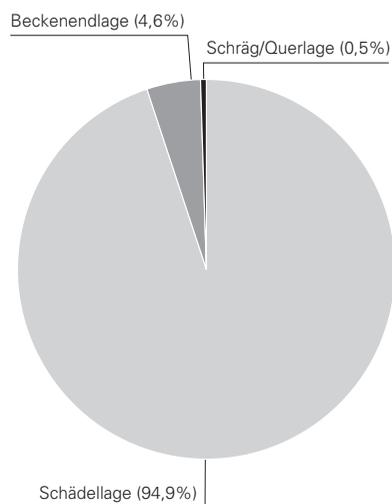
Tabelle 6

Basis: Kinder

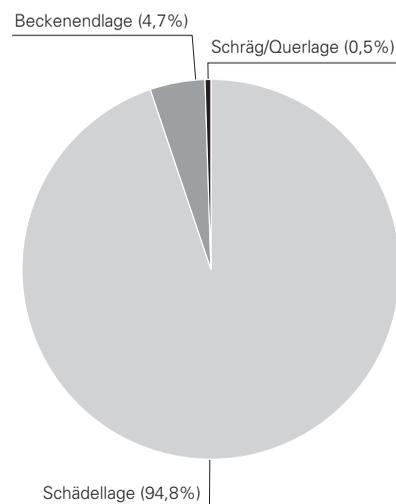
1998 liegen für 27 Fälle (0,4%) und 1999 für 16 Fälle (0,3%) keine Informationen vor.



1998



1999





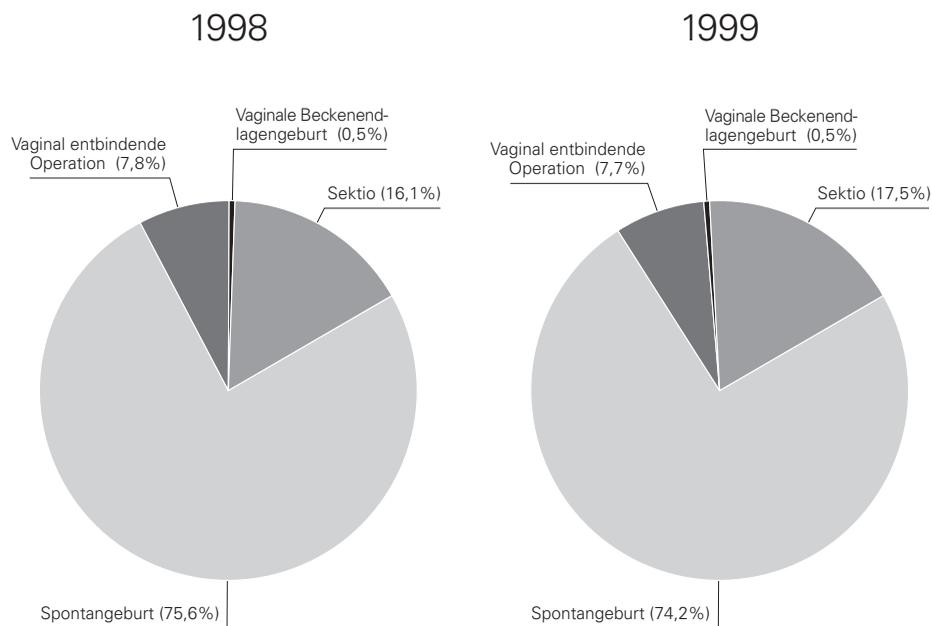
Tab 7: Art der Entbindung

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Spontangeburt	4644	75,6%	4489	74,2%
Vaginal entbindende Operation	478	7,8%	468	7,7%
Vaginale Beckenendlagengeburt	32	0,5%	32	0,5%
Sektio	990	16,1%	1058	17,5%
Summe	6144	100,0%	6047	100,0%

Tabelle 7

Basis: Kinder

1998 liegen für 7 Fälle (0,1%) und 1999 für 4 Fälle (0,1%) keine Informationen vor.





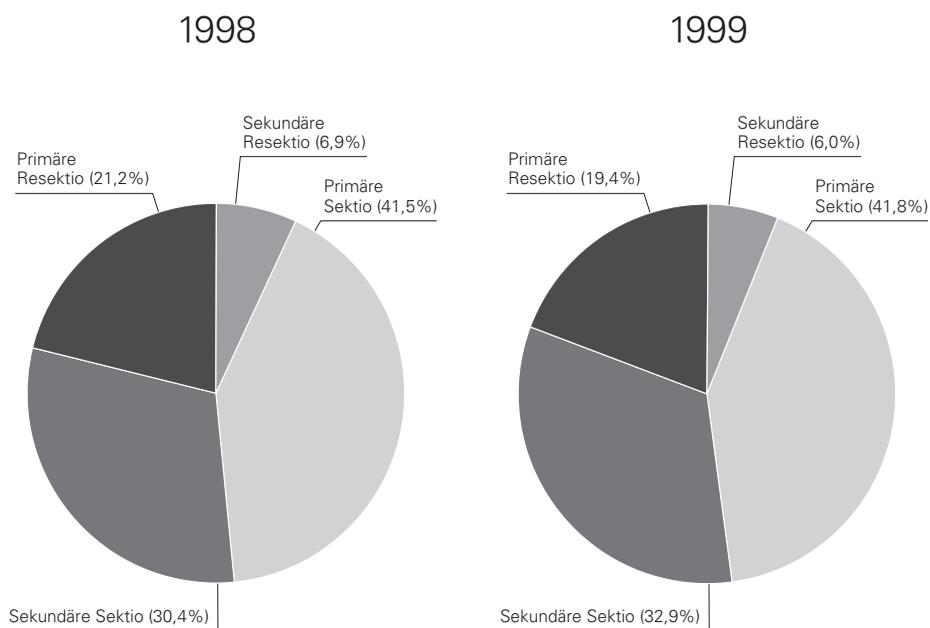
Tab 8: Sektionen-Detailangaben

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Primäre Sektio	411	41,5%	442	41,8%
Sekundäre Sektio	301	30,4%	348	32,9%
Primäre Resektio	210	21,2%	205	19,4%
Sekundäre Resektio	68	6,9%	63	6,0%
Summe	990	100,0%	1058	100,0%

Tabelle 8

Basis: Kinder (Sektionen)

1998 liegen für alle Fälle (100,0%) und 1999 für alle Fälle (100,0%) Informationen vor.





