Geburtenregister Tirol
Jahresbericht 2003

Institut für
klinische Epidemiologie
der TILAK GmbH

IMPRESSUM

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

Willi Oberaigner
Hermann Leitner

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

Innsbruck, Mai 2004

Zusammenfassung

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

Das Geburtenregister Tirol ist 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 Tirol 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 – sowohl für Erstgebärende als auch für Mehrgebärende – in den letzten fünf Jahren hat sich abgeflacht, es gab von 2002 auf 2003 nur mehr einen geringen Rückgang der Dammschnittraten.

Erwähnenswert ist die **Zunahme der Kaiserschnittrate,** die im Jahr 2003 weiter signifikant zugenommen hat und jetzt bei 24% liegt.

Beachtenswert ist die **perinatale Mortalität mit 4.9‰**. Damit liegt die perinatale Mortalität schon das zweite Jahr unter der 5‰-Grenze. Diese Ergebnisse sind national und international als ausgezeichnet anzusehen. Eine Aufschlüsselung der Daten zeigt, dass sich von den 35 perinatalen Todesfällen 24 (68%) vor Geburtsbeginn ereignen.

Tirol ist das einzige Bundesland Österreichs mit einem lückenlosen Qualitätsprogramm im geburtshilflichen Bereich. Schon jetzt nehmen eine Reihe von Krankenhäusern in anderen Bundesländern am Geburtenregister Tirol teil. Es freut uns besonders, dass der derzeitige Präsident der ÖGGG eine flächendeckende Umsetzung der perinatologischen Qualitätssicherung auf Basis unseres Geburtenregister zu einem seiner wichtigen Ziele erhoben hat. Dies ist für uns zugleich Bestätigung der hohen Qualität der Arbeit und auch Ansporn, zur Qualitätsverbesserung der Geburtshilfe in Österreich weiter beizutragen.

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

ZUSAMMENFASSUNG **3**

DANK **4**

1 BESCHREIBUNG DES GEBURTENREGISTERS **7**

1.1 Ziele **7**

1.2 Organisation des Geburtenregisters **7**
1.2.1 Erhebung der Daten 7
1.2.2 Auswertungen 9

1.3 Wissenschaftlicher Beirat **9**

1.4 Teilnehmende Abteilungen und niedergel. Hebammen **10**

2 DEMOGRAFISCHE FAKTEN **11**

2.1 Bevölkerung **11**

2.2 Anzahl der Geburten in der Tiroler Bevölkerung **11**

3 ERGEBNISSE **12**

3.1 Beschreibung der Tabellen und Grafiken **12**
3.1.1 Aufbau der Tabellen 12
3.1.2 Statistische Tests 13
3.1.3 Geburtsgewicht unter 500 g 13

3.2 Tabellen und Grafiken **15**

GLOSSAR **67**

1 Beschreibung des Geburtenregisters

1.1 Ziele

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

1.2 Organisation des Geburtenregisters

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

1.2.1 Erhebung der Daten

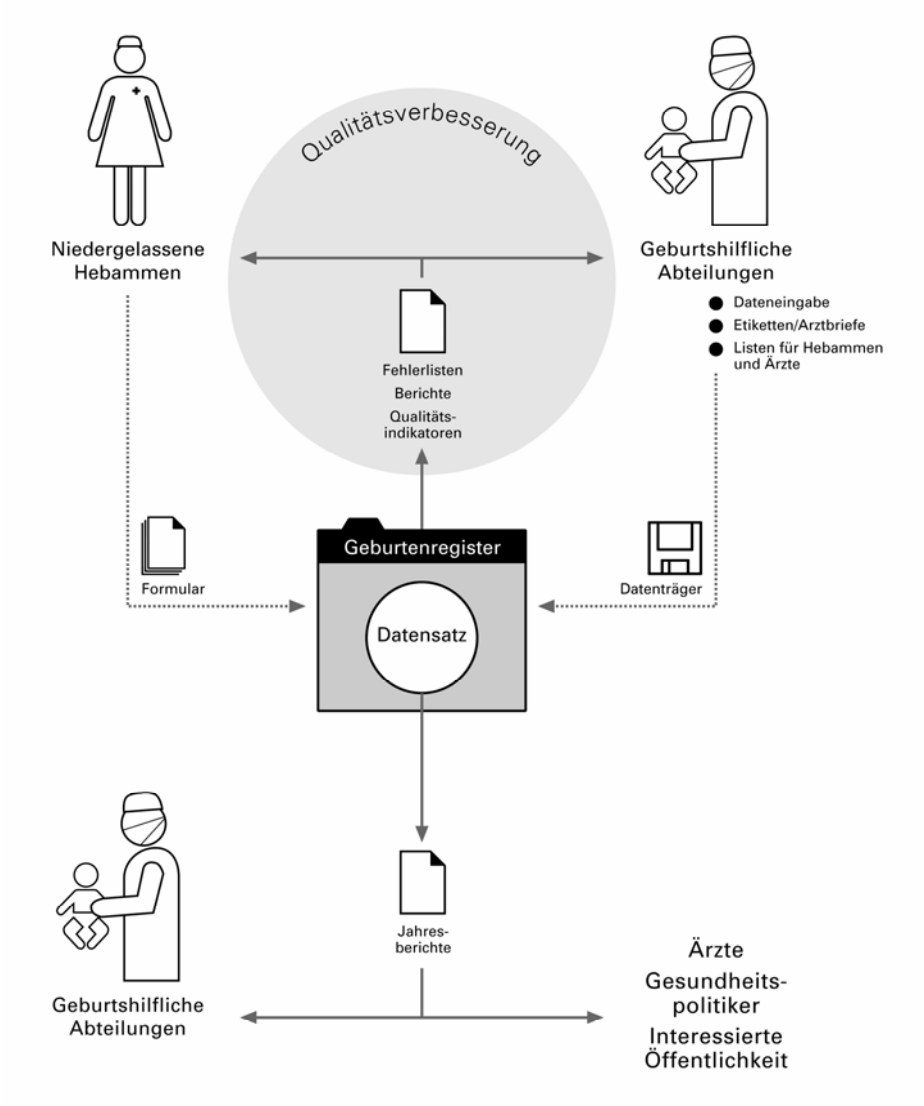
Die Erhebung der Daten in den einzelnen geburtshilflichen Abteilungen erfolgt mit Hilfe einer speziellen Software. Die Daten werden monatlich vom Geburtenregister Tirol bei den geburtshilflichen Abteilungen eingeholt, in einen gemeinsamen Datensatz eingespielt und nach folgenden Kriterien überprüft:

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

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

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

Arbeitsweise des Geburtenregisters Tirol



1.2.2 Auswertungen

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

- Kernauswertung – vierteljährlich
- Qualitätsindikatoren – jährlich
- 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):

- Univ.-Prof. Dr. Christoph Brezinka *(Frauenklinik Innsbruck)*
- Heb. Martha Huter (*Frauenklinik Innsbruck)*
- Prim. Dr. Wilfried Müller (*BKH Reutte)*
- Prim. Dr. Gerald Pinzger *(BKH Reutte)*
- Heb. Brigitte Ritzberger *(Vertreterin des Hebammengremiums Tirol)*
- 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 lückenlos alle geburtshilflichen Abteilungen Tirols sowie alle Hebammen, die Hausgeburten betreuen, zur Teilnahme gewinnen konnten.

In der folgenden Tabelle sind die verantwortlichen Personen zusammengestellt:

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

2 Demografische Fakten

2.1 Bevölkerung

Bevölkerungsschätzung für das Jahr 2003	Frauen		Männer		Frauen+Männer	
Alter	**Anzahl**	Prozent	**Anzahl**	Prozent	**Anzahl**	Prozent
Bis 14 Jahre	**59 431**	17.0%	**62 071**	18.6%	**121 502**	17.8%
15 – 24 Jahre	**43 100**	12.3%	**44 727**	13.4%	**87 827**	12.8%
25 – 34 Jahre	**50 292**	14.4%	**50 491**	15.1%	**100 783**	14.7%
35 – 44 Jahre	**58 463**	16.7%	**59 316**	17.8%	**117 779**	17.2%
Über 45 Jahre	**138 901**	39.7%	**117 115**	35.1%	**256 016**	37.4%
Summe	**350 187**	100.0%	**333 720**	100.0%	**683 907**	100.0%

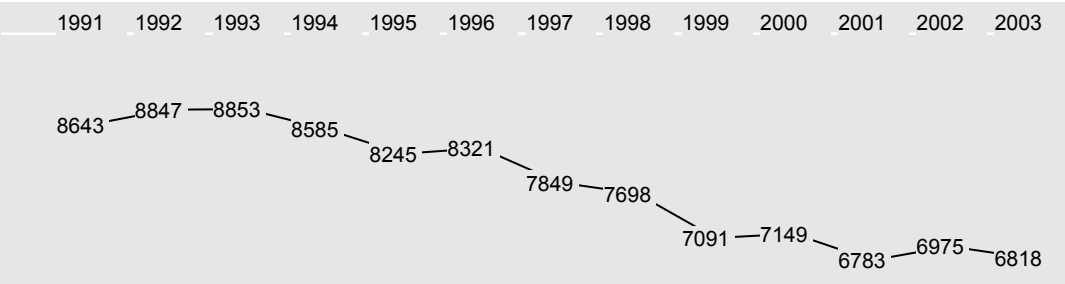
Bezüglich Aufteilung nach Staatsbürgerschaft liegen nur Daten für 2002 vor: Von den rund 682.600 Einwohnern Tirols zum Jahresende 2002 besitzen 90.1% die österreichische Staatsbürgerschaft, 9.9% gehören einem anderen Staat an.

Bürger aus den jugoslawischen Nachfolgestaaten (34%) und türkische Staatsangehörige (23%) stellen zusammen fast drei Fünftel (57%) der ausländischen Wohnbevölkerung Tirols. Etwa ein Drittel (32%) der Nicht-Österreicher kommt aus Mitgliedsländern der Europäischen Union, wobei 21% deutsche, 5% italienische und 1,5% niederländische Staatsbürger sind. 4.7% kommen aus anderen Kontinenten und der Rest (0,3%) ist staatenlos oder hat keine geklärte Staatsbürgerschaft. Slowaken (1,0%), Polen (0,7%) und Tschechen (0,6%) erreichen gemeinsam einen Anteil von 2,3% an der ausländischen Einwohnerzahl.

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:



Quelle 1991-2002: Stat. Jahrbuch Österreichs 2003. Stat. Austria: Wien 2003.
Quelle 2003: persönl. Mitteilung Statistik-Abteilung der Tiroler Landesregierung (Vorläufige Zahl)

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).

3.1.1 Aufbau der Tabellen

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

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

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

Piktogramme

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

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

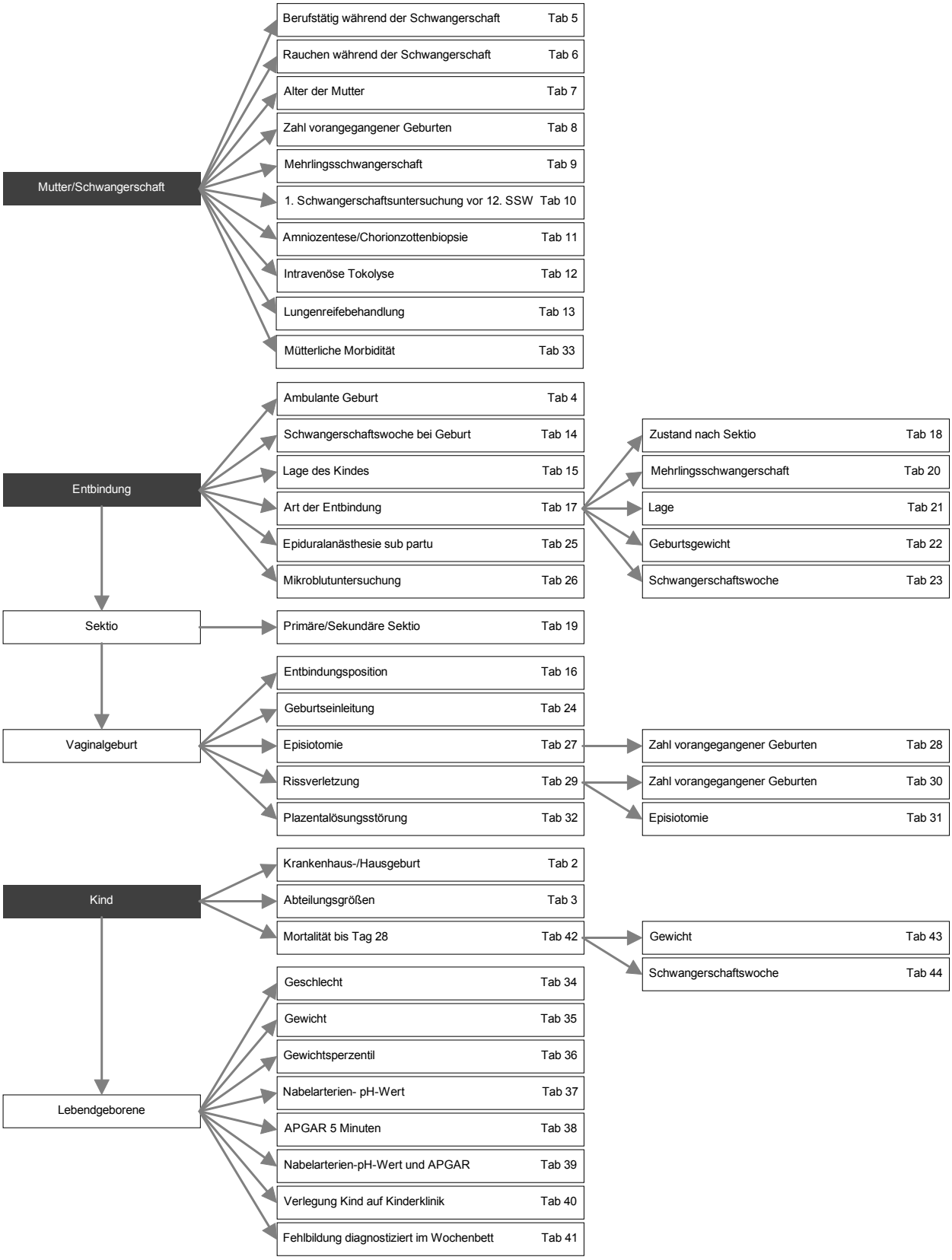
3.1.2 Statistische Tests

Wir haben alle statistischen Tests jeweils auf den Unterschied zwischen den Geburtsjahren 2002 vs. 2003 bezogen. Es handelt sich in der Mehrheit der Fälle um einen zweiseitigen χ^2-Test und bei einigen numerischen Variablen um den T-Test. Statistisch signifikante Unterschiede wurden in den Tabellen mit drei Sternen *** gekennzeichnet. Wegen der Problematik des mehrfachen Testens – es wurden 53 Tests durchgeführt – wurde als Signifikanzniveau 1% gewählt (d.h. $P< 0.01$).

