

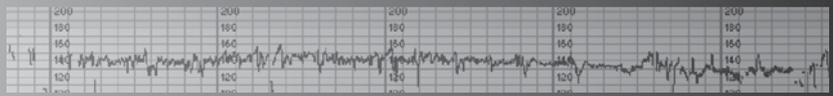
GEBURTENREGISTER

2005

Jahresbericht

KAGes





GEBURTENREGISTER KAGES JAHRESBERICHT 2005



Fachbeirat für das Geburtenregister
MEDIZINISCHE DIREKTION der KAGES
In Zusammenarbeit mit dem Institut
für klinische Epidemiologie
der Tilak Ges.m.b.H



IMPRESSUM



Hannes HOFMANN, Prim. Univ. Doz. Dr.
Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
LKH Feldbach
Ottokar Kernstockgasse 18
8330 Feldbach

hannes.hofmann@lkh-feldbach.at



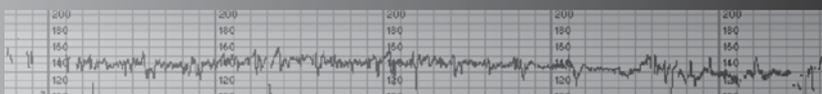
Uwe LANG, Univ. Prof. Dr.
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Auenbruggerplatz 14
8036 Graz

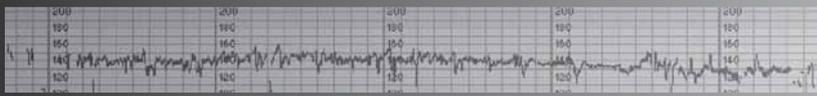
uwe.lang@meduni-graz.at

FRIEDRICH UNTERSWEIG, Dr.med., MSc HSM
Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.
Medizinische Direktion, Abteilung für Qualitätsmanagement
Stiftingtalstrasse 4-6
8010 Graz

friedrich.untersweg@kages.at

Feldbach, Graz, im Dezember 2006





Geburtenregister KAGES – Jahresbericht 2005

VORWORT DER KAGES-GESCHÄFTSFÜHRUNG

Die geburtshilfliche Qualität in den KAGES-Spitälern ist ausgezeichnet. Dies machen auch Vergleiche mit anderen Organisationen und Abteilungen deutlich. So liegt die Steiermark z.B. bei der generell schon geringen Säuglingssterblichkeit hervorragend niedrig.

Seitens der KAGES wurde in den letzten Jahren viel für eine qualitätsvolle Geburtshilfe getan. So wurde auf Basis von zukunftsweisenden Konzepten die Geburtshilfe neu strukturiert. Es wurden z.B. einige kleine – bisher von Chirurgen betreute – geburtshilfliche Stationen geschlossen und die Geburtshilfe in geburtshilflichen Fachabteilungen konzentriert. Als ergänzende organisatorische Maßnahmen wurden dazu entsprechende Transferierungsregelungen vereinbart.

Auch das Geburtenregister, dessen Ergebnisse erstmals im letzten Jahr herausgegeben wurden, ist ein wichtiger Baustein in unseren Qualitätsbemühungen in den steirischen Spitälern. Durch die landesweit einheitliche, EDV-mäßige Erfassung und Aufzeichnung aller Geburten in den KAGES-Spitälern werden neue Vergleichsmöglichkeiten geschaffen und viele wichtige Informationen abgeleitet. Die so gewonnenen Erkenntnisse und daraus abgeleiteten Maßnahmen tragen dazu bei den hohen Qualitätsstandard der geburtshilflichen Versorgung abzusichern bzw. weiter zu heben. Letztlich sollen die Maßnahmen zu einer weiteren Absenkung der Mortalität sowie zur Verringerung von Folgeerkrankungen bei Geburten beitragen.

Gegenüber der Erstausgabe konnte in diesem zweiten Geburtenregister die Datenqualität weiter gesteigert werden. So konnte durch bessere Kontrollen und konsequente Nacherfassung u.a. bei den Geburtsgewichten der Kinder eine 100-prozentige Dokumentation und damit tatsächlich eine lückenlose Erfassung erreicht werden.

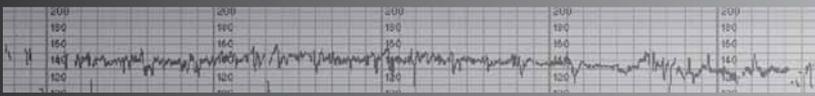
Mit der Organisation und Struktur der Träger-weiten, EDV-mäßigen Geburtendokumentation und dem Geburtenregister der KAGES nimmt die Steiermark im Bereich der Geburtshilfe Österreich-weit eine Vorreiterrolle ein. Wichtige Schritte hin zu einem gesamtösterreichischen Geburtenregister sind gesetzt. Vieles bleibt noch zu tun, aber das bisher Geleistete und schon Erreichte lässt optimistisch in die Zukunft blicken.



Allen Beteiligten, die zum Aufbau der Geburtendokumentation und zur Entwicklung des Geburtenregisters der KAGes beigetragen haben, möchten wir für ihr Engagement danken. Wir schließen allerdings die Bitte an, die „Qualitätsarbeit“, Qualitätssicherung und -verbesserung weiterhin voranzutreiben, damit die KAGes auch in Zukunft zu den führenden Krankenhausträgern Europas zählt.

DI Christian Kehrer e.h.
(Vorstandsdirektor)

Ernst Hecke e.h.
(Vorstandsdirektor)



VORWORT DES MEDIZINISCHEN DIREKTORS DER KAGES

Eine Erfolgsgeschichte zur kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität

Eine Gruppe von Ärzten eines Fachgebietes setzt sich zusammen und definiert die wichtigsten Merkmale für spezifische (Be-)Handlungsabläufe ihres Faches. Sie einigen sich auf messbare Kriterien dieser Handlungsabläufe, u.a. hinsichtlich Effektivität der Behandlung und Patientensicherheit. Sie erstellen daraus einen standardisierten Datensatz, publizieren ihn und treffen damit auf eine interessierte Kollegenschaft.

Clevere EDV-Leute entwickeln dazu ein praktikables Erfassungstool, das zur routinemäßigen Verlaufsdocumentation eingesetzt werden kann und den zusätzlichen Dokumentationsaufwand gering halten hilft. Mit den in einer Datenbank gesammelten Daten können wesentliche Fragen zur Versorgung der Patienten computergestützt beantwortet werden.

Die Ärzte der Fachgruppe wählen gemeinsam mit Mitgliedern anderer beteiligter Fach- und Berufsgruppen (alle vertreten in einem Fachbeirat) ein aussagekräftiges Subset von Daten aus, beginnen die Ergebnisse gemeinsam zu analysieren und nennen es „Register“. Es ist eine ungewohnte Perspektive, weg vom Blick auf den einzelnen Patienten, hin zu Regelmäßigkeiten und Mustern im diagnostischen und therapeutischen Vorgehen der eigenen Abteilung: Beobachtung der Häufigkeit bestimmter Merkmale aller Patienten eines Jahres oder Ausprägung dieser Merkmale in verschiedenen Alters-, Diagnose- oder Risikogruppen.

Führungskräfte aus Abteilungen von Krankenhausträgern auch anderer Regionen beteiligen sich an diesem Projekt. So entsteht die interessante Situation sich mit einer Vielzahl an Abteilungen vergleichen zu können. Damit lassen sich unter Anderem auch Zusammenhänge zwischen Strukturmerkmalen von Abteilungen (wie z.B. Fallzahlen oder Versorgungsstufe) und deren Behandlungsergebnissen herstellen.

Dass der Fachbeirat die Ergebnisse „auf den Tisch“ legt, indem ein Jahresbericht veröffentlicht wird, zeugt von der Bereitschaft zur Transparenz, aber auch von Selbstbewusstsein über das Ausmaß nachweisbarer Qualität der Fachdisziplin im eigenen Bundesland. Die Reaktionen auf die (anonymisierten) Ergebnisse reichen von „Bestätigung bekannter Tatsachen“ bis zum Staunen über die Breite der vorliegenden Streuung zwischen den Abteilungen ebenso wie auch über das Ausmaß der Abweichungen am oberen bzw. unteren Ende des Profils.



Die skizzierte idealtypische Darstellung der Entwicklung eines nachhaltigen Ansatzes zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität ist die Geschichte der Geburtendokumentation, des Geburtenregisters und des dazugehörigen Fachbeirates der KAGES. Sie ist untrennbar verbunden mit der visionären Zielstrebigkeit und dem unermüdlichen Einsatz von Univ. Doz. Dr. Hofmann und der sehr empfänglichen Gruppe der Führungskräfte der geburtshilflichen Einrichtungen in der KAGES.

Mit dem Vorgehen, das jeweils beste und schlechteste Ergebnis der eigenen Abteilung in der Gruppe offen zu legen, wird nicht nur die Anonymität innerhalb der Fachbeiratsgruppe teilweise aufgehoben, sondern auch eine neue Dimension der Diskussion über Prozess- und Ergebnisqualität erreicht. Fragestellungen werden dabei auch „mit nach Hause“ genommen und Rechercheergebnisse in nachfolgenden Sitzungen berichtet.

Dort wo Praxisstile stark variieren und keine wissenschaftliche Evidenz für die eine oder andere Vorgangsweise vorliegt, bleiben dabei durchaus auch Fragen offen. Hier ergibt sich für den Fachbeirat ein weiterer Handlungsraum z.B. auf Basis der bestverfügbaren Evidenz Empfehlungen im Konsens zu erarbeiten.

Aus Sicht des medizinischen Qualitätsmanagements ist das Geburtenregister derzeit in der KAGES der methodisch kompakteste und konsequenteste Ansatz. Hier finden wir eine durchgängige Linie von der Qualitätsplanung zur Qualitätsmessung und –analyse hin zur Qualitätsverbesserung. Wenn die aus den gesammelten Daten und den fachlichen Diskussionen gewonnenen Erkenntnisse und abgeleiteten Empfehlungen in die Praxis umgesetzt werden und schließlich eine Verbesserung der Qualität der Versorgung auch aus den Geburtenregister-Ergebnissen der kommenden Jahre abgelesen werden kann, dann handelt es sich tatsächlich um echte Evidenz für eine vorbildhafte Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen.

Mag.Dr. August Gomsj MPH e.h.
(Leiter der Medizinischen Direktion)



ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Publikation wird zum zweiten Mal die neu entwickelte zentrale Geburtendokumentation der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGES) und das KAGES-Geburtenregister vorgestellt. Damit wird ein umfassender Überblick über die geburtshilfliche Situation an den 10 geburtshilflichen Abteilungen in der KAGES gegeben. Dieses Geburtendokumentationssystem ist Österreich- und Europa-weit dadurch einzigartig, dass auf einem zentralen Server in Graz die Daten fast aller Schwangeren im Bundesland Steiermark, der Anteil der KAGES-Abteilungen liegt bei ca. 85 %, verfügbar sind. Durch diese Struktur wird es auch möglich innerhalb der KAGES, bei Bedarf und medizinischer Notwendigkeit, von allen Abteilungen aus auf die Daten und Ultraschallbilder zugreifen zu können. Diese Möglichkeit schafft dadurch auch eine Verbesserung der Expertise. Beispielsweise wird so u.a. die Arbeit von peripheren Abteilungen erleichtert, indem die Einholung einer Zweitmeinung durch diese Infrastruktur unterstützt wird und unklare Fragestellungen durch die erleichterte Zusammenarbeit spezialisierter zentraler Einheiten mit den peripheren Abteilungen schneller einer Lösung zugeführt werden können.

Seit Ende 2003 sind alle geburtshilflichen Abteilungen der KAGES an diese zentrale Datenbank angeschlossen und seit dem Jahr 2004 werden alle Geburten in den KAGES-Häusern in diesem EDV-System dokumentiert. Auswertungen und Analysen werden in Zusammenarbeit mit dem Institut für klinische Epidemiologie der TILAK durchgeführt. Ein Fachbeirat für das Geburtenregister wurde eingerichtet und tagt mindestens dreimal jährlich. Die Ergebnisse werden dabei steiermarkweit diskutiert und Vorschläge für weitere Verbesserungen eingebracht. Damit kann anhand der Daten von insgesamt 60 Häusern aus ganz Österreich (10 Abteilungen aus der Steiermark) ein Abteilungsvergleich vorgenommen werden. Trends sowie Veränderungen und Entwicklungen im Jahresvergleich werden wir ab dem nächsten Jahr durch die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Jahre 2004, 2005 und 2006 aufzeigen.

Im Jahr 2005 haben 8724 Mütter 8882 Kinder geboren, die Dammschnittrate lag dabei bei 33,1 %, die Kaiserschnittfrequenz bei durchschnittlich 26,8 %, die vaginal operative Entbindungsrate bei 4,4 %.

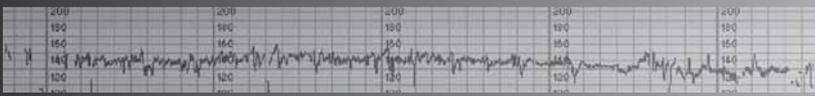
Erwähnenswert ist die extrem niedrige späte neonatale Mortalität (gestorbene Neugeborene vom 8. bis zum 28. Lebenstag) mit 2,9 Promille. Zu beachten ist, dass dabei alle Lebendgeborenen unabhängig vom Geburtsgewicht in der Statistik miterfasst sind, darunter auch 4 lebendgeborene Kinder unter 500 g Geburtsgewicht.



Dieses Ergebnis ist auf die exzellente neonatologische Versorgung der Neugeborenen durch unsere zwei neonatologischen Zentren (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, LKH-Univ.Klinikum Graz, Univ. Prof. Dr. W. MÜLLER, Abteilung für Kinder und Jugendliche, LKH Leoben, Univ. Prof. Dr. I. MUTZ) zurückzuführen.

In der perinatalen Mortalität (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag verstorbene Neugeborene) von 5,4 Promille sind auch alle nicht lebensfähigen, fehlgebildeten Kinder und Totgeburten ab 500 g Geburtsgewicht enthalten. Im aktuellen Bericht werden in einer neu eingefügten Tabelle alle Fälle, in denen die Kinder die Perinatalperiode nicht überlebt haben, als Einzelfallanalyse aufgelistet. An Hand dieser Analyse kann deutlich aufgezeigt werden, wie exzellent die Geburtshilfe in der Steiermark bzw. in den KAGES-Spitälern praktiziert wird.

Im vorliegenden Bericht sind für das Jahr 2005 100 Prozent der KAGES-Geburten erfasst, bezogen auf alle steirischen Geburten liegt der Erfassungsgrad damit immerhin bei ca. 85 Prozent. Das Diakonissinnen-Krankenhaus Schladming liefert schon seit längerer Zeit Daten an das Institut für klinische Epidemiologie der TILAK (IET). Im vorliegenden Bericht sind deren Daten jedoch nicht berücksichtigt, er beruht ausschließlich auf KAGES-Daten. Die freipraktizierenden Hebammen haben sich in den letzten Monaten ebenfalls entschlossen, nicht nur Steiermark- sondern sogar Österreich-weit, am Geburtenregister teilzunehmen und Daten zur Auswertung an das Institut für klinische Epidemiologie der TILAK zu schicken. Damit wurde ein weiterer Meilenstein für ein zukünftiges „Geburtenregister Österreich“ (GRÖ) gesetzt. Die Geburten der beiden Grazer Sanatorien fehlen noch im Geburtenregister. Im ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) wurde jedoch bereits angekündigt, dass in Zukunft Geburtshilfe nur mehr in jenen Institutionen praktiziert werden wird können, die sich an einer Qualitätssicherungsaktivität ähnlich dem Geburtenregister beteiligen.