Tab 9: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Mehrlingsschwangerschaft

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einling				
Vaginalgeburt	5088	85,6%	4948	84,5%
Sektio	853	14,4%	909	15,5%
Zwilling				
Vaginalgeburt	66	34,9%	41	23,4%
Sektio	123	65,1%	134	76,6%
Drilling				
Sektio	14	100,0%	15	100,0%

Tabelle 9

Basis: Kinder

1998 liegen für 7 Fälle (0,1%) und 1999 für 4 Fälle (0,1%) keine Informationen vor.





Tab 10: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Lage des Kindes

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schädellage				
Vaginalgeburt	5105	87,9%	4941	86,4%
Sektio	706	12,1%	778	13,6%
Beckenendlage				
Vaginalgeburt	40	14,3%	42	14,8%
Sektio	239	85,7%	242	85,2%
Schräg/Querlage				
Sektio	33	100,0%	31	100,0%

Tabelle 10

Basis: Kinder

1998 liegen für 28 Fälle (0,5%) und 1999 für 17 Fälle (0,3%) keine Informationen vor.





Tab 11: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Geburtsgewicht

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
500 – 749g				
Vaginalgeburt	5	41,7%	10	50,0%
Sektio	7	58,3%	10	50,0%
750 – 999g				
Vaginalgeburt	2	33,3%	2	20,0%
Sektio	4	66,7%	8	80,0%
1000 – 1499g				
Vaginalgeburt	9	31,0%	9	17,0%
Sektio	20	69,0%	44	83,0%
1500 – 1999g				
Vaginalgeburt	19	26,8%	35	35,7%
Sektio	52	73,2%	63	64,3%
2000 – 2499g				
Vaginalgeburt	176	66,7%	173	61,8%
Sektio	88	33,3%	107	38,2%
2500 – 3999g				
Vaginalgeburt	4592	86,3%	4400	85,3%
Sektio	732	13,7%	757	14,7%
ab 4000g				
Vaginalgeburt	338	85,4%	348	84,5%
Sektio	58	14,6%	64	15,5%

Tabelle 11

Basis: Kinder

1998 liegen für 49 Fälle (0,8%) und 1999 für 21 Fälle (0,3%) keine Informationen vor.





Tab 12: Art der Entbindung

aufgeschlüsselt nach Schwangerschaftswoche bei Geburt

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
bis SSW 26 + 0				
Vaginalgeburt	15	65,2%	18	69,2%
Sektio	8	34,8%	8	30,8%
SSW 26 + 1 bis 28 + 0				
Vaginalgeburt	4	30,8%	2	12,5%
Sektio	9	69,2%	14	87,5%
SSW 28 + 1 bis 30 + 0				
Vaginalgeburt	5	33,3%	7	25,0%
Sektio	10	66,7%	21	75,0%
SSW 30 + 1 bis 32 + 0				
Vaginalgeburt	5	16,7%	12	25,0%
Sektio	25	83,3%	36	75,0%
SSW 32 + 1 bis 37 + 0				
Vaginalgeburt	267	62,1%	284	62,3%
Sektio	163	37,9%	172	37,7%
SSW 37 + 1 bis 42 + 0				
Vaginalgeburt	4673	86,2%	4524	85,3%
Sektio	750	13,8%	782	14,7%
SSW ab 42 + 1				
Vaginalgeburt	143	89,4%	115	86,5%
Sektio	17	10,6%	18	13,5%

Tabelle 12

Basis: Kinder

1998 liegen für 57 Fälle (0,9%) und 1999 für 38 Fälle (0,6%) keine Informationen vor.





Tab 13: Epiduralanästhesie sub partu

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	525	9,3%	602	10,3%
nein	5124	90,7%	5215	89,7%
Summe	5649	100,0%	5817	100,0%

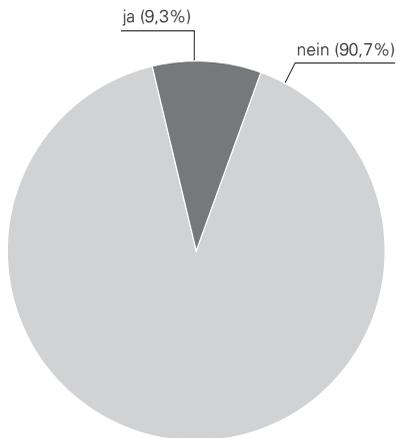
Tabelle 13

Basis: Mütter

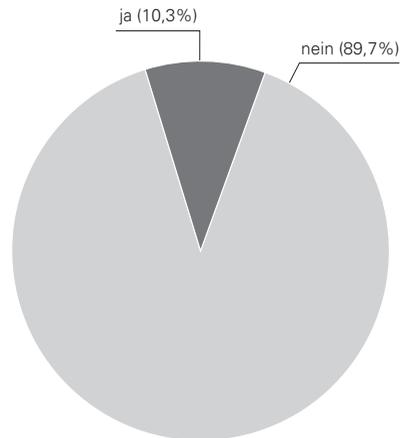
1998 liegen für 397 Fälle (6,6%) und 1999 für 137 Fälle (2,3%) keine Informationen vor.



1998



1999





Tab 14: Mikroblutuntersuchung am Kind
während der Geburt

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	67	1,1%	89	1,5%
nein	5979	98,9%	5865	98,5%
Summe	6046	100,0%	5954	100,0%

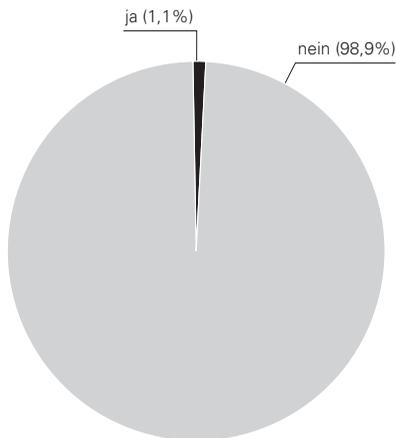
Tabelle 14

Basis: Mütter

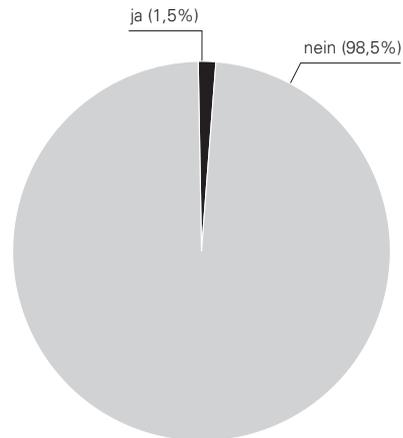
1998 liegen für alle Fälle (100,0%) und 1999 für alle Fälle (100,0%) Informationen vor.



1998



1999





Tab 15: Episiotomie bei Vaginalgeburten

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Episiotomie	2636	51,8%	2354	47,4%
keine Episiotomie	2450	48,2%	2612	52,6%
Summe	5086	100,0%	4966	100,0%

Tabelle 15

Basis: Mütter (Vaginalgeburt)

1998 liegen für 35 Fälle (0,7%) und 1999 für 4 Fälle (0,1%) keine Informationen vor.





