

Geburtenregister Tirol
Bericht über die Geburtshilfe in Tirol 2004

Institut für
klinische Epidemiologie
der TILAK GmbH

IMPRESSUM

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

Willi Oberaigner
Hermann Leitner

Medizinische Interpretation

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

Innsbruck, Juli 2005

Zusammenfassung

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

Das Geburtenregister Österreich ist ein **Qualitätsverbesserungsprojekt**. Alle teilnehmenden Krankenhäuser erhalten regelmäßig Informationen, die als Basis sowohl für internes Benchmarking (zeitliche Entwicklung an der eigenen Abteilung) als auch für externes Benchmarking dienen (Vergleich mit allen anderen Abteilungen, die am Geburtenregister Österreich teilnehmen). Die regelmäßige Auswertung der Ergebnisse für jede Abteilung hat eine permanente Auseinandersetzung mit den geburtshilflichen Parametern eingeleitet. Besonders bemerkenswert aus unserer Sicht ist die Einsetzung einer Diskussionsrunde von leitenden Ärzten und Hebammen, die sich jährlich trifft und in einer sehr offenen Art und Weise Verbesserungsmöglichkeiten der Geburtshilfe in Tirol diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet.

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

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

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

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

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

Dank

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

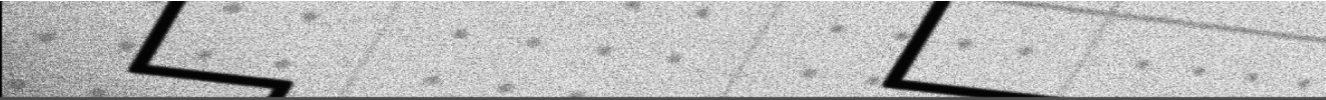
In erster Linie sind dies die Hebammen, die die Hauptlast der Dokumentation tragen, sowie die Ärzte auf den geburtshilflichen Abteilungen, die im Rahmen der Dokumentation tätig sind. Durch ihre große Sorgfalt bei der Dokumentation haben sie mit erheblichem zeitlichem Aufwand die Basis für die vorliegenden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

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

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

INHALTSVERZEICHNIS

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 in Tirol.....	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 Informationsseiten	12
3.1.2 Aufbau der Tabellen	12
3.1.3 Statistische Tests	13
3.1.4 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 selbstständig betreut, kann am Geburtenregister teilnehmen. Für das Berichtsjahr sind dies alle geburtshilflichen Abteilungen in Tirol sowie alle niedergelassenen Hebammen in Tirol. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Jede teilnehmende geburtshilfliche Abteilung verpflichtet sich, die im Datensatz beschriebenen Informationen für jede Geburt an das zentrale Geburtenregister zu melden.

1.2.1 Erhebung der Daten

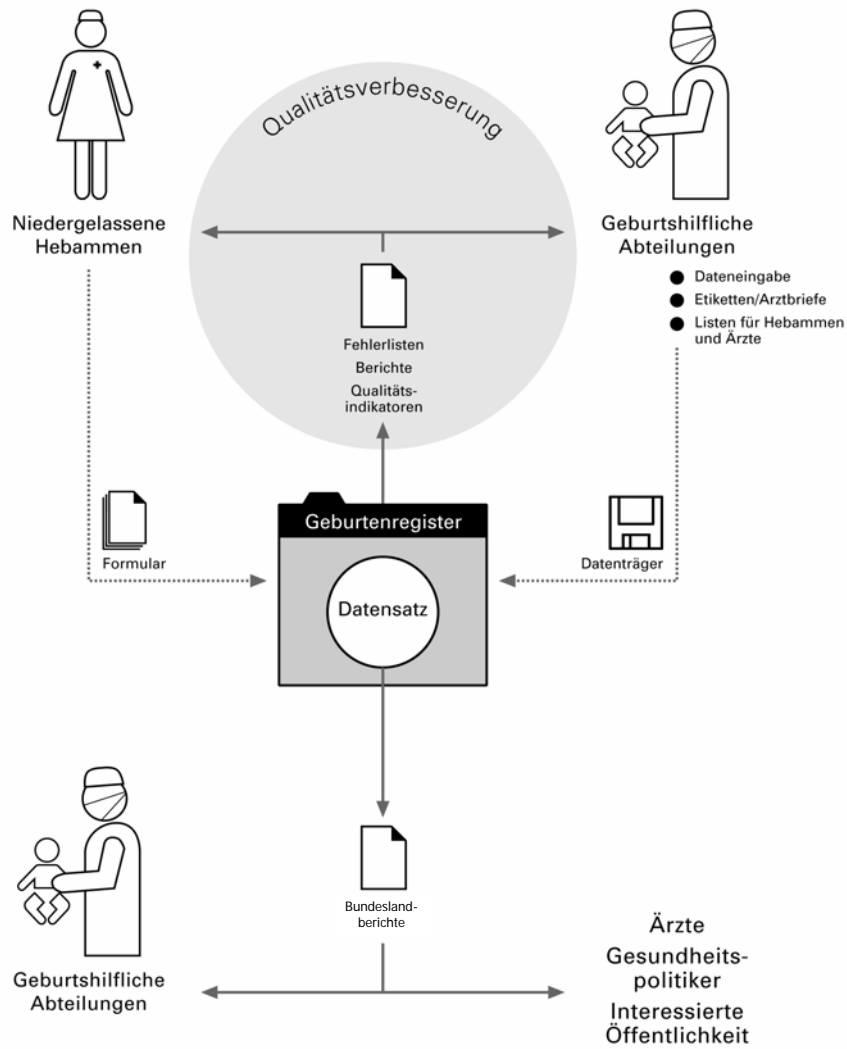
Die Erhebung der Daten in den einzelnen geburtshilflichen Abteilungen erfolgt mit Hilfe einer speziellen Software. Die Daten werden monatlich vom Geburtenregister Tirol bei den geburtshilflichen Abteilungen eingeholt, in einen gemeinsamen Datensatz eingespielt und nach folgenden Kriterien überprüft:

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

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

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

Arbeitsweise des Geburtenregisters Tirol



1.2.2 Auswertungen

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

- ▶ Kernauswertung – vierteljährlich
- ▶ spezielle Auswertungen auf Anfrage

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

1.3 Wissenschaftlicher Beirat

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

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

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

Derzeit sind folgende Personen im wiss. Beirat vertreten (in alphabetischer Reihenfolge, Stand Juni 2005):

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

1.4 Teilnehmende Abteilungen und niedergel. Hebammen

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

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

Abteilung	Vorstand Primarius	verantwortlicher Arzt	verantwortliche Hebamme
Frauenklinik Innsbruck	Univ.-Prof. Dr. C. Marth	Univ.-Prof. Dr. C. Brezinka (bis 05/2005)	Heb. A. Harm Heb. M. Huter Heb. M. Wolf
BKH Hall	Prim. Dr. B. Abendstein	Dr. R. Pümpel Dr. E. Mark	Heb. A. Schett
BKH Schwaz	Prim. Dr. H. Maneschg; ab 01/2005 Prim. Dr. D. Kölle	Dr. R. Moser	Heb. B. Ritzberger
KH Zams	Prim. Univ.-Doz. Dr. H. Schröcksnadel	Dr. R. Weiterschan	Heb. P. Tiefenbrunner
KH der Stadt Kitzbühel		Dr. J. Manzl Dr. B. Sax	Heb. M. Pall
BKH St. Johann	Prim. Dr. M. Trockenbacher	Dr. A. Zelger	Heb. M. Draschl
BKH Reutte	Prim. Dr. G. Pinzger	Dr. R. Luze	Heb. I. Kleinhans
Privatklinik Triumphpforte Innsbruck (bis 12/2004)		Dr. G. Posch Dr. L. Heijbel	Heb. C. Schuchter
BKH Kufstein	Prim. MR Dr. G. Schuchter; ab 04/2005 Prim. Dr. R. Heider	Dr. J. Halasz Dr. A. Ehm	Heb. E. Manzl
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 Heb. E. Vierbauch

2 Demografische Fakten

2.1 Bevölkerung in Tirol

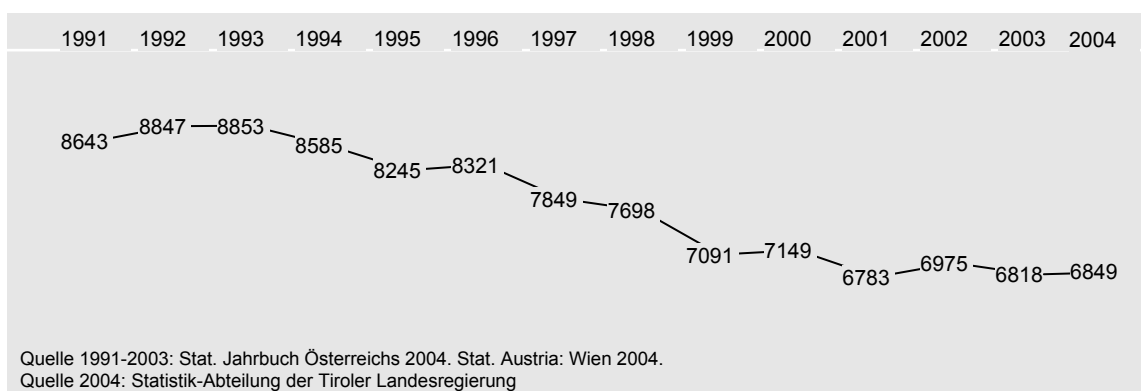
Bevölkerungsschätzung für das Jahr 2004						
Alter	Frauen		Männer		Frauen+Männer	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bis 14 Jahre	58171	16.4%	61082	18.0%	119253	17.2%
15 – 24 Jahre	44346	12.5%	45486	13.5%	89832	13.0%
25 – 34 Jahre	48499	13.7%	48565	14.4%	97064	14.0%
35 – 44 Jahre	59932	16.9%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

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

2.2 Anzahl der Geburten in der Tiroler Bevölkerung

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

Anzahl Lebendgeburten (Tiroler Bevölkerung) seit 1991:



3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Tabellen und Grafiken

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

3.1.1 Informationsseiten

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

3.1.2 Aufbau der Tabellen

Die Tabellen sind einheitlich aufgebaut: In der ersten Spalte steht eine Beschreibung der jeweiligen Kategorie, in den beiden nächsten Spalten die Zahlen und Prozentwerte. Lediglich bei Tabelle 43 wurde aus Gründen der leichteren Vergleichbarkeit mit anderen Publikationen die Angabe in Promille gewählt.