DANK

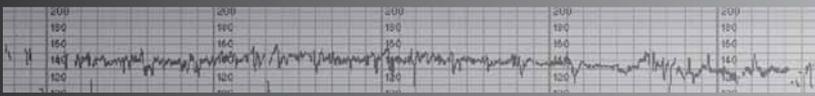
Im Namen des Fachbeirates der KAGES für das steirische Geburtenregister erlaube ich mir, mich bei allen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KAGES, vor allem bei allen Hebammen und Ärzten der Abteilungen sehr herzlich zu bedanken. Die Vorlage des zweiten Berichtes zeigt die Kontinuität der hervorragenden Dokumentation in der KAGES auf. Mein spezieller Dank gilt den Mitgliedern des Fachbeirates für das Geburtenregister, dem medizinischen Direktor der KAGES Dr. August Goms, den Primärärzten für Geburtshilfe und Kinderheilkunde in der Steiermark und den Klinikvorständen Univ. Prof. Dr. Uwe Lang und Univ. Prof. Dr. Wilhelm Müller. Ein besonderer Dank gilt den Kollegen Mag. Josef Galler vom Unternehmensinformationsmanagement (UIM) und Dr. Friedrich Untersweg von der Medizinischen Direktion, Abteilung für Qualitätsmanagement. Beide haben sich besonders um die Fortführung des Projektes im Jahr 2005 bemüht. Ich möchte mich aber auch für die Unterstützung von Seiten der Firma LB-Systems, hier vor allem bei den Herren Gerald Zögl, Peter Langwieser und Thomas Reckendorfer, aber auch bei allen anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Firma für das extrem konstruktive Umsetzungsklima bedanken. Mit dem unmittelbar bevorstehenden Releasewechsel der Geburtendokumentationssoftware stehen wir auch hier vor einem weiteren Qualitätssprung. Auf Basis der neuen Software-Release-Version werden die zahlreichen konstruktiven Vorschläge zur weiteren Verbesserung des Programms umgesetzt werden können. Nicht zuletzt gebührt allen Mitarbeitern des Instituts für klinische Epidemiologie der TILAK ein Dank für ihr großes Engagement beim Aufbau des gesamt-österreichischen Geburtenregisters (GRÖ). Hervorzuheben ist die gute Zusammenarbeit mit Dr. Willi Oberaigner und Herrn Hermann Leitner. Einen weiteren besonderen Dank richte ich auch an die Vorstände der KAGES, die uns immer wohlwollend in unserem Vorhaben unterstützt haben. Ausgesprochen dankbar bin ich Herrn Dr. W. Zeck von der Univ.Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Herrn Prof.Dr. Berndt Urlesberger von der Univ.Klinik für Kinder und Jugendheilkunde, Herrn OA. Dr. Werner Schaffer vom LKH Leoben und Frau Ass. Dr. Andrea Elsenwenger aus meiner Abteilung, die mich in der nachträglichen Datenerfassung und bei der Umsetzung von Korrekturen enorm unterstützt hat. Ohne ihre Hilfe hätten wir gegenüber dem Vorjahr nicht diese deutliche Verbesserung der Datenqualität erreicht. Ich bitte alle Beteiligten sich auch weiterhin so intensiv zu bemühen und alle, auch die neu Hinzukommenden, bitte ich die Möglichkeit zur Schaffung eines Österreich-weiten Geburtenregisters zu nutzen und dazu beizutragen uns damit eine gute Grundlage für Qualitätsmanagement in der Geburtshilfe zu schaffen.

H. Hofmann, Feldbach, Graz, Dezember 2006



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort der KAGes-Geschäftsführung	4
Vorwort des Medizinischen Direktors der KAGes	6
Zusammenfassung	8
Dank	10
Inhaltsverzeichnis	11
Einleitung	12
1. Ziele	13
a) Hauptziel:.....	13
b) Nebenziele:	13
2. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2006)	14
3. Organisation des Geburtenregisters der KAGes	18
a) Erhebung der Daten.....	19
b) Benchmarking – Österreichvergleich.....	19
4. Fachbeirat des KAGes – Geburtenregisters	20
5. Teilnehmende Abteilungen und Verantwortlichkeiten	22
6. Ergebnisse	23
a) Beschreibung der Tabellen.....	23
b) Aufbau der Tabellen.....	23
c) Beschreibung der Abbildungen	23
d) Tabellen und Grafiken Geburtenregister KAGes	24
7. Benchmarking der 60 teilnehmenden österreichischen Abteilungen	43
e) Dokumentationsqualität.....	44
f) Geburt.....	50
g) Sectio.....	64
h) Kinder.....	71
8. Kommentar zum Benchmarking anhand der Daten aus 60 Abteilungen	79
9. Ausblick 2006/2007	80
10. Abschlussbemerkungen	82
Abbildungsverzeichnis	84
Tabellenverzeichnis	86
Glossar	87



EINLEITUNG

Der Fachbeirat für das Geburtenregister der Stmk. KAGES freut sich den vorliegenden Jahresbericht 2005 präsentieren zu können.

Nach entsprechender Vorbereitungszeit und Vorarbeiten konnten für das Jahr 2005 bereits zum zweiten Mal sämtliche Geburten der geburtshilflichen Abteilungen der KAGES EDV-technisch erfasst und ausgewertet werden. In diesem Jahr wurde besonderes Augenmerk auf die Kontrolle der Datenqualität gelegt. So ist es z.B. heuer gelungen durch Nacherfassung eine 100%ige Dokumentation der Geburtsgewichte (keine Fälle mit fehlender Angabe: „o.A.“) zu erreichen.

Die Auswertung der Daten erfolgt in bereits bewährter Weise in Kooperation mit dem Institut für klinische Epidemiologie der TILAK (IET). Die Ergebnisse werden von Experten auf Datensicherheit und Datenqualität überprüft. Die Geburtsdaten der Stmk. KAGES werden mit den Daten der 50 anderen teilnehmenden Abteilungen, aus mittlerweile allen Bundesländern, verglichen.

Damit sind erste Schritte in die Zukunft eines gesamtösterreichischen Geburtenregisters gesetzt, zu dessen Vollendung sich „nur noch“ die fehlenden Abteilungen aus den anderen Bundesländern, die verbleibenden freipraktizierenden Hebammen und einige wenige steirische Abteilungen wie die Grazer Sanatorien entschließen müssen. Derzeit werden im entstehenden Geburtenregister Österreich (GRÖ) mit den teilnehmenden 60 Abteilungen bereits circa 75 % aller Geburten in Österreich erfasst.



1. ZIELE

Die Ziele haben sich seit Beginn 2004 nicht verändert:

a) HAUPTZIEL:

Das Hauptziel des Projektes ist die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe, um damit einen aktiven Beitrag zur weiteren Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität zu ermöglichen. Nur durch objektiven Vergleich der Daten aller Geburten innerhalb einer Organisation bzw. Region und noch vielmehr durch einen Österreich-weiten Vergleich können Verbesserungspotenziale identifiziert werden und zu Verbesserungen im Gesamtsystem führen.

In mehreren intensiven Fachbeiratssitzungen hatten die Fachleute in der Steiermark die Möglichkeit, die Daten genau zu analysieren und entsprechende Schlüsse für ihre eigene Abteilung zu ziehen. Entsprechend den Intentionen des Bundesministeriums für Gesundheit werden in Österreich zukünftig nur mehr dort Geburten stattfinden dürfen, wo eine Qualitätskontrolle durch die Teilnahme an Österreich-weiten Vergleichen gesichert ist.

b) NEBENZIELE:

Folgende Nebenziele werden angestrebt:

- Demonstration der geburtshilflichen und neonatologischen Qualität gegenüber der Öffentlichkeit.
- Erstellung sachbezogener Unterlagen für Verbesserungsvorschläge des Gesundheitssystems.
- Gewinnung von Unterlagen zur Beantwortung von wesentlichen geburtshilflichen Fragen.
- Gewinnung epidemiologischer Daten – z.B. zu Folgen von Katastrophen (Umwelt), Fehlbildungen.

2. ÖSTERREICHISCHER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT (ÖSG 2006)

Gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 28. Juni 2006

Herausgeber : Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006) ist eine konsequente Weiterentwicklung des ÖKAP (Österreichischer Krankenanstaltenplan) und ist als Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2010 konzipiert. Er ist ein regionaler Rahmenplan für Versorgungsregionen und Versorgungszonen und setzt an einer integrativen regionalen Versorgungsplanung an.

Auszug aus dem ÖSG 2006 betreffend Gynäkologie und Geburtshilfe (GGH):

DEFINITIONEN, ZIELGRUPPEN:

Stufen der abgestuften geburtshilflichen Versorgung:

Stufe 1: Maximalversorgung (Perinatalzentrum)

Interdisziplinäre Einrichtung mit Schwerpunkt in der Geburtshilfe und Neonatologie (beide Einrichtungen in unmittelbarer räumlicher Nachbarschaft) zur Versorgung von Kindern mit pränatal diagnostizierten medizinischen Risikokonstellationen.

Stufe 2: Schwerpunktversorgung

Stufe 3: Grundversorgung

Für bereits bestehende GGH-Abteilungen in begründeten Ausnahmefällen für periphere Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und unzureichender Erreichbarkeit sowie bei Geburtenzahlen unter 365/Jahr: reduzierte Grundversorgung

PERSONALAUSSTATTUNG UND –QUALIFIKATION:

Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung auf allen Stufen der geburtshilflichen Versorgung.

Stufe 2: Schwerpunktversorgung

- Fachärztin/-arzt für GGH rund um die Uhr anwesend;
- Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde rund um die Uhr anwesend;
- mindestens eine Hebamme rund um die Uhr anwesend
- Fachärztin/-arzt für Anästhesie rund um die Uhr in der Krankenanstalt anwesend;
- Sicherstellung der Operationsbereitschaft rund um die Uhr durch Anwesenheit des Funktionspersonals.



Stufe 3: Grundversorgung

- Fachärztin/-arzt für GGH oder ärztliches Personal in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für GGH: Anwesenheit entsprechend den Regelungen des KAKuG;
- Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde verfügbar;
- Fachärztin/-arzt für Anästhesie rund um die Uhr in der Krankenanstalt anwesend;
- mindestens eine Hebamme rund um die Uhr anwesend;
- mindestens eine Kinderkrankenpflegeperson oder zweite Hebamme rund um die Uhr anwesend;
- Sicherstellung der Operationsbereitschaft rund um die Uhr durch Anwesenheit des Funktionspersonals (perinatale Anästhesie).

Reduzierte Grundversorgung

- Fachärztin/-arzt für GGH: Anwesenheit entsprechend den Regelungen des KAKuG;
- Bei Patientenanwesenheit eine Hebamme rund um die Uhr anwesend;
- Ausnahmen für ärztliche Anwesenheitsregelung bzw. Rufbereitschaftsmodelle bedürfen der Genehmigung durch die Sanitätsbehörde.

INFRASTRUKTUR:

Stufe 1: Maximalversorgung (Perinatalzentrum)

- Neonatologie: mindestens sechs, idealer Weise zehn bzw. maximal 16 neonatologische Intensivbetten

Stufe 2: Schwerpunktversorgung

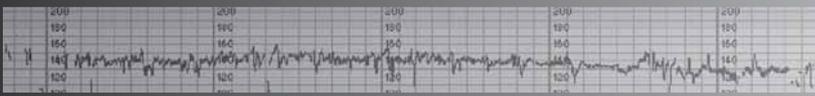
- Neonatologie, die eine Beatmungsmöglichkeit sicherstellt; länger zu beatmende Neugeborene sind an ein Perinatalzentrum (Stufe 1) zu verlegen

VERSORGUNGSSTRUKTUREN / LEISTUNGSANGEBOTE:

Stufe 1: Maximalversorgung (Perinatalzentrum)

1. Referenzzentrum für pränatale Diagnostik und Pränataltherapie:

- Durchführung der Ultraschalldiagnostik durch eine/n in der Ultraschall-Diagnostik entsprechend qualifizierte/n Fachärztin/Facharzt für GGH (inkl. fetaler Gewebs- und Blutabnahme); Pränataltherapie am ungeborenen Kind
- Zugang zu folgenden Spezialdisziplinen ist sicherzustellen: Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kinderradiologie und andere bildgebende Diagnostik, Kinderchirurgie, Infektiologie, Kinderurologie



2. Geburtshilfe:

- gesamtes geburtshilfliches Leistungsspektrum der konservativen und operativen Schwangerenbetreuung

3. Neonatologie:

- Versorgung folgender perinataler Risikofälle (beispielhaft):
 - zu erwartende Frühgeburt mit hochgradiger Unreife;
 - Drillings- und Vielfachschwangerschaften;
 - Feten mit pränatal erkannten schweren, aber lebensfähigen Fehlbildungen bzw. Erkrankungen;
 - Morbus haemolyticus fetalis;
 - Drogenabhängigkeit der Mutter;
 - schwere mütterliche Grunderkrankung (kardiologisch, neurologisch, onkologisch, etc.).

Stufe 2: Schwerpunktversorgung

- Betreuung von Müttern mit festgestellten pränatalen Risikobildern;
- Missbildungs-Ultraschalluntersuchungen sowie Genetik-Screenings;
- Ultraschalldiagnostik durch ein in der Ultraschall-Diagnostik entsprechend qualifiziertes fachärztliches Personal für GGH.

Stufe 3: Grundversorgung

- Betreuung risikofreier Schwangerschaften;
- Transferierung von Risikoschwangerschaften an eine Abteilung mit geburtshilflicher Schwerpunktversorgung (Stufe 2) oder an ein Perinatalzentrum (Stufe 1);
- Indikation zur Transferierung nach definierten Leitlinien (bis zur Entwicklung Österreich-weit gültiger Leitlinien Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, AWMF Leitlinien Nr.: 24/001).

Im Fall reduzierter Grundversorgung grundsätzlich zulässig:

- Geburtshilfe: Geburten reifer Einlinge in Terminnähe bei Frauen ohne ersichtliches Risiko und bei vaginalen Entbindungen ohne Voroperation am Uterus
- Gynäkologie: Gynäkologische Eingriffe inklusive Beherrschung der dafür typischen Komplikationen



SONSTIGES:

(unsere Hervorhebung)

Teilnahme an *Ergebnisqualitäts*-Registern (Österreichweites Geburtenregister, Perinatalerhebung)

Reduzierte Grundversorgung

- Verpflichtende Vorlage von Leistungs-/Versorgungskonzepten durch die Länder für die betroffenen GGH Abteilungen sowie Beschluss in der Landesgesundheitsplattform
- Im Rahmen der zu entwickelnden Leistungs-/Versorgungskonzepte Dokumentation der gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen betreffend die E-E-Zeit (Zeitintervall zwischen Entschluss zur Sectio bis zur Entwicklung des Kindes)
- **Evaluierung des Leistungsgeschehens in jährlichen Berichten (inkl. Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern)**

Näheres ist nachzulesen unter:

http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0037/CMS1136983382893/oesg2006_280606.pdf

Diese Bundesstruktur Vorgaben müssen in den Bundesländern erst noch legislativ umgesetzt werden.

Die 10 KAGES-Spitäler erfüllen weitestgehend die im ÖSG vorgegebenen Richtlinien in allen Bereichen, außer im ersten im ÖSG aufgeführten Punkt (Führung einer geburtshilflichen Abteilung ohne gleichzeitige gynäkologische Leistungserbringung). Transferierungsleitlinien wurden bereits 2003 in einem KAGES-internen Qualitätsmanagement-Projekt bearbeitet, festgelegt und werden seitdem entsprechend umgesetzt.

Die Teilnahme an Österreich-weiten Vergleichen im Rahmen des entstehenden Geburtenregisters Österreich (GRÖ), die Erarbeitung von Empfehlungen des Fachbeirats und die Herausgabe dieser Publikation sind als Teile des Qualitätsmanagements in der Geburtshilfe der KAGES zu verstehen. Damit sind gute Voraussetzungen für eine fachlich sich hochwertig weiterentwickelnde Geburtshilfe in der Steiermark gegeben.

Aus Sicht der Geburtshilfe in der Steiermark ist eine reduzierte Grundversorgung ohne Vorhaltung einer Kaiserschnittentbindungsmöglichkeit absolut abzulehnen.

3. ORGANISATION DES GEBURTENREGISTERS DER KAGES

Alle 10 geburtshilflichen Abteilungen der KAGES in der Steiermark nehmen an dem vorliegenden Projekt teil. Die Teilnahme ist freiwillig. Alle Ergebnisse und Auswertungen einer Abteilung stehen jeweils nur dieser Abteilung zur Verfügung. Jede Abteilung hat sich verpflichtet, für jede Geburt den genormten Datensatz des perinatologischen Erhebungsbogens zu liefern. Siehe Publikation 2004 (vgl. Arbeitsgemeinschaft für Informationsverarbeitung in Gynäkologie und Geburtshilfe (AIG) 2000; www.bqs-online.de; perinatologischer Dokumentationsbogen: http://www.bqs-online.de/boegen-2004/M_16_1_2004.pdf).

Damit ist für die perinatale Datenerfassung ein international genormter Erhebungsbogen im Einsatz, auf Basis dessen erst die Leistung der geburtshilflichen Einheiten vergleichbar wird.