Tab 16: Episiotomie

aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstgebärende				
Episiotomie	1644	71,7%	1491	65,9%
keine Episiotomie	649	28,3%	771	34,1%
Mehrgebärende				
Episiotomie	989	35,5%	862	31,9%
keine Episiotomie	1800	64,5%	1840	68,1%

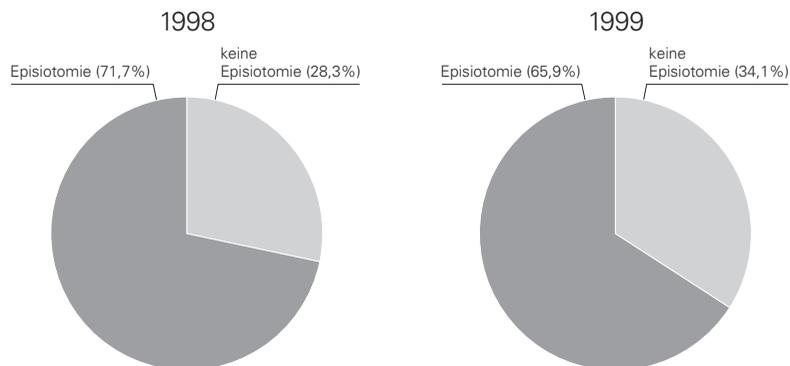
Tabelle 16

Basis: Mütter (Vaginalgeburt)

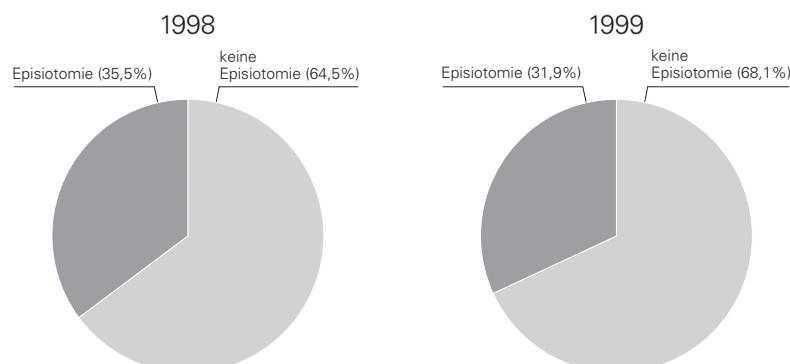
1998 liegen für 39 Fälle (0,8%) und 1999 für 6 Fälle (0,1%) keine Informationen vor.



Episiotomie bei Erstgebärenden



Episiotomie bei Mehrgebärenden





Tab 17: Rissverletzung bei Vaginalgeburten

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
keine	3050	62,6%	2928	61,1%
Dammriss I	689	14,1%	699	14,6%
Dammriss II	333	6,8%	315	6,6%
Dammriss III	57	1,2%	49	1,0%
Dammriss IV	4	0,1%	5	0,1%
Zervixriss	32	0,7%	23	0,5%
Scheidenriss	293	6,0%	268	5,6%
Labienriss	330	6,8%	358	7,5%
Klitorisriss	11	0,2%	11	0,2%
Schüfung Introitus	316	6,5%	337	7,0%

Tabelle 17

Basis: Mütter (Vaginalgeburt) – Mehrfachantworten!





Tab 18: Rissverletzung bei Vaginalgeburten

aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Erstgebärende				
keine	1451	66,5%	1380	62,7%
Dammriss I	178	8,2%	191	8,7%
Dammriss II	132	6,0%	133	6,0%
Dammriss III	40	1,8%	41	1,9%
Dammriss IV	4	0,2%	3	0,1%
Zervixriss	21	1,0%	17	0,8%
Scheidenriss	222	10,2%	206	9,4%
Labienriss	176	8,1%	213	9,7%
Klitorisriss	3	0,1%	2	0,1%
Schürfung Introitus	105	4,8%	124	5,6%
Mehrgebärende				
keine	1599	59,4%	1548	59,8%
Dammriss I	511	19,0%	508	19,6%
Dammriss II	201	7,5%	182	7,0%
Dammriss III	17	0,6%	8	0,3%
Dammriss I	–	–	2	0,1%
Zervixriss	11	,4%	6	0,2%
Scheidenriss	71	2,6%	62	2,4%
Labienriss	154	5,7%	145	5,6%
Klitorisriss	8	0,3%	9	0,3%
Schürfung Introitus	211	7,8%	213	8,2%

Tabelle 18

Basis: Mütter (Vaginalgeburt) – Mehrfachantworten!
Nur Fälle mit Angabe zur Anzahl der Geburten.





Tab 19: Rissverletzung
aufgeschlüsselt nach Episiotomie

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Episiotomie				
keine	2171	86,5%	2015	87,5%
Dammriss I	17	0,7%	14	0,6%
Dammriss II	54	2,2%	30	1,3%
Dammriss III	40	1,6%	31	1,3%
Dammriss IV	4	0,2%	5	0,2%
Zervixriss	18	0,7%	21	0,9%
Scheidenriss	173	6,9%	156	6,8%
Labierriss	51	2,0%	36	1,6%
Klitorisriss	1	0,0%	1	0,0%
Schürfung Introitus	15	0,6%	11	0,5%
keine Episiotomie				
keine	874	37,4%	915	36,8%
Dammriss I	657	28,1%	685	27,5%
Dammriss II	274	11,7%	285	11,5%
Dammriss III	17	0,7%	18	0,7%
Dammriss IV	–	–	–	–
Zervixriss	13	0,6%	2	0,1%
Scheidenriss	119	5,1%	112	4,5%
Labierriss	278	11,9%	322	12,9%
Klitorisriss	10	0,4%	10	0,4%
Schürfung Introitus	301	12,9%	326	13,1%

Tabelle 19

Basis: Mütter (Vaginalgeburt) – Mehrfachantworten!
Nur Fälle mit Angabe zur Episiotomie.