3.1.3 Geburtsgewicht unter 500 g

Nach dem Hebammengesetz besteht Meldepflicht für Totgeborene ab einem Gewicht von 500g sowie wenn Lebenszeichen nach der Geburt zu beobachten sind. Wir haben uns dazu entschlossen, Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 500g nicht in die Statistik aufzunehmen. Der Grund dafür liegt in der fehlenden Vergleichbarkeit mit anderen publizierten Daten

3.2 Tabellen und Grafiken



Tab 1: Übersicht

				2003
	Mütter/Geburten		**Kinder**	
	Anzahl	Prozent	**Anzahl**	Prozent
Insgesamt	**6994**	100.0%	**7132**	
Erstgebärende	**3331**	47.6%		
Mehrlingsschwangerschaften	**136**	1.9%		
Vaginalgeburten			**5422**	76.0%
Sektiones			**1710**	24.0%
Schädellagen			**6698**	93.9%
Beckenendlagen			**390**	5.5%
Querlagen			**43**	0.6%
Frühgeburten			**762**	10.7%
Übertragungen			**61**	0.9%
Episiotomien	**1738**	32.2%[1)]		
Antepartale Todesfälle			**24**	*3.4‰*
Neonatale Todesfälle			**13**	*1.8‰*
Perinatale Todesfälle			**35**	*4.9‰*
Mütterliche Mortalität	**0**			

[1)] Bezogen auf Vaginalgeburten

Medizinische Interpretation

In Tirol fanden im Jahre 2003 6994 Geburten mit 7132 Kindern statt. Es besteht somit ein Geburtenrückgang um ca. 2%. Die Zahl an Mehrlingsschwangerschaften ist mit 1.9% ca. um 1/3 höher als 2002. Die durchschnittliche Rate an Kaiserschnitten in Tirol stieg weiter an von 20.9% im Jahr 2002 auf derzeit 24%. Bei jeder dritten Vaginalgeburt wurde ein Dammschnitt durchgeführt. Die perinatale Mortalität von 4.9‰ war zu 2/3 durch antepartale Todesfälle verursacht. 2003 gab es in Tirol keinen mütterlichen Todesfall.

Tab 2: Hausgeburten

		2003
	Anzahl	Prozent
Krankenhausgeburt	**7099**	99.5%
in Klinik weitergeleitete geplante Hausgeburt	**2**	<0.1%
Hausgeburt	**31**	0.4%
Summe	7132	100.0%

Basis: Kinder
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung: Auf Grund des Wechsels einer Hebamme in das Ausland konnten ca. 10 Hausgeburten nicht mehr retrospektiv erfasst werden.

Medizinische Interpretation

99.5% der Geburten fanden im Krankenhaus statt. 0.5% der Frauen bevorzugten eine Hausgeburt. Nur zwei Hausgeburten wurden an die Krankenhäuser weitergeleitet. In den vorhergehenden Jahren war diese Zahl höher, nach genauer Kontrolle dürfte es sich aber um Fehleingaben gehandelt haben.

Tab 3: Abteilungsgröße nach Anzahl der geborenen Kinder

	2003
Anzahl der geborenen Kinder im Jahr 2003	**Anzahl**
bis 499	**3**
500-999	**5**
1000-1999	**2**
Summe	10

Basis: Kinder
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Medizinische Interpretation

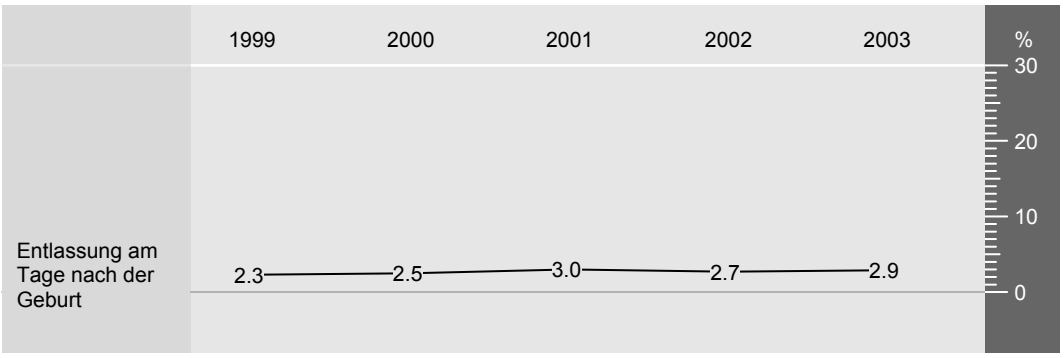
Von den zehn Abteilungen Tirols hatten drei unter 500 Geburten pro Jahr, fünf zwischen 500 und 1000 Geburten pro Jahr und zwei Abteilungen hatten über 1000 Geburten pro Jahr.

Tab 4: Ambulante Geburt

Entlassung spätestens am Tag nach der Geburt

	2003	
	Anzahl	Prozent
Ja	**202**	2.9%
Nein	**6673**	97.1%
Summe	6875	100.0%

Basis: Mütter (nur Lebendgeburten)
2003 liegen für 93 Fälle (1.3%) keine Informationen vor.



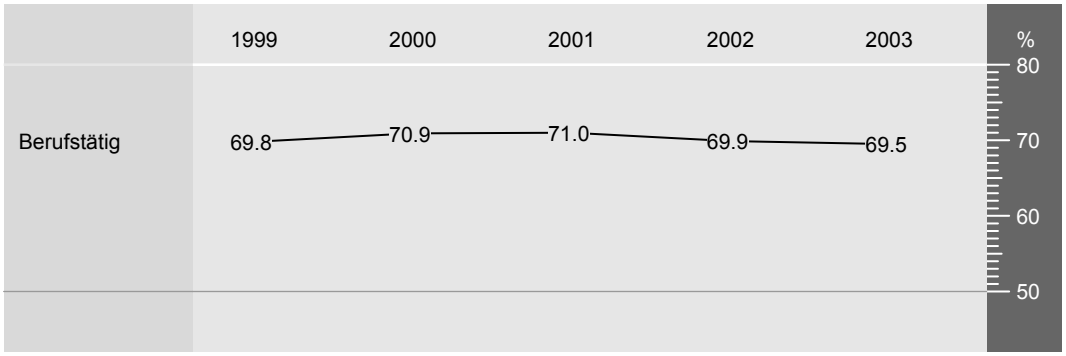
Medizinische Interpretation

Knapp 3% der Kinder wurden im Rahmen einer ambulanten Geburt entbunden, was im wesentlichen den Vorjahreszahlen entspricht.

Tab 5: Berufstätig während der Schwangerschaft

	2003	
	Anzahl	Prozent
Ja	**4717**	69.5%
Nein	**2069**	30.5%
Summe	6786	100.0%

Basis: Mütter
2003 liegen für 208 Fälle (3.0%) keine Informationen vor.



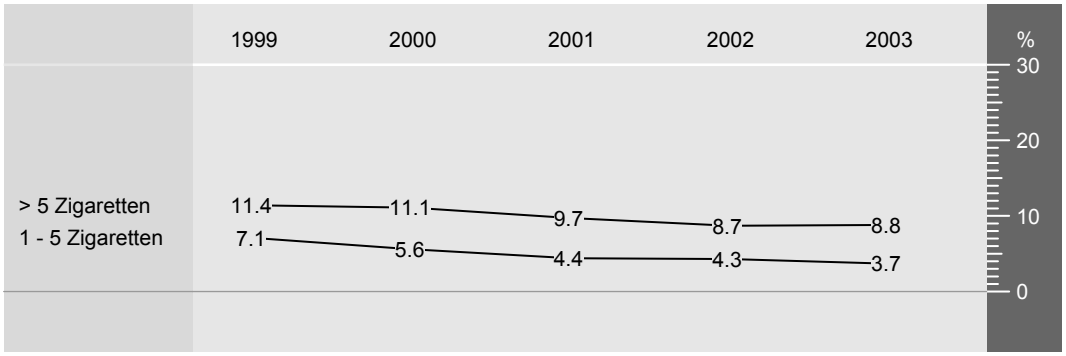
Medizinische Interpretation
Ca. 70% der Frauen waren während der Schwangerschaft berufstätig.

Tab 6: Rauchen der Mutter
während der Schwangerschaft

		2003
Anzahl Zigaretten pro Tag	**Anzahl**	Prozent
Keine	**6119**	87.5%
1 – 5	**261**	3.7%
mehr als 5	**614**	8.8%
Summe	6994	100.0%

Basis: Mütter
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: getestet wurde Nichtrauchen versus Rauchen.



Medizinische Interpretation

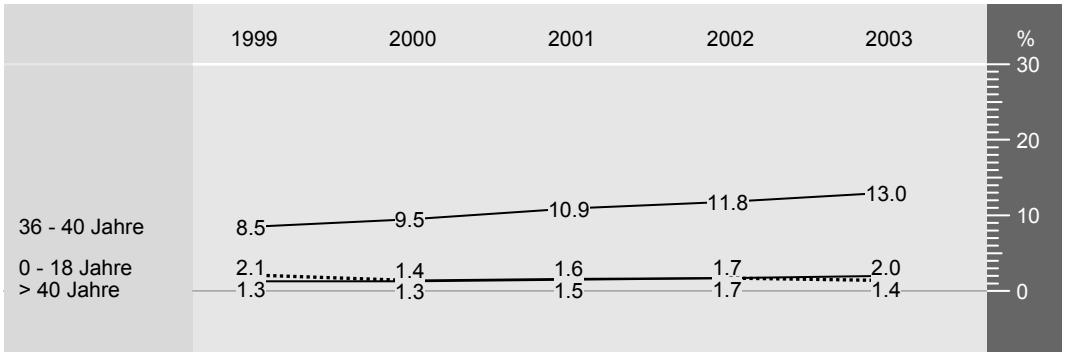
8.8% der Frauen rauchten während der Schwangerschaft mehr als 5 Zigaretten täglich. Dieser Anteil ist von 2001 auf 2002 gesunken (nicht statistisch signifikant) und seither konstant.

Tab 7: Alter der Mutter

	2003		
	Anzahl	Prozent	***
bis 18	**101**	1.4%	
19 – 35	**5842**	83.5%	
36 – 40	**911**	13.0%	
über 40	**139**	2.0%	
Summe	6993	100.0%	

Basis: Mütter
2003 liegen für 1 Fall (<0.1%) keine Informationen vor.

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



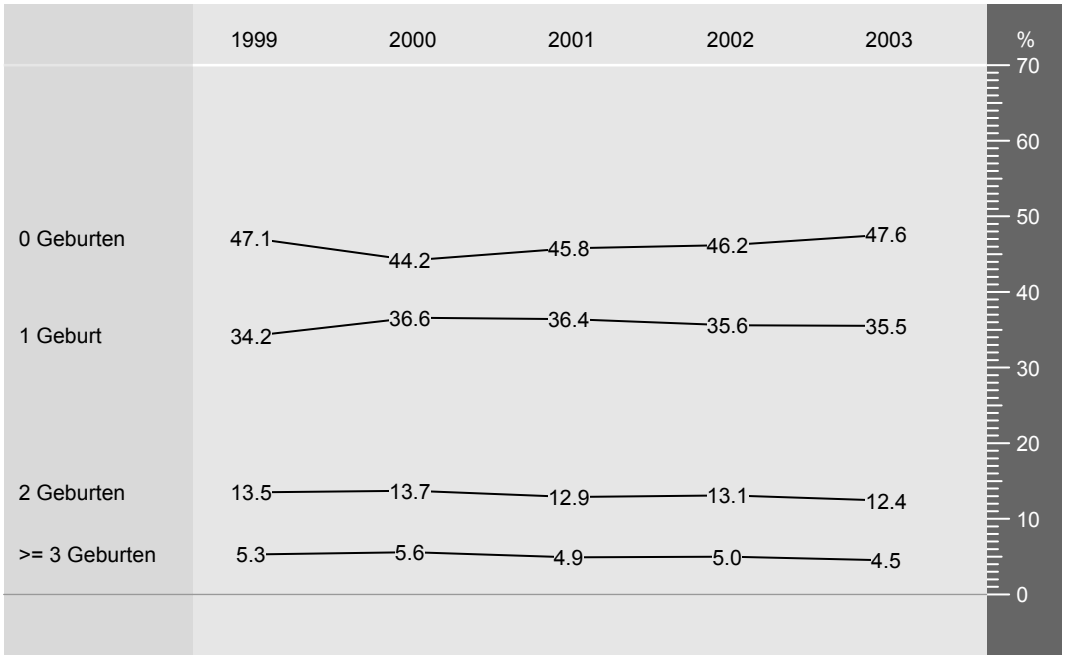
Medizinische Interpretation

1.4% der Mütter waren unter 18 Jahren. Ein weiterer Anstieg zeigte sich bei den Müttern über 35 Jahren (von 13.5% auf 15%), was nahezu eine Verdoppelung des Prozentsatzes von 1998 (8.5%) bedeutet.

Tab 8: Zahl vorangegangener Geburten

	2003	
	Anzahl	Prozent
0	**3331**	47.6%
1	**2483**	35.5%
2	**865**	12.4%
≥ 3	**315**	4.5%
Summe	6994	100.0%

Basis: Mütter
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

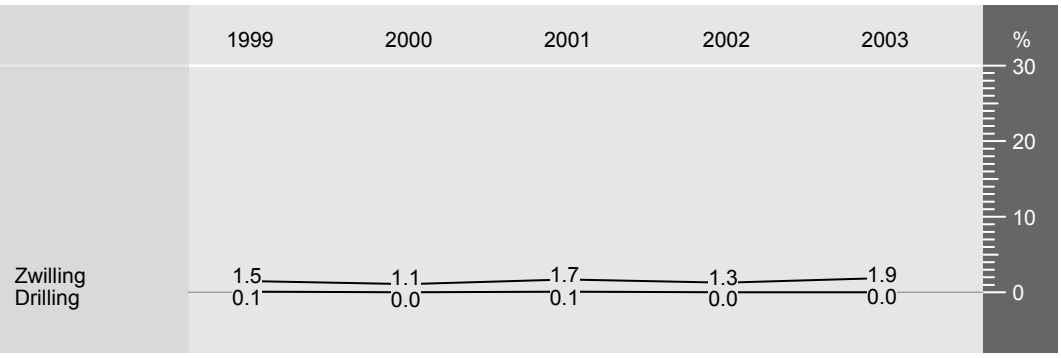
Die Aufteilung unter den gebärenden Frauen in Erst- und Mehrgebärende änderte sich während der letzten fünf Jahre nicht wesentlich. Bei nahezu der Hälfte der Geburten handelt es sich um erstgebärende Frauen. 3 Geburten und mehr hatte nur mehr jede zwanzigste Gebärende in Tirol.