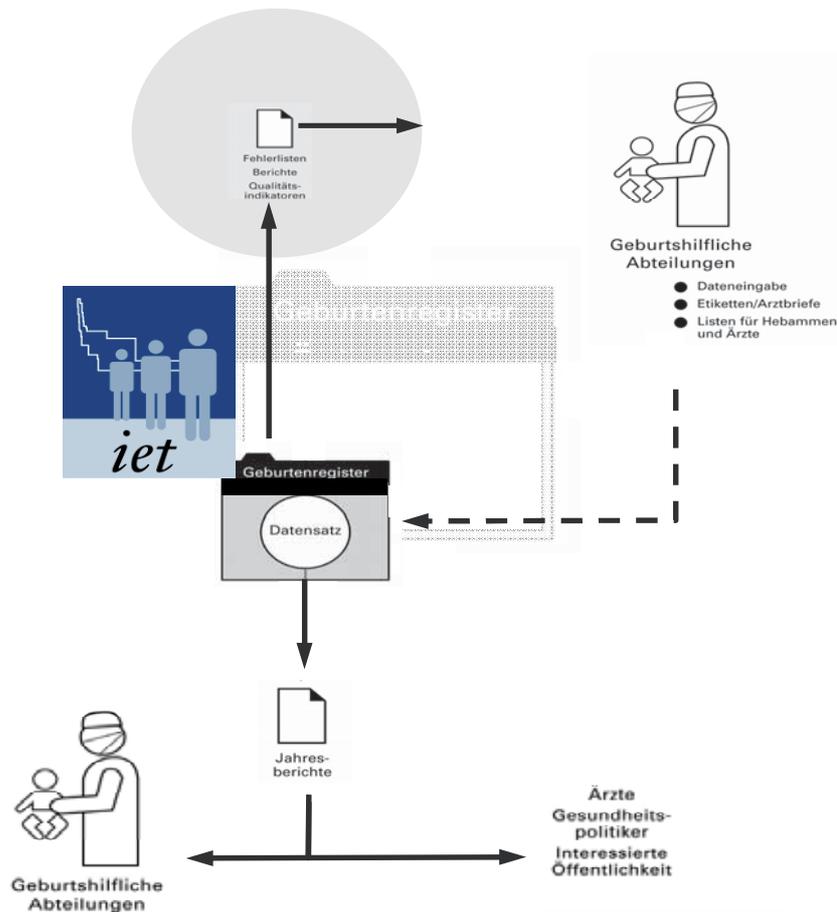


Abbildung 1: Geburtenregister KAGES



a) ERHEBUNG DER DATEN

Die Erhebung der Daten in den einzelnen geburtshilflichen Abteilungen erfolgt mit der Software der Firma LB-Systems (PIA). Eingegebene Daten werden dreimonatlich dem Institut für klinische Epidemiologie (IET) der TILAK GmbH in Tirol übermittelt. Das IET wertet bzw. überprüft die Daten nach folgenden Kriterien:

- Vollständigkeit der Daten
- Fehlerhafte Werte
- Unplausible Werte

Es werden Fehlerlisten generiert, die den für das Geburtenregister zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der einzelnen Häuser mit der Bitte um Korrektur zugesandt werden. Die korrigierten Daten werden eingearbeitet und für die endgültige Auswertung herangezogen.

b) BENCHMARKING – ÖSTERREICHVERGLEICH

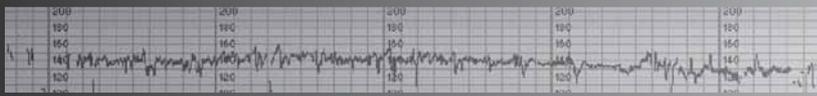
Das Institut für klinische Epidemiologie der TILAK (IET) führt das entstehende Geburtenregister Österreich und erstellt für alle teilnehmenden Abteilungen (auch die Abteilungen des Geburtenregisters der KAGES) regelmäßig folgende Auswertungen:

- Kernauswertung – vierteljährlich
- Qualitätsindikatoren – jährlich
- Gesamtvergleich mit allen teilnehmenden Abteilungen – jährlich
- Spezielle Auswertungen – auf Anfrage

Das IET erhält Österreich-weit von den teilnehmenden Abteilungen keine direkt personenbezogenen, sondern ausschließlich anonymisierte Daten.

Abteilungsspezifische Ergebnisse werden nur an den jeweiligen Abteilungsvorstand weitergegeben. Damit ist für alle Abteilungen absolute Datensicherheit gegeben. Schlüsse und Maßnahmen aus den abteilungsspezifischen Auswertungen obliegen der jeweiligen Abteilungsleitung und sind auch nicht Gegenstand des vorliegenden Heftes.

Das Institut für klinische Epidemiologie (IET) der TILAK stellt dem Geburtenregister der KAGES (in Zukunft Geburtenregister Steiermark) für den Österreich-weiten Vergleich die (sowohl hinsichtlich der behandelten Personen als auch hinsichtlich der teilnehmenden Abteilungen) anonymisierten Daten aus allen Österreich-weit teilnehmenden Abteilungen zur Verfügung (derzeit 60 Abteilungen). Diese Auswertungen werden in unserem Fachbeirat analysiert und im vorliegenden Heft thematisiert und kommentiert.



Das IET hat sich zur strikten Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet, damit ist auch die Weitergabe von Daten aus einer einzelnen Abteilung an Dritte nur mit expliziter, schriftlicher Erlaubnis des jeweiligen Abteilungsvorstandes möglich. Außerdem wurden weitere strenge Datensicherheitsmaßnahmen (Zugangscodes für alle Benutzer) getroffen, die einen unbefugten Zugriff auf die gespeicherten Daten praktisch unmöglich machen.

4. FACHBEIRAT DES KAGES – GEBURTENREGISTERS

Zur Unterstützung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der geburtshilflichen Versorgung in den Krankenanstalten der Stmk. KAGES wurde ein Geburtenregister-Fachbeirat eingerichtet, welcher der Medizinischen Direktion der KAGES zugeordnet ist. Der Fachbeirat wurde am 7. Mai 2003 gegründet, er tagt zumindest dreimal pro Jahr und arbeitet auf Basis einer Geschäftsordnung. Im Fachbeirat werden alle das Geburtenregister betreffenden Angelegenheiten besprochen.

Tabelle 1: Mitglieder des Fachbeirates der KAGES (Stand: 20.12.2006)

LKH	Name	Vertretung
Bruck a.d.Mur	OA. Dr. Gerhard PRETTENHOFER	Prim. Univ. Prof. Dr. Georg RALPH
Bruck a.d.Mur	OHeb. Hermine KORTAN	
Deutschlandsberg	OA. Dr. Gerald WALTHER	Prim. Dr. Peter HOFMANN
Feldbach	Prim. Univ. Doz. Dr. Hannes HOFMANN	OA. Dr. Klaus MEZLER
Graz, Neonatologie	OA. Dr. Manfred DANDA	OA. Dr. Jörg KUTSCHERA
Graz, Geburtshilfe	OA. Dr. Franz MOSER	Univ. Prof. Dr. Uwe LANG
Graz, Geburtshilfe	OHeb. Barbara TOMANN	
Hartberg	OA. Dr. Kristin BRAUNSTEINER	Prim. Dr. Kurt RESETARITS
Judenburg	OA. Dr. Hermann TRABY	Prim. Dr. Peter KLUG
Leoben, Geburtshilfe	OA. Dr. Werner SCHAFFER	Prim. Univ. Prof. Dr. Georg RALPH
Leoben Neonatologie	Prim. Univ. Prof. Dr. Ingomar MUTZ	OA. Dr. Gerolf SCHWEINTZGER
Med.Direktion KAGES	Dr. Friedrich UNTERSWEIG	
Rottenmann	OA. Dr. Rajko CURCIC	
Voitsberg	OA. Dr. Bernd EISSNER	Prim. Dr. Peter HOFMANN
Wagna	OA. Dr. Bernd RODENKIRCHEN	Prim. Dr. Peter HOFMANN



Gewählte Führung des Fachbeirates

Prim. Univ. Doz. Dr. Hannes HOFMANN (Vorsitzender) LKH Feldbach, Ärztlicher Direktor, Leiter der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Univ. Prof. Dr. Uwe LANG (stellvertretender Vorsitzender), LKH-Universitätsklinikum Graz, Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

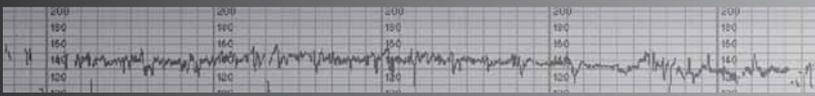
Dr. Friedrich UNTERSWEIG (Koordinator und Schriftführer), Medizinische Direktion der KAGES, Abteilung für Qualitätsmanagement

Selbstverständlich sind sämtliche Abteilungsleiter der geburtshilflichen Abteilungen der KAGES in die Entscheidungen im Fachbeirat mit eingebunden und jeweils durch eine/n Vertreter/in repräsentiert.

Der Geburtenregister-Fachbeirat spricht Empfehlungen für die KAGES bzw. die einzelnen teilnehmenden Häuser aus und berichtet im Qualitätssicherungsbeirat der KAGES, der seinerseits der Geschäftsführung zugeordnet ist, regelmäßig über seine Arbeit.

Am 22. Juni 2006 wurden die Ergebnisse des Jahres 2005 in einer eigenen (der 9.) Fachbeiratssitzung ausführlich gemeinsam besprochen und analysiert. In dieser Sitzung wurden u.a. die Unterschiede bei der Behandlung von Schwangeren in der Periode nach dem errechneten Geburtstermin vorgestellt und detailliert mit dem Ziel besprochen eventuell ein einheitliches Vorgehen für die Zukunft zu vereinbaren.

Im abgelaufenen Jahr hat sich auch Österreich-weit ein Geburtenregister-Fachgremium gebildet, dessen Vorsitz Herr Univ. Prof. Dr. P. HUSSLEIN (AKH Wien) innehat.



5. TEILNEHMENDE ABTEILUNGEN UND VERANTWORTLICHKEITEN

Tabelle 2: KAGES-Abteilungen in alphabetischer Reihenfolge (Stand: 20.12.2006)

Abteilung	Vorstand	Verantwortlicher Arzt	Verantwortliche Hebamme
Bruck a.d.Mur	Prim. Univ. Prof. Dr. George Ralph	OA. Dr. Gerhard Prettenhofer	OHeb. Hermine Kortan
Deutschlandsberg	Prim. Dr. Peter Hofmann	OA. Dr. Gerald Walther	OHeb. Renate Filzwieser
Feldbach	Prim. Doz. Dr. Hannes Hofmann	OA. Dr. Klaus Mezler	OHeb. Daniela Hüpfel
Hartberg	Prim. Dr. Kurt Resetarits	OA. Dr. Kristin Braunsteiner	OHeb. Lydia Wiltschnigg
Judenburg	Prim. Dr. Peter Klug	OA. Dr. Hermann Traby	OHeb. Angela Kapfer
Leoben	Prim. Univ. Prof. Dr. George Ralph	OA. Dr. Werner Schaffer	OHeb. Maria Andic
Rottenmann	Prim. Dr. Peter Klug	OA. Dr. Hans Steinbauer	OHeb. Friederike Ruppe
Universitätsklinik Graz	Univ. Prof. Dr. Uwe Lang	OA. Dr. Franz Moser Dr. Eva-Christine Weiss	OHeb. Barbara Tomann
Voitsberg	Prim. Dr. Peter Hofmann	OA. Dr. Wolfgang Grinschgl OA. Dr. Bernd Eissner	OHeb. Maria Reinisch
Wagna	Prim. Dr. Peter Hofmann	OA. Dr. Bernd Rodenkirchen	Heb. Elisabeth Absenger



6. ERGEBNISSE

a) BESCHREIBUNG DER TABELLEN

Die folgenden Tabellen geben die wichtigsten Daten wieder, die im Geburtenregister dokumentiert werden. Wir halten uns an den perinatologischen Datensatz der von der AIG Deutschland in der Fassung 2000 definiert wurde (siehe www.bqs-online.de).

b) AUFBAU DER TABELLEN

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

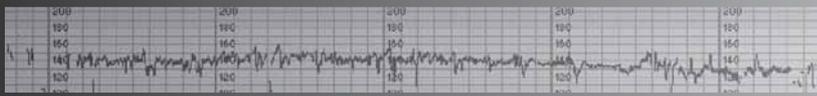
Die Tabellen lassen sich primär in zwei Kategorien einteilen: Tabellen, in denen die Mütter gezählt werden und Tabellen, in denen Kinder bzw. deren Entbindungen dargestellt werden.

c) BESCHREIBUNG DER ABBILDUNGEN

Die Abbildungen zeigen die Ergebnisse aller 60 Österreich-weit teilnehmenden Abteilungen in Balkendiagramm-Form. Dies entspricht auch der Form, wie jede Abteilung vom Institut für klinische Epidemiologie der TILAK in Quartals- und Jahresauswertungen die vergleichenden Darstellungen der Ergebnisse als Grafiken übermittelt bekommt. Die steirischen Abteilungen sind mittels roter Markierung hervorgehoben. Abweichend vom Vorjahr wurden die Graphiken und Zahlendaten nicht überarbeitet sondern diesmal direkt von der IET-Auswertung übernommen.

Kommentare:

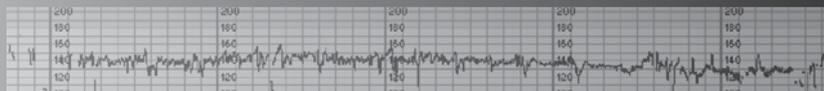
Prim. Univ. Doz. Dr. Hannes Hofmann und Univ. Prof. Dr. Uwe Lang



d) TABELLEN UND GRAFIKEN GEBURTENREGISTER KAGES

Tabelle 3: Übersicht über die geburtshilflichen Daten der KAGES-Abteilungen

KAGES 2005				
	Mütter/Geburten		Kinder	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Insgesamt	8724	100.0%	8882	100.0%
Erstgebärende	4204	48,2.0%		
Mehrlingsschwangerschaften	153	1.8%		
Vaginalgeburten			6508	73.3%
Sectiones			2374	26.8%
Schädellagen			8290	93.3%
Beckenendlagen			513	5.8%
Querlagen			47	0.5%
o.A.			8	0.0%
Frühgeburten (<2500 g)			701	7.9%
Frühgeburten (bis 36+6.SSW)			832	9.4%
Übertragungen (ab 42+0SSW)			101	1.1%
Episiotomien	2140	33.1%		
Antepartuale Todesfälle			18	2.0‰
subpartuale Todesfälle			6	0.7‰
Neonatale Todesfälle (bis 7. Lebenstag)			24	2.7‰
Neonatale Todesfälle (bis 28. Lebenstag)			26	2.9‰
Perinatale Mortalität			48	5.4‰
Mütterliche Mortalität	0	0.0%		



Medizinische Interpretation

In den KAGES – Spitälern wurden im Jahr 2005 insgesamt 8724 Frauen entbunden. Es wurden 8882 Kinder geboren. Die durchschnittliche Rate an Kaiserschnitten in der KAGES lag bei 26,8 %. Bei 33,1 % der Vaginalgeburten wurde ein Scheidendammschnitt vorgenommen.

Die perinatale Mortalität (Tod des Kindes vor und während der Geburt und bis zum 7. Lebenstag nach der Geburt) liegt bei 5,4 ‰, was international als gutes Ergebnis zu betrachten ist, vor allem da auch Lebendgeborene unter 500 g mitberücksichtigt wurden und sämtliche nicht lebensfähigen Fehlbildungen miterfasst sind. Dieses Ergebnis liegt unter dem österreichischen Durchschnitt von 5,9 ‰. Auch 2005 gab es im Bereich der KAGES keinen einzigen mütterlichen Todesfall.

Tabelle 4: Abteilungsgröße nach Anzahl der geborenen Kinder

KAGES 2005		
Anzahl der geborenen Kinder	Anzahl der Abteilungen	Prozent
Bis 365 geborene Kinder	1	10%
365-499 geborene Kinder	2	20%
500-999 geborene Kinder	5	50%
1000-1999 geborene Kinder	1	10%
Über 2000 geborene Kinder	1	10%

Basis: Kinder

Medizinische Interpretation

Von den zehn geburtshilflichen Abteilungen der KAGES hatte im Jahr 2005 eine Abteilung unter 365 Geburten, zwei hatten unter 500 Geburten, fünf zwischen 500 und 1000 Geburten und zwei über 1000 Geburten.


Tabelle 5: Anzahlen

	KAGes 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Mütter	8724	100.0%	43864	100.0%
Kinder	8882	100.0%	44700	100.0%
im Jänner 2005	739	8.3%	3547	7.9%
im Februar 2005	679	7.6%	3303	7.4%
im März 2005	700	7.9%	3686	8.2%
im April 2005	689	7.8%	3471	7.8%
im Mai 2005	730	8.2%	3797	8.5%
im Juni 2005	740	8.3%	3715	8.3%
im Juli 2005	818	9.2%	4148	9.3%
im August 2005	792	8.9%	3913	8.8%
im September 2005	804	9.1%	3994	8.9%
im Oktober 2005	805	9.1%	3938	8.8%
im November 2005	664	7.5%	3563	8.0%
im Dezember 2005	722	8.1%	3625	8.1%

Medizinische Interpretation

Die Tabelle zeigt die Anzahl der Geburten in den Abteilungen der KAGes bzw. den teilnehmenden Abteilungen anderer Bundesländer aufgeschlüsselt nach Monaten.

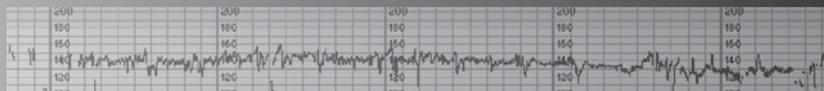
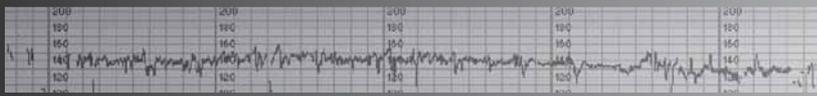


Tabelle 6: Teilnehmende Abteilungen

	Bundesland	Abteilungsname
1	Tirol	Hall
2		Innsbruck
3		Kitzbühel
4		Kufstein
5		Lienz
6		Reutte
7		Sanatorium Kettenbrücke
8		Schwaz
9		St. Johann
10		Zams
11	Kärnten	Klagenfurt
12	Niederösterreich	Amstetten
13		Baden
14		Hainburg
15		Hollabrunn
16		Klosterneuburg
17		Korneuburg
18		Krems
19		Lilienfeld
20		Melk
21		Mistelbach
22		Scheibbs
23		St.Pölten
24		Tulln
25		Waidhofen a.d. Thaya
26		Waidhofen a.d. Ybbs
27		Wr. Neustadt
28		Zwettl
29	Salzburg	Salzburg
30	Steiermark	Bruck an der Mur
31		Deutschlandsberg
32		Feldbach
33		Hartberg



	Bundesland	Abteilungsname
35		Leoben/Eisenerz
36		Rottenmann
37		Schladming
38		Univ.Klinikum Graz
39		Voitsberg
40		Wagna
41	Vorarlberg	Bregenz
42		Dornbirn
43		Feldkirch
44	Wien	AKH WIEN
45		SMZ-Ost Donauspital
46		SMZ-Süd Kaiser Franz Josef Spital
47		Semmelweis Frauenklinik
48		Wilhelminenspital
49	Oberösterreich	Bad Ischl
50		BH Brüder Linz
51		Frauenklinik Linz
52		Freistadt
53		Gmunden
54		Kirchdorf
55		Ried im Innkreis
56		Rohrbach
57		Schärding
58		Steyr
59		Vöcklabruck
60		Wels

Seit 2004 haben sich weitere 19 Abteilungen entschlossen am Geburtenregister Österreich teilzunehmen und ihre geburtshilflichen Daten an das Epidemiologische Institut der TILAK zu senden.