Tab 20: Plazentalösung bei Vaginalgeburten

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
spontan und vollständig	4897	96,0%	4729	95,5%
manuelle Lösung	140	2,7%	152	3,1%
Nachtastung	66	1,3%	70	1,4%
Summe	5103	100,0%	4951	100,0%

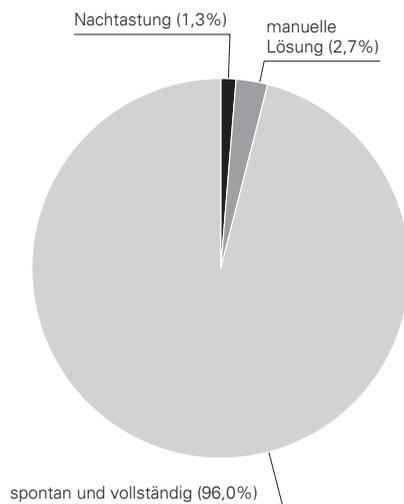
Tabelle 20

Basis: Mütter (Vaginalgeburt)

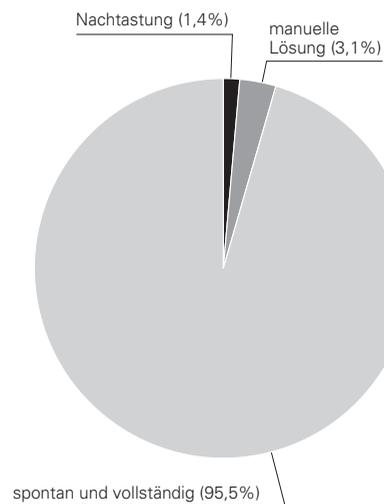
1998 liegen für 18 Fälle (0,4%) und 1999 für 19 Fälle (0,4%) keine Informationen vor.



1998



1999





Tab 21: Geschlecht Kinder

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
männlich	3098	50,6%	3078	51,1%
weiblich	3030	49,4%	2946	48,9%
Summe	6128	100,0%	6024	100,0%

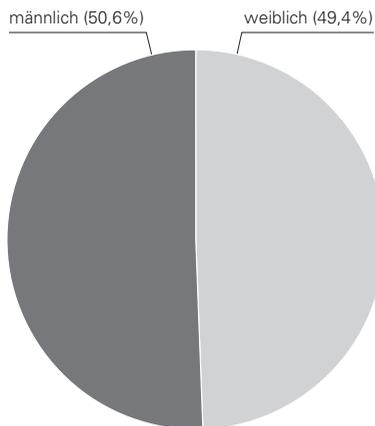
Tabelle 21

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)

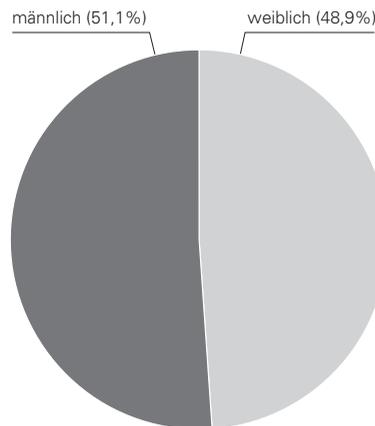
1998 liegen für 3 Fälle (0,0%) keine Informationen vor, 1999 sind alle Fälle (100,0%) dokumentiert.



1998



1999





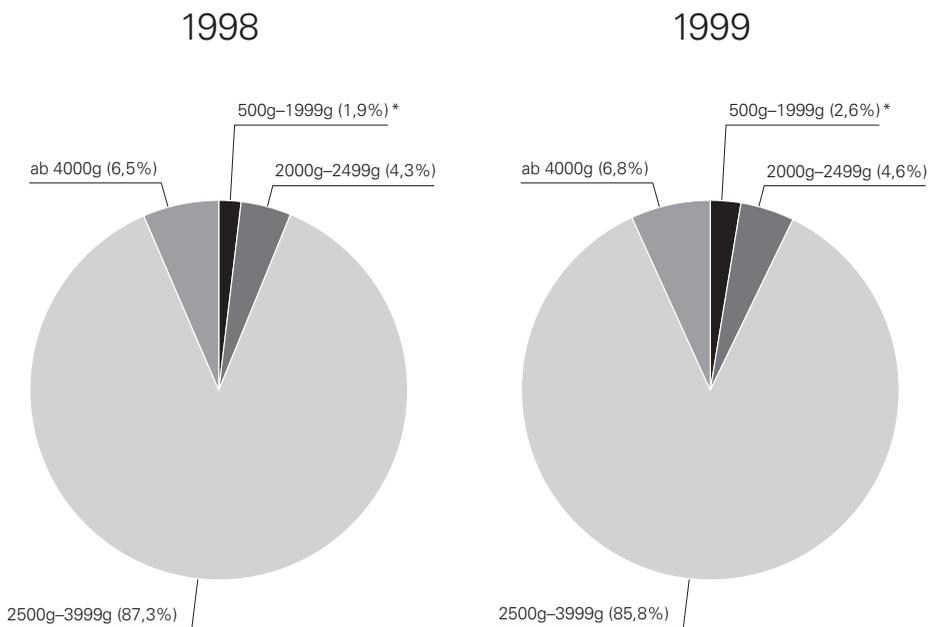
Tab 22: Gewicht

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
500g – 749g	10	0,2%	13	0,2%
750g – 999g	5	0,1%	8	0,1%
1000g – 1499g	27	0,4%	50	0,8%
1500g – 1999g	71	1,2%	93	1,5%
2000g – 2499g	262	4,3%	277	4,6%
2500g – 3999g	5316	87,3%	5153	85,8%
ab 4000g	396	6,5%	411	6,8%
Summe	6087	100,0%	6005	100,0%

Tabelle 22

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)

1998 liegen für 44 Fälle (0,7%) und 1999 für 19 Fälle (0,3%) keine Informationen vor.



*) Zusammengefasste Werte



Tab 23: Gewichtspersentile

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Unter 3% Perzentil	86	1,4%	62	1,0%
3% bis 97% Perzentil	5695	94,4%	5686	95,2%
über 97% Perzentil	255	4,2%	223	3,7%
Summe	6036	100,0%	5971	100,0%

Tabelle 23

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)

1998 liegen für 95 Fälle (1,5%) und 1999 für 53 Fälle (0,9%) keine Informationen vor.