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

Außerdem beziehen sich einige Tabellen jeweils nur auf eine Untermenge des Gesamtkollektivs, z. B. die Tabelle 28 mit Daten über Episiotomieraten mit denjenigen Müttern als Basis, die vaginal entbunden wurden (d.h. Frauen mit Kaiserschnitt wurden hier nicht einbezogen). In diesen Fällen sind die Piktogramme nicht schwarz, sondern in einem Grauton dargestellt.

Piktogramme



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

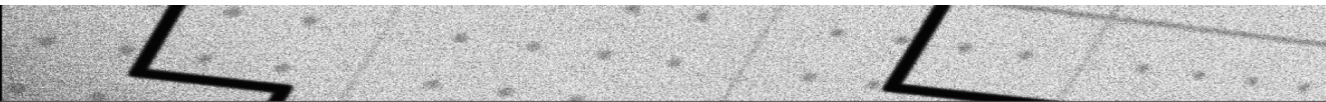
Die medizinische Interpretation zur jeweiligen Tabelle erfolgt am Ende der Seite.

3.1.3 Statistische Tests

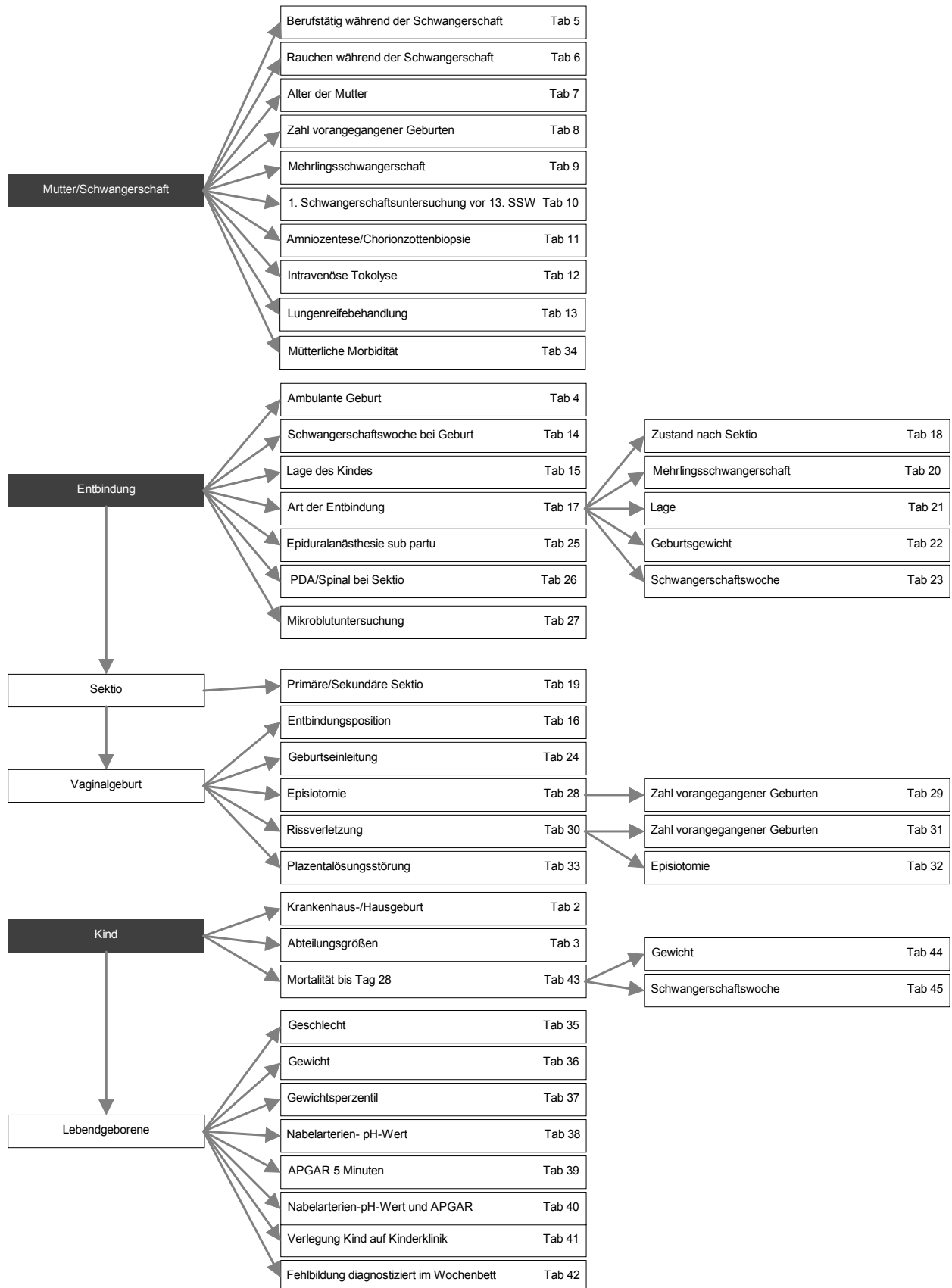
Wir haben alle statistischen Tests jeweils auf den Unterschied zwischen den Geburtsjahren 2003 vs. 2004 bezogen. Es handelt sich in der Mehrheit der Fälle um einen zweiseitigen χ^2 -Test und bei einigen numerischen Variablen um den T-Test. Statistisch signifikante Unterschiede werden in den Tabellen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

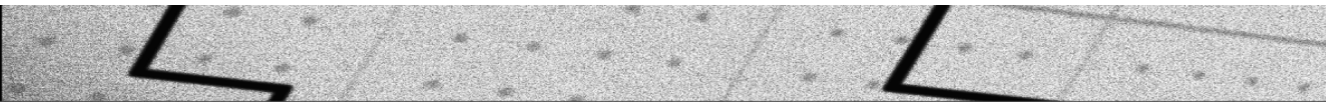
3.1.4 Geburtsgewicht unter 500 g

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



3.2 Tabellen und Grafiken





Tab 1: Übersicht

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

Medizinische Interpretation

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

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

Tab 2: Hausgeburten

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



Basis: Kinder

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

Medizinische Interpretation

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

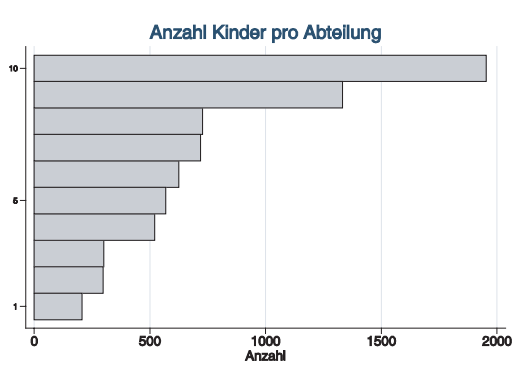
Tab 3: Abteilungsgröße nach Anzahl der geborenen Kinder

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



Basis: Kinder

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



Medizinische Interpretation

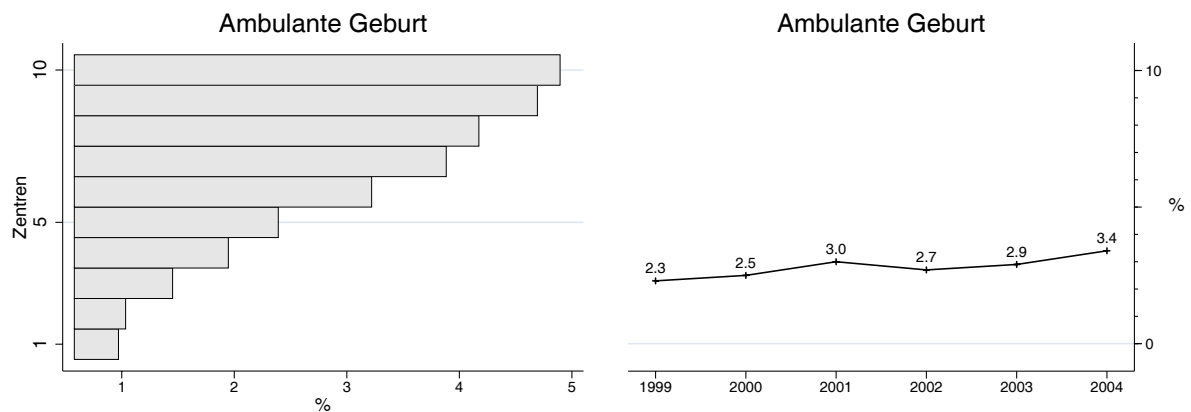
Von den zehn Abteilungen Tirols hatten drei unter 500 Geburten pro Jahr, fünf zwischen 500 und 1000 Geburten pro Jahr und zwei Abteilungen hatten über 1000 Geburten pro Jahr.

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

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



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



Medizinische Interpretation

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

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

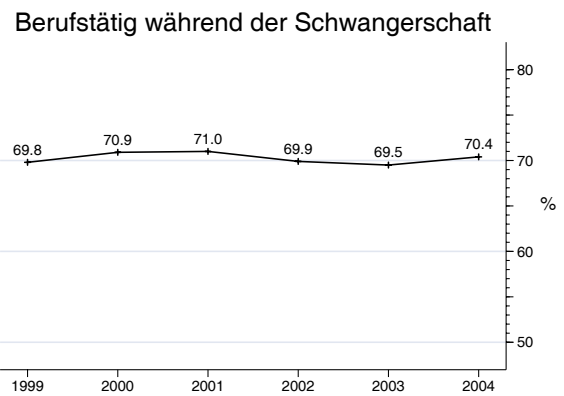
Tab 5: Berufstätig während der Schwangerschaft

	2004	
	Anzahl	Prozent
Ja	4838	70.4% -
Nein	2033	29.6%
Summe	6871	100.0%



Basis: Mütter

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



Medizinische Interpretation

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

Tab 6: Rauchen der Mutter
während der Schwangerschaft

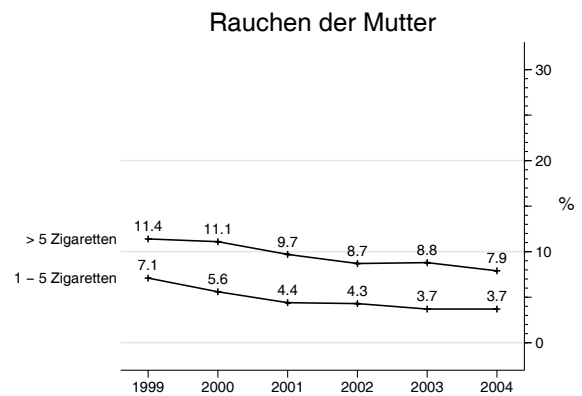
		2004	
Anzahl Zigaretten pro Tag	Anzahl	Prozent	
Keine	6365	88.5%	
1 – 5	263	3.7%	
mehr als 5	568	7.9%	
Summe	7196	100.0%	



Basis: Mütter

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

Bemerkung zum statistischen Test: Getestet wurde Nichtrauchen versus Rauchen.