Tab 9: Mehrlingsschwangerschaft

	2003		
	Anzahl	Prozent	***
Einling	**6858**	98.1%	
Zwilling	**134**	1.9%	
Drilling	**2**	<0.1%	
Summe	6994	100.0%	

Basis: Mütter
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: getestet wurde Einling versus Mehrling



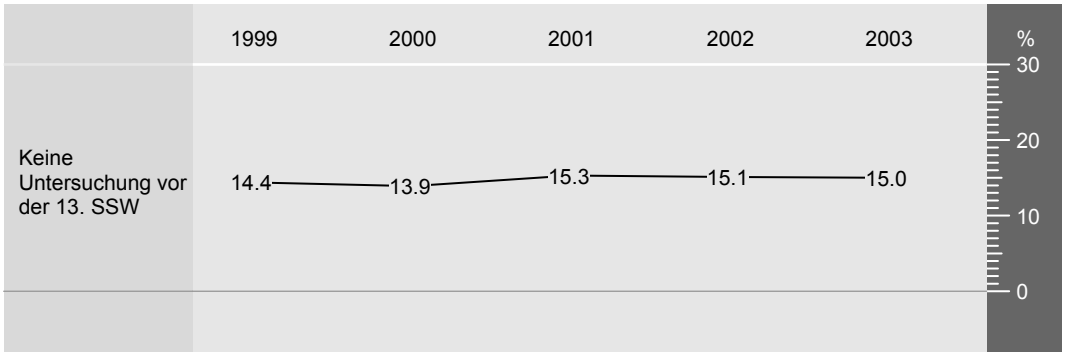
Medizinische Interpretation

Die Rate an Zwillingen in Tirol betrug 1.9% und war somit wesentlich höher als im Jahr 2002 mit 1.3%. Die Anzahl höhergradiger Mehrlinge ist mit zwei Drillingen gering, beruht aber auch darauf, dass in den letzten Jahren nur mehr weniger Embryonen beim Embryotransfer implantiert wurden.

Tab 10: Erste Schwangerschaftsuntersuchung
vor der 13. Schwangerschaftswoche

	2003	
	Anzahl	Prozent
Ja	**5829**	85.0%
Nein	**1027**	15.0%
Summe	6856	100.0%

Basis: Mütter
2003 liegen für 138 Fälle (2.0%) keine Informationen vor.



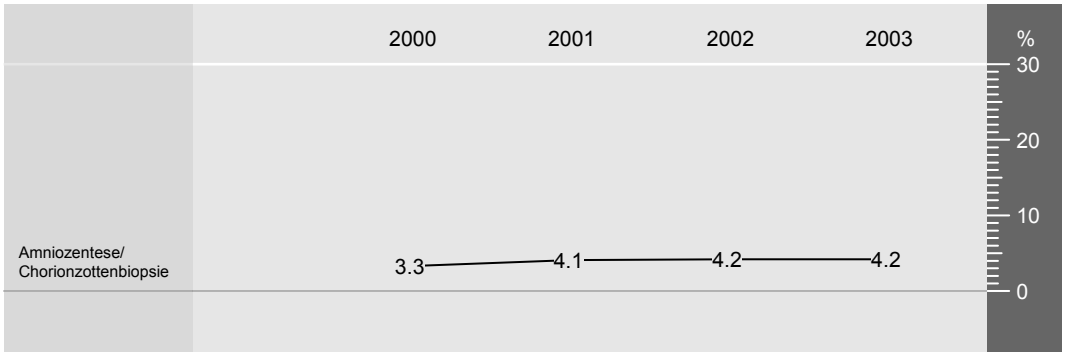
Medizinische Interpretation

Ca. jede siebte Gebärende hatte keine Schwangerschaftsuntersuchung vor der 13. Woche.

Tab 11: Amniozentese / Chorionzottenbiopsie
bis 22. Schwangerschaftswoche

	2003	
	Anzahl	Prozent
Ja	**291**	4.2%
Nein	**6703**	95.8%
Summe	6994	100.0%

Basis: Mütter
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



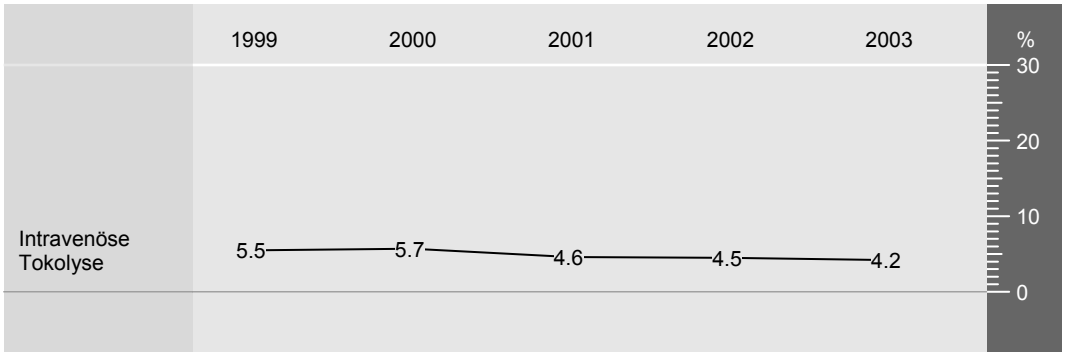
Medizinische Interpretation

4.2% 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 Nackentransparenz–messung zuzuschreiben.

Tab 12: Intravenöse Tokolyse

	2003	
	Anzahl	Prozent
Ja	**291**	4.2%
Nein	**6703**	95.8%
Summe	6994	100.0%

Basis: Mütter
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



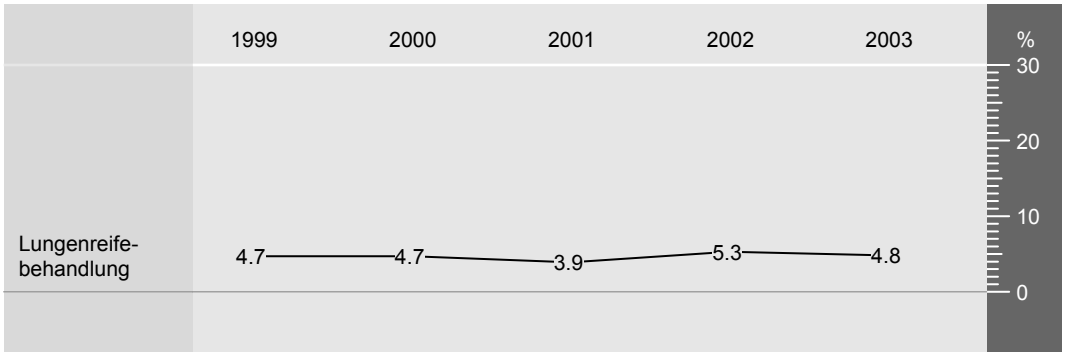
Medizinische Interpretation

4.2% der Schwangeren erhielten wegen vorzeitiger Wehentätigkeit eine intravenöse Tokolyse.

Tab 13: Lungenreifebehandlung

	2003	
	Anzahl	Prozent
Ja	**334**	4.8%
Nein	**6660**	95.2%
Summe	6994	100.0%

Basis: Mütter
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



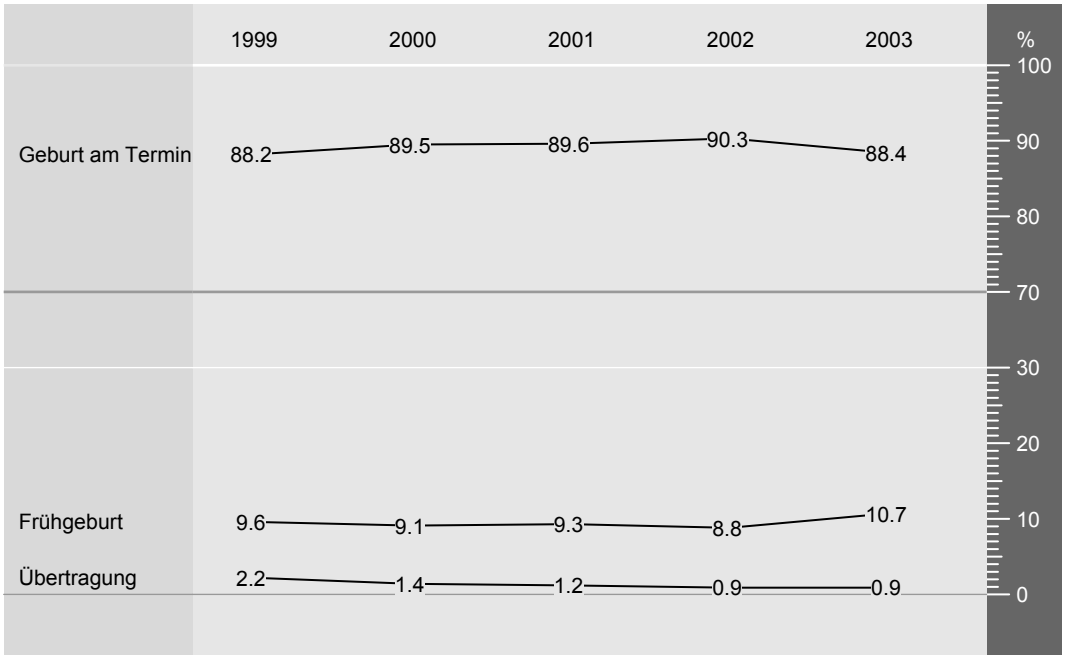
Medizinische Interpretation

4.8% der Schwangeren erhielten eine Lungenreifeinduktion. Der um 0.6% höhere Prozentsatz im Vergleich zur intravenösen Tokolyse zeigt, dass Lungereifeinduktionen auch bei wehenlosen Frauen durchgeführt wurden.

Tab 14: Schwangerschaftswoche bei Geburt

		2003	
► **Frühgeburt**	**Anzahl**	Prozent	
bis SSW 26 + 0	**22**	0.3%	
SSW 26 + 1 bis 28 + 0	**16**	0.2%	
SSW 28 + 1 bis 30 + 0	**27**	0.4%	
SSW 30 + 1 bis 32 + 0	**53**	0.7%	
SSW 32 + 1 bis 37 + 0	**644**	9.0%	
Summe	762	10.7%	***
► **Geburt am Termin**			
SSW 37 + 1 bis 42 + 0	**6298**	88.4%	
► **Übertragung**			
ab SSW 42 + 1	**61**	0.9%	

Basis: Kinder
2003 liegen für 11 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.
Bemerkung: die Angabe zur Signifikanz bezieht sich nur auf den Test Frühgeburten versus andere



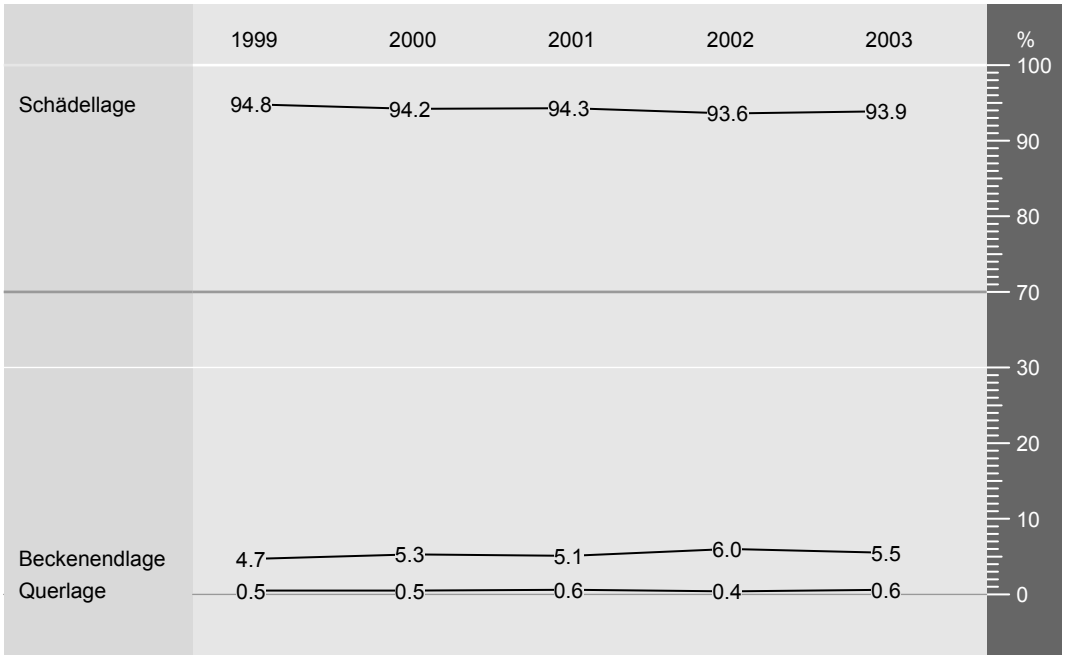
Medizinische Interpretation

Der Prozentsatz an Frühgeburten lag im Jahre 2003 mit 10.7% statistisch signifikant höher als im Vorjahr mit 8.8%. Die Zahl übertragener Kinder (ab 14 Tage über den errechneten Termin) hat in den letzten 6 Jahren deutlich abgenommen und scheint sich bei ca. 1% einzupendeln. Dies dürfte durch die allgemein durchgeführte Praxis der Einleitung ab dem 10. Tag nach dem errechneten Termin erklärbar sein.

Tab 15: Lage des Kindes

	2003	
	Anzahl	Prozent
Schädellage	**6698**	93.9%
Beckenendlage	**390**	5.5%
Querlage	**43**	0.6%
Summe	7131	100.0%

Basis: Kinder
2003 liegen für 1 Fall (<0.1%) keine Informationen vor (es handelt sich dabei um eine in die Klinik/Krankenhaus weitergeleitete Hausgeburt).



Medizinische Interpretation

Ca. 94% der Kinder wurden aus Schädellage geboren. Auffällig bleibt weiterhin der über dem internationalen Niveau liegende Prozentsatz von 5.5% an Beckenendlagen.

Tab 16: Entbindungsposition

	2003		
	Anzahl	Prozent	***
Kreißbett	**4446**	82.7%	
Hocker	**134**	2.5%	
Wassergeburt	**718**	13.4%	
Andere	**77**	1.4%	
Summe	5375	100.0%	

Basis: Mütter (nur Vaginalgeburten)
2003 liegen für 18 Fälle (0.3%) keine Informationen vor.