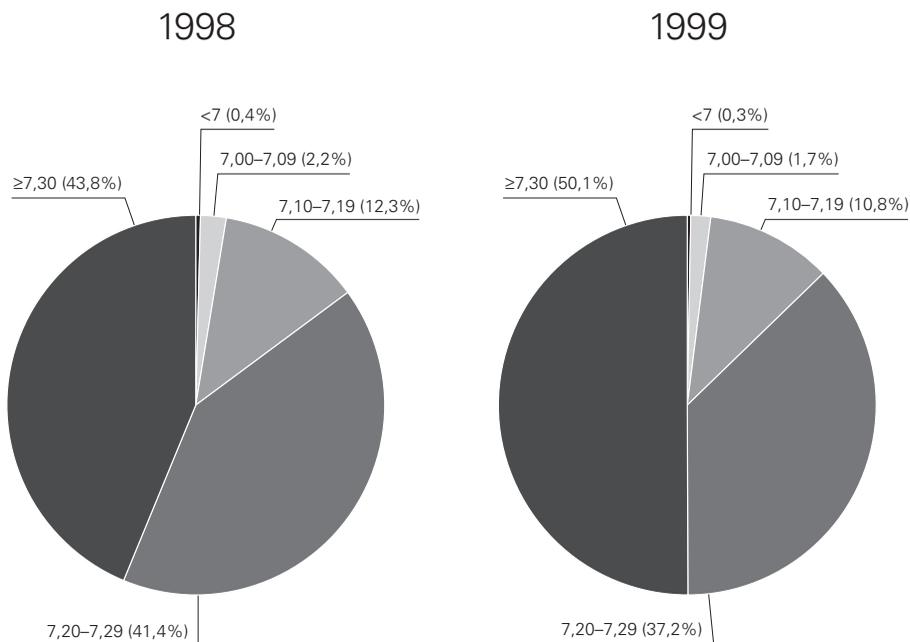
Tab 24: Nabelschnur-pH-Wert

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
< 7	22	0,4%	19	0,3%
7,00 – 7,09	124	2,2%	95	1,7%
7,10 – 7,19	697	12,3%	617	10,8%
7,20 – 7,29	2346	41,4%	2126	37,2%
≥ 7,30	2483	43,8%	2865	50,1%
Summe	5672	100,0%	5722	100,0%

Tabelle 24

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)

1998 liegen für 459 Fälle (7,5%) und 1999 für 302 Fälle (5,0%) keine Informationen vor.





Tab 25: Nabelschnur-pH-Wert < 7,10 und APGAR 5 min <7

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
NS-PH <7,10 und APGAR 5 min <7	18	0,3%	10	0,2%
andere	5637	99,7%	5700	99,8%
Summe	5655	100,0%	5710	100,0%

Tabelle 25

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)

1998 liegen für 476 Fälle (7,8%) und 1999 für 314 Fälle (5,2%) keine Informationen vor.





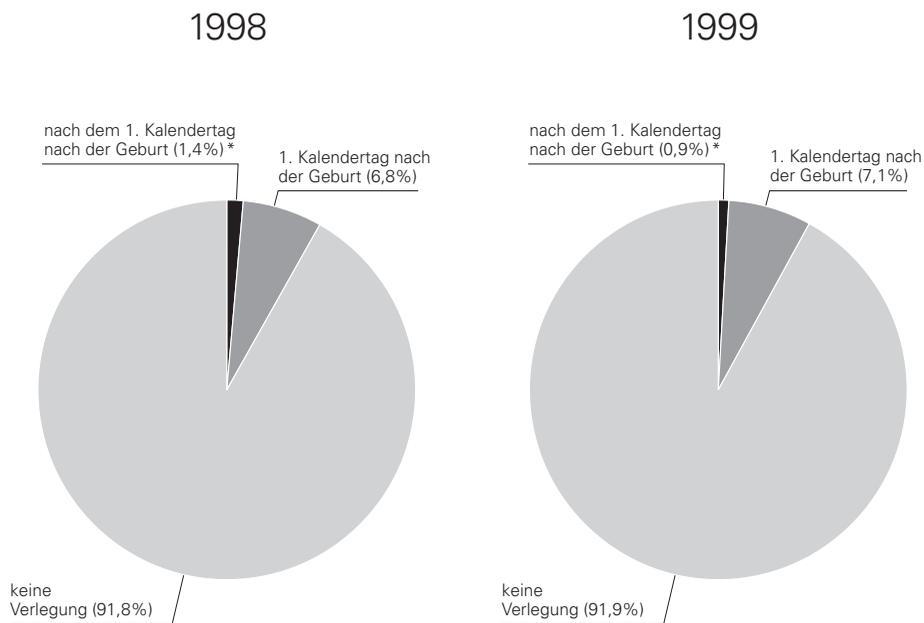
Tab 26: Verlegung Kind auf Kinderklinik/Kinderstation

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
keine Verlegung	5629	91,8%	5535	91,9%
1. Kalendertag nach Geburt	415	6,8%	430	7,1%
2. bis 7. Kalendertag nach Geburt	75	1,2%	57	0,9%
nach 7. Kalendertag nach Geburt	12	0,2%	2	0,0%
Summe	6131	100,0%	6024	100,0%

Tabelle 26

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)

1998 liegen für alle Fälle (100,0%) und 1999 für alle Fälle (100,0%) Informationen vor.



*) Zusammengefasste Werte



Tab 27: Kindliche Mortalität bis Tag 28

	1998		1999	
	Anzahl	‰	Anzahl	‰
Tod vor Klinikaufnahme	18	2,9‰	19	3,1‰
Tod zwischen Klinikaufnahme und Geburtsbeginn	–	–	5	0,8‰
Tod während der Geburt	2	0,3‰	3	0,5‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	20	3,3‰	13	2,1‰
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	6	1,0‰	3	0,5‰
lebt	6105	992,5‰	6008	992,9‰
Summe	6151		6051	

Tabelle 27

Basis: Kinder



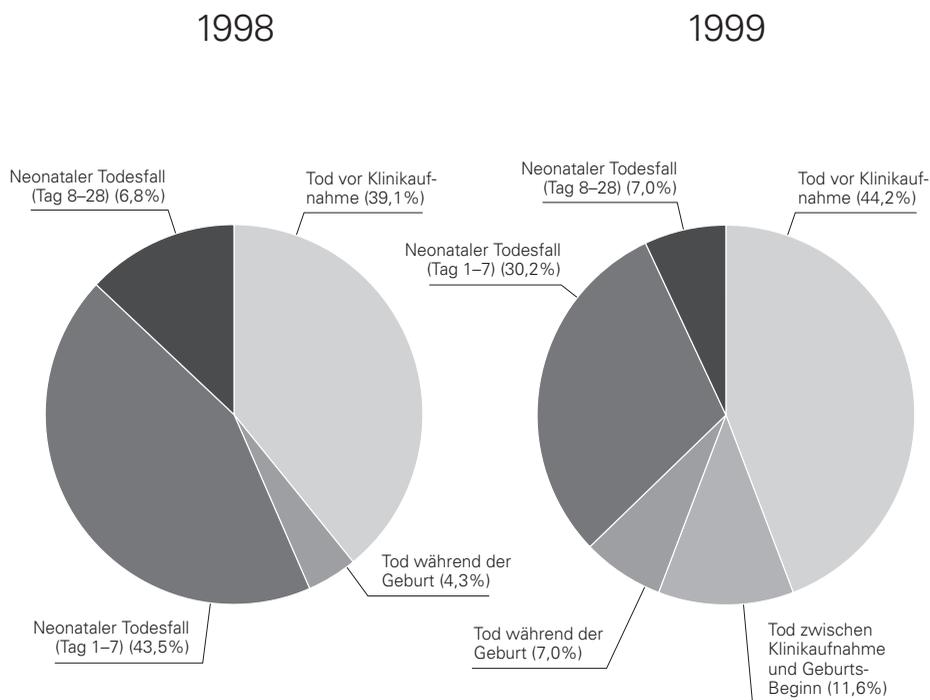


Tab 28: Kindliche Mortalität bis Tag 28 –
prozentuelle Verteilung

	1998		1999	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Tod vor Klinikaufnahme	18	39,1%	19	44,2%
Tod zwischen Klinikaufnahme und Geburtsbeginn	–	–	5	11,6%
Tod während der Geburt	2	4,3%	3	7,0%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	20	43,5%	13	30,2%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	6	13,0%	3	7,0%
Summe	46	100,0%	43	100,0%