Medizinische Interpretation

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

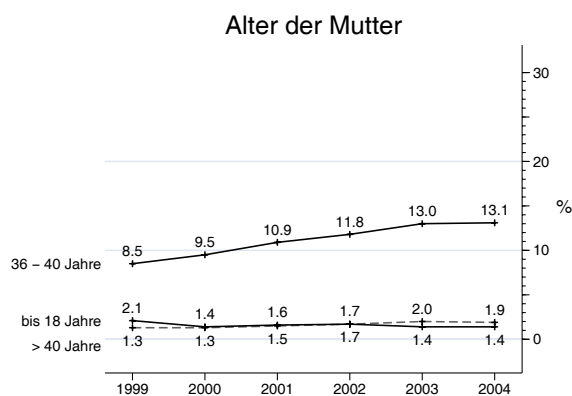
Tab 7: Alter der Mutter

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

**Basis:** Mütter

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

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

**Medizinische Interpretation**

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

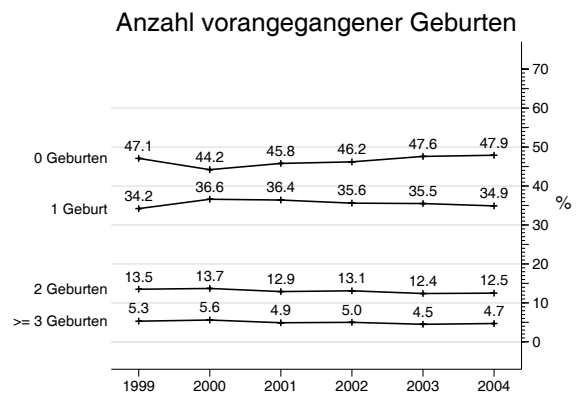
Tab 8: Zahl vorangegangener Geburten

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



Basis: Mütter

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



Medizinische Interpretation

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

Tab 9: Mehrlingsschwangerschaft

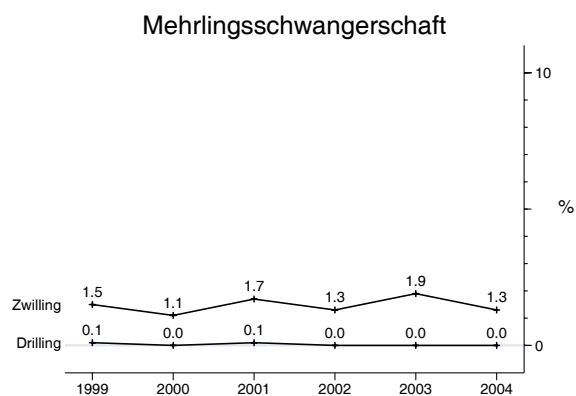
	2004	
	Anzahl	Prozent
Einling	7099	98.7%
Zwilling	95	1.3%
Drilling	2	<0.1% *
Summe	7196	100.0%



Basis: Mütter

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

Bemerkung zum statistischen Test: Getestet wurde Einling versus Mehrling



Medizinische Interpretation

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

Tab 10: Erste Schwangerschaftsuntersuchung
vor der 13. Schwangerschaftswoche

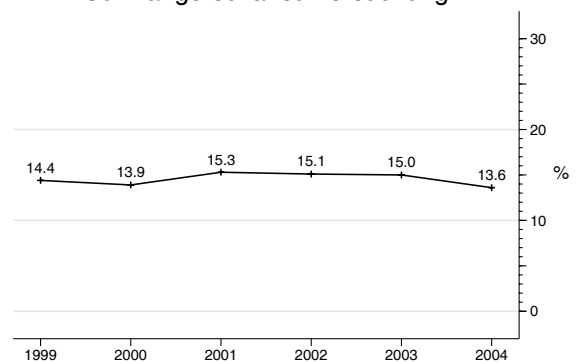
	2004	
	Anzahl	Prozent
Ja	6037	86.4% *
Nein	952	13.6%
Summe	6989	100.0%



Basis: Mütter

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

Schwangerschaftsuntersuchung



Medizinische Interpretation

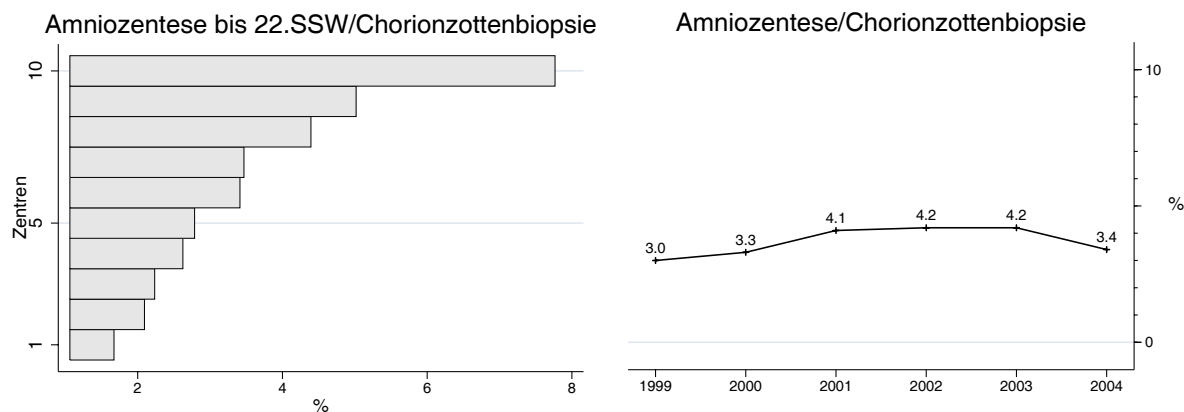
Ca. jede siebte Gebärende hatte keine Schwangerschaftsuntersuchung vor der 13. Woche. Dies ist insofern von Relevanz, da nach der neuen geplanten Mutter-Kind-Pass-Regelung die erste Basis-Ultraschalluntersuchung in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche erfolgen soll.

Tab 11: Amniozentese / Chorionzottenbiopsie
bis 22. Schwangerschaftswoche

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



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



Medizinische Interpretation

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

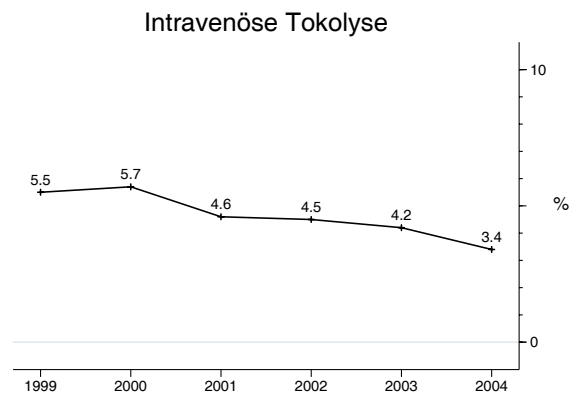
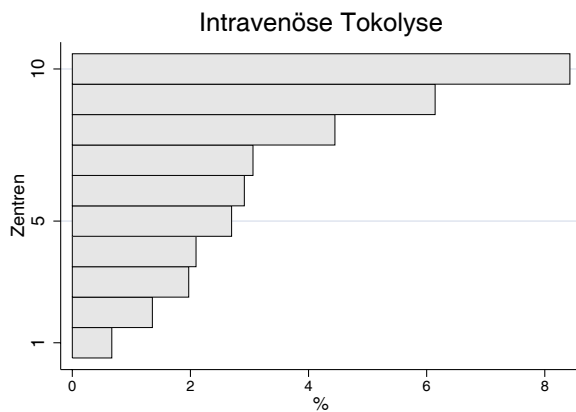
Tab 12: Intravenöse Tokolyse