Medizinische Interpretation

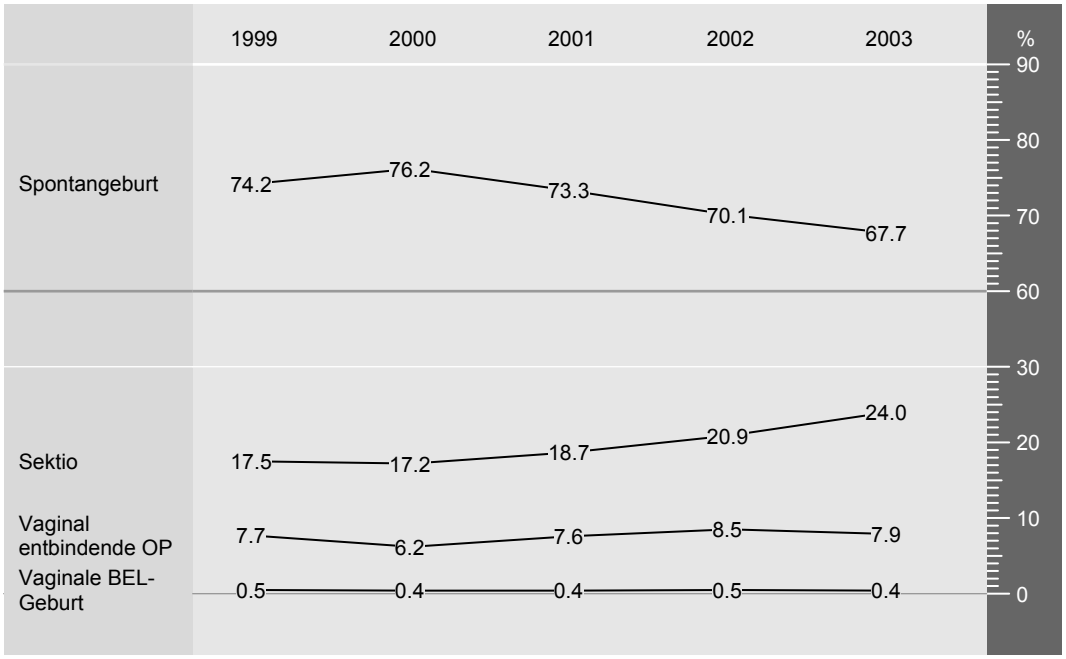
82.7% der Geburten fanden im Kreißbett statt. Die Zahl an Hockergeburten (2.5%) hat weiter abgenommen (2001: 6.8%, 2002: 4.1%). Die Zahl an Wassergeburten (13.4%) nimmt hingegen kontinuierlich zu (2001: 6.2%, 2002: 8.2%). Jede siebte Spontangeburt in Tirol 2003 war eine Wassergeburt.

Tab 17: Art der Entbindung

	2003		
	Anzahl	Prozent	***
Spontangeburt	**4831**	67.7%	
Vaginal entbindende Operation	**562**	7.9%	
Vaginale Beckenendlagengeburt	**29**	0.4%	
Sektio	**1710**	24.0%	
Summe	7132	100.0%	

Basis: Kinder
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: getestet wurde Vaginalgeburt versus Sektio



Medizinische Interpretation

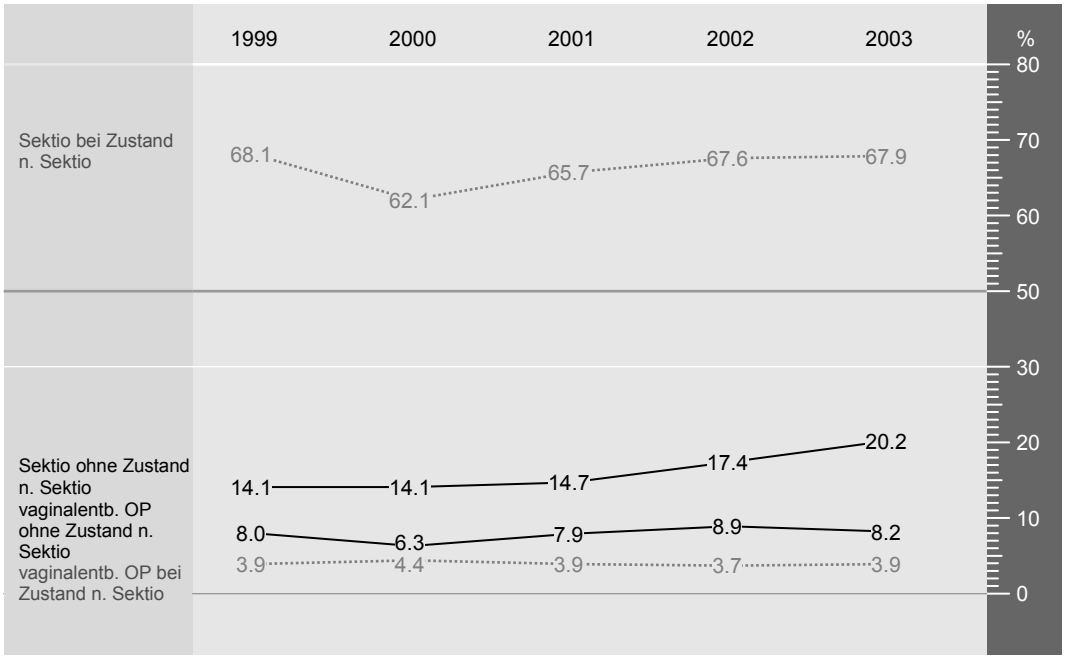
Statistisch signifikante Änderungen im Vergleich zu 2002 gab es bei der Art der Entbindung. Spontangeburten nahmen in den letzen Jahren von 76.2% auf 67.7% ab. Auf der anderen Seite gab es eine Steigerung der Kaiserschnittfrequenz von 17.2% auf 24%. Die Zahl vaginal entbindender Operationen war mit 8% weitgehend konstant, ebenso wie die Zahl vaginaler Beckenendlagenentbindungen.

Tab 18: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Zustand nach Sektio

		2003	
► **Ohne vorangegangene Sektio**	**Anzahl**	Prozent	***
Spontangeburt	**4673**	71.2%	
Vaginal entbindende Operation	**540**	8.2%	
Vaginale Beckenendlagengeburt	**27**	0.4%	
Sektio	**1325**	20.2%	
► **Mit vorangegangener Sektio**			
Spontangeburt	**158**	27.9%	
Vaginal entbindende Operation	**22**	3.9%	
Vaginale Beckenendlagengeburt	**2**	0.4%	
Sektio	**385**	67.9%	

Basis: Kinder
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

Bemerkung zum statistischen Test: getestet wurde Vaginalgeburt versus Sektio



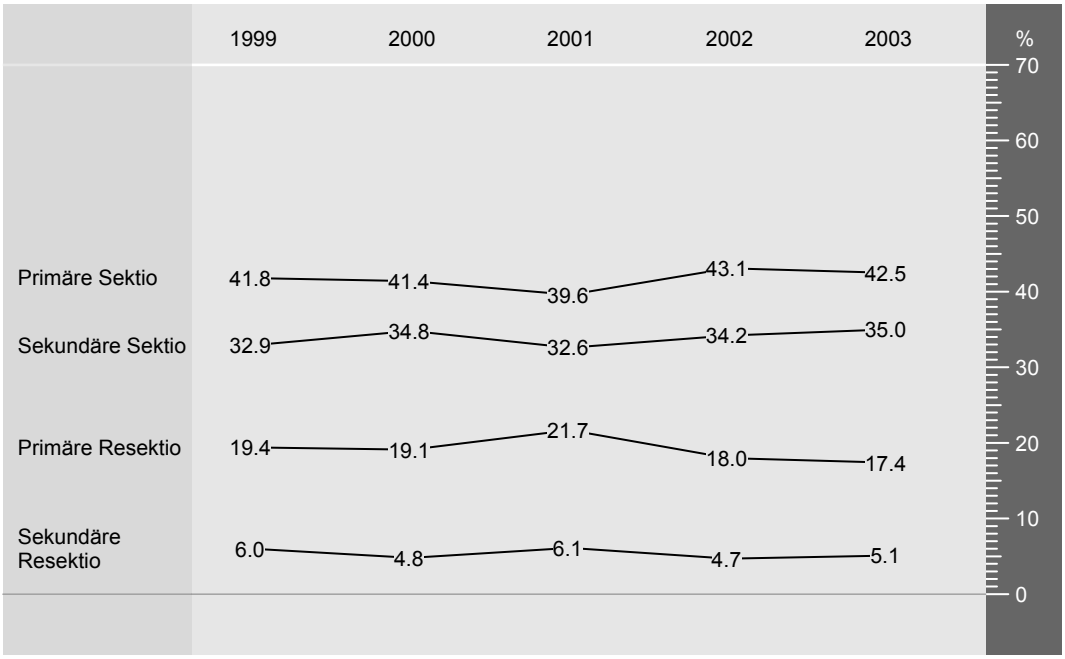
Medizinische Interpretation

Vor allem die Zahl der ersten Kaiserschnitte nahm in den letzten 5 Jahren signifikant zu (von 14.1% auf 20.2%). Bei vorangegangenem Kaiserschnitt erhielten 2/3 der Frauen wiederum eine Sektio (seit Jahren weitgehend unverändert).

Tab 19: Primäre/Sekundäre Sektio

	2003	
	Anzahl	Prozent
Primäre Sektio	**726**	42.5%
Sekundäre Sektio	**599**	35.0%
Primäre Resektio	**298**	17.4%
Sekundäre Resektio	**87**	5.1%
Summe	1710	100.0%

Basis: Kinder (Sektiones)
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



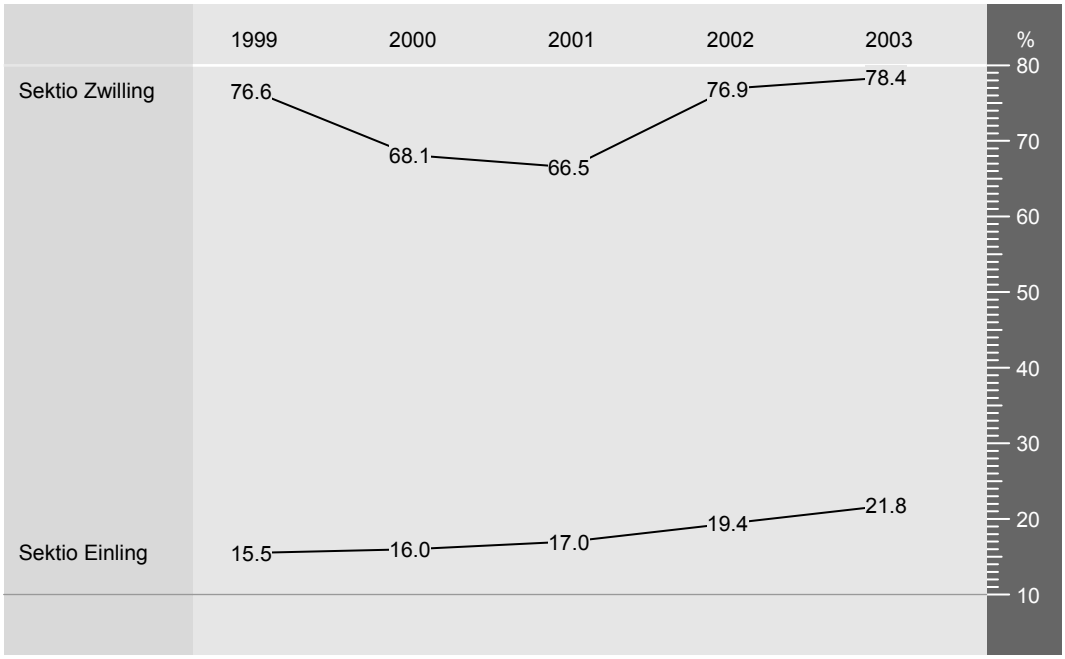
Medizinische Interpretation

Der Anteil der primären Kaiserschnitte (Sektio/Resektio) betrug ca. 60%. Der hohe Anteil an sekundären Sektiones ist zum Teil durch das geburtshilfliche Programm verursacht, das z.B. bei vorzeitigem Blasensprung ohne Wehen und Muttermundsöffnung oder nach frustraner Einleitung bei primärer Wehenschwäche automatisch nur mehr eine sekundäre Sektio zulässt. Jedenfalls kann aus dieser Zahl an sekundären Kaiserschnitten nicht geschlossen werden, dass es sich dabei ausschließlich um abgebrochene Vaginalgeburten handelt.

Tab 20: Sektio-Rate
aufgeschlüsselt nach Mehrlingsschwangerschaft

	2003		
	Anzahl	Prozent	
Einling	**1494**	21.8%	***
Zwilling	**210**	78.4%	
Drilling	**6**	100.0%	

Basis: Kinder
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



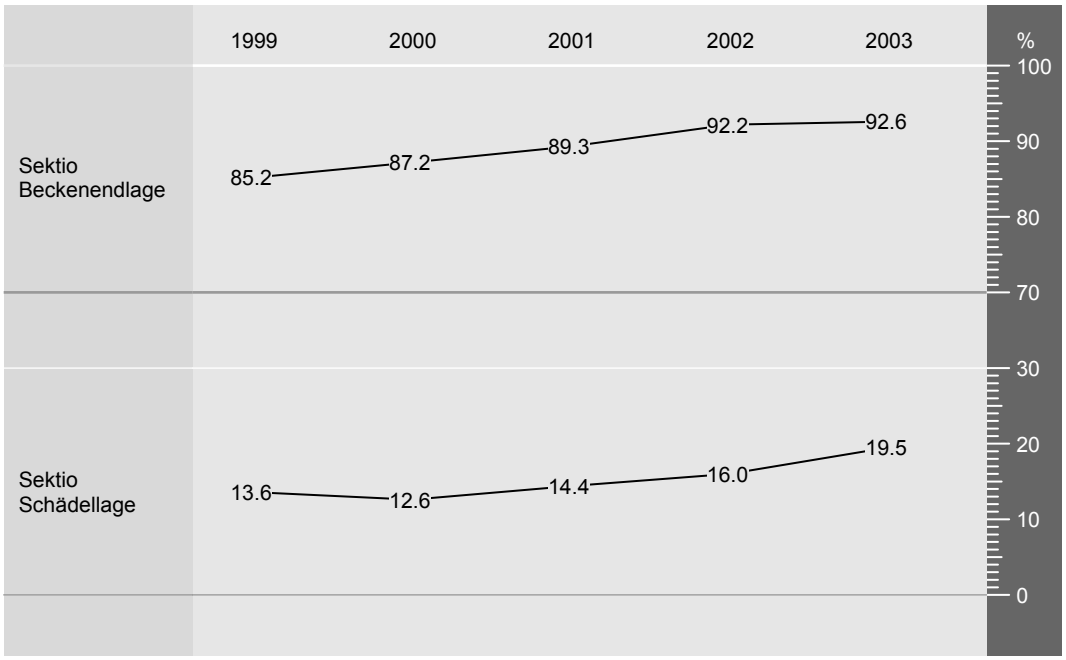
Medizinische Interpretation

Von den Zwillingen wurden 4/5 durch einen Kaiserschnitt entbunden, bei den Einlingen waren es etwas mehr als 1/5.