Tabelle 28

Basis: Kinder (nur Totgeburten)





Tab 29: Mortalität aufgeschlüsselt nach Gewicht

	1998		1999	
	Anzahl	‰	Anzahl	‰
500 – 749g				
Tod vor Klinikaufnahme	2	166,7‰	2	100,0‰
Tod zwischen Klinikaufnahme und Geburtsbeginn	–	–	3	150,0‰
Tod während der Geburt	–	–	2	100,0‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	5	416,7‰	4	200,0‰
lebt	5	416,7‰	9	450,0‰
750 – 999g				
Tod vor Klinikaufnahme	1	166,7‰	1	100,0‰
Tod zwischen Klinikaufnahme und Geburtsbeginn	–	–	1	100,0‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	2	333,3‰	–	–
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	–	–	1	100,0‰
lebt	3	500,0‰	7	700,0‰
1000 – 1499g				
Tod vor Klinikaufnahme	1	34,5‰	3	56,6‰
Tod während der Geburt	1	34,5‰	–	–
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	1	34,5‰	1	18,9‰
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	2	69,0‰	1	18,9‰
lebt	24	827,6‰	48	905,7‰

Tabelle 29



Tab 29: Mortalität aufgeschlüsselt nach Gewicht

	1998		1999	
	Anzahl	‰	Anzahl	‰
1500 – 1999g				
Tod vor Klinikaufnahme	1	13,9‰	4	40,8‰
Tod zwischen Klinikaufnahme und Geburtsbeginn	–	–	1	10,2‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	–	–	1	10,2‰
lebt	71	986,1‰	92	938,8‰
2000 – 2499g				
Tod vor Klinikaufnahme	4	15,0‰	2	7,1‰
Tod während der Geburt			1	3,6‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	1	3,8‰	3	10,7‰
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	1	3,8‰	–	–
lebt	260	977,4‰	274	978,6‰
2500 – 3999g				
Tod vor Klinikaufnahme	9	1,7‰	6	1,2‰
Tod während der Geburt	1	0,2‰	–	–
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	3	0,6‰	3	0,6‰
Neonataler Todesfall (Tag 8–28)	2	0,4‰	–	–
lebt	5311	992,7‰	5150	998,3‰
ab 4000g				
Tod vor Klinikaufnahme	–	–	1	2,4‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	–	–	1	2,4‰
lebt	396	1000,0%	410	995,1%

Tabelle 29

Basis: Kinder

1998 liegen für 44 Fälle (0,7%) und 1999 für 19 Fälle (0,3%) keine Informationen vor.





Tab 30: Mortalität Teil I

aufgeschlüsselt nach der Schwangerschaftswoche bei Geburt

	1998		1999	
	Anzahl	‰	Anzahl	‰
bis SSW 26+0				
Tod vor Klinikaufnahme	2	87,0‰	2	74,1‰
Tod zwischen Klinikaufnahme und Geburtsbeginn	–	–	3	111,0‰
Tod während der Geburt	1	43,5‰	2	74,1‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	4	173,9‰	2	74,1‰
lebt	16	695,7‰	18	666,7‰
SSW 26 + 1 bis 28 + 0				
Tod vor Klinikaufnahme	1	76,9‰	–	–
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	6	461,5‰	2	125,0‰
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	–	–	1	62,5‰
lebt	6	461,5‰	13	812,5‰
SSW 28 + 1 bis 30 + 0				
Tod vor Klinikaufnahme			1	35,7‰
Tod zwischen Klinikaufnahme und Geburtsbeginn	–	–	1	35,7‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	1	66,7‰	–	–
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	1	66,7‰	1	35,7‰
lebt	13	866,7‰	25	892,9‰

Tabelle 30

Fortsetzung ►



Tab 30: Mortalität Teil II

aufgeschlüsselt nach der Schwangerschaftswoche bei Geburt

	1998		1999	
	Anzahl	‰	Anzahl	‰
SSW 30 + 1 bis 32 + 0				
Tod vor Klinikaufnahme	1	33,3‰	4	83,3‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	2	66,7‰	2	41,7‰
lebt	27	900,0‰	42	875,0‰
SSW 32 + 1 bis 37 + 0				
Tod vor Klinikaufnahme	8	18,5‰	4	8,8‰
Tod zwischen Klinikaufnahme und Geburtsbeginn	–	–	1	2,2‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	2	4,6‰	–	–
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	3	6,9‰	–	–
lebt	419	969,9‰	451	989,0‰
SSW 37 + 1 bis 42 + 0				
Tod vor Klinikaufnahme	6	1,1‰	8	1,5‰
Tod während der Geburt	1	0,2‰	1	0,2‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	3	0,6‰	7	1,3‰
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	2	0,4‰	1	0,2‰
lebt	5415	997,8‰	5291	996,8‰
ab SSW 42 + 1				
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	1	6,3‰	–	–
lebt	159	993,8‰	133	1000,0‰

Tabelle 30

Basis: Kinder

1998 liegen für 51 Fälle (0,8%) und 1999 für 35 Fälle (0,6%) keine Informationen vor.



Interpretation der Ergebnisse

Univ.-Prof. Dr. Hans Schröcksnadel

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Innsbruck

Das Geburtenregister Tirol ist als Spiegel der gegenwärtigen Verhältnisse eine wichtige Informationsquelle über die Qualität der Geburtshilfe in Tirol. Es dient auch und vor allem als Grundlage für Qualitätssicherung bzw. -verbesserung. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass die Interpretation dieser Daten mit Vorsicht zu erfolgen hat. Unterschiedliche medizinische Fakten und Patientenkollektive der verschiedenen einbringenden Abteilungen müssen berücksichtigt werden. Erhobene Daten sind nicht immer direkt vergleichbar, absolute Aussagen nur beschränkt möglich. Vielmehr geht es darum, durch gezielte Information über die gegenwärtige Situation die Basis für allgemeine Verbesserungen zu schaffen. Die Konsequenzen sollen allerdings spezifisch in der einzelnen Abteilung erarbeitet werden.