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



Basis: Mütter

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



Medizinische Interpretation

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

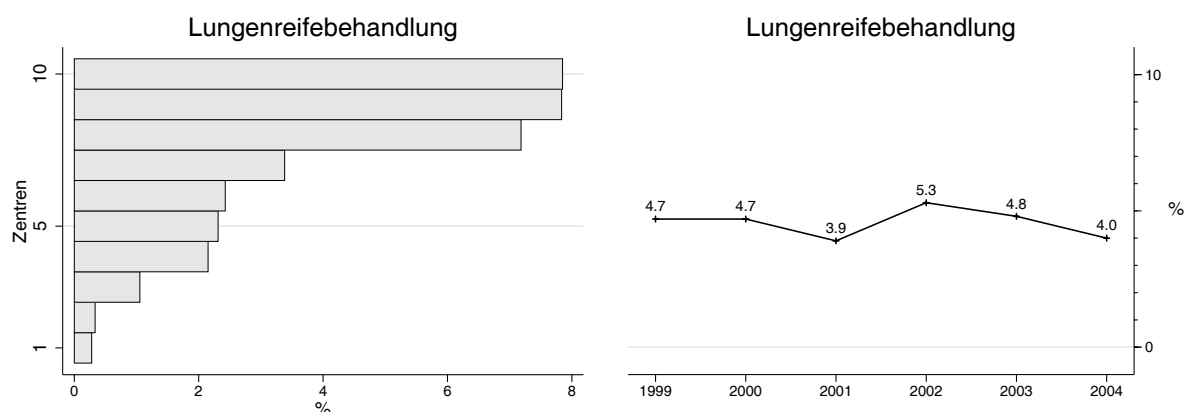
Tab 13: Lungenreifebehandlung

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



Basis: Mütter

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



Medizinische Interpretation

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

Tab 14: Schwangerschaftswoche bei Geburt

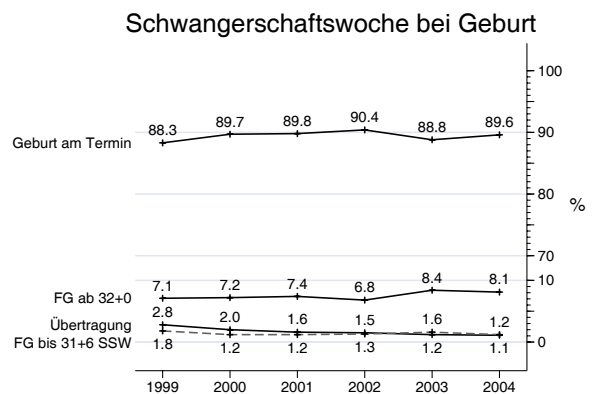
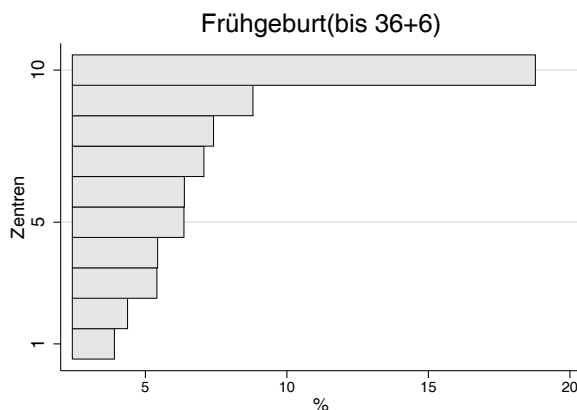
	2004	
► Frühgeburt	Anzahl	Prozent
bis SSW 25 + 6	10	0.1%
SSW 26 + 0 bis 27 + 6	10	0.1%
SSW 28 + 0 bis 29 + 6	22	0.3%
SSW 30 + 0 bis 31 + 6	44	0.6%
SSW 32 + 0 bis 33 + 6	90	1.2%
SSW 34 + 0 bis 36 + 6	500	6.9%
Summe	676	9.3% -
► Geburt am Termin		
SSW 37 + 0 bis 41 + 6	6522	89.6%
► Übertragung		
ab SSW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



Basis: Kinder

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

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



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

Medizinische Interpretation

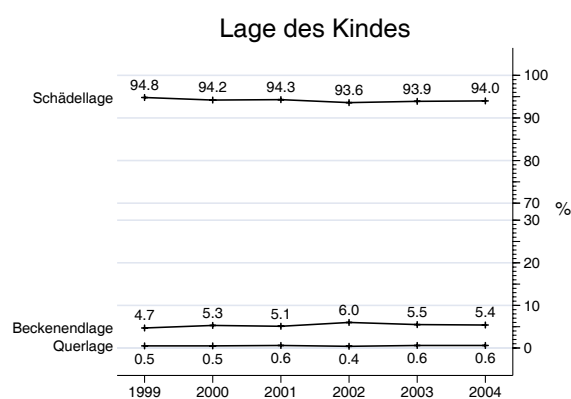
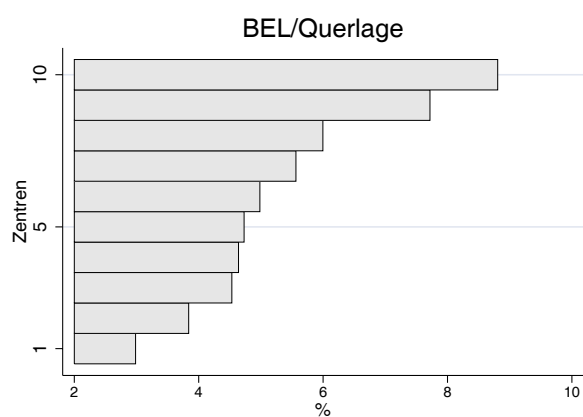
Der Prozentsatz an Frühgeburten lag im Jahr 2004 mit 9.3% wieder niedriger als im Vorjahr, doch etwas über den Werten der vorangegangenen Jahre. Die Zahl übertragener Kinder (ab 14 Tage über dem errechneten Termin) hat in den letzten sechs Jahren deutlich abgenommen und scheint sich bei ca. 1% einzupendeln.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

Tab 15: Lage des Kindes

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



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



Medizinische Interpretation

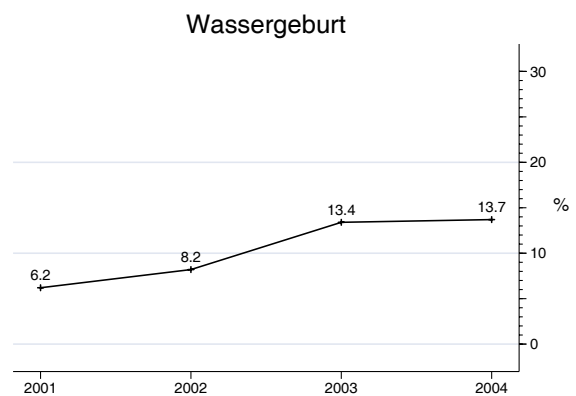
94% der Kinder wurden aus Schädellage geboren. Auffällig bleibt weiterhin der über dem internationalen Niveau liegende Prozentsatz von 5.4% an Beckenendlagen.

Tab 16: Entbindungsposition

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



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



Medizinische Interpretation

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

Tab 17: Art der Entbindung

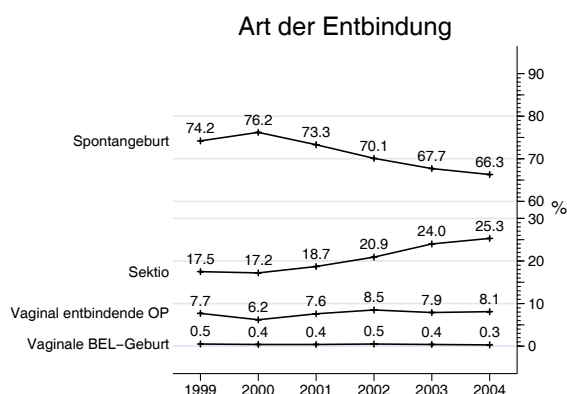
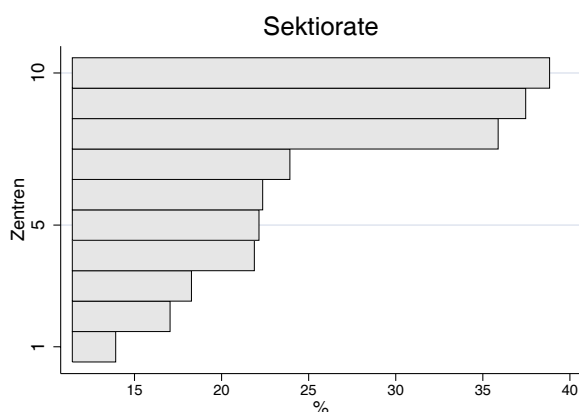
	2004	
	Anzahl	Prozent
Spontangeburt	4833	66.3%
Vaginal entbindende Operation	594	8.1%
Vaginale Beckenendlagengeburt	22	0.3%
Sektio	1846	25.3% ¹⁾
Summe	7295	100.0%

Basis: Kinder

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



¹⁾Grenzwertig signifikant, P=0.064 (getestet wurde Vaginalgeburt versus Sektio)



Medizinische Interpretation

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

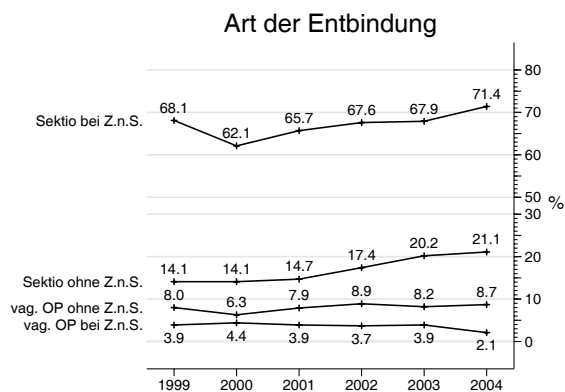
Tab 18: Art der Entbindung
aufgeschlüsselt nach Zustand nach Sektio

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



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

Bemerkung zum statistischen Test: Getestet wurde Vaginalgeburt versus Sektio



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

Medizinische Interpretation

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

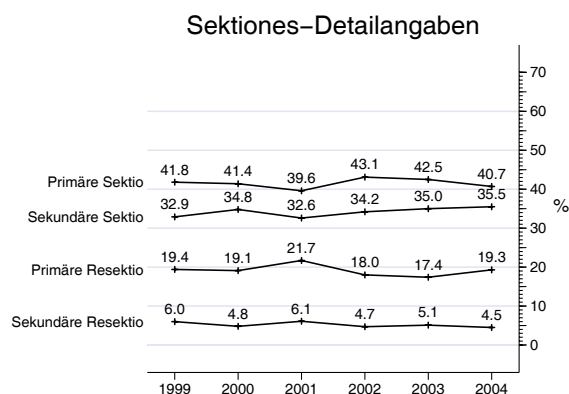
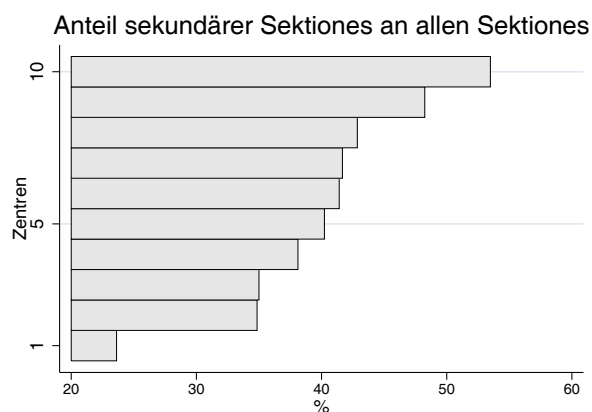
Tab 19: Primäre/Sekundäre Sektio