Tab 21: Sektio-Rate
aufgeschlüsselt nach Lage des Kindes

	2003		
	Anzahl	Prozent	
Schädellage	**1306**	19.5%	***
Beckenendlage	**361**	92.6%	
Querlage	**43**	100.0%	

Basis: Kinder
2003 liegen für 1 Fall (<0.1%) keine Informationen vor (es handelt sich dabei um eine in die Klinik/Krankenhaus weitergeleitete Hausgeburt)

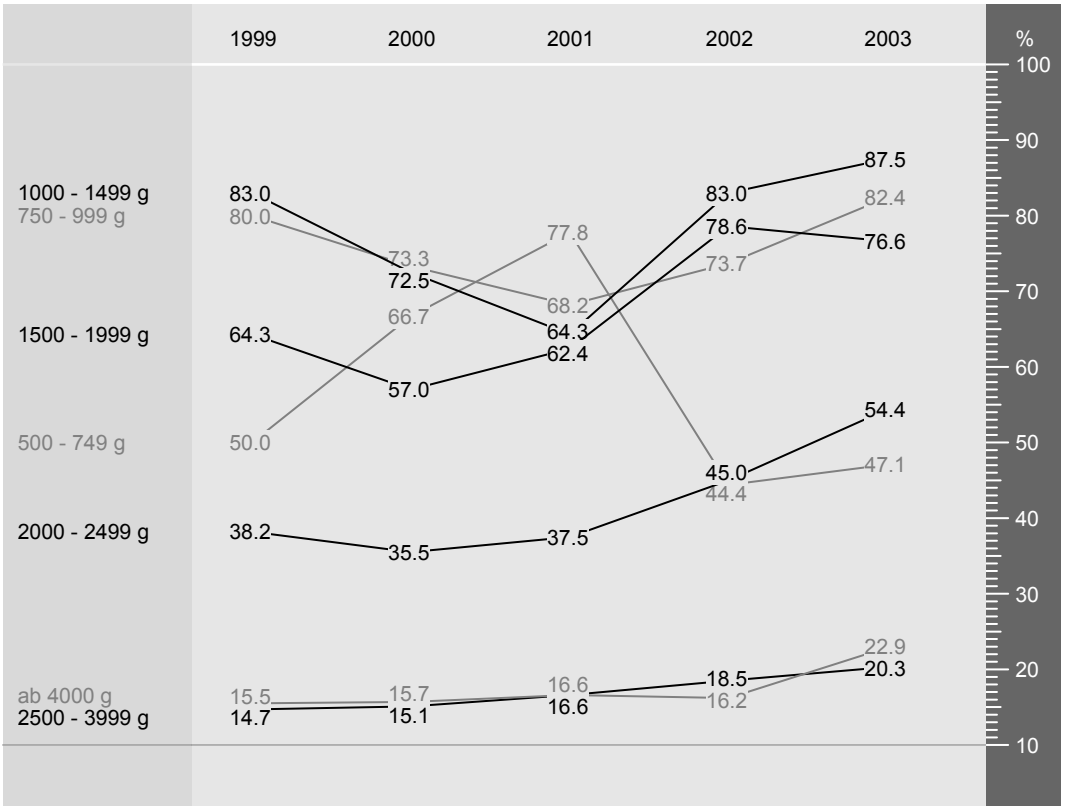


Medizinische Interpretation
Der Anteil der Kaiserschnitte bei Schädellage betrug 19.5%, bei Beckenendlage 92.6% und bei Querlage 100%.

Tab 22: Sektio-Rate
aufgeschlüsselt nach Geburtsgewicht

	2003		
	Anzahl	Prozent	
500 – 749g	**8**	47.1%	
750 – 999g	**14**	82.4%	
1000 – 1499g	**56**	87.5%	
1500 –1999g	**85**	76.6%	
2000 –2499g	**204**	54.4%	***[1)]
2500 –3999g	**1226**	20.3%	***[1)]
ab 4000g	**115**	22.9%	***

Basis: Kinder
2003 liegen für 2 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor.
[1)] grenzwertig statistisch signifikant



Medizinische Interpretation

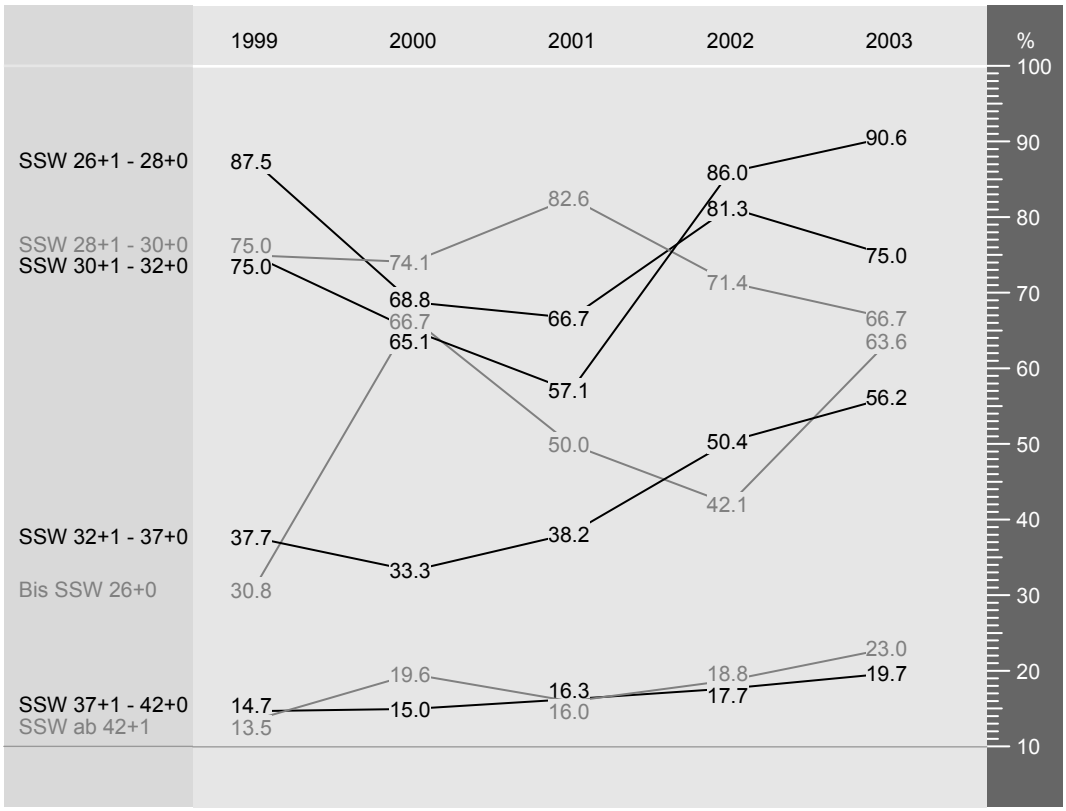
Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen lag bei den ganz kleinen Kindern (500g – 750g) bei 47.1%, bei einem Geburtsgewicht von 750g – 2000g zwischen 76.6% und 87.5%. In der Gewichtsklasse 2000g – 2500g gab es einen signifikanten Anstieg der Sektiorate gegenüber 2002 (von 45% auf 54.4%), ebenso zwischen 2500g – 4000g (von 18.5% auf 20.3%) und über 4000g (von 16.2% auf 22.9%).

Tab 23: Sektio-Rate

aufgeschlüsselt nach Schwangerschaftswoche bei Geburt

	2003		
	Anzahl	Prozent	
bis SSW 26 + 0	**14**	63.6%	
SSW 26 + 1 bis 28 + 0	**12**	75.0%	
SSW 28 + 1 bis 30 + 0	**18**	66.7%	
SSW 30 + 1 bis 32 + 0	**48**	90.6%	
SSW 32 + 1 bis 37 + 0	**362**	56.2%	
SSW 37 + 1 bis 42 + 0	**1238**	19.7%	***
SSW ab 42 + 1	**14**	23.0%	

Basis: Kinder
2003 liegen für 11 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

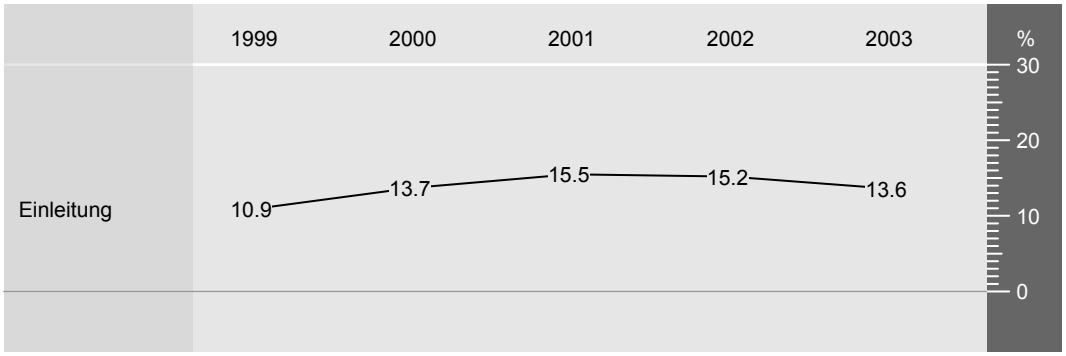
Hier bietet sich ein dem Geburtsgewicht entsprechendes Bild. Der Anteil an Kaiserschnittentbindungen lag bei einer Frühgeburt (bis zur vollendeten 37. Woche) zwischen 56.2% und 90.6%.

Tab 24: Geburtseinleitung

	2003		
	Anzahl	Prozent	***[1)]
Ja	**732**	13.6%	
Nein	**4661**	86.4%	
Summe	5393	100.0%	

Basis: Mütter (Vaginalgeburten)
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

[1)] grenzwertig statistisch signifkant mit P = 0.013



Medizinische Interpretation

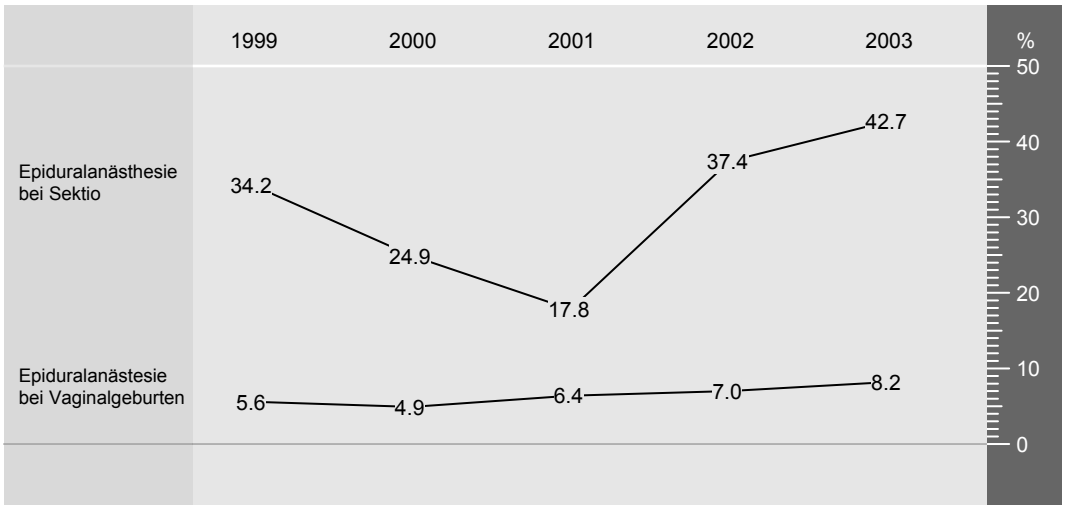
Bei den Vaginalgeburten wurde in 13.6% eine Geburtseinleitung durchgeführt.

Tab 25: Epiduralanästhesie
aufgeschlüsselt nach Art der Entbindung

	2003		
	Anzahl	Prozent	
Vaginalgeburt	**443**	8.2%	***[1)]
Sektio	**683**	42.7%	***

Basis: Mütter
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

[1)] grenzwertig statistisch signikant mit P = 0.016



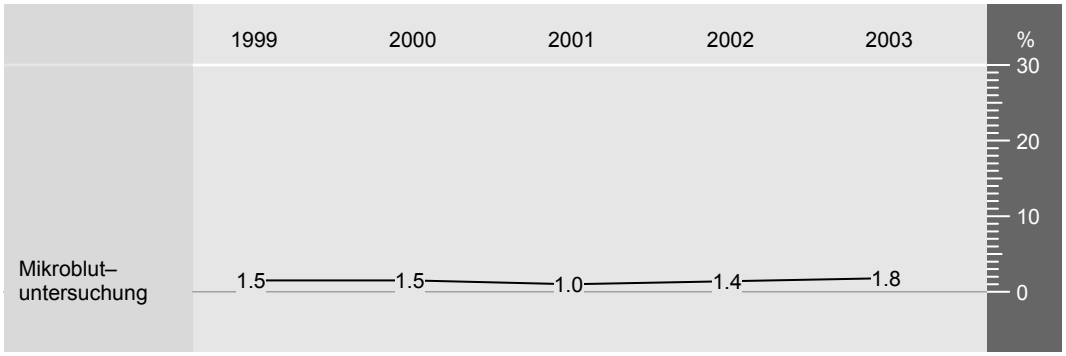
Medizinische Interpretation

Der Anteil an Epiduralanästhesien bei der Vaginalgeburt betrug in Tirol 8.2% (2002: 7.0%), der Anteil an Epiduralanästhesien beim Kaiserschnitt 42.7%. Dieser relativ niedrige Prozentsatz an Leitungsanästhesien bei der Sektio dürfte erheblich höher liegen, da die Spinalanästhesie im Programm nicht ausreichend dokumentierbar ist. Diesem Umstand soll im nächsten Jahr Rechnung getragen werden.