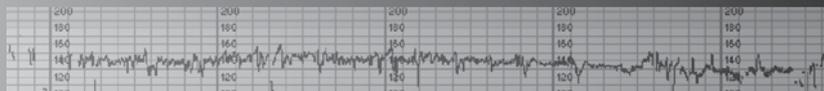


Tabelle 7: Schwangerschaft

	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
Parität				
0	4204	48.2%	20910	47.7%
1	3001	34.4%	14748	33.6%
2	1033	11.8%	5605	12.8%
>=3	486	5.6%	2601	5.9%
Anzahl der Kinder				
Einling	8569	98.2%	42163	96.1%
Zwilling	147	1.7%	785	1.8%
Drilling	6	0.1%	30	0.1%
Vierling	0	0.0%	1	0.0%
o.A.	2	0.0%	721	1.6%

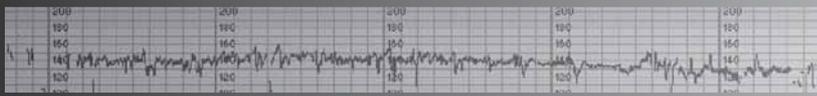
Basis: Mütter

Medizinische Interpretation

48,2 % aller Schwangeren waren Erstgebärende. Der Anteil der Schwangeren mit 3 oder mehr vorausgegangenen Geburten lag bei nur 5,6 %! Die Rate an Zwillingen betrug in der Steiermark 1,7 %, immerhin 6-mal wurden Drillinge geboren.

Tabelle 8: Geburt

	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
Lage des Kindes				
Schädellage	8290	93.6%	41437	93.1%
Beckenendlage	513	5.8%	2496	5.6%
Querlage	47	0.5%	226	0.5%
o.A.	8	0.1%	365	0.8%
Entbindungsart				
spontan	6085	68.7%	30616	68.8%
Vakuum	351	4.0%	2700	6.1%
Forzeps	37	0.4%	62	0.1%

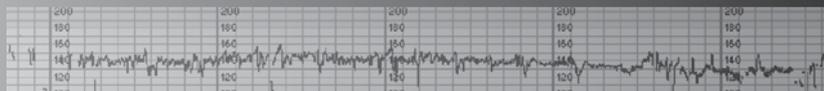


	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
BEL Manualhilfe	11	0.1%	138	0.3%
Wendung etc.	0	0.0%	1	0.0%
Sectio	2374	26.8%	10658	23.9%
davon primär	1092	46.0%	6493	60.9%
davon sekundär	1282	54.0%	4165	39.1%
sonstige	0	0.0%	352	0.8%
Entbindungsposition				
Kreißbett	5438	61.4%	29260	65.7%
Hocker	157	1.8%	1026	2.3%
Wassergeburt	179	2.0%	1482	3.3%
andere	698	7.9%	737	1.7%
o.A.	12	0.1%	1317	3.0%
Sectio	2374	26.8%	10658	23.9%
SSW				
bis 27+6	54	0.6%	262	0.6%
28+0 bis 31+6	85	1.0%	500	1.1%
32+0 bis 36+6	693	7.8%	3594	8.1%
37+0 bis 41+6	7919	89.4%	39188	88.0%
ab 42+0	101	1.1%	506	1.1%
o.A.	6	0.1%	477	1.1%

Basis: Lebendgeborene Kinder

Medizinische Interpretation

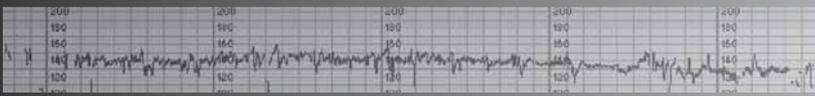
Insgesamt 73,2 % der Kinder wurden in der KAGES vaginal geboren. Die Sectio-Rate lag bei 26,8 %, was einen Anstieg von 1,9 % gegenüber 2004 (24,9 %) bedeutet und über dem Durchschnitt der übrigen teilnehmenden Abteilungen Österreichs liegt (23,9 %). Auffallend ist die große Differenz im Anteil primärer und sekundärer Kaiserschnitte (46 gegenüber 60,9 % bei primärer Sectiones und 54 gegenüber 39 % bei sekundären Sectiones). Dies kann auf ein Österreich-weit unterschiedliches Management in der Geburtshilfe hinweisen, kann aber auch zum Teil auf die leider noch immer nicht Österreich-weit einheitliche Definition der primären und sekundären Sectio zurückzuführen sein.



Bezüglich der Entbindungsposition findet die überwiegende Anzahl der Geburten im Kreißbett statt, wobei dies nicht gleichzusetzen ist mit Geburten in Steinschnittlagerung, da unter dieser Entbindungsposition auch Geburten am Kreißbett in Rückenlage, in Seitenlage oder anderen Positionen subsumiert werden. Der Anteil an Wassergeburt ist in der Steiermark mit 2 % relativ niedrig. Bezüglich der SSW zum Zeitpunkt der Entbindung zeigt sich, dass die Steiermark weder eine erhöhte Frühgeburtenrate noch eine erhöhte Rate an Übertragungen aufweist.

Tabelle 9: Sectio-Rate

	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
nach Anzahl der Kinder				
Einling	2126	24.9%	9193	21.9%
Zwilling	230	78.5%	1177	75.9%
Drilling	18	100.0%	77	87.5%
Vierling	0¹⁾		4	100.0%
nach Lage				
Schädellage	1839	22.2%	8060	19.5%
Beckenendlage	484	94.3%	2214	88.7%
Querlage	46	97.9%	210	92.9%
o.A.	5	71.4%	165	47.4%
nach Gewicht				
bis 499g	4	57.1%	8	19.0%
500g-749g	15	78.9%	62	55.9%
750g-999g	19	86.4%	108	84.4%
1000g-1499g	63	90.0%	299	85.7%
1500g-1999g	122	74.8%	581	74.9%
2000g-2499g	215	51.2%	1051	53.0%
2500g-3999g	1746	23.6%	7717	20.9%
ab 4000g	190	25.3%	757	19.3%
o.A.	0¹⁾		75	30.0%



	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
nach SSW				
bis 27+6	44	81.5%	154	58.8%
28+0 bis 31+6	69	81.2%	400	80.0%
32+0 bis 36+6	360	51.9%	1901	52.9%
37+0 bis 41+6	1880	23.7%	7985	20.4%
ab 42+0	21	20.8%	133	26.3%
o.A.	0	0.0%	85	17.8%

Basis: Lebendgeborene Kinder mit Angaben zu Geburtsmodus und Entbindungsart

Medizinische Interpretation

In den KAGES-Abteilungen wurden Zwillinge zu 78,5 % mittels Kaiserschnitt entwickelt, Einlinge in einem Prozentsatz von 24,9 %. An den KAGES-Spitälern waren alle Drillingsgeburten Schnittentbindungen, während an den anderen Abteilungen Österreichs dies nur zu 87,5 % der Fall war.

Über 94 % der Kinder in Beckenendlage wurden per Kaiserschnitt geboren. Dies ist Ausdruck dafür, dass immer weniger Schwangere und auch betreuende Fachärzte bereit sind, das erhöhte kindliche Risiko bei einer vaginalen Geburt aus Beckenendlage einzugehen und damit aber das erhöhte mütterliche Risiko der Sectio caesarea akzeptieren. Im Vergleich liegt Österreich-weit die Rate an vaginalen Beckenendlagengeburten höher als in der KAGES.

Bezüglich der Aufschlüsselung der Kaiserschnitttrate nach der SSW zeigt sich, dass sich die höchste Kaiserschnitttrate vor der vollendeten 32. SSW befindet. Ähnlich verhält sich die Aufschlüsselung der Sectio-Rate nach dem Geburtsgewicht.

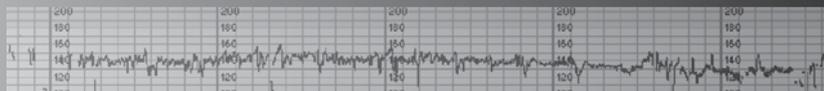


Tabelle 10: Entbindung

	KAGes 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Episiotomie				
Episiotomierate	2130	32.9%	8230	24.6%
Episiotomie o.A.	10	0.2%	903	2.7%
Episiotomierate bei				
Primipara	1480	50.2%	5950	38.9%
Multipara	650	18.4%	2280	12.5%
Plazentalösungsstörung	423	6.5%	1113	3.3%
PDA	366	5.7%	2783	8.3%
MBU	344	5.3%	635	1.9%

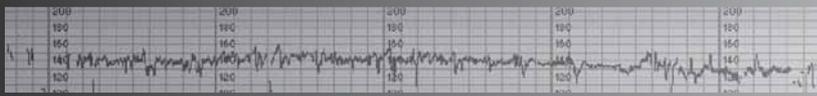
Basis: Mütter mit Vaginalgeburt

Medizinische Interpretation

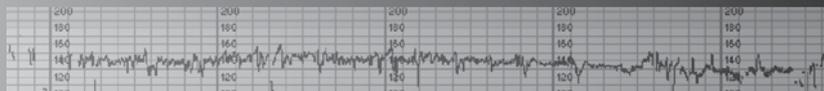
Die KAGes-Episiotomie-Rate ist im Österreichvergleich mit 33,1 % als hoch anzusehen. Bei über 50 % der Erstgebärenden und immerhin über 18 % der Mehrgebärenden wurde an KAGes-Abteilungen eine Episiotomie vorgenommen. Dafür liegt die Rate an Dammrissverletzungen unter jener der Abteilungen aus anderen Bundesländern wie aus der nächsten Tabelle zu entnehmen ist. Erfreulich ist die gute Datenqualität (Vollständigkeit der Daten) bei der Episiotomie: Lediglich in 0,2 % der Fälle in KAGes-Häusern wurde keine Angabe zur Episiotomie dokumentiert.

Die in den KAGes-Häusern verglichen mit den anderen Bundesländern deutlich erhöhte Rate an Plazentalösungsstörungen dürfte in erster Linie auf ein Definitionsproblem zurückzuführen sein. Auch hier wird Österreich-weit eine Lösung zu finden sein.

Ebenfalls auffallend ist der große Unterschied in der Anzahl der Mikrobiotuntersuchungen der KAGes gegenüber den Abteilungen in den anderen Bundesländern.


Tabelle 11: Rissverletzungen

	KAGes 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
bei Primipara				
Keine	1817	61.7%	8886	58.1%
Dammriss I	276	9.4%	2431	15.9%
Dammriss II	204	6.9%	1625	10.6%
Dammriss III	27	0.9%	247	1.6%
Dammriss IV	0	0.0%	20	0.1%
Zervixriss	39	1.3%	163	1.1%
Scheidenriss	386	13.1%	1355	8.9%
Labien-/Klitorisriss	428	14.5%	1146	7.5%
bei Multipara				
Keine	2482	70.4%	11958	65.8%
Dammriss I	505	14.3%	3659	20.1%
Dammriss II	157	4.5%	1532	8.4%
Dammriss III	12	0.3%	95	0.5%
Dammriss IV	0	0.0%	5	0.0%
Zervixriss	22	0.6%	97	0.5%
Scheidenriss	177	5.0%	439	2.4%
Labien-/Klitorisriss	287	8.1%	595	3.3%
bei Episiotomie				
Keine	1765	82.9%	7074	86.0%
Dammriss I	31	1.5%	178	2.2%
Dammriss II	41	1.9%	175	2.1%
Dammriss III	17	0.8%	149	1.8%
Dammriss IV	0	0.0%	11	0.1%
Zervixriss	40	1.9%	116	1.4%
Scheidenriss	198	9.3%	450	5.5%
Labien-/Klitorisriss	77	3.6%	92	1.1%



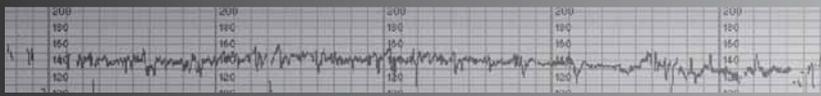
	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
ohne Episiotomie				
Keine	2526	58.3%	13234	54.4%
Dammriss I	749	17.3%	5731	23.5%
Dammriss II	319	7.4%	2888	11.9%
Dammriss III	22	0.5%	184	0.8%
Dammriss IV	0	0.0%	14	0.1%
Zervixriss	21	0.5%	139	0.6%
Scheidenriss	364	8.4%	1297	5.3%
Labien-/Klitorisriss	637	14.7%	1590	6.5%

Basis: Mütter mit Vaginalgeburt

Medizinische Interpretation

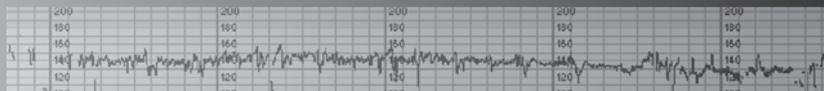
Es ist sehr erfreulich, dass es im Jahr 2005 in den KAGES-Abteilungen zu keinem einzigen Dammriss IV. Grades gekommen ist und auch die Rate an Dammrissen III. Grades gering ist.

Auffallend ist jedoch, dass die Rate an Dammrissen III. Grades bei zusätzlicher Episiotomie höher ist als ohne Episiotomie. Dies zeigt, dass auch eine rechtzeitig durchgeführte Episiotomie nicht immer einen höhergradigen Dammriss verhindern kann.


Tabelle 12: Kind Geschlecht/Gewicht/Verlegung

	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
Geschlecht				
weiblich	4368	49.3%	21685	48.7%
männlich	4487	50.7%	22656	50.9%
o.A.	3	0.0%	186	0.4%
Gewicht				
bis 499g	7	0.1%	42	0.1%
500g-749g	19	0.2%	111	0.2%
750g-999g	22	0.2%	128	0.3%
1000g-1499g	70	0.8%	349	0.8%
1500g-1999g	163	1.8%	776	1.7%
2000g-2499g	420	4.7%	1982	4.5%
2500g-3999g	7406	83.6%	36958	83.0%
ab 4000g	751	8.5%	3931	8.8%
o.A.	0	0.0%	250	0.6%
Gewichtspertzente				
unter 3% Perzentile	279	3.1%	1224	2.7%
3% bis 97% Perzentile	8394	94.8%	41491	93.2%
über 97% Perzentile	176	2.0%	1043	2.3%
o.A.	9	0.1%	769	1.7%
Kind auf Kinderklinik verlegt				
keine Verlegung	7736	87.3%	30078	67.6%
Bis 1. Kalendertag	332	3.7%	1647	3.7%
2. bis 7. Kalendertag	132	1.5%	781	1.8%
nach 7. Kalendertag	40	0.5%	286	0.6%
o.A.	618	7.0%	11735	26.4%

Basis: Lebendgeborene Kinder



Medizinische Interpretation

Nach wie vor werden mehr Knaben als Mädchen geboren. Erfreulich ist, dass nur 3,1 % der Kinder ein Geburtsgewicht unter 2000 g aufweisen (KAGES- und Österreich-weit) und 94,8 % bzw. 93,2 % zwischen der 3. und 97. Gewichtsperzentile liegen. Auf Grund einer peniblen Nachdokumentation fehlte heuer bei keinem Kind, das in einer KAGES-Abteilung geboren wurde, die Angabe zum Geburtsgewicht, ein Zeichen für die ausgezeichnete Dokumentationsqualität. Bei drei Kindern war eine Geschlechtsbestimmung nicht möglich (Malformation).

Sehr erfreulich ist auch, dass 87,3 % der Kinder nach der Geburt in einem KAGES-Spital bei ihren Müttern bleiben konnten und nicht an eine Kinderabteilung verlegt werden mussten.