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



Basis: Kinder (Sektionen)

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



Medizinische Interpretation

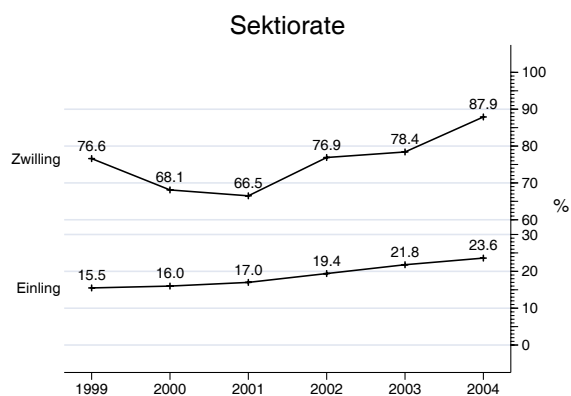
Der Anteil der primären Kaiserschnitte (Sektio/Resektio) betrug 60%. Der hohe Anteil an sekundären Sektionen ist zum Teil durch das geburtshilfliche Programm verursacht, das z.B. bei vorzeitigem Blasensprung ohne Wehen und Muttermundseröffnung oder nach frustraner Einleitung nach primärer Wehenschwäche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

Tab 20: Sektio-Rate
aufgeschlüsselt nach Mehrlingschwangerschaft

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



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



Medizinische Interpretation

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

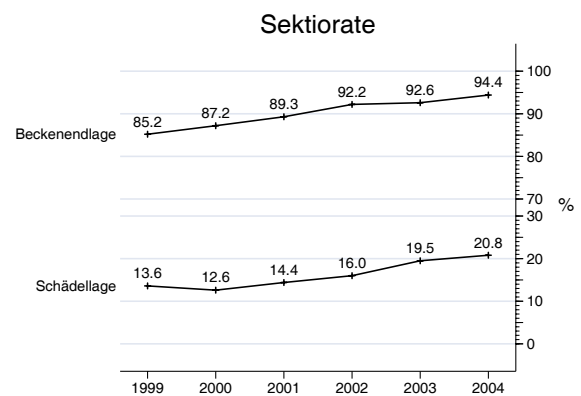
Tab 21: Sektio-Rate
aufgeschlüsselt nach Lage des Kindes

2004		
	Anzahl	Prozent
Schädellage	1428	20.8% ¹⁾
Beckenendlage	372	94.4% -
Querlage	41	100.0% -



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

¹⁾Grenzwertig signifikant, P=0.052



Medizinische Interpretation

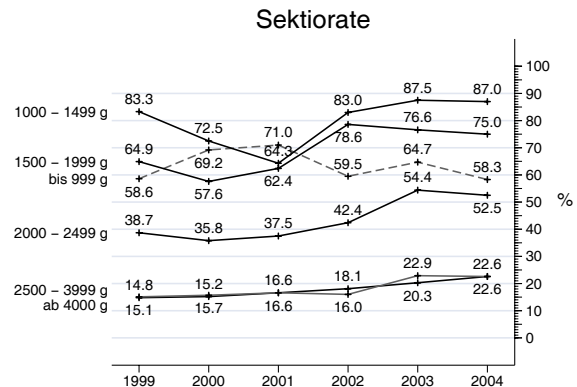
Der Anteil der Kaiserschnitte bei Schädellage betrug 20.8%, bei Beckenendlage wurde nur jedes 20. Kind nicht durch Kaiserschnitt entbunden. Aus den Daten kann nicht beurteilt werden, wieviele Kinder aus Beckenendlage durch äußere Wendung in Schädellage gebracht wurden.

Tab 22: Sektio-Rate
aufgeschlüsselt nach Geburtsgewicht

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



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



Medizinische Interpretation

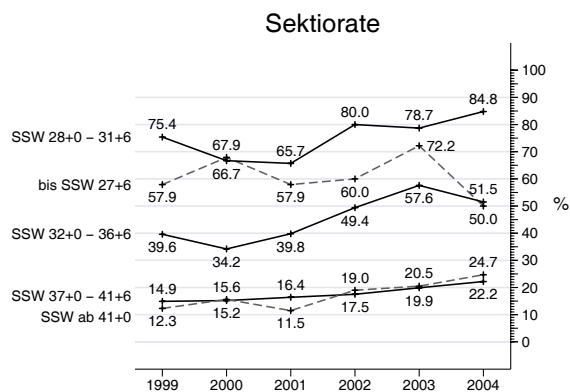
Der Anteil an Kaiserschnittenbindungen lag bei den ganz kleinen Kindern (bis 499g) bei 50%, bei einem Geburtsgewicht von 500 bis 749g bei 62.5% und bei einem Geburtsgewicht zwischen 750 und 999g bei 58.3%. Die höchsten Sektioraten fanden sich in der Gruppe zwischen 1000 und 1499g mit 87%. Bei Kindern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

Tab 23: Sektio-Rate
aufgeschlüsselt nach Schwangerschaftswoche bei Geburt

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



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



Medizinische Interpretation

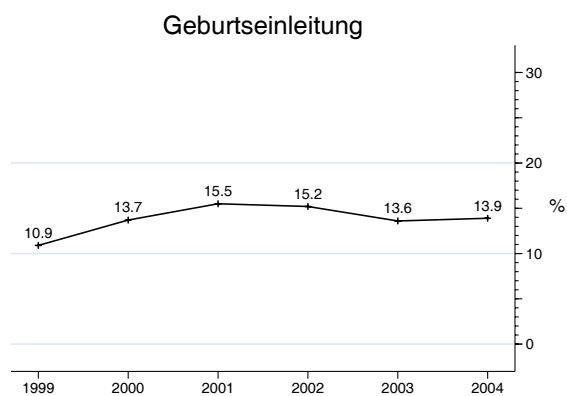
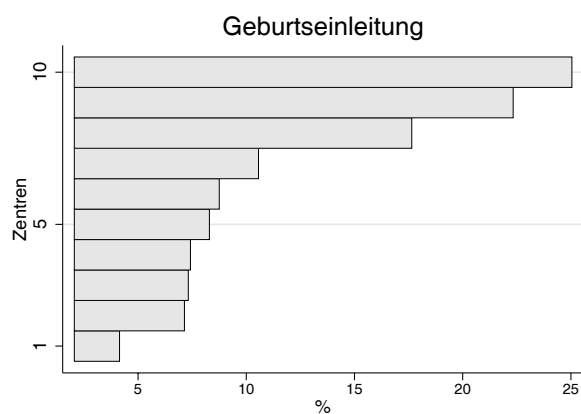
Hier ergibt sich ein dem Geburtsgewicht entsprechendes Bild. Der Anteil der Kaiserschnittentbindungen lag bei einer Frühgeburt (bis zur vollendeten 37. Woche) zwischen 40% und 86.4%. Bei Entbindungen am Termin (37 + 0 bis 41 + 6) findet sich ein statistisch signifikanter Anstieg der Kaiserschnitttrate.

Tab 24: Geburtseinleitung

		2004	
		Anzahl	Prozent
Ja		754	13.9% -
Nein		4683	86.1%
Summe		5437	100.0%



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



Medizinische Interpretation

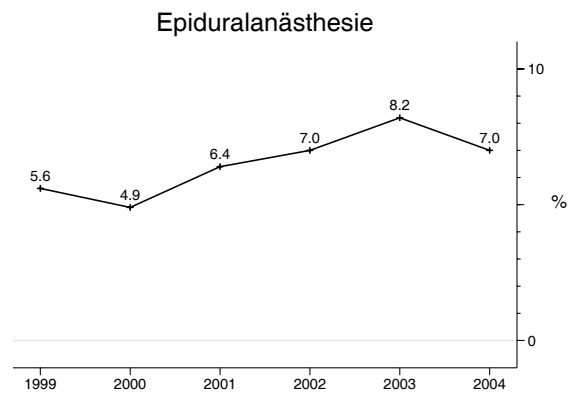
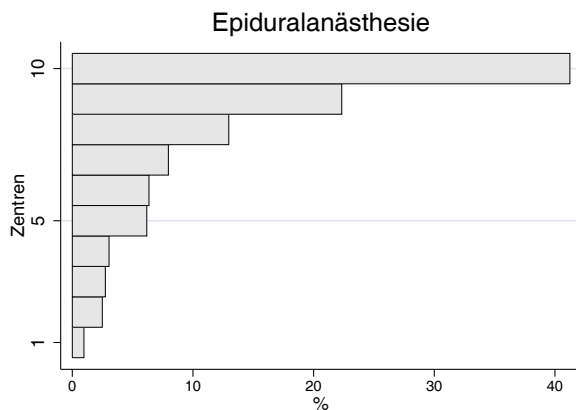
Bei den Vaginalgeburten wurde in 13.9% eine Geburtseinleitung durchgeführt.

Tab 25: Epiduralanästhesie
bei Vaginalgeburt

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



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



Medizinische Interpretation

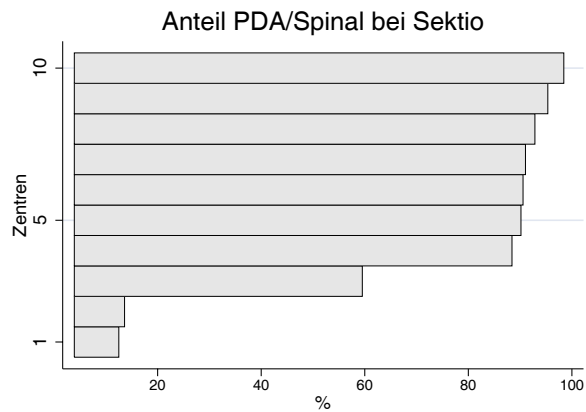
Der Anteil der Epiduralanästhesien bei der Vaginalgeburt betrug in Tirol 7.0% und war somit etwas geringer als im Vorjahr (statistisch signifikant). Der Prozentsatz an Epiduralanästhesien bei der Vaginalgeburt schwankte abteilungsbezogen von 2% bis 42%.