Tab 26: Mikroblutuntersuchung am Kind
während der Geburt

		2003
	Anzahl	Prozent
Ja	**123**	1.8%
Nein	**6871**	98.2%
Summe	6994	100.0%

Basis: Mütter
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



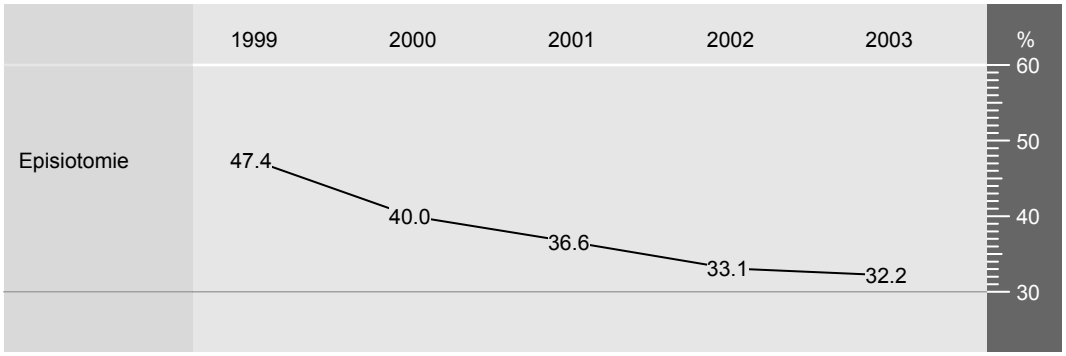
Medizinische Interpretation

Der Anteil an Mikroblutuntersuchungen betrug 1.8% (im wesentlichen unverändert während der letzten 5 Jahre).

Tab 27: Episiotomie bei Vaginalgeburten

	2003	
	Anzahl	Prozent
Episiotomie	**1738**	32.2%
Keine Episiotomie	**3655**	67.8%
Summe	5393	100.0%

Basis: Mütter (Vaginalgeburten)
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



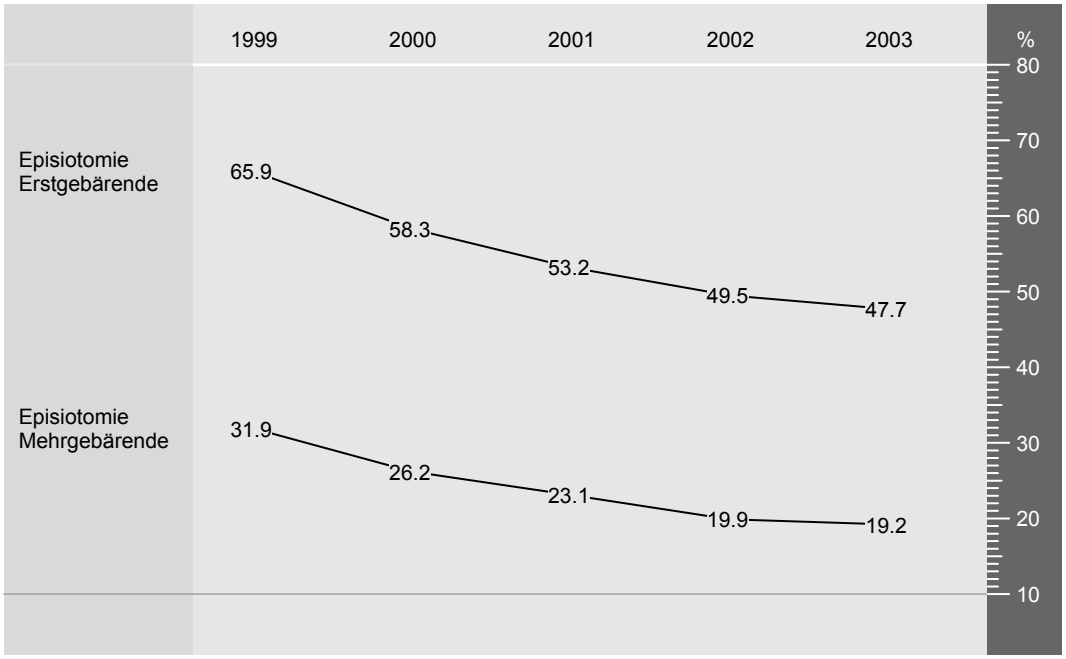
Medizinische Interpretation

Die Rate an Scheidendammschnitten (Episiotomien) nahm während der letzten 6 Jahre von 51.8% auf 32.2% ab und scheint nach 3 Jahren nunmehr ein Plateau erreicht zu haben. Derzeit erhält jede dritte Gebärende in Tirol eine Episiotomie.

Tab 28: Episiotomie
aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

	2003	
	Anzahl	Prozent
Erstgebärende	**1176**	47.7%
Mehrgebärende	**562**	19.2%

Basis: Mütter (Vaginalgeburten)
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



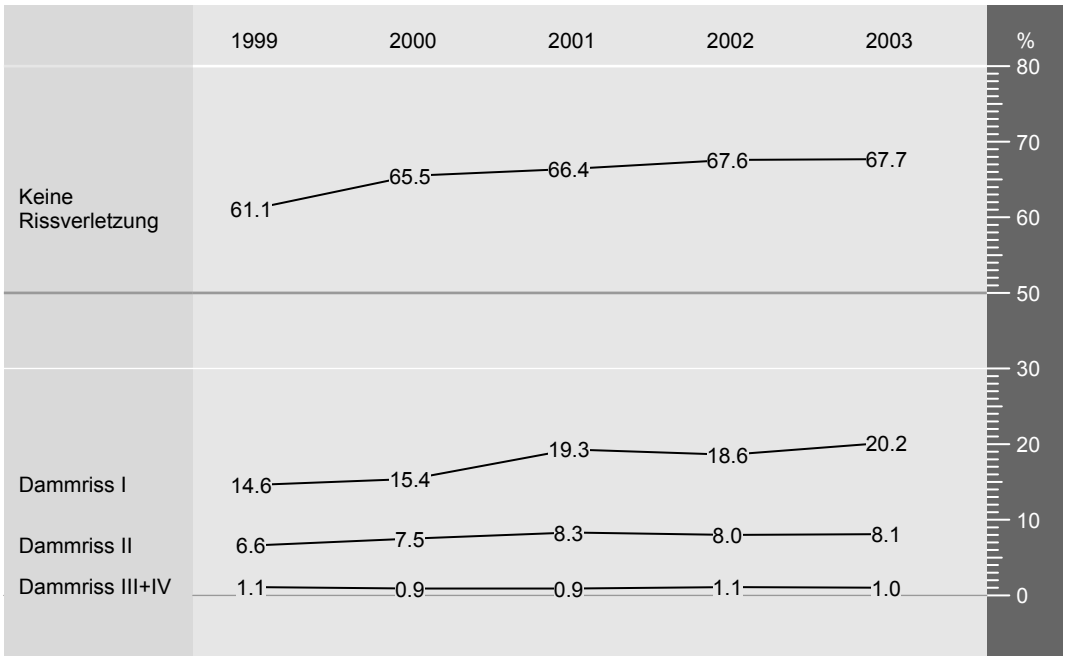
Medizinische Interpretation

Die Abnahme der Episiotomierate betrifft sowohl Erst- als auch Mehrgebärende. Von 2002 auf 2003 besteht keine statistisch signifikante Reduktion mehr.

Tab 29: Rissverletzung bei Vaginalgeburten

	2003	
	Anzahl	Prozent
Keine	**3649**	67.7%
Dammriss I	**1089**	20.2%
Dammriss II	**437**	8.1%
Dammriss III	**47**	0.9%
Dammriss IV	**4**	0.1%
Zervixriss	**10**	0.2%
Scheidenriss	**80**	1.5%
Labien-/Klitorisriss	**134**	2.5%

Basis: Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten!



Medizinische Interpretation

Bei Vaginalgeburten trat in über 2/3 der Fälle keine Rissverletzung auf. Dammrisse ersten Grades (20.2%), zweiten Grades (8.1%) und dritten/vierten Grades (1%) waren im Vergleich zum Vorjahr unverändert.

Tab 30: Rissverletzung bei Vaginalgeburten
aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

	2003	
	Anzahl	Prozent
► **Erstgebärende**		
Keine	**1701**	69.0%
Dammriss I	**404**	16.4%
Dammriss II	**209**	8.5%
Dammriss III	**39**	1.6%
Dammriss IV	**3**	0.1%
Zervixriss	**5**	0.2%
Scheidenriss	**64**	2.6%
Labien-/Klitorisriss	**76**	3.1%
► **Mehrgebärende**		***
Keine	**1948**	66.6%
Dammriss I	**685**	23.4%
Dammriss II	**228**	7.8%
Dammriss III	**8**	0.3%
Dammriss IV	**1**	<0.1%
Zervixriss	**5**	0.2%
Scheidenriss	**16**	0.5%
Labien-/Klitorisriss	**58**	2.0%

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

Medizinische Interpretation

Dammrisse ersten und zweiten Grades traten bei Erstgebärenden (16.4% bzw. 8.5%) seltener auf als bei Mehrgebärenden (23.4% bzw. 7.8%). Diese Veränderungen sind im Zusammenhang mit der höheren Episiotomierate bei Erstgebärenden zu sehen. Die Rate an Labien- und Klitorisrissen von 3.1% bzw. 2.0% sind ebenfalls in diesem Zusammenhang zu sehen, da es hier zu einer Verschiebung der Verletzung ins vordere Kompartiment kommt.

Tab 31: Rissverletzung
aufgeschlüsselt nach Episiotomie

		2003
► **Episiotomie**	**Anzahl**	Prozent
Keine	**1602**	92.2%
Dammriss I	**36**	2.1%
Dammriss II	**23**	1.3%
Dammriss III	**25**	1.4%
Dammriss IV	**2**	0.1%
Zervixriss	**6**	0.3%
Scheidenriss	**33**	1.9%
Labien-/Klitorisriss	**13**	0.7%
► **Keine Episiotomie**		
Keine	**2047**	56.0%
Dammriss I	**1053**	28.8%
Dammriss II	**414**	11.3%
Dammriss III	**22**	0.6%
Dammriss IV	**2**	0.1%
Zervixriss	**4**	0.1%
Scheidenriss	**47**	1.3%
Labien-/Klitorisriss	**121**	3.3%

Basis: Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten !

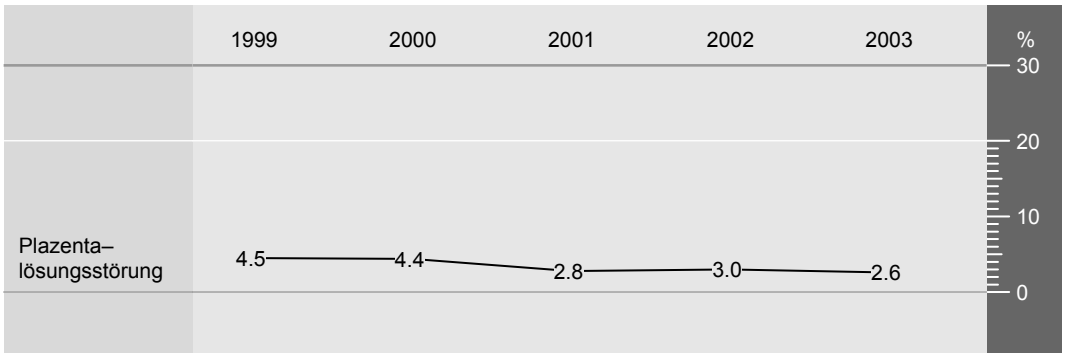
Medizinische Interpretation

Dammrisse dritten Grades traten bei Episiotomie mit 1.4% häufiger auf als ohne (0.6%). Labien/Klitorisrisse waren ohne Scheidendammschnitt häufiger (3.3%) als mit Episiotomie (0.7%).

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

	2003	
	Anzahl	Prozent
Ja	**138**	2.6%
Nein	**5255**	97.4%
Summe	5393	100.0%

Basis: Mütter (Vaginalgeburten)
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



Medizinische Interpretation

Bei 2.6% der Vaginalgeburten wurde eine manuelle Plazentalösung oder eine Nachtastung durchgeführt.

Tab 33: Mütterliche Morbidität

	2003	
	Anzahl	Prozent
Blutung > 1000 ml	**8**	0.1%
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht	**12**	0.2%
Hysterektomie/Laparotomie	**0**	—
Eklampsie	**0**	—
Sepsis	**34**	0.5%
Fieber im Wochenbett > 38° über 2 Tage	**44**	0.6%
Anämie (Hämoglobin unter 10g%)	**933**	13.3%
Keine	**5990**	85.6%

Basis: Mütter – Mehrfachantworten !

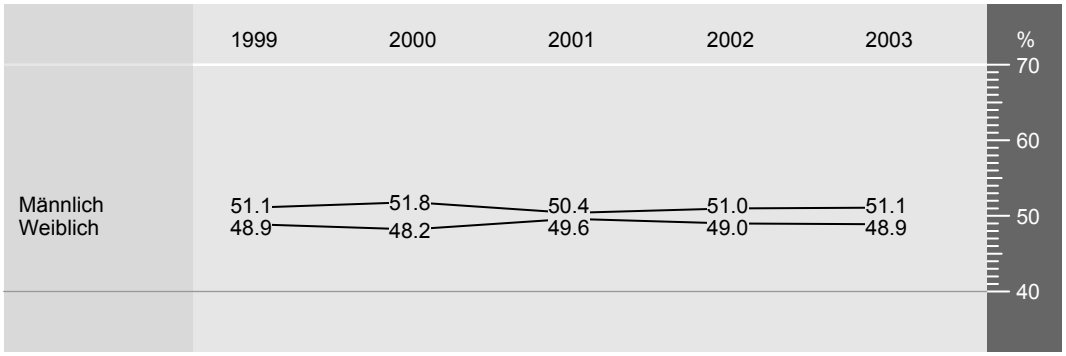
Medizinische Interpretation

Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen waren bei 0.2% der Geburten, Fieber im Wochenbett bei 0.6% zu verzeichnen. Die Sepsisrate lag mit 0.5% weiterhin hoch und ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Eine Anämie mit Hämoglobinwerten unter 10g% im Wochenbett trat bei 13.3% auf.

Tab 34: Geschlecht Kinder

	2003	
	Anzahl	Prozent
Männlich	**3632**	51.1%
Weiblich	**3473**	48.9%
Summe	7105	100.0%

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.



