



- ▶ Die **freiwillige Teilnahme aller geburtshilflichen Abteilungen an der Dokumentation wichtiger geburtshilflicher Parameter** dient als Grundlage zur nationalen und internationalen Vergleichbarkeit.
- ▶ Die **Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren und deren Anwendung zur anonymisierten Kontrolle aller teilnehmenden Abteilungen** ist ein zentraler Bestandteil zur Verbesserung der Qualität in der österreichischen Geburtshilfe.
- ▶ **Wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse** können aus einem über 18 Jahre gesammelten Datensatz mit mittlerweile über einer Million dokumentierter Geburten und deren relevanten Parameter gewonnen werden.

Geburtenregister Österreich (GRÖ)

Geburtenregister – was können wir daraus lernen?

Das Geburtenregister Österreich (GRÖ) dokumentiert seit 2004 die in Kliniken erfolgten Geburten Österreichs, das sind ca. 98,5 % aller österreichischen Geburten. Hervorgegangen ist das GRÖ aus dem Geburtenregister Tirol in Abstimmung mit der OEGGG, die Koordination und Datenverwaltung erfolgt durch das Institut für klinische Epidemiologie des Landesinstituts für Integrierte Versorgung Tirol der Tirol Kliniken GmbH. Die Leitung des GRÖ wird durch den Fachbeirat Geburtenregister Österreich der OEGGG in allen relevanten Fragen inklusive strategischer Entscheidungen beraten. Der Fachbeirat setzt sich zusammen aus Vertretern aller österreichischen Regionen, Vertretern der bettenführenden Universitätskliniken, weiters ist die OEGGG, das Hebammengremium, die Neonatologie sowie die Perinatologische Gesellschaft im Beirat vertreten.

Zielsetzungen und Maßnahmen

Die wesentlichen Ziele des GRÖ liegen darin, die geburtshilfliche Versorgungsqualität in Österreich weiter zu verbessern sowie die perinatale Mortalität und Morbidität zu senken. Durch welche Maßnahmen können diese Ziele erreicht werden?

1. Das möglichst vollständige Sammeln geburtshilflicher Parameter in österreichischen Krankenanstalten:

Die Daten jeder Geburt werden mittels geeigneter EDV-Programme gesammelt und dem GRÖ vierteljährlich zugespielt, dort erfolgen verschiedene Plausibilitäts- und Vollzähligkeitstests, Vergleiche mit den Daten der Statistik Austria und Geburtenbüchern der geburtshilflichen Abteilungen und in der Folge ein Datenabgleich nach Rücksprache mit der jeweiligen Abteilung. Danach wird die statistische Auswertung und Analyse durchgeführt.

2. Strukturierte Qualitätsverbesserung durch Erhebung geeigneter Qualitätsindikatoren:

Zu diesen zählen z. B. Erhebung der Entscheidungs-Entwicklungs-Zeit bei akuten Kaiserschnitten, Prozentsatz an Epiduralanästhesien bei Kaiserschnitten, Prozentsatz an Episiotomien bei Vaginalgeburten, Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten u. Ä., die derzeit gültige Liste der 9 Qualitätsindikatoren ist in der **Tabelle** zu finden. Sollten



Univ.-Prof. Dr. Hanns Helmer¹



Mag. Hermann Leitner²



Mag. Irmgard Delmarko, BSc²

¹ Abteilung für Geburtshilfe & feto-maternale Medizin, Medizinische Universität Wien,

² Institut für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH

die Grenzwerte von 2 oder mehreren Qualitätsparametern über- oder unterschritten werden, so bittet das GRÖ die jeweilige Abteilung um eine Stellungnahme. Diese übermittelt das GRÖ anonymisiert einem Qualitätsgremium, welches Strategien und Maßnahmen empfiehlt. Die Vorschläge werden über das GRÖ wiederum an die betreffenden Abteilungen gesandt.