Tab 26: Anästhesie bei Sektio

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



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



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

Medizinische Interpretation

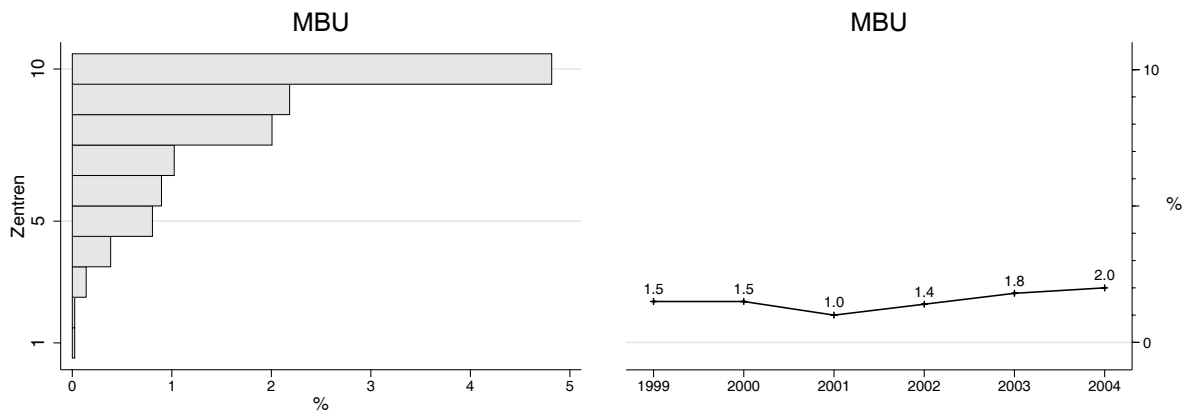
Bei 79% der Kaiserschnitte wurde eine Leitungsanästhesie durchgeführt, bei etwa über einem Fünftel eine Allgemeinnarkose. Der niedrige Prozentsatz der Allgemeinanästhesie dokumentiert die gute Zusammenarbeit zwischen Narkoseärzten und Geburtshelfern und minimiert die gefürchteten Komplikationen bei Schwangeren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

Tab 27: Mikroblutuntersuchung am Kind
während der Geburt

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



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



Medizinische Interpretation

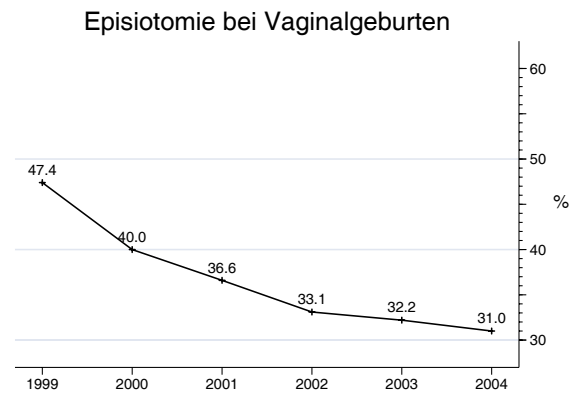
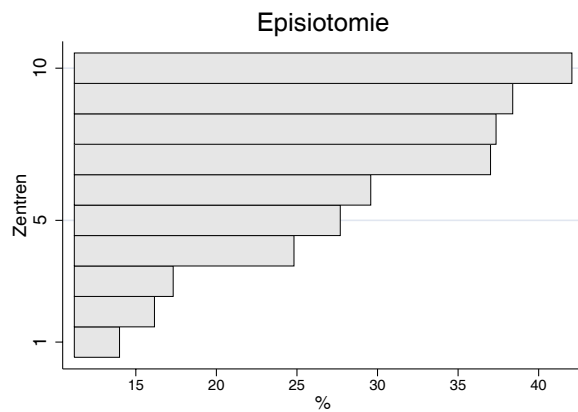
Der Anteil der Mikroblutuntersuchungen betrug 2.0% und zeigt damit einen leicht ansteigenden Trend. Die Frequenz an Mikroblutuntersuchungen unter den Abteilungen variierte von 0% bis knapp 5%. Die Zahl an Mikroblutuntersuchungen entspricht der in Bayern (dort ist die Mikroblutuntersuchung als Qualitätsindikator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

Tab 28: Episiotomie bei Vaginalgeburten

		2004	
	Anzahl	Prozent	
Episiotomie	1683	31.0%	-
Keine Episiotomie	3754	69.0%	
Summe	5437	100.0%	



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



Medizinische Interpretation

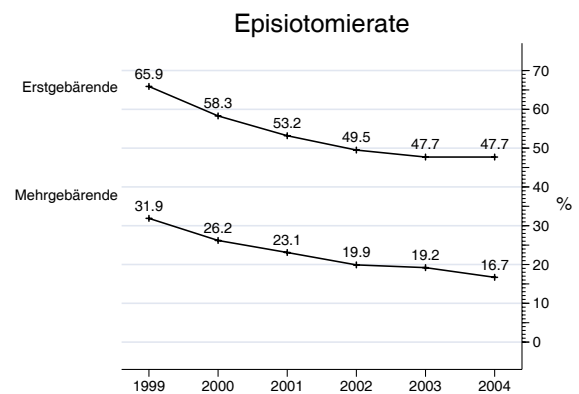
Die Rate an Scheidendammschnitten (Episiotomien) nahm während der letzten sechs Jahre von 47.4% auf 31.0% ab und scheint nunmehr ein Plateau erreicht zu haben. Somit erhält knapp jede dritte Gebärende in Tirol bei ihrer Vaginalgeburt eine Episiotomie. Die abteilungsbezogenen Raten schwanken hier zwischen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

Tab 29: Episiotomie
aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

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



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



Medizinische Interpretation

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

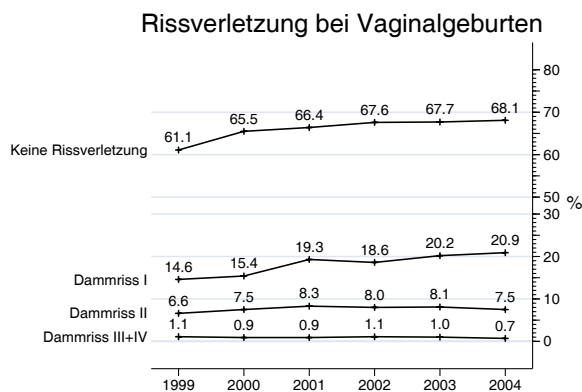
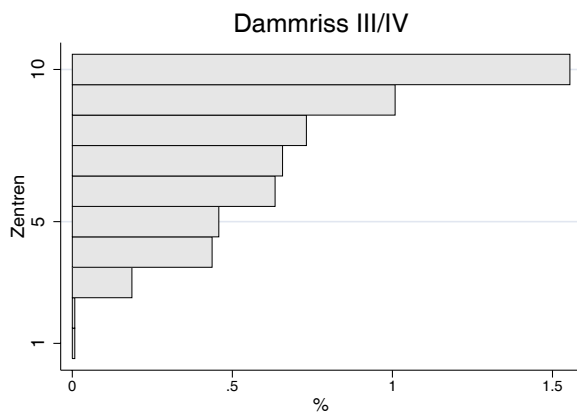
Tab 30: Rissverletzung bei Vaginalgeburten

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



Basis: Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten

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



Medizinische Interpretation

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

Tab 31: Rissverletzung bei Vaginalgeburten
aufgeschlüsselt nach Anzahl vorangegangener Geburten

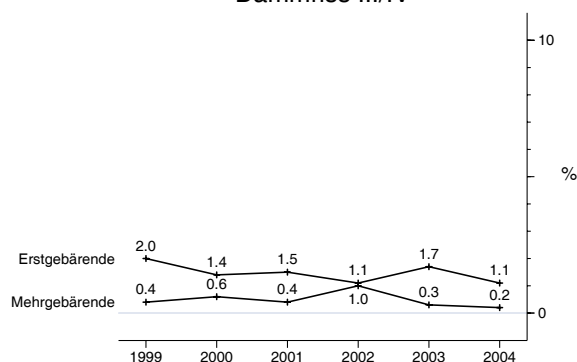
	2004	
	Anzahl	Prozent
► Erstgebärende		
Keine	1729	69.3%
Dammriss I	440	17.6%
Dammriss II	196	7.9%
Dammriss III	25	1.0%
Dammriss IV	3	0.1%
Zervixriss	8	0.3%
Scheidenriss	53	2.1%
Labien-/Klitorisriss	70	2.8%
► Mehrgebärende		
Keine	1976	67.2%
Dammriss I	696	23.7%
Dammriss II	213	7.2%
Dammriss III	5	0.2%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



Basis: Mütter (Vaginalgeburten) – Mehrfachantworten !

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

Dammriss III/IV



Medizinische Interpretation

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

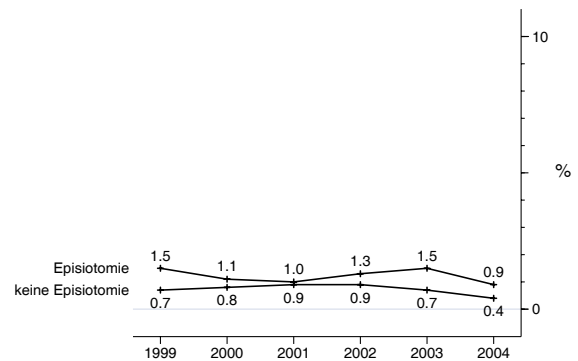
Tab 32: Rissverletzung
aufgeschlüsselt nach Episiotomie

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



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

Dammriss III/IV



Medizinische Interpretation

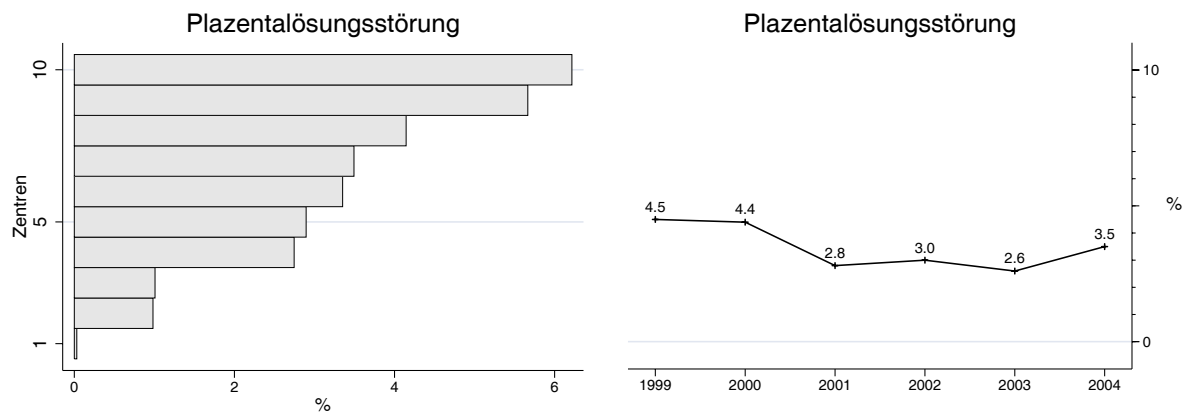
Dammrisse dritten Grades traten bei Episiotomie (0.8%) häufiger auf als ohne Scheidendammsschnitt. Hingegen waren Labien-/Klitorisrisse ohne Scheidendammsschnitt (3.4%) deutlich häufiger als mit Episiotomie (0.2%).