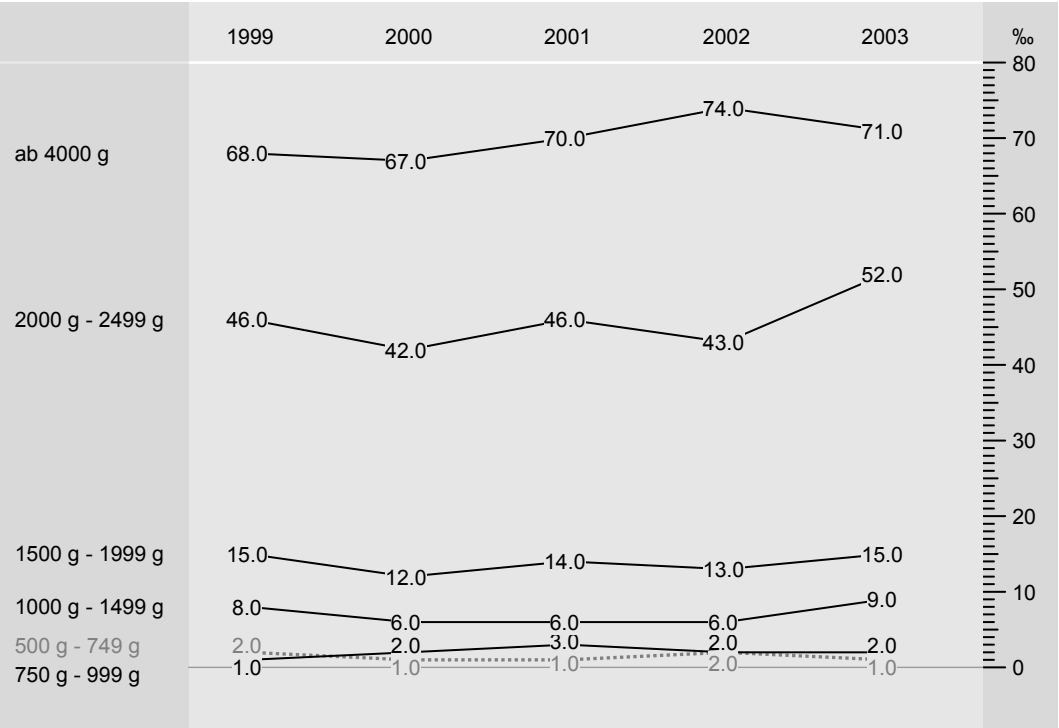
Medizinische Interpretation

Wie bereits in den letzten Jahren wurden etwas mehr Knaben (51.1%) als Mädchen geboren.

Tab 35: Geburtsgewicht

	2003	
	Anzahl	Prozent
500g – 749g	**7**	0.1%
750g – 999g	**17**	0.2%
1000g – 1499g	**62**	0.9%
1500g – 1999g	**109**	1.5%
2000g – 2499g	**371**	5.2%
2500g – 3999g	**6036**	85.0%
ab 4000g	**501**	7.1%
Summe	7103	100.0%

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2003 liegen für 2 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor.



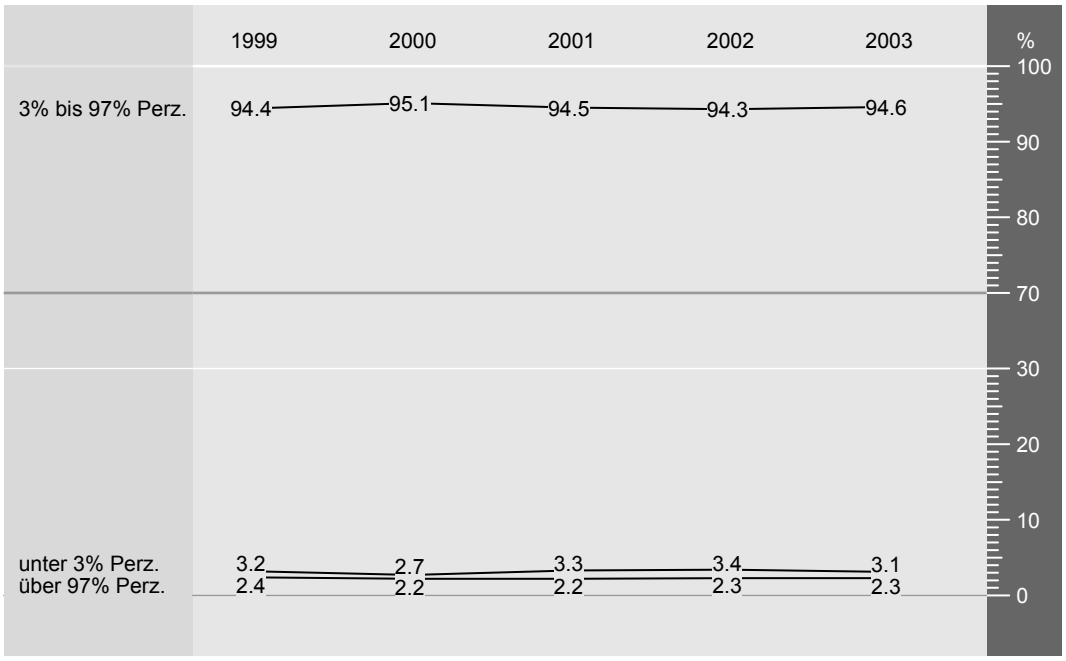
Medizinische Interpretation

0.3% der Kinder wogen unter 1000g, 2.4% zwischen 1000g – 2000g, 7.1% über 4000g.

Tab 36: Gewichtsperzentile nach Voigt-Schneider

	2003	
	Anzahl	Prozent
Unter 3% Perzentil	**222**	3.1%
3% bis 97% Perzentil	**6704**	94.6%
Über 97% Perzentil	**163**	2.3%
Summe	7089	100.0%

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2003 liegen für 16 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.



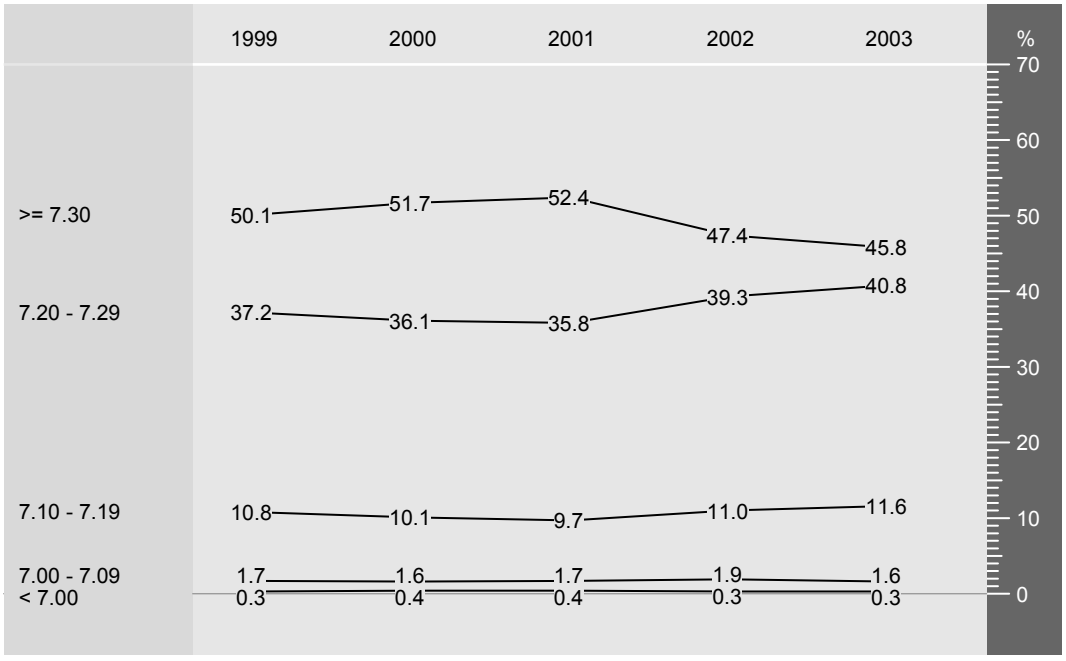
Medizinische Interpretation

3.1% der Kinder fanden sich unterhalb der 3%-Perzentile, 2.3% oberhalb der 97%-Perzentile.

Tab 37: Nabelarterien-pH-Wert

	2003	
	Anzahl	Prozent
<7.00	**20**	0.3%
7.00 – 7.09	**112**	1.6%
7.10 – 7.19	**809**	11.6%
7.20 – 7.29	**2853**	40.8%
>= 7.30	**3205**	45.8%
Summe	6999	100.0%

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2003 liegen für 106 Fälle (1.5%) keine Informationen vor.



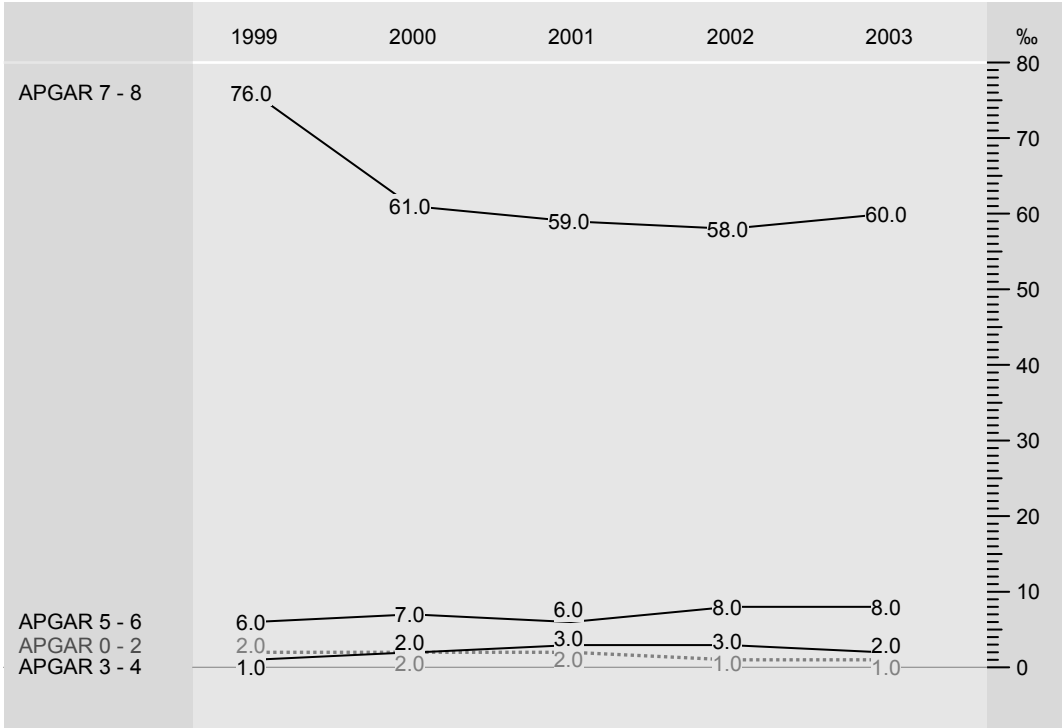
Medizinische Interpretation

Nabelarterien-pH-Werte unter 7.0 fanden sich bei 0.3%, unter 7.1 bei 1.9% der Geburten. Nabelarterien-pH-Werte über 7.2 bestanden bei 86.6%.

Tab 38: APGAR 5 Minuten

	2003	
	Anzahl	Prozent
0 – 2	**7**	0.1%
3 – 4	**16**	0.2%
5 – 6	**56**	0.8%
7 – 8	**426**	6.0%
9 – 10	**6582**	92.9%
Summe	7087	100.0%

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2003 liegen für 18 Fälle (0.3%) keine Informationen vor.



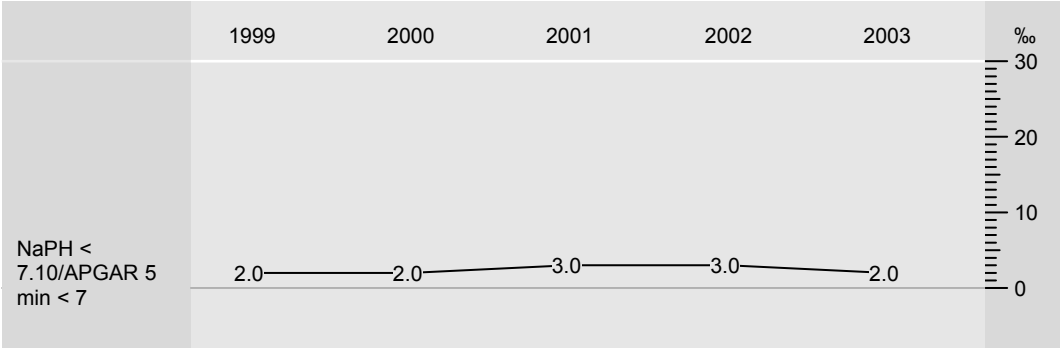
Medizinische Interpretation

Der Fünf-Minuten-APGAR war bei 1.1% der Kinder unter 7.

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

	2003	
	Anzahl	Prozent
NS-pH <7.10 und APGAR 5 min <7	**16**	0.2%
andere	**6973**	99.8%
Summe	6989	100.0%

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2003 liegen für 116 Fälle (1.6%) keine Informationen vor.



Medizinische Interpretation

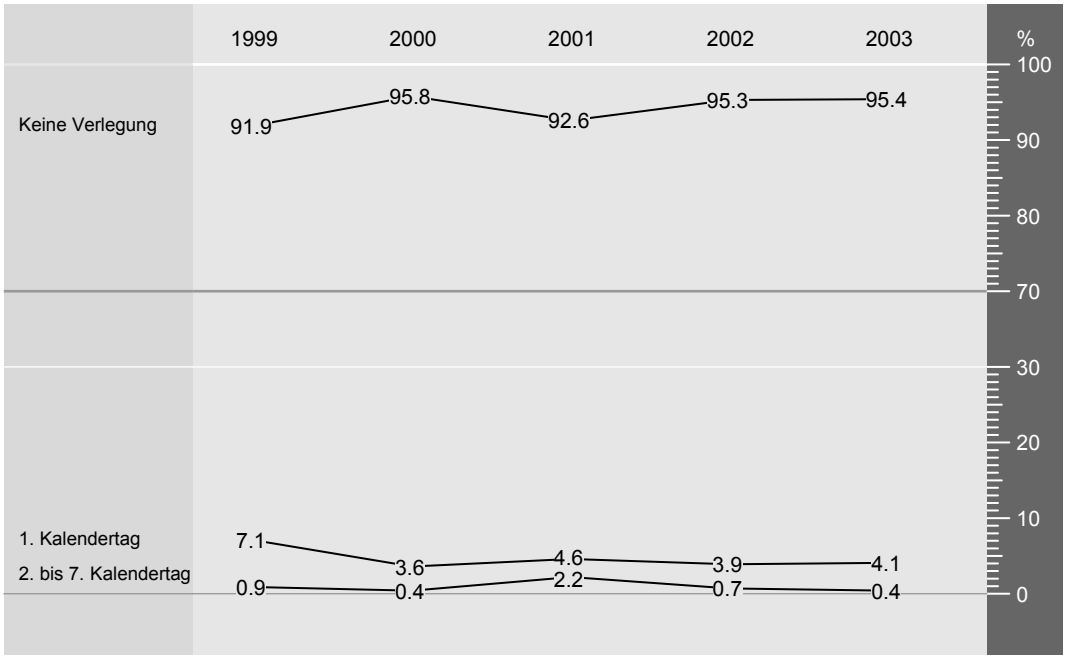
Ein Nabelarterien-pH-Wert <7.1 und gleichzeitig ein Fünf-Minuten-APGAR <7 bestand nur bei 0.2% der Kinder.