Nur das GRÖ kennt die betreffenden Abteilungen und die Wahrung der Anonymität spielt in vielerlei Hinsicht eine entscheidende Rolle. Die Anonymität erzeugt ein Klima des Vertrauens, weil sich alle teilnehmenden Abteilungen sicher sein können, dass ihre Daten vor dem Zugriff Dritter geschützt sind und sich das GRÖ als kompetenter und verlässlicher Ansprechpartner, vor allem auch

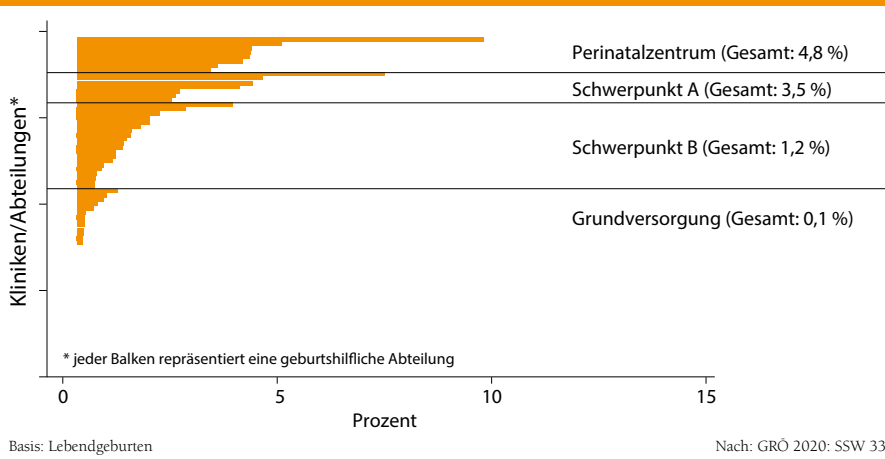
Tab.: Qualitätsindikatoren des GRÖ zu geburtshilflichen

Beschreibung der Indikatoren

1. Bei Akutsektio soll die EE-Zeit unter 20 Minuten liegen.
2. Es sollen Frühgeburten bis SSW 31+6 mit einem Aufenthalt vor Geburt von mindestens zwei Tagen nur an einer Klinik/Abteilung mit angeschlossener Intensivbehandlungseinheit für Früh- und Neugeborene laut ÖSG 2012 stattfinden.
3. Der Anteil der Episiotomie bei Vaginalgeburten soll unter 40 % liegen.
4. Der Anteil der Geburten mit dokumentiertem NA-pH-Wert soll über 90 % liegen.
5. Der Anteil der Geburten mit dokumentiertem Base-Excess-Wert soll über 75 % liegen.
6. Die Anzahl der Kinder mit einem NA-pH-Wert < 7,0 und APGAR 10 Min. ≤ 5 soll 2 oder kleiner sein oder weniger als 2 Promille der lebendgeborenen Kinder betragen.
7. Der Anteil der Regionalanästhesie bei allen Sektionen soll über 70 % liegen.
8. Der Anteil der Frühgeburten bis SSW 33+6 mit einem Aufenthalt vor Geburt von mindestens 2 Tagen mit Anwesenheit eines Pädiaters/einer Pädiaterin soll über 90 % liegen.
9. Der Anteil der Frühgeburten bis SSW 33+6 und Aufenthalt vor Geburt von mindestens 2 Tagen mit Lungenreifeinduktion soll über 90 % liegen.

Basis: Lebendgeburten

Abb.: Lebendgeburten bis SSW 33+6 (2020) – Anteil pro Versorgungsstufe



Die erhobenen Daten unterliegen speziellen Datenschutzbestimmungen, sind streng anonymisiert und dienen ausschließlich den angeführten Zielsetzungen. Die Verwendung durch öffentliche Institutionen mit der Absicht, Daten über einzelne Krankenhäuser zu erhalten, wird ausgeschlossen.

Zukunftsaspekte

Dokumentation von Kaiserschnitten: Einer Empfehlung der WHO folgend wird der Robson-Score zur genaueren Klassifikation von Kaiserschnitten international zunehmend angewandt.² Dabei werden weitere Aspekte zur Sectioindikation wie Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaft, Nulli- oder Multiparität, Früh- oder Termingeburt zur bisher angewandten Einteilung in primäre oder sekundäre Sectio berücksichtigt, die im Wesentlichen bisher bereits erhoben wurden. Der Robson-Score soll in Zukunft auch in Österreich für jede Geburtshilfeabteilung berechnet werden, um sowohl national als auch international bessere Vergleichsmöglichkeiten zu haben.