Mütter in Tirol sind zum Zeitpunkt der Geburt zu 2% unter 18, zu 1% über 40 Jahre alt. 10% der Frauen werden nach dem vollendeten 35. Lebensjahr entbunden. 80% der Gebärenden in Tirol sind Österreicherinnen. Ausländische Mütter stammen mit je 6% hauptsächlich aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Knapp die Hälfte der Frauen gebären ihr erstes Kind. Derzeit hat nur jede 20. Gebärende mehr als 3 Entbindungen, d. h. die Zahl der kinderreichen Familien wird auch in Tirol deutlich zurückgehen. Der Prozentsatz an Mehrlingsschwangerschaften liegt trotz In-vitro-Fertilisation mit 1,5% nur knapp über der natürlich zu erwartenden Rate.

Die Zahl der Frühgeburten (bis zur vollendeten 37. Woche) liegt mit rund 9% ebenfalls im Rahmen des zu Erwartenden. Bei 2% unserer entbundenen Frauen kam es zu Terminüberschreitungen (14 Tage über dem errechneten Geburtstermin). 95% der Kinder werden aus Schädellage geboren. Der Prozentsatz an Beckenendlagen ist mit 4,5% etwas über dem, der an Schräg- bzw. Querlagen mit 0,5% etwas unter dem zu erwartenden Prozentsatz.

Drei Viertel der in Tirol geborenen Kinder werden durch eine spontane vaginale Geburt, d. h. ohne operative Intervention, entbunden. Bei 8% ist eine vaginal entbindende Operation (Zangen- oder Saugglockenentbindung), bei 17% ein Kaiserschnitt nötig. Von den Kaiserschnitten sind 2/3 primäre Kaiserschnitte (d. h. vor spontaner Wehentätigkeit), von diesen wiederum erfolgt 1/3 im Rahmen einer wiederholten Sektio. 2/3 bis 3/4 der Zwillinge wurden durch Kaiserschnitt geboren. Dies ist durch die hohe Zahl an Lageanomalien, die Frühgeburtlichkeit bzw. die Kombination dieser Faktoren bedingt. Alle Drillinge wurden mittels Sektio entbunden. Nur knapp 1/6 der Kinder aus Beckenendlage hatten eine spontane Vaginalgeburt. Dies ist u. a. auch als das Resultat eines ausgeprägten Sicherheitsdenkens mit einer im Hintergrund stehenden forensischen Problematik zu interpretieren.

In der Gruppe der kleinen Kinder (Frühgeborene) unter 2000g wurden je nach Gewichtsklasse zwischen 58% und 83% der Neugeborenen durch Kaiserschnitt entbunden, was auf gehäufte Lageanomalien, aber auch die geringere Toleranz kleiner Kinder auf den Geburtsstress zurückzuführen ist. Ähnliche Zahlen finden sich bei den Kindern, die vor der 33. Woche geboren wurden.

Im Tiroler Schnitt erhalten 10% der Frauen eine Epiduralanästhesie unter der Geburt. Dieser Prozentsatz liegt im europäischen Schnitt, jedoch deutlich unter den Zahlen, die uns aus Großbritannien oder den USA bekannt sind. Bei 1% der Geburten war es aufgrund pathologischer kindlicher Herzfrequenzmuster nötig, eine Untersuchung hinsichtlich der Sauerstoffversorgung durch eine Mikroblutuntersuchung vorzunehmen.

Bei der Anwendung des Dammschnittes ist eine eindeutig rückläufige Tendenz zu beobachten. Die Hälfte der Frauen erhält einen Dammschnitt, wobei 2/3 der Erstgebärenden und 1/3 der Mehrgebärenden betroffen sind. Insgesamt sind diese Zahlen von Jahr zu Jahr rückläufig. Der international zu beobachtende Trend, eher eine kleine Rissverletzung in Kauf zu nehmen, als einen prophylaktischen Dammschnitt durchzuführen, ist auch für Tirol festzustellen. In diesem Zusammenhang ist es interessant, daß schwere Rissverletzungen (Dammriss III. und IV. Grades) bei Frauen, die einen Dammschnitt benötigten, sogar etwas häufiger waren als in der Gruppe ohne Dammschnitt. Hier ist allerdings zu bedenken, dass diese beiden Kollektive nicht direkt vergleichbar sind.

Bei 3% der Frauen war es notwendig, die Nachgeburt operativ zu lösen. 1,5% der Gebärenden benötigten wegen einer unvollständigen Plazenta eine Nachtastung.

1% der geborenen Kinder wog unter 1500g, 0,3% unter 1000g. Unter der 3er-Perzentile (berechnet nach den Gewichtskurven von Hohenauer) lagen 1,0 bis 1,4% der Kinder, über der 97er-Perzentile 3,7 bis 4,2%. Dies ist als Hinweis aufzufassen, dass es in nächster Zeit notwendig sein wird, neue Normalgewichtskurven zu erstellen, da natürlich 3% der Kinder unter der 3er-Perzentile liegen müssten.

Ein Nabelschnurarterien-pH-Wert unter 7,1 lag bei 2% der Tiroler Geburten vor, 0,3 bis 0,4% hatten eine schwere Azidose ($\text{pH} < 7,0$). Ein dazugehöriger schlechter Apgarwert (< 7) lag bei diesen niedrigen pH-Werten jedoch nur in 0,2 bis 0,3% der Fälle vor. 8% der Kinder wurden nach der Geburt zur weiteren fachärztlichen Betreuung auf die Kinderklinik bzw. die Kinderstation verlegt.

Die perinatale Mortalität (Tod des Kindes während der Schwangerschaft, der Geburt und bis zum 7. Lebenstag bei einem Gewicht über 500g) betrug sowohl 1998 als auch 1999 6,5‰ für das Gesamtkollektiv, was national und international als sehr gut anzusehen ist. Die Hälfte dieser Kinder verstarben vor der Geburt. Hier scheinen Verbesserungen möglich. Todesfälle unter der Geburt sind extrem selten geworden und betreffen häufig Kinder mit angeborenen, schweren Fehlbildungen, bei denen bewusst aufgrund der Lebensunfähigkeit keine Intervention durchgeführt wird. Die hier angegebenen Zahlen sind somit ungereinigte Zahlen, d. h. es müssten von all diesen Todesfällen Kinder mit nicht lebensfähigen Fehlbildungen abgezogen werden, um die sogenannte bereinigte perinatale Mortalität zu erhalten. Weiters gilt es hier zu bedenken, dass aufgrund spezifischer Probleme Kinder auch aus anderen Bundesländern an die

Universitätsklinik in Innsbruck zugewiesen werden, da sie eine nur hier mögliche kinderchirurgische, kardiologische oder sonstige Therapie nach der Geburt benötigen. Diese Kinder beeinflussen natürlich die Tiroler perinatale Mortalität und fallen in ihren Bundesländern aus der Statistik. Somit ist auch bei Bundesländervergleichen eine gewisse Vorsicht geboten.