Tab 40: Verlegung des Kindes auf die Kinderklinik

	2003	
	Anzahl	Prozent
keine Verlegung	**6777**	95.4%
am 1. Kalendertag nach der Geburt	**288**	4.1%
am 2. bis 7. Kalendertag nach der Geburt	**25**	0.4%
nach dem 7. Kalendertag nach der Geburt	**14**	0.2%
Summe	7104	100.0%

Basis: Kinder (nur Lebendegeburten)
2003 liegen für 1 Fall (<0.1%) keine Informationen vor.

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



Medizinische Interpretation

4.7% der Neugeborenen mussten nach der Geburt auf die Kinderklinik verlegt werden. Bei 88% der verlegten Kinder erfolgte die Verlegung innerhalb des Zeitraumes bis zum 1. Kalendertag nach der Geburt.

Tab 41: Fehlbildung (diagnostiziert im Wochenbett)

	2003	
	Anzahl	Prozent
Ja	**29**	0.4%
Nein	**7103**	99.6%
Summe	7132	100.0%

Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)
2003 liegen für alle Fälle (100%) Informationen vor.

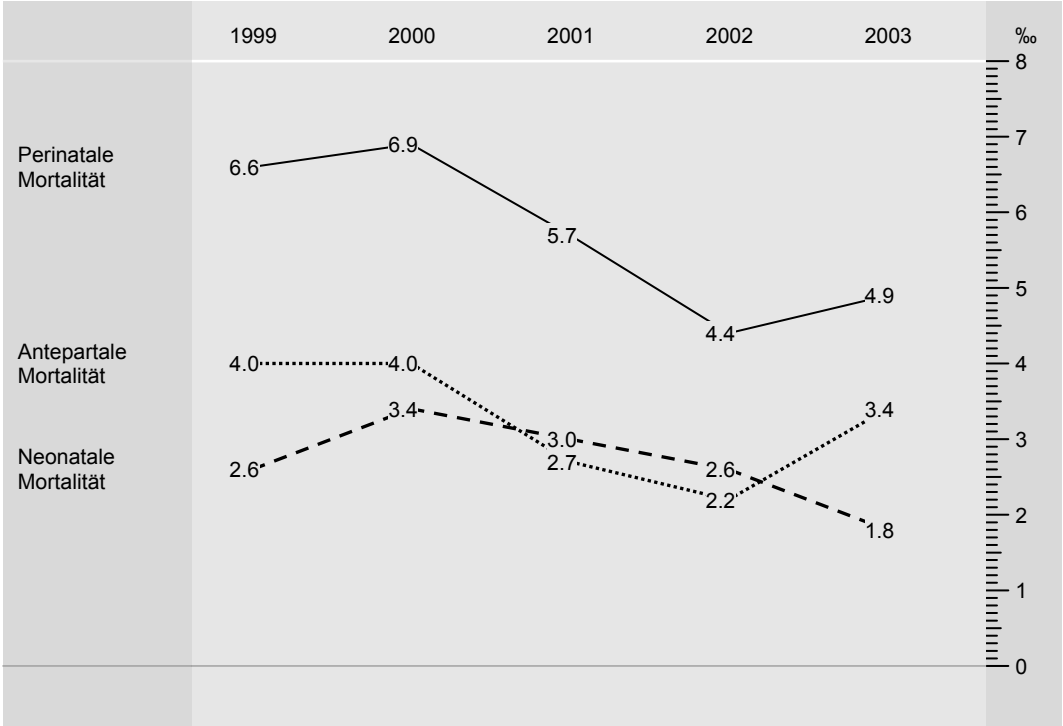
Medizinische Interpretation

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

Tab 42: Kindliche Mortalität bis Tag 28

	2003	
	Anzahl	Promille
Tod vor Klinikaufnahme	**22**	3.1‰
Tod nach Klinikaufnahme	**2**	0.3‰
Tod sub partu	**3**	0.4‰
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**8**	1.1‰
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**5**	0.7‰
► **Antepartale Mortalität**	**24**	3.4‰
► **Perinatale Mortalität (antepartal bis Tag 7)**	**35**	4.9‰
► **Neonatale Mortalität**	**13**	1.8‰

Basis: Kinder



Medizinische Interpretation

Überaus erfreulich ist die weiterhin höchst niedrige perinatale Mortalität von 4.9‰ anzusehen. Die antepartale Mortalität vor Klinikaufnahme mit 3.1‰ verursacht einen hohen Prozentsatz davon. Da dies als Qualitätsparameter der Schwangerenvorsorge anzusehen ist, scheinen hier weitere Verbesserungen möglich. Die neonatale Mortalität sank etwas auf 1.8‰ ab.

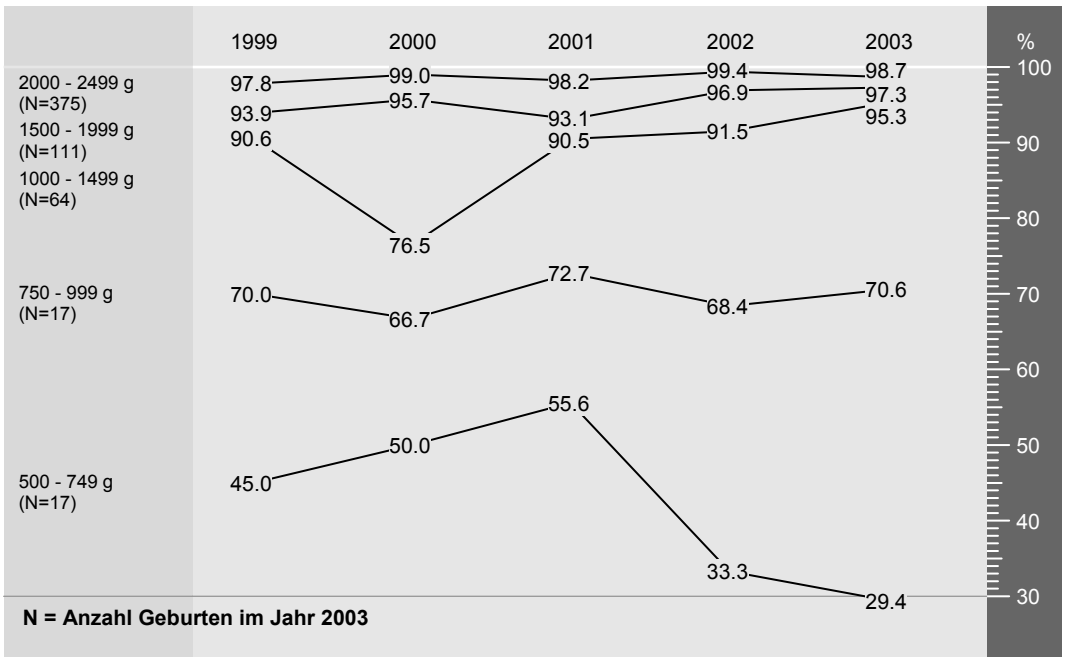
Tab 43: Mortalität
aufgeschlüsselt nach Gewicht

		2003
► **500 – 749g**	**Anzahl**	Prozent
Tod vor Klinikaufnahme	**7**	41.18%
Tod nach Klinikaufnahme	**1**	5.88%
Tod sub partu	**2**	11.76%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**2**	11.76%
lebt	**5**	29.41%
► **750 – 999g**		
Tod vor Klinikaufnahme	**—**	—
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**3**	17.65%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**2**	11.76%
lebt	**12**	70.59%
► **1000 – 1499g**		
Tod vor Klinikaufnahme	**2**	3.13%
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**1**	1.56%
lebt	**61**	95.31%
► **1500 – 1999g**		
Tod vor Klinikaufnahme	**1**	0.90%
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**1**	0.90%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**1**	0.90%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**108**	97.30%

		2003
► **2000 – 2499g**	**Anzahl**	Prozent
Tod vor Klinikaufnahme	**3**	0.80%
Tod nach Klinikaufnahme	**1**	0.27%
Tod sub partu	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**1**	0.27%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**370**	98.67%
► **2500 – 3999g**		
Tod vor Klinikaufnahme	**7**	0.12%
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**2**	0.03%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**6034**	99.85%
► **ab 4000g**		
Tod vor Klinikaufnahme	**2**	0.40%
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**1**	0.20%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**500**	99.40%

Basis: Kinder
2003 liegen für 2 Fälle (<0.1%) keine Informationen vor.

Überlebensrate
aufgeschlüsselt nach Gewicht



Medizinische Interpretation

Die niedrige Überlebensrate von 30% bei den Kindern zwischen 500g und 750g wird hauptsächlich durch die antepartale Mortalität bedingt. Tatsächlich überlebten 5 von 7 Lebendgeborenen dieser Gewichtsklasse. Zwischen 750g und 1000g überlebten 71%, über 1000g bereits 95%, ab 1500g bereits 97%. Die Überlebensquoten schwererer Kinder liegen allesamt im Bereich von 99%.

Tab 44: Mortalität
aufgeschlüsselt nach der Schwangerschaftswoche bei Geburt

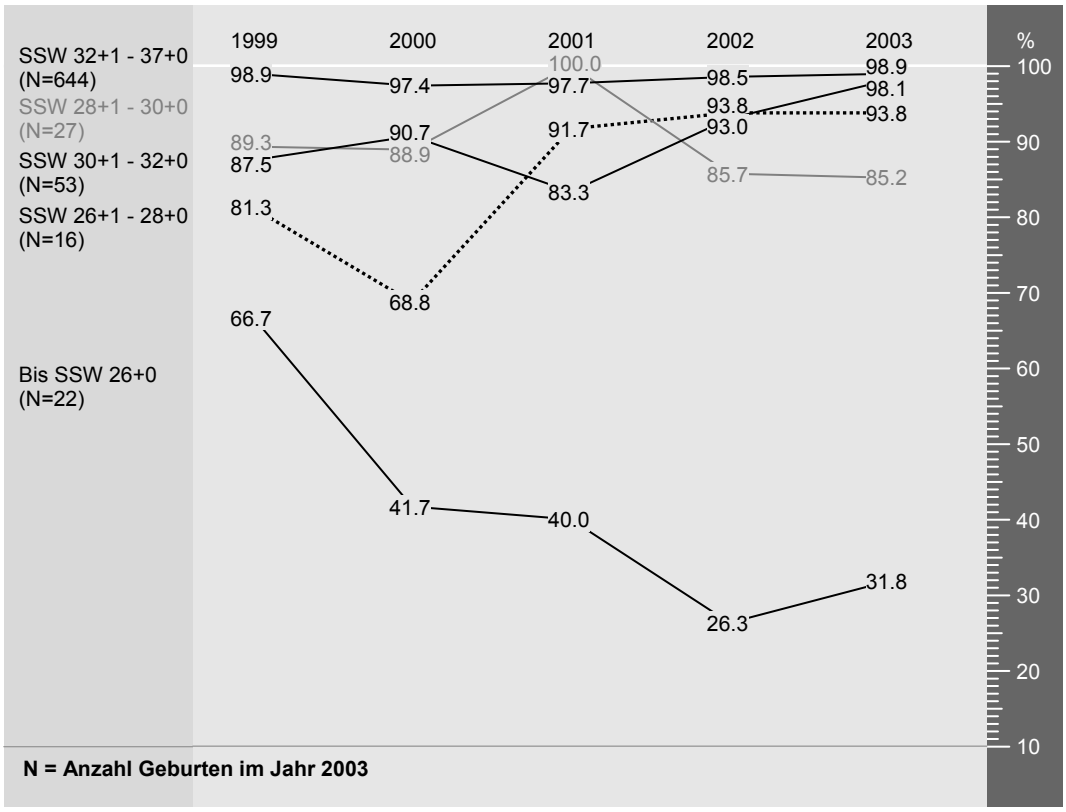
		2003
► **bis SSW 26 + 0**	**Anzahl**	Prozent
Tod vor Klinikaufnahme	**5**	22.73%
Tod nach Klinikaufnahme	**1**	4.55%
Tod sub partu	**1**	4.55%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**3**	13.64%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**5**	22.73%
lebt	**7**	31.82%
► **SSW 26 + 1 bis 28 + 0**		
Tod vor Klinikaufnahme	**1**	6.25%
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**15**	93.75%
► **SSW 28 + 1 bis 30 + 0**		
Tod vor Klinikaufnahme	**3**	11.11%
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**1**	3.70%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**23**	85.19%
► **SSW 30 + 1 bis 32 + 0**		
Tod vor Klinikaufnahme	**—**	—
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**1**	1.89%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**52**	98.11%

		2003
► **SSW 32 + 1 bis 37 + 0**	**Anzahl**	Prozent
Tod vor Klinikaufnahme	**5**	0.78%
Tod nach Klinikaufnahme	**1**	0.16%
Tod sub partu	**1**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**637**	98.91%
► **SSW 37 + 1 bis 42 + 0**		
Tod vor Klinikaufnahme	**8**	0.13%
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**4**	0.06%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**6286**	99.81%
► **ab SSW 42 + 1**		
Tod vor Klinikaufnahme	**—**	—
Tod nach Klinikaufnahme	**—**	—
Tod sub partu	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	**—**	—
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	**—**	—
lebt	**61**	100.0%

Basis: Kinder
2003 liegen für 11 Fälle (0.2%) keine Informationen vor.

Überlebensrate

aufgeschlüsselt nach Schwangerschaftswoche



Medizinische Interpretation

Ab der 27. Woche überlebten bereits 94% der Neugeborenen. Ab diesem Zeitpunkt traten Todesfälle in der 1. Lebenswoche nur mehr ganz selten und unabhängig vom Gestationsalter auf.

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 mittleren Eihaut in der Frühschwangerschaft zur Diagnose genetischer Erkrankungen.

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

Episiotomie Scheidendammschnitt

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

Mikroblutuntersuchung Untersuchung des kindlichen Blutes während der Geburt.

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

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

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

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

Sektio Kaiserschnittentbindung

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

SSW Schwangerschaftswoche

subpartal während der Geburt

Tokolyse Wehenhemmung

Vakuum Entbindung mit der sog. Saugglocke