Tabelle 13: Kind APGAR 5 Minuten/Na-pH

	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
APGAR 5 Minuten				
0-2	18	0.2%	178	0.4%
3-4	12	0.1%	73	0.2%
5-6	33	0.4%	241	0.5%
7-8	283	3.2%	1955	4.4%
9-10	8355	94.3%	41528	93.3%
o.A.	157	1.8%	551	1.2%
Na-pH				
< 7	36	0.4%	144	0.3%
< 7.10	212	2.4%	927	2.1%
7.00-7.09	176	2.0%	783	1.8%
>=7.10	8353	94.3%	40494	90.9%
7.10-7.19	1218	13.8%	5456	12.3%
7.20-7.29	3812	43.0%	16789	37.7%
>=7.30	3323	37.5%	18249	41.0%
o.A.	293	3.3%	3105	7.0%



	KAGes 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
Na-pH/APGAR 1 Minute				
< 7.10 / <5	15	0.2%	120	0.3%
Andere	8426	95.1%	41008	92.1%
o.A.	417	4.7%	3399	7.6%
< 7.20 / <7	77	0.9%	555	1.2%
Andere	8364	94.4%	40573	91.1%
o.A.	417	4.7%	3399	7.6%

Basis: Lebendgeborene Kinder

Medizinische Interpretation

Der Nabelschnur-pH-Wert und der APGAR-Wert sind direkte geburtshilfliche Qualitätsparameter. Die Kombination aus beiden Werten sagt am meisten über das Wohlergehen des Neugeborenen postpartum aus. Der Erfassungsgrad dieser beiden Werte ist zwar bereits sehr hoch, aber leider noch immer nicht vollständig.

Bei nur 36 Fällen bzw. 0,4 % der Neugeborenen lag der pH-Wert unter dem kritischen Wert von 7,0 (dies kann für das Neugeborene einen Zustand nach intrauteriner Asphyxie bedeuten).

Ein indirekter Qualitätshinweis der Blutabnahme ist gegeben, wenn der pH-Wert beider Nabelschnurgefäße gemessen und ein Wertunterschied von zumindest 0,2 vorliegt.

Sehr erfreulich ist, dass, im Gegensatz zu Österreich-weiten 7%, in den KAGes-Spitälern nur in 3,3% der Fälle der Nabelschnurarterien-pH-Wert fehlte.



Tabelle 14: Mortalität

	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
	Anzahl	Rate ‰	Anzahl	Rate ‰
Mortalität				
Antepartual (AP): vor Aufnahme	12	1.4‰	133	3.0‰
Antepartual (AP): nach Aufnahme	6	0.7‰	11	0.2‰
Subpartual (SP)	6	0.7‰	29	0.6‰
Neonatal früh (Tag 1-7)	24	2.7‰	91	2.0‰
Perinatale Mortalität	48	5.4‰	264	5.9‰

Basis: Alle Kinder

Medizinische Interpretation

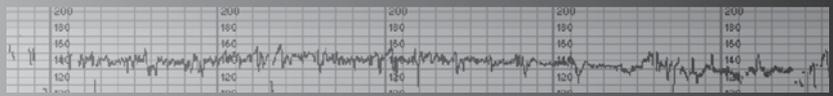
Die Perinatale Mortalität ist mit 5,4 ‰ im internationalen und auch im nationalen Vergleich als sehr niedrig zu bezeichnen. Sie wird auch in Zukunft eine gewisse Schwankungsbreite aufweisen und ist nur mehr marginal weiter absenkbar. Die Perinatale Mortalität wird hier ungereinigt dargestellt, das heißt dass auch alle Neugeborenen mit nicht lebensfähiger Fehlbildung inkludiert sind.

Von den Abteilungen nur bedingt beeinflussbar ist die Rate an totgeborenen Kindern, da auch die den Abteilungen zugewiesenen und bereits intrauterin abgestorbenen Kinder miterfasst sind. Verbesserungspotential ist gegebenenfalls hier in der Zusammenarbeit der Abteilungen mit den betreuenden Ärzten, möglicherweise in der Schwangerenbetreuung, vorhanden.

Überaus erfreulich ist auch die niedrige neonatale Mortalität mit 2,7 ‰, obwohl hier alle lebend geborenen Kinder unabhängig vom Geburtsgewicht (auch 5 Neugeborene unter 500 g Geburtsgewicht) mitgezählt wurden). Dies ist ein international beachtlicher Spitzenwert und weist auf die hervorragende Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern und Neonatologen, sowie die ausgezeichnet funktionierenden neonatologischen Einrichtungen in der KAGES hin.

Tabelle 15: Mortalität nach Gewicht

	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
bis 499g				
Neonatal: Tag 1-7	5	714.3‰	25	595.2‰
500g-749g				
AP*: vor Aufnahme	1	35.7‰	18	122.4‰
AP: nach Aufnahme	3	107.1‰	2	13.6‰
SP**	5	178.6‰	16	108.8‰
Neonatal: Tag 1-7	6	214.3‰	27	183.7‰
750g-999g				
AP*: vor Aufnahme	3	115.4‰	14	95.2‰
AP*: nach Aufnahme	1	38.5‰	2	13.6‰
SP**	0 ¹⁾	0.0‰	3	20.4‰
Neonatal: Tag 1-7	3	115.4‰	6	40.8‰
1000g-1499g				
AP*: vor Aufnahme	1	13.7‰	26	68.1‰
AP*: nach Aufnahme	2	27.4‰	4	10.5‰
SP**	0 ¹⁾	0.0‰	3	7.9‰
Neonatal: Tag 1-7	1	13.7‰	11	28.8‰
1500g-1999g				
AP*: vor Aufnahme	2	12.1‰	17	21.4‰
SP**	0 ¹⁾	0.0‰	3	3.8‰
Neonatal: Tag 1-7	3	18.2‰	7	8.8‰
2000g-2499g				
AP*: vor Aufnahme	2	4.7‰	18	9.0‰
AP*: nach Aufnahme	0 ¹⁾	0.0‰	2	1.0‰
Neonatal: Tag 1-7	4	9.5‰	4	2.0‰



	KAGes 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
2500g-3999g				
AP*: vor Aufnahme	3	0.4‰	37	1.0‰
AP*: nach Aufnahme	0 ¹⁾	0.0‰	1	0.0‰
SP**	1	0.1‰	2	0.1‰
Neonatal: Tag 1-7	2	0.3‰	10	0.3‰
ab 4000g				
AP*: vor Aufnahme	0 ¹⁾	0.0‰	1	0.3‰
SP**	0 ¹⁾	0.0‰	2	0.5‰
ohne Angabe				
AP**: vor Aufnahme	0 ¹⁾	0.0‰	2	7.9‰
Neonatal: Tag 1-7	0 ¹⁾	0.0‰	1	4.0‰

¹⁾ Keine Fälle

*) antepartual

***) subpartual

Basis: Alle Kinder

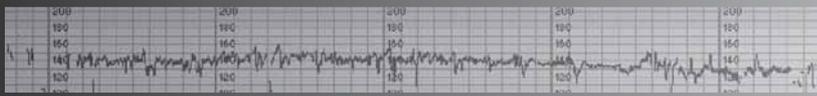


Tabelle 16: Mortalität nach SSW

	KAGES 2005		Andere Abteilungen alle Bundesländer	
bis 27+6				
AP*: vor Aufnahme	3	44.8‰	27	86.5‰
AP*: nach Aufnahme	5	74.6‰	4	12.8‰
SP**	5	74.6‰	19	60.9‰
Neonatal: Tag 1-7	14	209.0‰	55	176.3‰
28+0 bis 31+6				
AP*: vor Aufnahme	2	23.0‰	23	43.4‰
AP*: nach Aufnahme	0 ¹⁾	0.0‰	4	7.5‰
SP**	0 ¹⁾	0.0‰	3	5.7‰
Neonatal: Tag 1-7	2	23.0‰	7	13.2‰
32+0 bis 36+6				
AP*: vor Aufnahme	4	5.7‰	45	12.3‰
AP*: nach Aufnahme	1	1.4‰	2	0.5‰
SP**	0 ¹⁾	0.0‰	4	1.1‰
Neonatal: Tag 1-7	5	7.2‰	16	4.4‰
37+0 bis 41+6				
AP*: vor Aufnahme	2	0.3‰	35	0.9‰
AP*: nach Aufnahme	0 ¹⁾	0.0‰	1	0.0‰
SP**	1	0.1‰	3	0.1‰
Neonatal: Tag 1-7	3	0.4‰	10	0.3‰
ab 42+0				
o.A.				
AP*: vor Aufnahme	1	142.9‰	3	6.3‰
Neonatal: Tag 1-7	0 ¹⁾	0.0‰	3	6.3‰

¹⁾ Keine Fälle

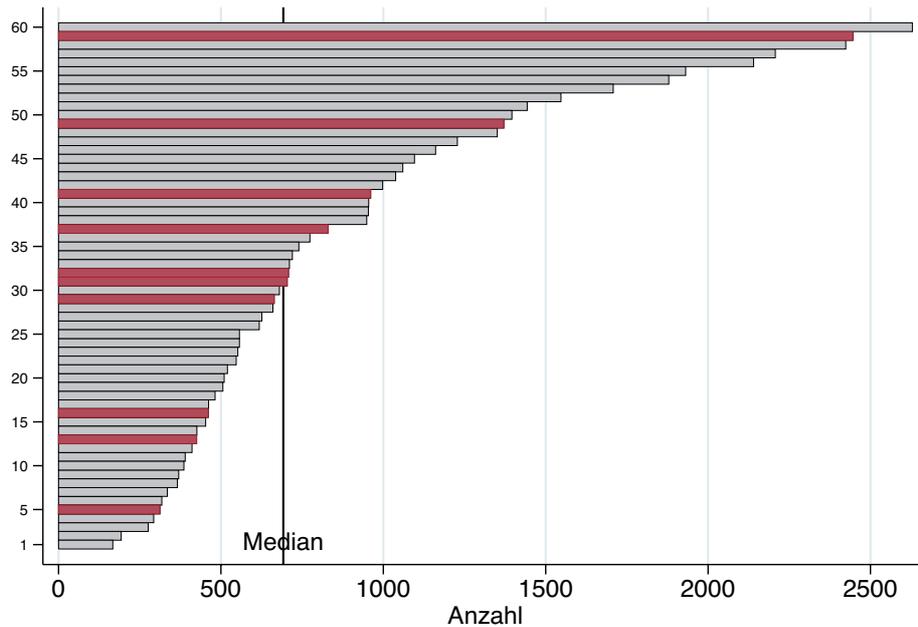
*) antepartual

***) subpartual

Basis: Alle Kinder

7. BENCHMARKING DER 60 TEILNEHMENDEN ÖSTERREICHISCHEN ABTEILUNGEN

In der Folge werden nun Abbildungen mit Darstellungen aus dem Österreich-weiten Benchmarking gezeigt. Rot dargestellt sind jeweils die 10 Abteilungen der KAGes.



IET: 06.11.2006

Abbildung 2: Anzahl Kinder pro Abteilung

Medizinische Interpretation

Abbildung 2 zeigt, wie groß die Bandbreite bei der Anzahl der Geburten pro Abteilung in Österreich ist. Österreich-weit gibt es 18 teilnehmende Abteilungen mit einer Geburtenanzahl von unter 500 Geburten im Jahr 2005, 3 davon in der Steiermark.

e) DOKUMENTATIONSQUALITÄT

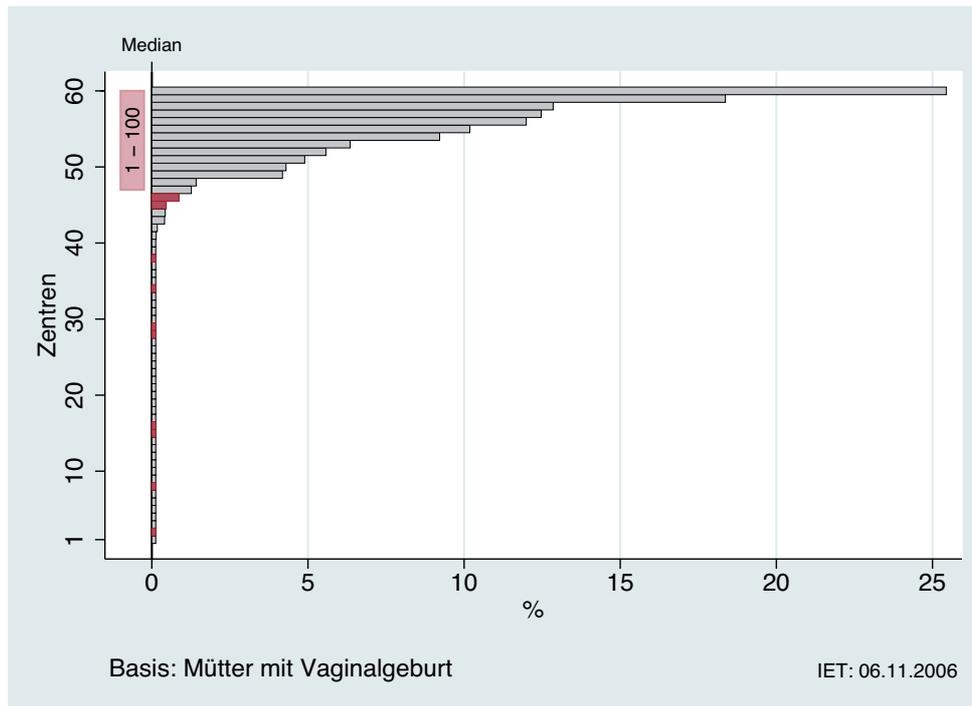


Abbildung 3: Dokumentationsqualität 1: Anteil Episiotomie o.A.

Medizinische Interpretation

In den folgenden 8 Abbildungen zur Dokumentationsqualität wird klar erkennbar, dass die Dateneingabequalität an einigen Abteilungen noch nicht zufrieden stellend ist. Um aus dem gesammelten Datenmaterial die richtigen Schlüsse für Verbesserungen im Gesamtsystem ziehen zu können, wäre es gut, möglichst geringe prozentuale Anteile an „o.A.“ Angaben zu haben, zumal es sich bei den folgenden Beispielen um durchaus bedeutsame Parameter in der Geburtshilfe handelt. Hundertprozentig vollständige Angaben wird man in einigen Punkten nie erreichen können, da zum Beispiel bei Außengeburten einzelne Daten wie die Bestimmung der APGAR-Werte oder der Nabelschnur-pH-Werte im Nachhinein nicht mehr erhoben werden können.

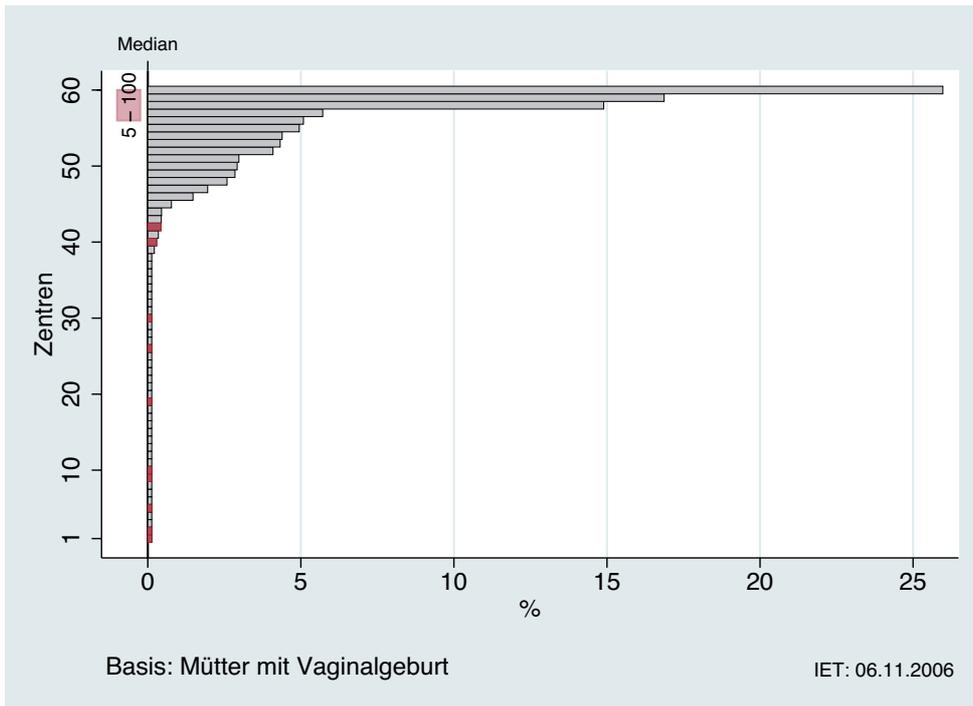
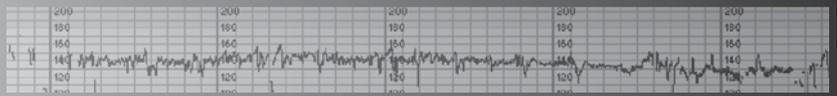


Abbildung 4: Dokumentationsqualität 2: Anteil Plazentalösungsstörung o.A.