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

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



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



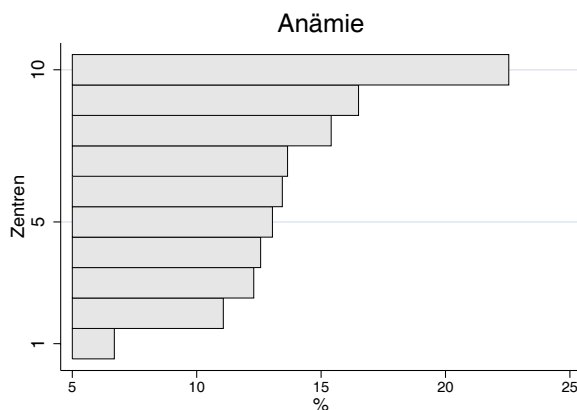
Medizinische Interpretation

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

Tab 34: Mütterliche Morbidität

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

Basis: Mütter – Mehrfachantworten



Medizinische Interpretation

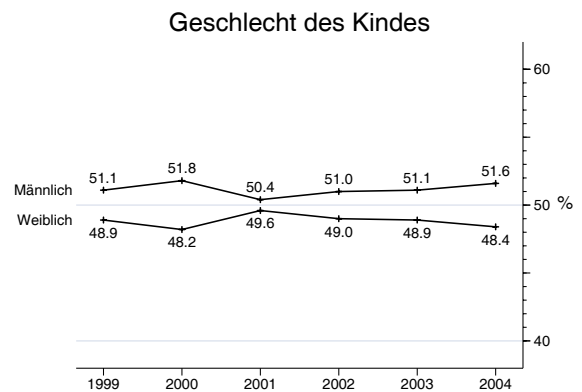
Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen waren bei 0.2% der Geburten, Fieber im Wochenbett bei 0.3% der Geburten zu beobachten. Die deutlich geringere Rate febriler Verläufe könnte mit dem Streptokokken-Screening in der Schwangerschaft zusammenhängen, sodass hier in der Prophylaxe der Neugeborenen-sepsis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

Tab 35: Geschlecht Kinder

	2004	
	Anzahl	Prozent
Männlich	3755	51.6% -
Weiblich	3528	48.4%
Summe	7283	100.0%



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



Medizinische Interpretation

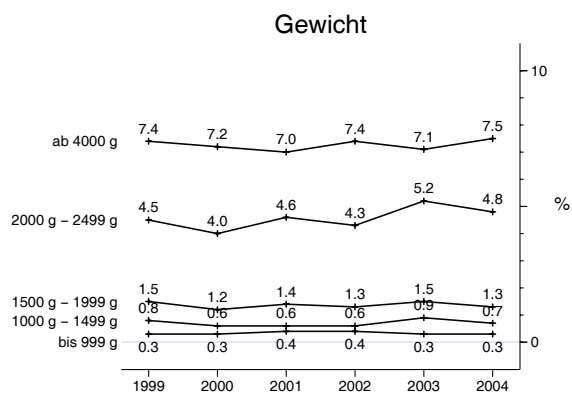
Wie bereits in den letzten Jahren wurden etwas mehr Knaben (51.6%) als Mädchen geboren.

Tab 36: Geburtsgewicht

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



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



Medizinische Interpretation

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

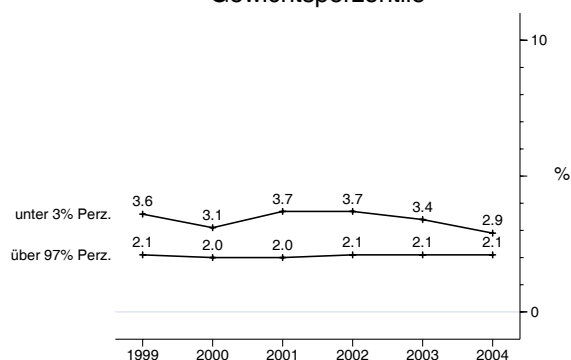
Tab 37: Gewichtspersentile nach Voigt-Schneider

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



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

Gewichtspersentile



Medizinische Interpretation

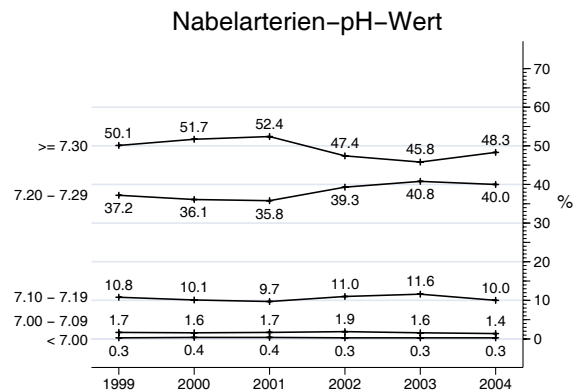
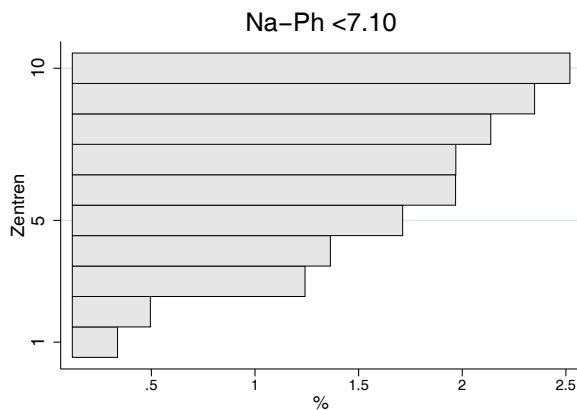
2.9% lagen unterhalb der 3%-Perzentile, 2.1% über der 97%-Perzentile. Im Rahmen einer gesamtösterreichischen Datenauswertung erscheint es hier sinnvoll, österreichspezifische Normwertkurven und Gewichtspersentile zu erstellen.

Tab 38: Nabelarterien-pH-Wert

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



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



Medizinische Interpretation

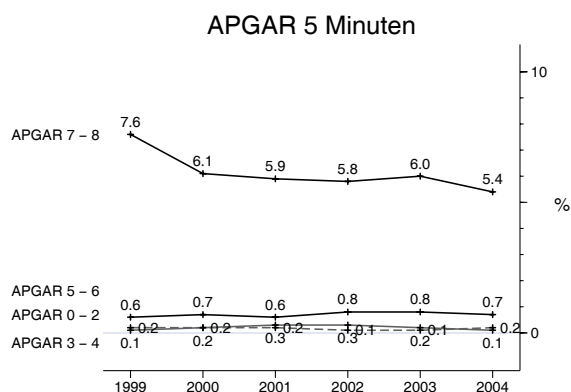
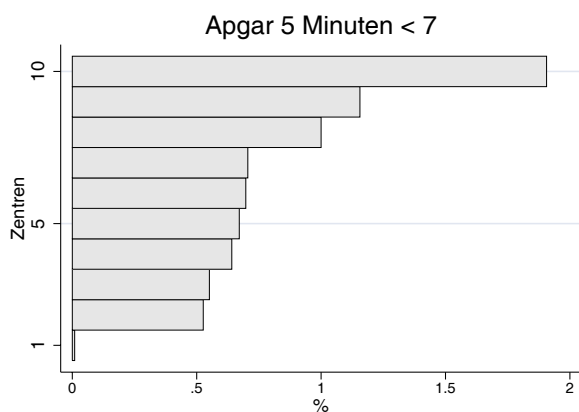
Nabelarterien-pH-Werte unter 7.0 fanden sich wie bereits in den letzten Jahren bei 0.3%, pH-Werte unter 7.1 bei 1.7% (in den letzten drei Jahren fallende Tendenz). Nabelarterien-pH-Werte über 7.2 bestanden bei 88.3%. Nabelarterien-pH-Werte unter 7.1 fanden sich abteilungsbezogen zwischen 0.3% und 2.5%.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

Tab 39: APGAR 5 Minuten

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



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



Medizinische Interpretation

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

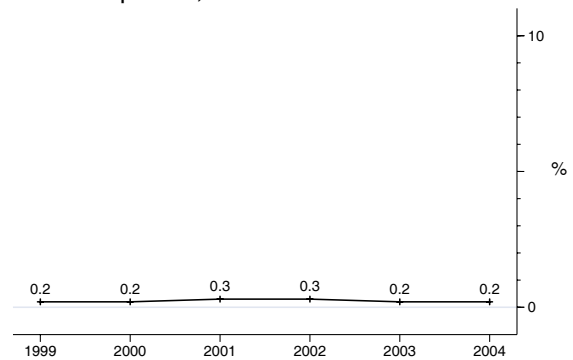
Tab 40: Nabelarterien-pH-Wert <7.10 und APGAR 5 min <7