In der Gewichtsgruppe zwischen 500g und 750g überleben 42 – 45% der Kinder. In der Gruppe zwischen 750g und 1000g immerhin 50 – 70%. Relativ gut ist die Überlebensrate der Kinder zwischen 1000g und 1500 g mit 83 – 91%. Sehr gut sind die Ergebnisse bei Geburtsgewichten über 1500g (Überleben in 94 – 99%). Bei Kindern über 1500g besteht kein wesentlicher Unterschied zu höheren Gewichtsklassen mehr.

Bis zur vollendeten 26. Woche überleben 2/3 der Kinder. In der Gruppe zwischen 26. und 28. Woche überlebten 1998 46%, 1999 aber 81%. Dies entspricht einer deutlichen Verbesserung der neonatologischen Betreuung. Das Überleben von der 28. bis zur 32. Woche betrug 85 bis 90%. Ab der vollendeten 32. Woche unterscheiden sich die Überlebenschancen nicht mehr wesentlich von denen der am Termin geborenen Kinder.

Gerade in den Überlebensraten der kleinen Neugeborenen zeigt sich, dass die perinatologischen Anstrengungen von Seiten der Geburtshelfer und der Neonatologen Früchte getragen haben. Frühgeborene Kinder überleben heute nicht nur in höherem Ausmaß, sondern auch mit geringerer Morbidität. Interdisziplinäre Fallbesprechungen, wie sie an der Universitätsklinik Innsbruck wöchentlich stattfinden, tragen dazu bei und legen für den Einzelfall die optimale Therapie konsensuell schon im Vorfeld fest. Aber auch die gute Zusammenarbeit mit den peripheren Häusern und den praktisch tätigen Ärzten, die gefährdete Schwangere frühzeitig an das Perinatalzentrum überweisen, sind von enormer Wichtigkeit für die geburtshilfliche Qualität. Nach amerikanischen Statistiken bedeutet die Entbindung im Perinatalzentrum gerade für Frühgeborene soviel wie eine zusätzliche Woche an Gestationsalter und stellt somit einen klaren Überlebensvorteil dar.

Tirol erfasst als einziges Bundesland Österreichs ab dem Jahr 2000 flächendeckend alle Geburten (einschließlich der Hausgeburtshilfe). Es wäre wünschenswert, wenn auch andere Bundesländer eine derartige geburtshilfliche Qualitätssicherung hätten. Diesbezügliche Bemühungen werden in nächster Zeit erfolgen, da die Infrastruktur unseres Geburtenregisters durchaus imstande ist, höhere Kapazitäten (auch aus anderen Bundesländern) zu verarbeiten. Vielleicht gelingt es auf diesem Wege, auch in Österreich eine landesumfassende geburtshilfliche Qualitätssicherung zu etablieren, wie sie in Deutschland seit Jahresbeginn 2000 bereits vorhanden ist.

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. Stellvertretend sind in der nachfolgenden Tabelle nur die verantwortlichen Personen genannt, unser ganz besondere Dank ergeht aber an alle Hebammen und alle Ärzte, die durch ihre große Sorgfalt und auch Zeit und Mühe bei der Dokumentation die Basis für die vorliegenden Daten geschaffen haben.

Abteilung	Vorstand/ Primar	verantwortlicher Arzt	verantwortliche Hebamme
Frauenklinik Innsbruck	Univ.-Prof. Dr. Ch. Marth	Univ.-Prof. Dr. H. Schröcksnadel	Heb. A. Harm Heb. M. Mark
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	Prim. Dr. H. Kammerlander		Heb. B. Spiß
KH der Stadt Kitzbühel		Dr. J. Manzl Dr. B. Sax	Heb. R. Teufel
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 Triumphforte Innsbruck		Dr. G. Posch Dr. L. Heijbel	Heb. C. Schuchter

Wie im Punkt *Organisation* beschrieben, werden alle grundsätzlichen Entscheidungen von einem Beirat diskutiert und vorbereitet. Alle Mitglieder des Beirats haben durch ihr großes Engagement wesentlich zum Aufbau des Geburtenregisters beigetragen: Prof. Dr. Hans Schröcksnadel (*Frauenklinik Innsbruck*), Prim. Dr. Gerald Pinzger (*BKH Reutte*), Dr. Andreas Zelger (*BKH St. Johann in Tirol – i.V. von Prim. Dr. Michael Trockenbacher*), Dr. Rudolf Trawöger und Dr. Gernot Reiter (*Kinderklinik Innsbruck – i.V. des Vorstands der Kinderklinik Innsbruck*), Prim. Dr. Wilfried Müller (*BKH Reutte*), Heb. Margaretha Mark (*Frauenklinik Innsbruck*), Heb. Veronika Erhard (*Vorsitzende des Hebammengremiums Tirol*).

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

Schließlich gebührt allen Mitarbeitern des *Instituts für Epidemiologie der TILAK* ein Dank für ihr großes Engagement beim Aufbau des Geburtenregisters. Projekte dieser Größenordnung kann man nur dann erfolgreich durchführen, wenn alle Mitarbeiter überdurchschnittlichen Einsatz leisten. Auch gilt ein besonderer Dank Herrn Doz. 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.

Glossar

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

Mikroblutuntersuchung Untersuchung des kindlichen Blutes während der Geburt.

Sektio Kaiserschnittentbindung

Episiotomie Scheidendammschnitt

NS-pH-Wert Nabelschnur-pH-Wert

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

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.

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

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

IMPRESSUM

iet – Institut für klinische Epidemiologie
der TILAK GmbH

Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck

Dr. Wilhelm Oberaigner
Institut für klinische Epidemiologie

Hermann Leitner
Institut für klinische Epidemiologie

Medizinische Interpretation:
Univ.-Prof. Dr. Hans Schröcksnadel
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde, Innsbruck

Innsbruck, September 2000

[Lesezeichen](#)

Institut für
klinische **Epidemiologie**
der TILAK GmbH

[send mail](#)[homepage](#)

Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck

www.iet.at

Tel ++43 0 512 / 504 – 2310

Fax ++43 0 512 / 504 – 2315