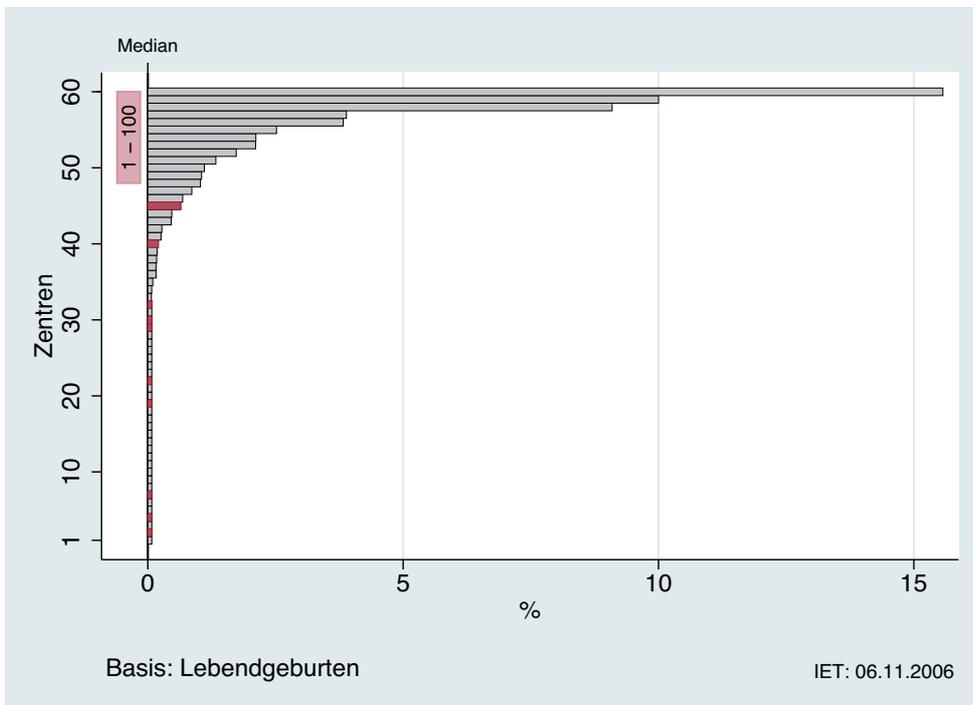


Abbildung 5: Dokumentationsqualität 3: Anteil Lage o.A.

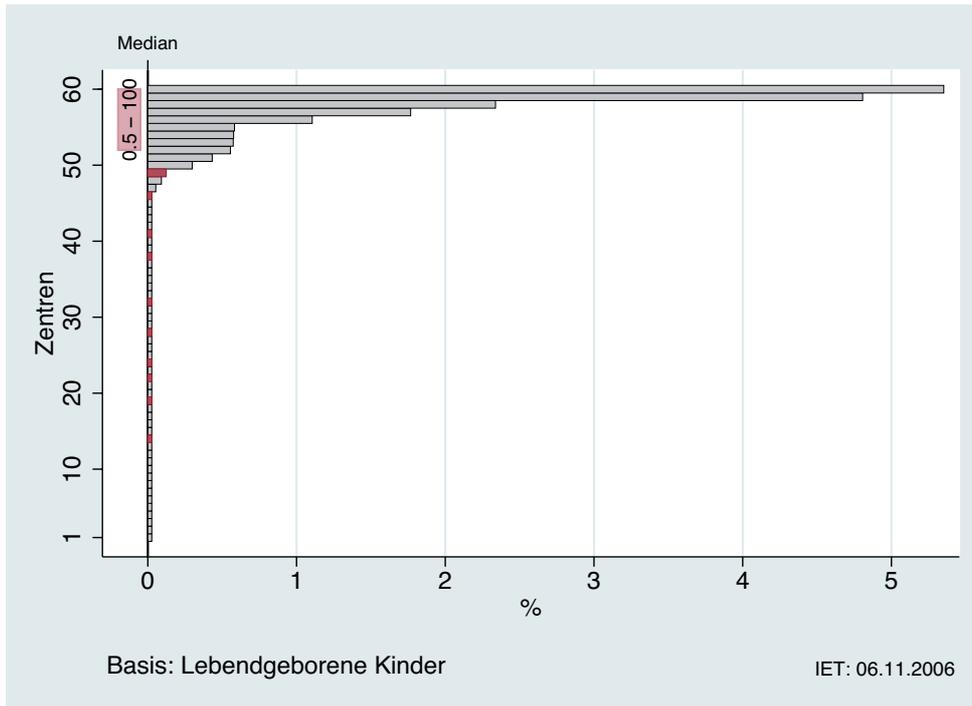


Abbildung 6: Dokumentationsqualität 4: Anteil Geschlecht o.A.

Medizinische Interpretation

Ein Anteil von mehr als 5 % der Fälle mit fehlendem kindlichem Geschlecht weist auf abteilungsinterne Dokumentationsfehler hin.

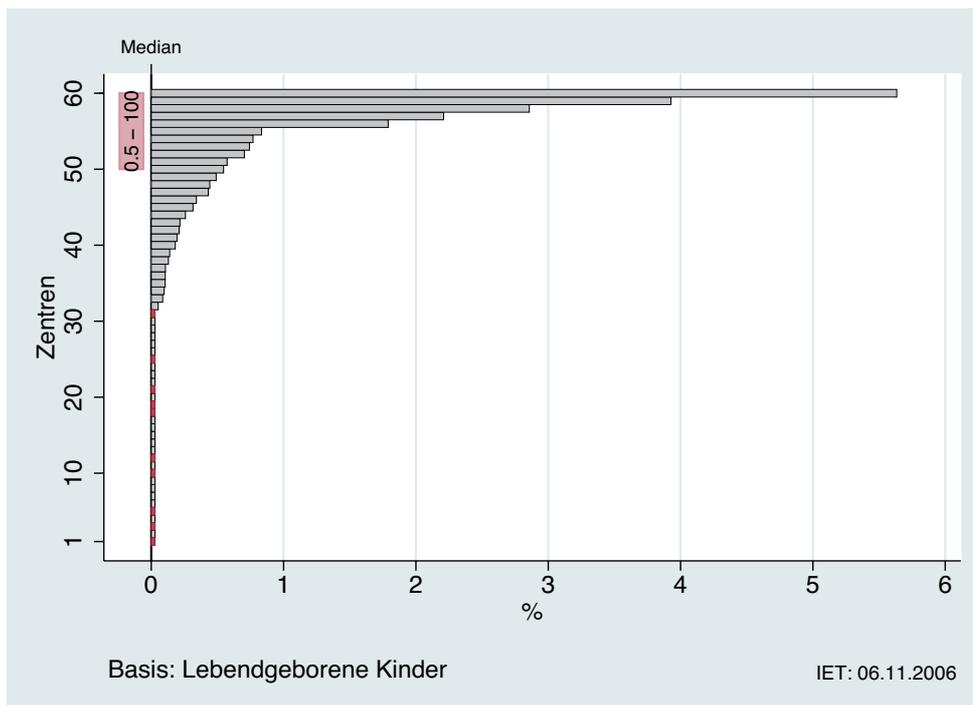


Abbildung 7: Dokumentationsqualität 5: Anteil Gewicht o.A.

Medizinische Interpretation

Für die Vergleichbarkeit der Daten ist es unabdingbar, dass Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht erfasst werden. Es ist sehr erfreulich, dass in der Steiermark diesbezüglich eine gute Datenqualität gegeben ist.

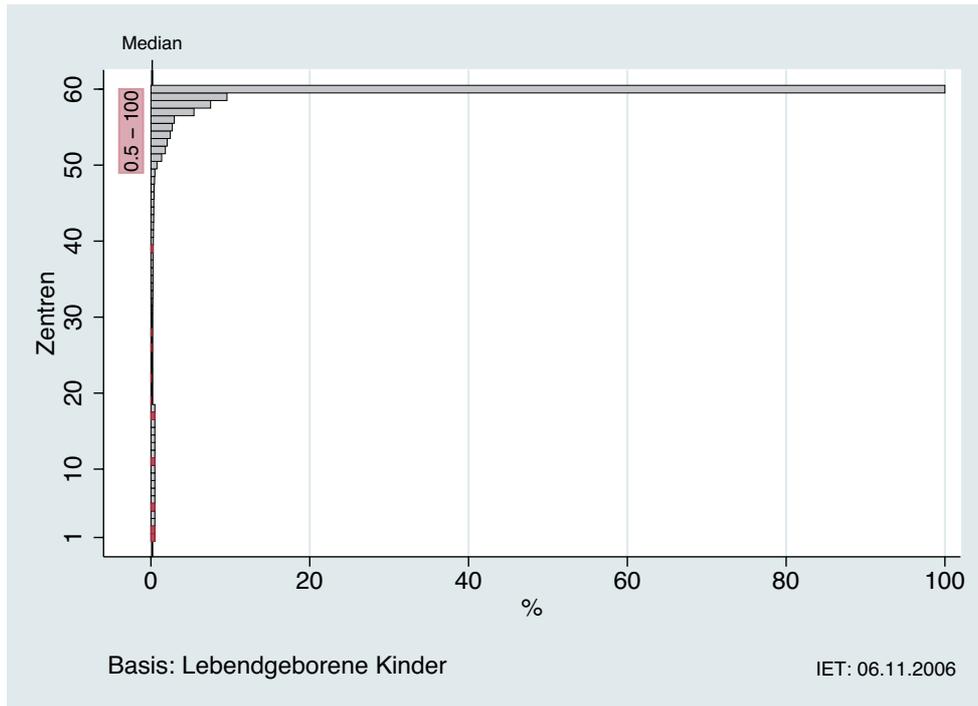


Abbildung 8: Dokumentationsqualität 6: Anteil SSW o.A.

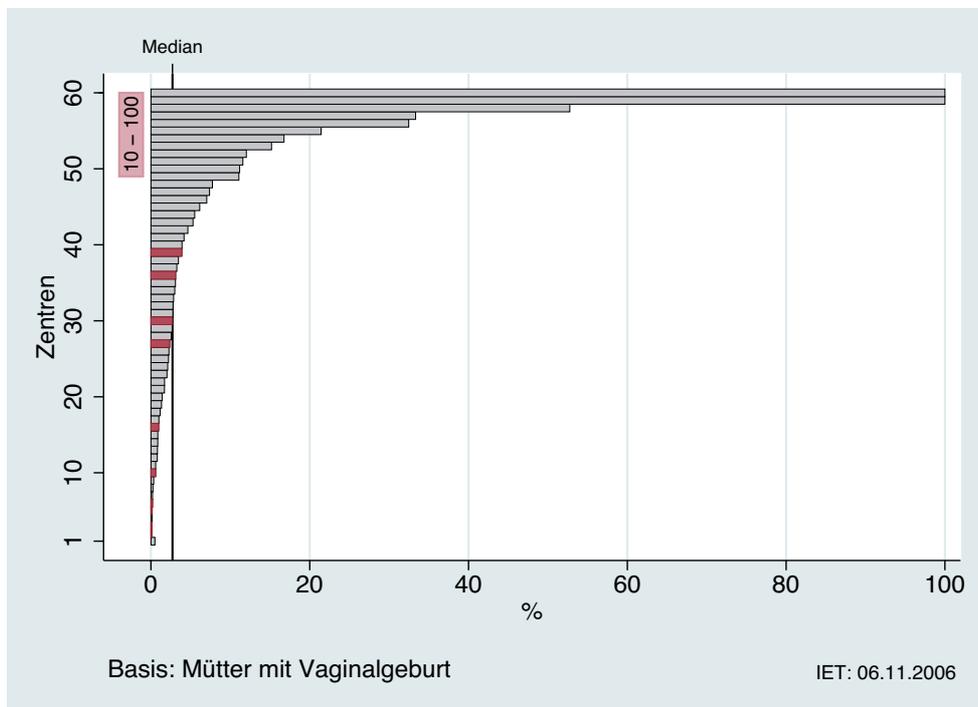


Abbildung 9: Dokumentationsqualität 7: Anteil Geburtsdauer o.A.

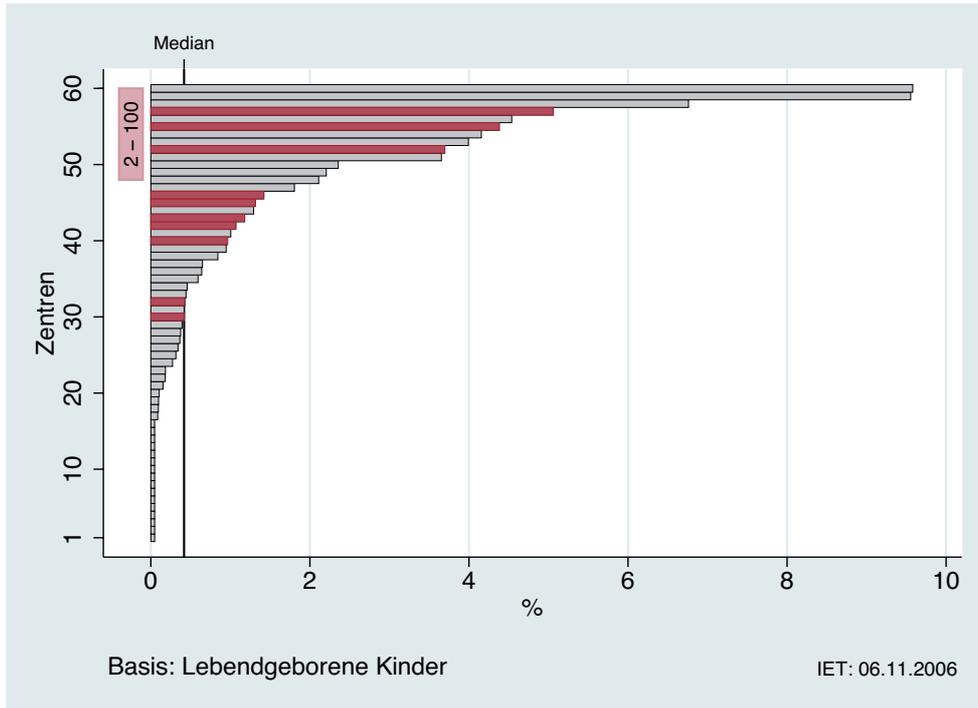


Abbildung 10: Dokumentationsqualität 8: Anteil APGAR 5 min o.A.

f) GEBURT

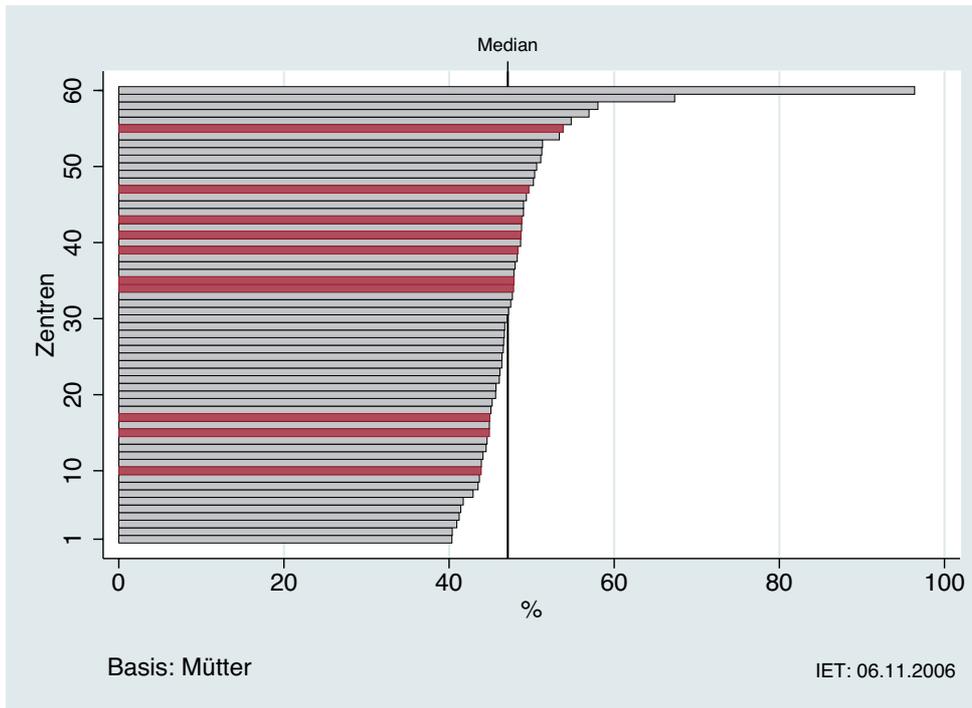


Abbildung 11: Geburt 1: Anteil Erstgebärende

Medizinische Interpretation

Auffällig an dieser Abbildung ist der extrem hohe Anteil an Erstgebärenden von über 90 % an einer Abteilung.