Anpassung der Qualitätsindikatoren: Zurzeit werden von jeder Geburtshilfeabteilung 9 Indikatoren zur Qualitätssicherung erhoben. Zur besseren Vergleichbarkeit werden diese Indikatoren überarbeitet, wobei vor allem auf die in Deutschland erhobenen Qualitätsindikatoren des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG Rücksicht genommen wird. In diesem Zusammenhang wird auch ein neuer, risikoadjustierter Berechnungsmodus eingeführt, um z. B. die Sektioarten unter Berücksichtigung

in der Interpretation von Auswertungen erwiesen hat. Dies ermöglicht eine sehr offene, konstruktive und ergebnisorientierte Zusammenarbeit und fördert die vollzählige und richtige Einmeldung von Daten, wodurch das GRÖ in der Lage ist, aussagekräftige Auswertungen zu erstellen und einer strukturierten Qualitätssicherung zuzuführen. Dies kommt letztlich wiederum den Müttern und Kindern zugute.

3. Vorlage von Jahresberichten über wesentliche Daten geburtshilflicher Ereignisse in österreichischen Krankenanstalten: Diese Jahresberichte sind von der Homepage des GRÖ unter www.iet.at kostenfrei abrufbar und zeigen die wesentlichen geburtshilflichen Parameter auch in einem zeitlichen Verlauf an. Eine wichtige Vergleichsmöglichkeit ergibt sich durch die Einstufung geburtshilflicher Abteilungen in 4 Versorgungstypen entsprechend den Vorgaben des derzeit gültigen Österreichischen Strukturplans Gesundheit

2017¹: Perinatalzentrum (Maximalversorgung), Schwerpunktversorgung Typ A, Schwerpunktversorgung Typ B oder Grundversorgung. Diese Einstufung lässt einen validen Vergleich der einzelnen Abteilung mit anderen Abteilungen desselben Typs zu. Ein Beispiel dafür zeigt die **Abbildung** zu Lebendgeburten bis SSW 33+6 für 2020.

4. Durchführung epidemiologischer Studien und Analysen: Dem GRÖ steht ein Datensatz von mehr als 1 Million Geburten zur Verfügung. Mithilfe dieser Daten wurden bereits zahlreiche Studien durchgeführt, die entsprechenden Publikationen sind auf der Homepage des GRÖ abrufbar. Projekte mit entsprechender Beschreibung können an das GRÖ gesandt werden, diese werden dann vom Beirat evaluiert und gegebenenfalls für Auswertungen freigegeben.

Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass die Teilnahme am GRÖ auf Freiwilligkeit basiert.

der unterschiedlichen Patientenstrukturen der Abteilungen vergleichbarer zu machen.³ Durch diese Berechnung sollen auch höhergradige Dammrisse bei spontanen Einlingsgeburten als Qualitätsindikator ergänzt werden.

Dokumentation außerklinischer Geburten:

Entsprechend der in geburtshilflichen Kreisen vieldiskutierten Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“⁴ erscheint die Dokumentation außerklinischer Geburten, also Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern, von zentraler Bedeutung. Das GRÖ stellt dafür ein außerklinisches Geburtsregister zur Ver-

fügung. Bei diesem Register handelt es sich um ein Qualitätsverbesserungsprojekt, in dem alle außerklinischen Geburten Österreichs, die von Hebammen betreut wurden, dokumentiert werden sollen. Aufgrund des Österreichischen Gesundheitsqualitätsgesetzes sind Hebammen zu bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Einhaltung von Qualitätsstandards verpflichtet. Das gilt im besonderen Maß für die außerklinische Geburtshilfe und deren Dokumentation und Qualitätssicherung. Das GRÖ sieht hier in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Hebammengremium eine beson-

dere Verpflichtung in der Verbesserung der Dokumentation und Anwendung qualitätssichernder Indikatoren. ■

¹ Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017. BM Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

² Torloni M.R., Betran A.P., Souza J.P., Widmer M., Allen T., Gulmezoglu M., Merialdi M.: A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. PLoS One 2011 Jan 20; 6 (1): e14566

³ Becker A., Eissler U.: Die standardisierte primäre Sectio-rate (SPSR) und ihre Anwendung im Qualitätsmanagement und für Krankenhausvergleiche. Das Krankenhaus 2.2014

⁴ AWMF Online: www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-083.html; zuletzt aufgerufen 3/2022