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



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

NapH < 7,10 und APGAR 5 < 7



Medizinische Interpretation

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

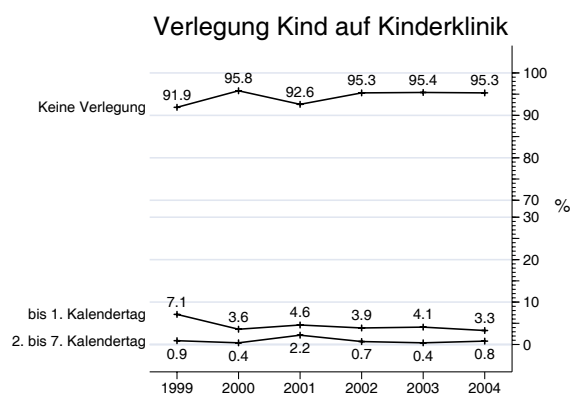
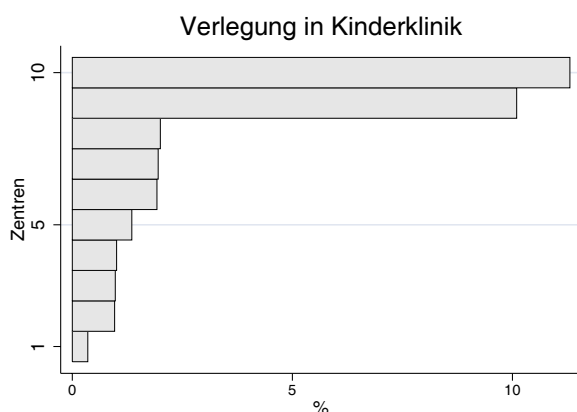
Tab 41: Verlegung des Kindes auf die Kinderklinik

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



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

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



Medizinische Interpretation

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

Tab 42: Fehlbildung (diagnostiziert im Wochenbett)

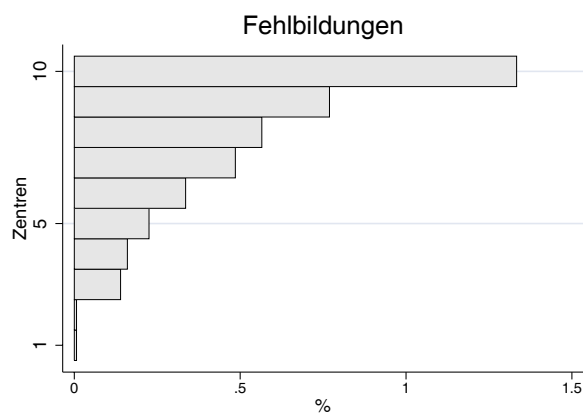
	2004	
	Anzahl	Prozent
Ja	26	0.4% -
Nein	7254	99.6%
Summe	7280	100.0%



Basis: Kinder (nur Lebendgeburten)

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

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



Medizinische Interpretation

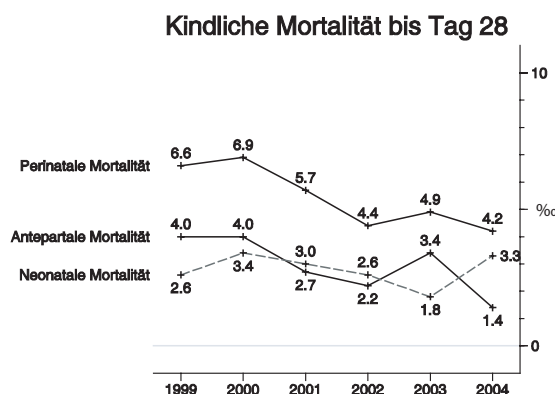
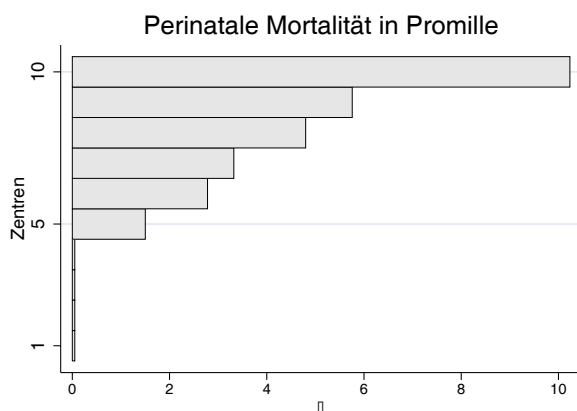
Bei 0.4% der Kinder wurden bis zu diesem Zeitpunkt pränatal nicht bekannte Fehlbildungen im Wochenbett diagnostiziert.

Tab 43: Kindliche Mortalität bis Tag 28

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



Basis: alle Kinder



Medizinische Interpretation

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

Tab 44: Mortalität
aufgeschlüsselt nach Gewicht

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

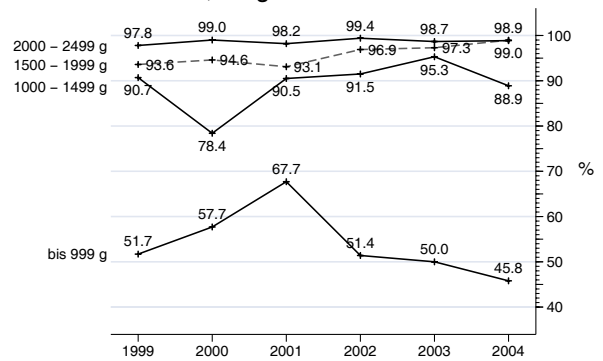
	2004	
	Anzahl	Prozent
► 1500 – 1999g		
Tod vor Klinikaufnahme	0	0.0%
Tod nach Klinikaufnahme	0	0.0%
Tod sub partu	0	0.0%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)	1	1.0%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)	0	0.0%
lebt	95	99.0%
► 2000 – 2499g		
Tod vor Klinikaufnahme	1	0.3%
Tod nach Klinikaufnahme	0	0.0%
Tod sub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

Basis: Kinder

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

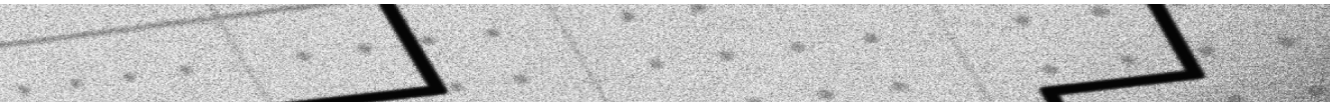


Überleben, aufgeschlüsselt nach Gewicht



Medizinische Interpretation

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



Tab 45: Mortalität
aufgeschlüsselt nach der Schwangerschaftswoche bei Geburt

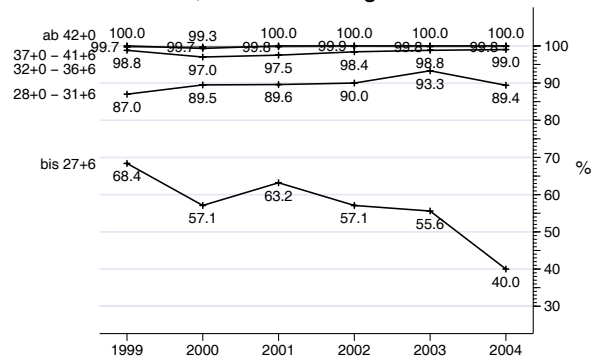
		2004	
		Anzahl	Prozent
► bis SSW 25 + 6			
Tod vor Klinikaufnahme		0	0.0%
Tod nach Klinikaufnahme		1	10.0%
Tod sub partu		2	20.0%
Neonataler Todesfall (Tag 1 – 7)		5	50.0%
Neonataler Todesfall (Tag 8 – 28)		0	0.0%
lebt		2	20.0%
► bis SSW 26 + 0 bis 27 + 6			
Tod vor Klinikaufnahme		3	30.0%
Tod nach Klinikaufnahme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

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



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

Überleben, nach Schwangerschaftswoche



Medizinische Interpretation

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

Glossar

- Amniozentese** Fruchtwasserpunktion
- antepartal** in der Schwangerschaft, vor Geburtsbeginn
- APGAR** Klassifizierung des Zustandes Neugeborener. Beurteilung von Hautfarbe, Atmung, Reflexen, Herzschlag und Muskeltonus mit 0, 1 oder 2 Punkten. Die Summe (eine Zahl zwischen 0 und 10) ergibt eine Einstufung und Vergleichbarkeit des Gesamtzustandes
- Chorionzottenbiopsie** Probeentnahme aus der Eihaut in der Frühschwangerschaft zur Diagnose genetischer Erkrankungen
- Eklampsie** Krampfanfall nach Präeklampsie
- Epiduralanästhesie** Leitungsanästhesie durch Injektion von Betäubungsmittel in den Raum zwischen Rückenmarkskanal und Innenflächen der Wirbelsäule
- Episiotomie** Scheidendammschnitt
- Gewichtspersentile** Einteilung des Gewichts nach Standardwerten – abhängig von Geschlecht und Schwangerschaftswoche (nach Voigt-Schneider); z.B. entspricht die 50er-Perzentile dem Durchschnittsgewicht in der jeweiligen Gruppe
- Hysterektomie** Gebärmutterentfernung
- Laparotomie** operative Eröffnung der Bauchhöhle
- Lungenreifebehandlung** medikamentöse Reifung der Lunge (mit Cortison)
- Mikroblutuntersuchung** Untersuchung des kindlichen Blutes während der Geburt
- Morbidität** Erkrankungshäufigkeit (z.B. durch Komplikationen)
- kindliche Mortalität** (perinatal, neonatal, ...) Anzahl der Todesfälle bezogen auf alle Kinder
- mütterliche Mortalität** Anzahl der Todesfälle bezogen auf alle Mütter
- neonatal** ab der Geburt bis zum 28. Tag nach der Geburt
- perinatal** während der Schwangerschaft bis zum 7. Tag nach der Geburt
- Präeklampsie** durch die Schwangerschaft verursachte Blutdruckerhöhung und Eiweißausscheidung im Harn (im Volksmund: „Schwangerschaftsvergiftung“)
- Resektio** Sektio nach vorangegangener Sektio
- Sektio** Kaiserschnittentbindung
- Sepsis** Blutvergiftung
- Spinalanästhesie** Leitungsanästhesie durch Injektion von Betäubungsmittel in den Raum zwischen Rückenmarksnerven und Rückenmarkshaut
- SSW** Schwangerschaftswoche
- subpartal** während der Geburt
- Tokolyse** Wehenhemmung