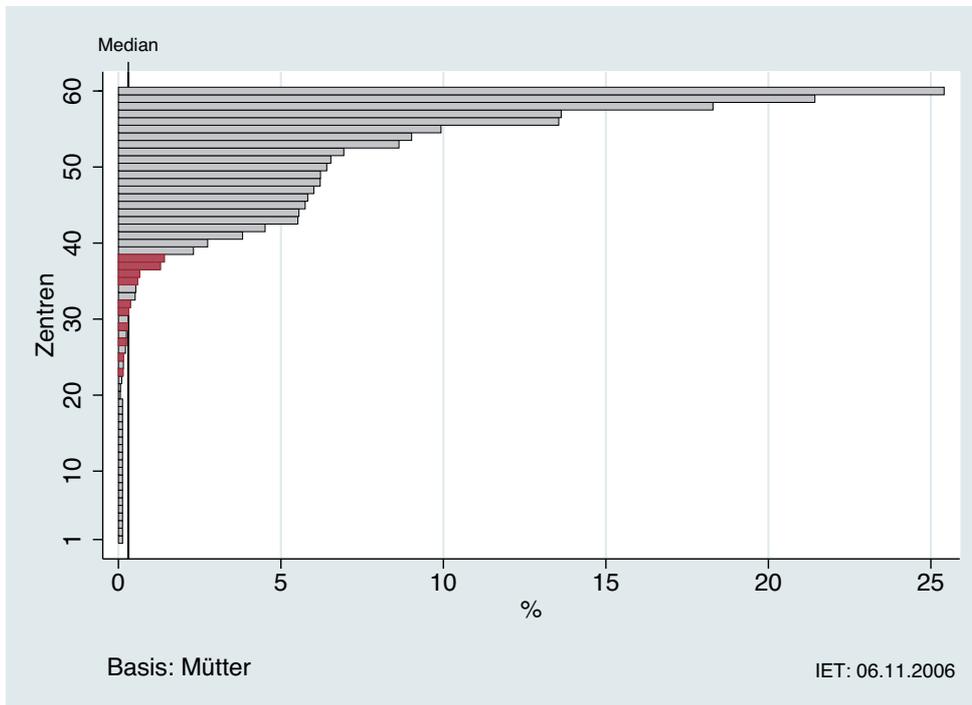


Abbildung 12: Geburt 2: Anteil Terminunklarheit als Schwangerschaftsrisiko

Medizinische Interpretation

Der Anteil der Angabe „Terminunklarheit“ als Schwangerschaftsrisiko ist an einigen Abteilungen sehr hoch. Dies sollte bei Vorliegen eines Frühultraschallbefundes jedoch nicht der Fall sein. Möglicherweise liegt hier Verbesserungspotential in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten. Die KAGes-Abteilungen liegen hier im Vergleich mit den anderen österreichischen Abteilungen bei unter 2 %. Dies bedeutet, dass sowohl in der Dokumentation als auch im täglichen Beobachten der Fälle auf die Genauigkeit der Geburtstermine großer Wert gelegt wird.

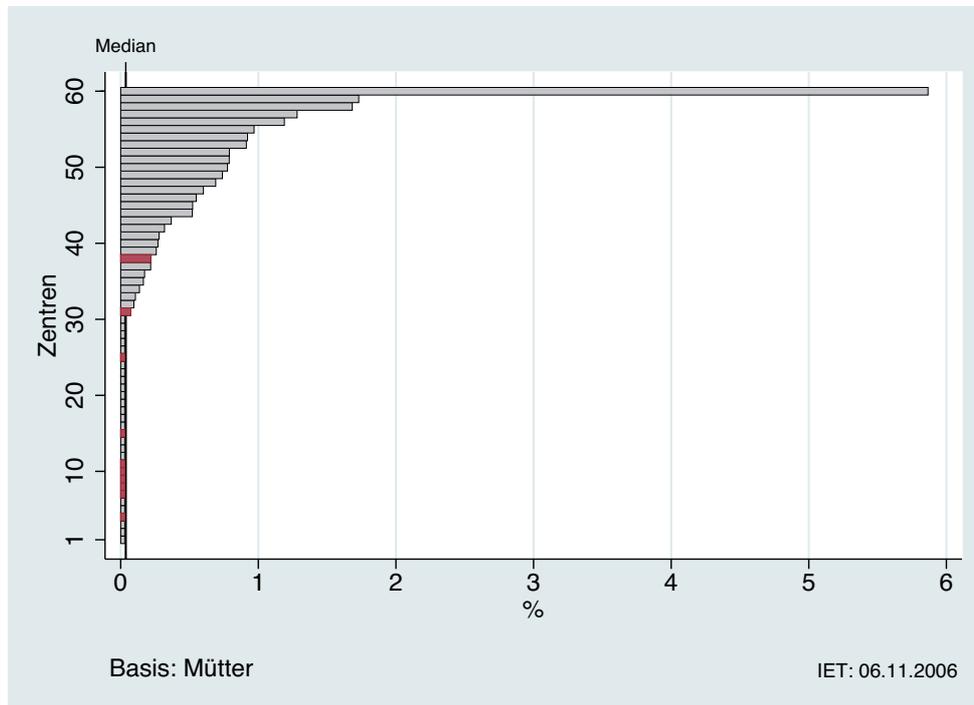


Abbildung 13: Geburt 3: Anteil Cerclage

Medizinische Interpretation

Diese Abbildung zeigt, dass es in Österreich nur mehr eine Abteilung mit einem auffallend hohen Anteil an Cerclagen gibt. Interessant wäre, ob diese Abteilung auch einen geringeren Anteil an Frühgeburten aufweist.

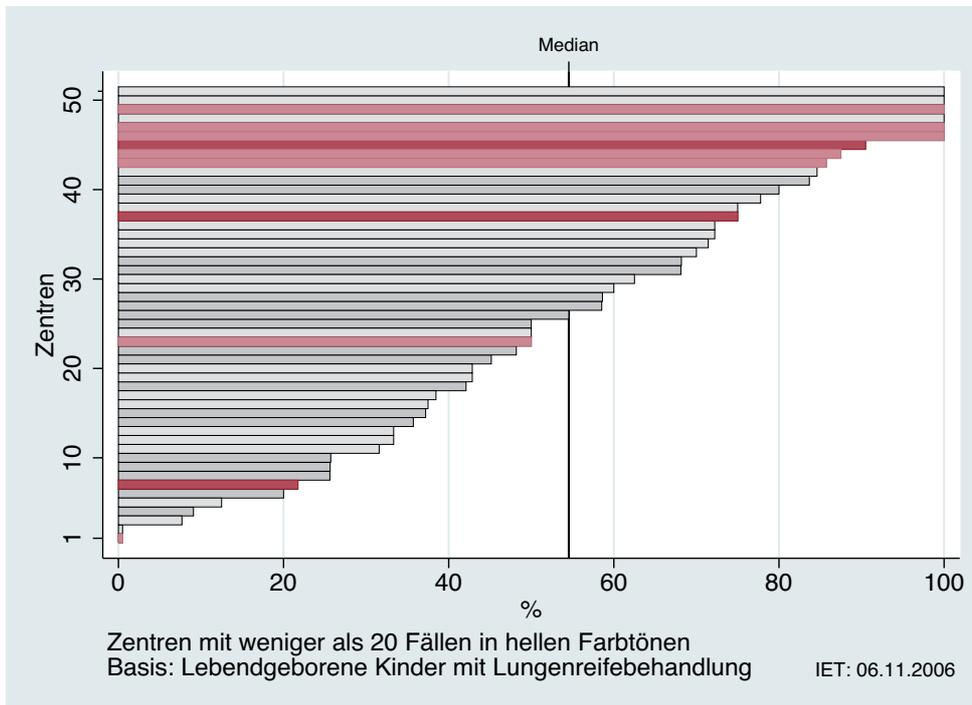


Abbildung 14: Geburt 4: Anteil Reifgeborene nach Lungenreifebehandlung

Medizinische Interpretation

Die Abbildung zeigt, dass es eine extreme Schwankungsbreite im Anteil reif geborener Kinder nach Lungenreifebehandlung gibt, was jedoch nicht zwingend als Merkmal für die Betreuungsqualität einer Abteilung zu interpretieren ist, sondern viel eher auf die unterschiedliche Verteilung von Risikoschwangerschaften an einzelnen Abteilungen hinweist.

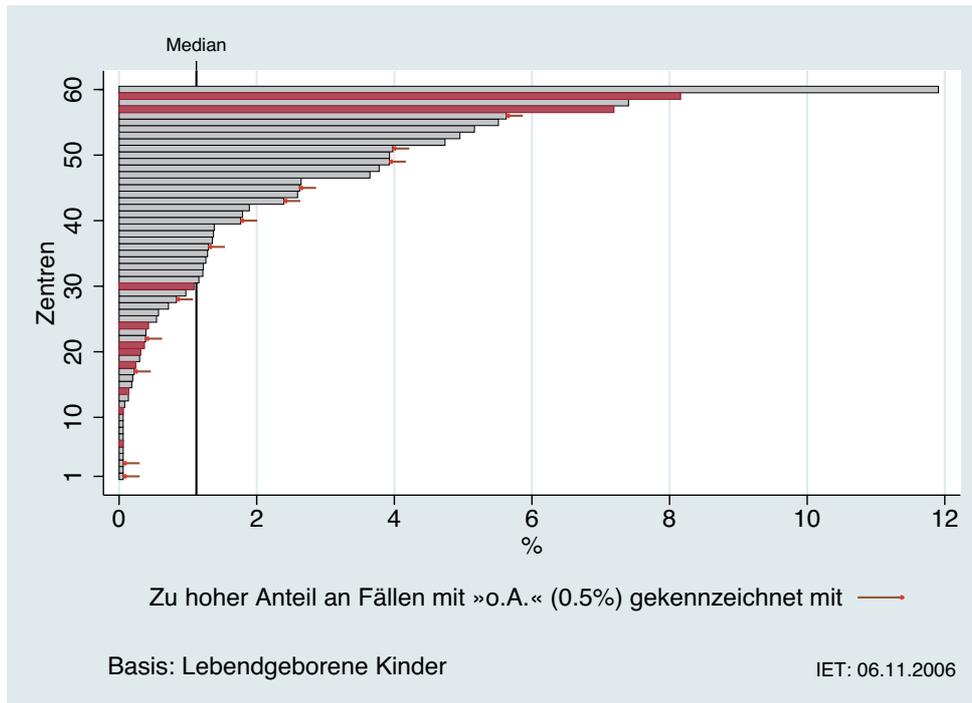


Abbildung 15: Geburt 5: Anteil Frühgeburten bis SSW 33+6

Medizinische Interpretation

In dieser Abbildung ist klar erkennbar, dass es große Unterschiede beim Anteil von Frühgeburten an den einzelnen Abteilungen gibt. Dies ist erklärbar durch das überaus sinnvolle Vorgehen/Management, Mütter mit drohender Frühgeburt vor der 33. SSW noch mit dem Kind im Mutterleib an ein Zentrum mit angeschlossener Neonatologie zu transferieren, um die bestmögliche Versorgung des Neugeborenen zu gewährleisten. In der Steiermark haben entsprechende Vereinbarungen dazu geführt, dass die meisten Frühgeburten an die zwei dafür vorgesehenen Abteilungen transferiert werden. Mit einem zarten roten Pfeil sind jene Abteilungen gekennzeichnet, in denen mehr als 0,5 % der Fälle ohne Angabe sind. Die KAGES-Abteilungen weisen auch hier eine sehr gute Datenqualität auf.

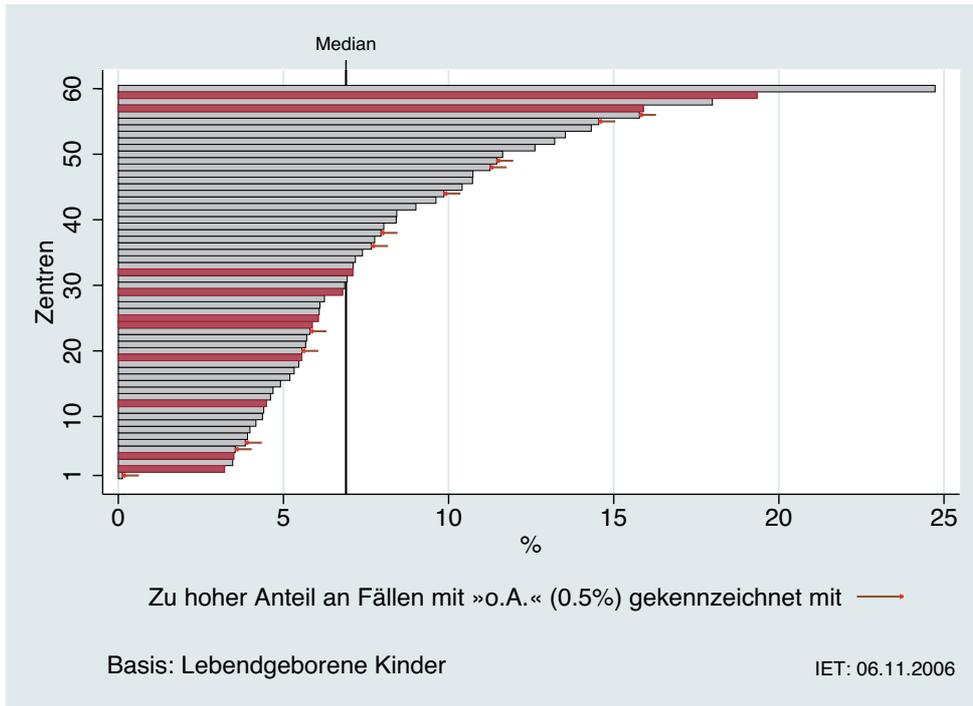


Abbildung 16: Geburt 6: Anteil Frühgeburten bis SSW 36+6

Medizinische Interpretation

Hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie in Abbildung 15.

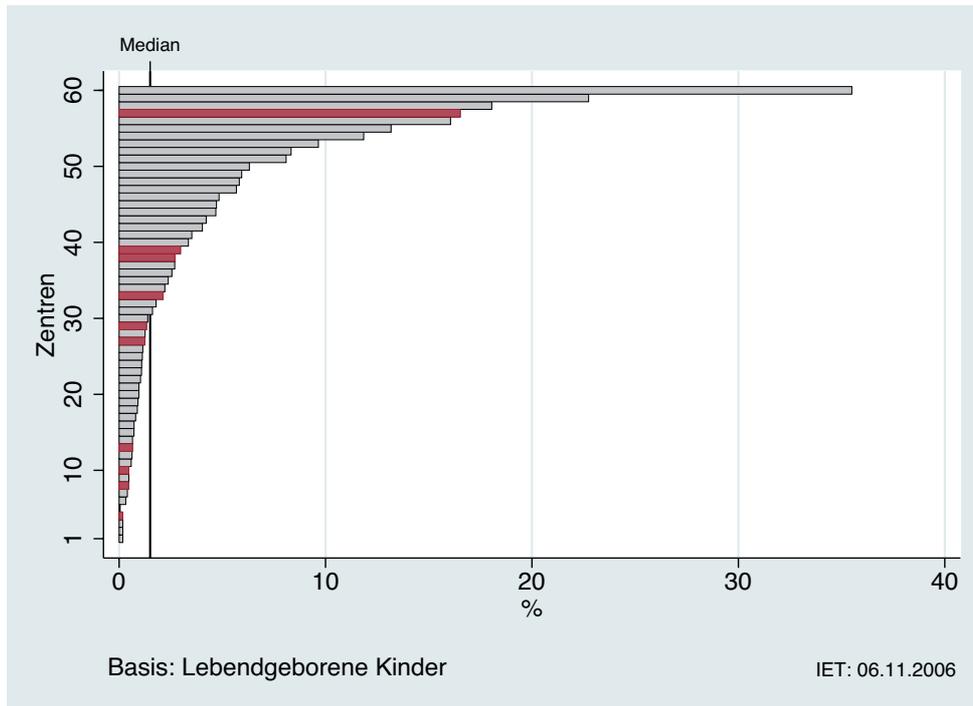


Abbildung 17: Geburt 7: Anteil Wassergeburten

Medizinische Interpretation

Aus dieser Abbildung wird deutlich, dass es in Österreich offensichtlich „Zentren für Wassergeburten“ gibt. An anderen Abteilungen wird die Möglichkeit zur Wassergeburt kaum genutzt, möglicherweise aufgrund der fehlenden Infrastruktur.

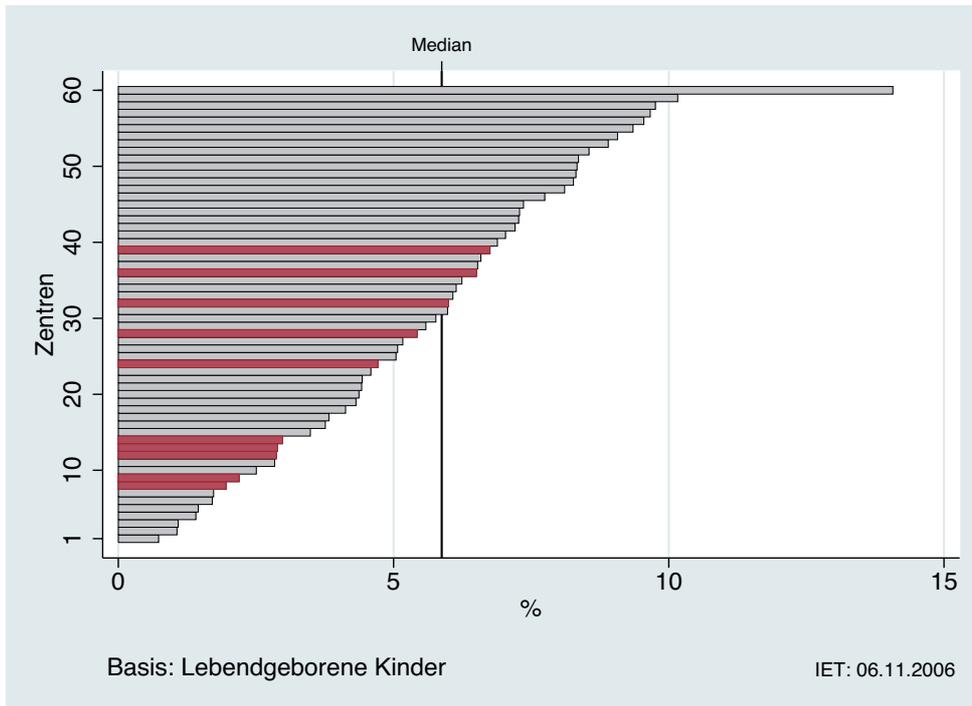


Abbildung 18: Geburt 8: Anteil vaginal entbindende Operationen

Medizinische Interpretation

Der Anteil vaginal entbindender Operationen zeigt im Vergleich der teilnehmenden Abteilungen deutliche Unterschiede. Dies weist möglicherweise auf ein unterschiedliches geburtshilfliches Management der Abteilungen hin.

Hier wäre es interessant, parallel dazu die Sectio-Rate der einzelnen Abteilungen beurteilen zu können. Ist die Sectio-Rate der Abteilung mit fast 15 % vaginal operativen Entbindungen deutlich unter dem Österreich-weiten Durchschnitt? Dies kann auf Grund der Systematik nur diese Abteilung selbst beantworten.

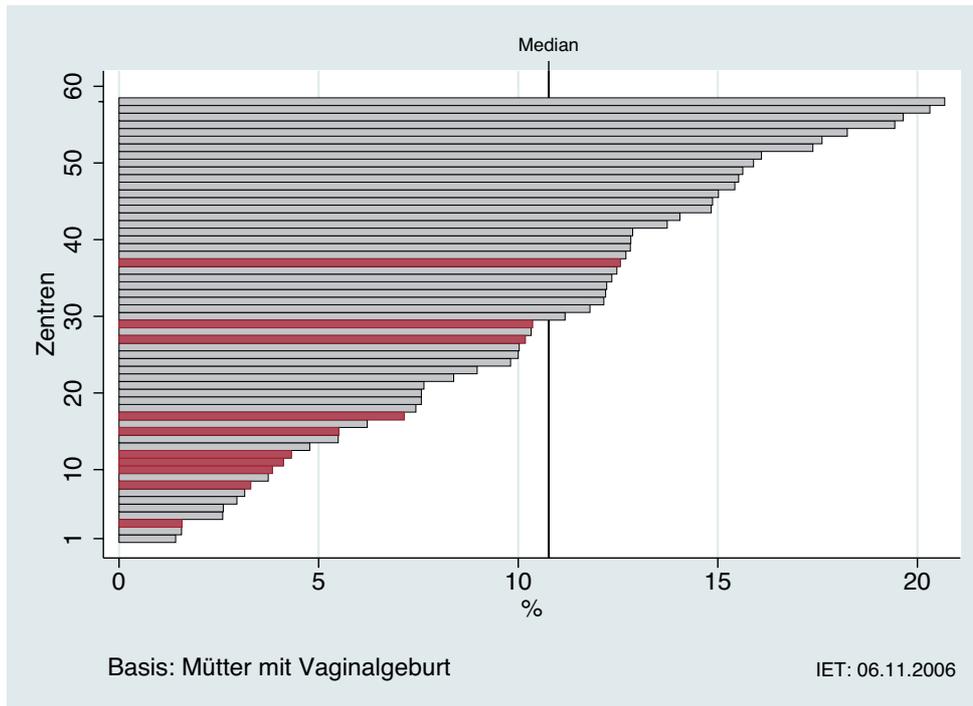


Abbildung 19: Geburt 9: Anteil Geburtsdauer über 13h Primipara/9h Multipara

Medizinische Interpretation

Auch hier gibt es eine große Schwankungsbreite, was ebenfalls wieder auf ein unterschiedliches geburtshilfliches Management der Abteilungen schließen lässt oder aber auf ein Problem (z.B. Unterschiede in) der Definition des Geburtsbeginnes hindeutet. Wir sollten uns auf eine für die Dokumentation praktikable Definition des Geburtsbeginnes Österreich-weit einigen.

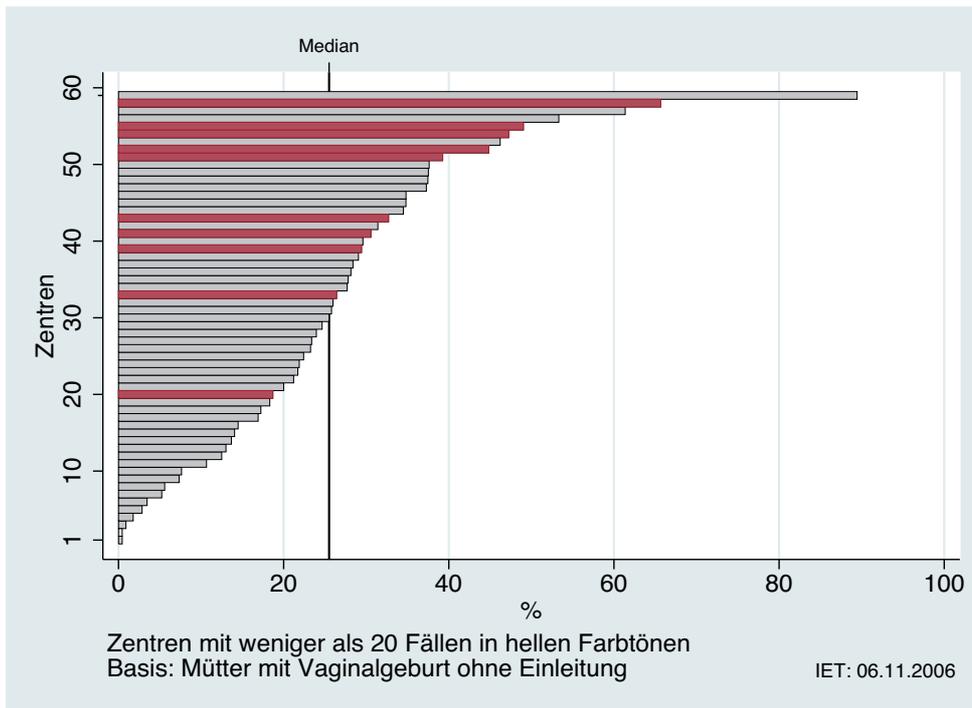
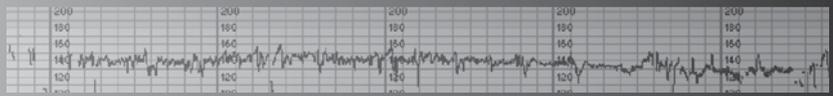


Abbildung 20: Geburt 10: Anteil Wehenmittelgabe ohne Einleitung

Medizinische Interpretation

Auch aus dieser Abbildung lässt sich die Vermutung eines deutlich unterschiedlichen Vorgehens an den einzelnen Abteilungen ableiten.

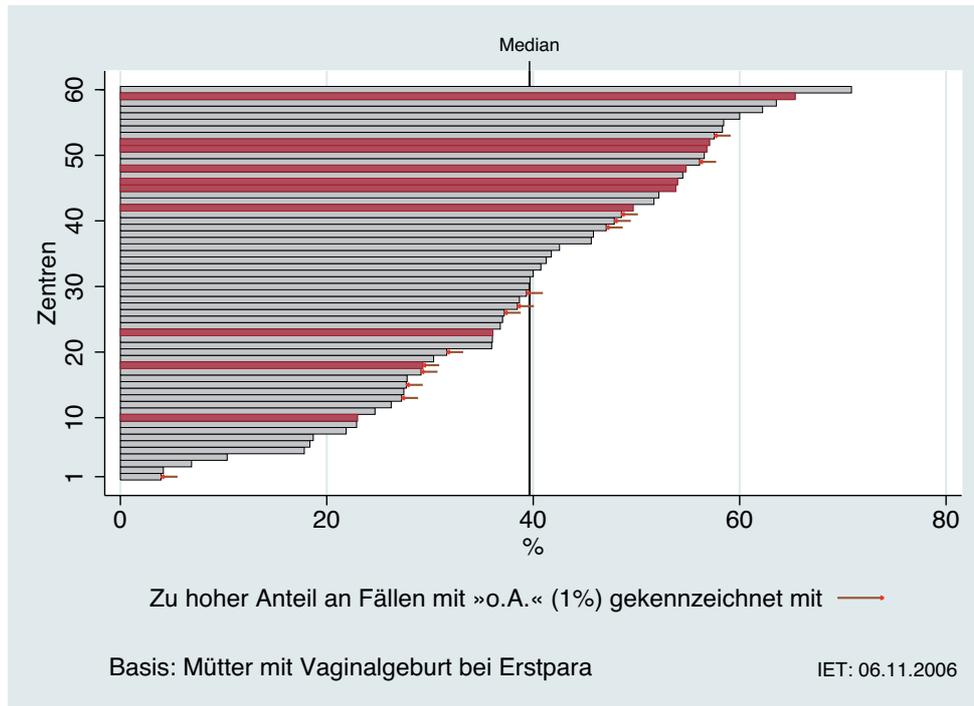


Abbildung 21: Geburt 11: Anteil Episiotomien bei Primipara

Medizinische Interpretation

Die Episiotomierate bei Erstgebärenden schwankt innerhalb der teilnehmenden Abteilungen zwischen unter 5 % und über 70 %. Interessant wäre hier zusätzlich die Dammrissrate der Abteilungen mit hoher Episiotomierate mit der Dammrissrate der Abteilungen mit sehr niedriger Episiotomierate zu vergleichen.

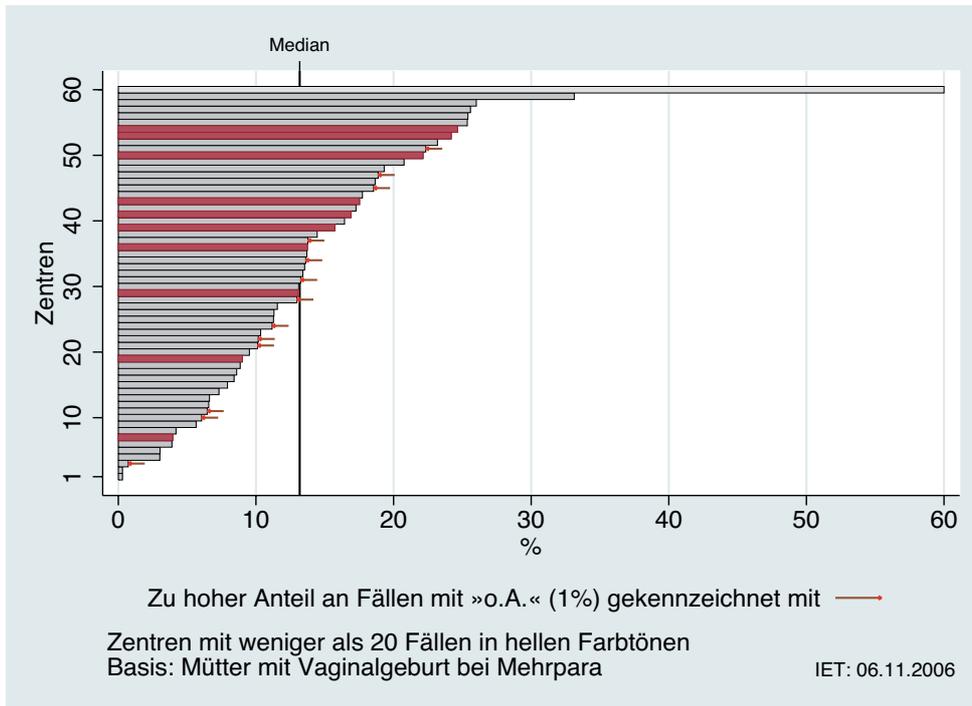


Abbildung 22: Geburt 12: Anteil Episiotomien bei Multipara

Medizinische Interpretation

Auch die Episiotomierate bei Mehrgebärenden ist einer extremen Schwankungsbreite unterlegen und reicht von knapp über 0 % bis zu 60 %. Leider ist hier ein Datenvergleich nur mehr schwer möglich, da in 13 von 60 Abteilungen der Anteil an Fällen „ohne Angabe“ bei über 1 % liegt. Im Übrigen trifft der gleiche Kommentar wie in der vorhergehenden Abbildung zu.

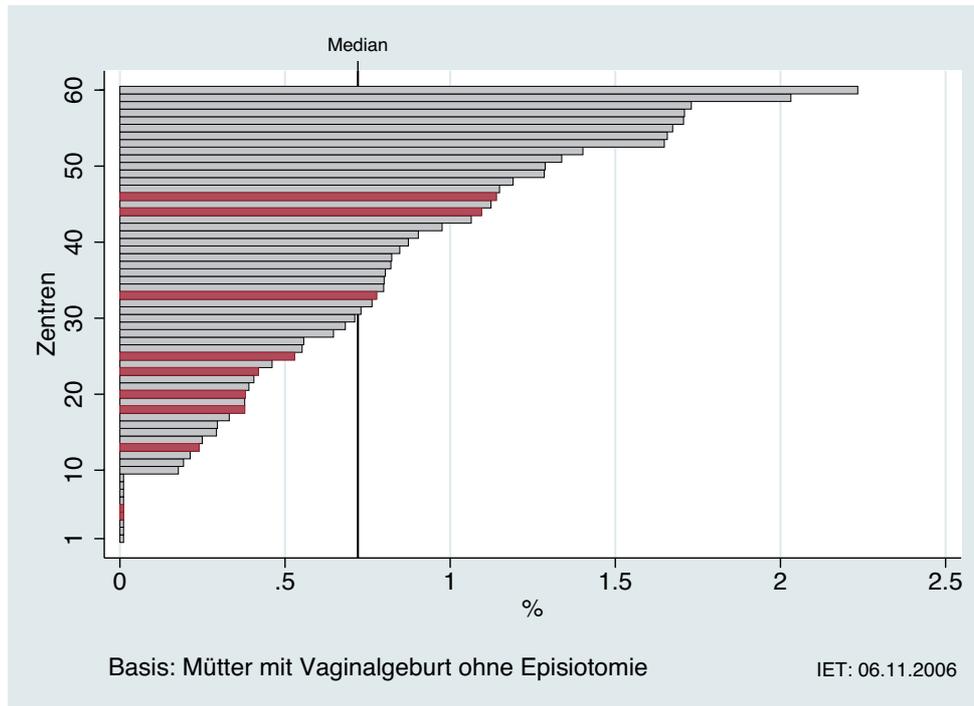


Abbildung 23: Geburt 13: Anteil Dammrissverletzung III/IV ohne Episiotomie

Medizinische Interpretation

Der Anteil an höhergradigen Dammrissen ohne Episiotomie liegt zwischen knapp über 0 und gut 2 %.

Wie aus der nächsten Abbildung ersichtlich ist, ist dieser Anteil bei durchgeführter Episiotomie mit bis zu 9 % deutlich höher. Das lässt darauf schließen, dass eine Episiotomie nicht unbedingt vor einer Rissverletzung schützt.

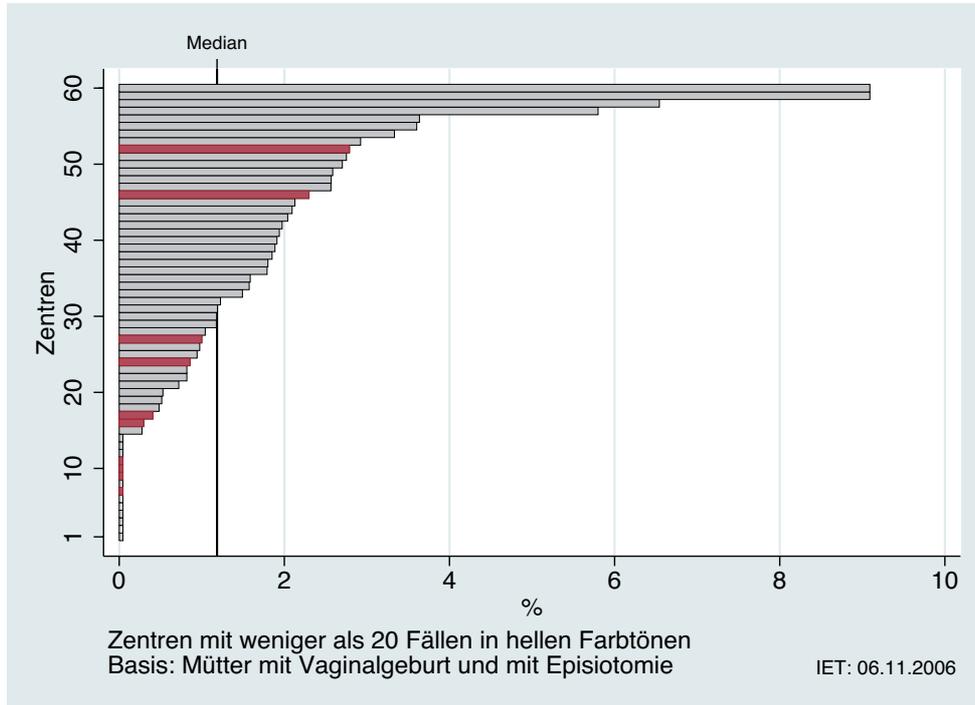
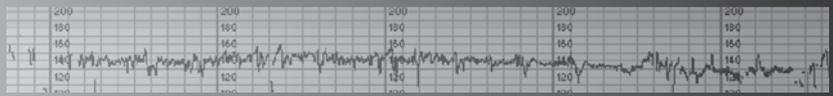


Abbildung 24: Geburt 14: Anteil Dammrissverletzung III/IV mit Episiotomie

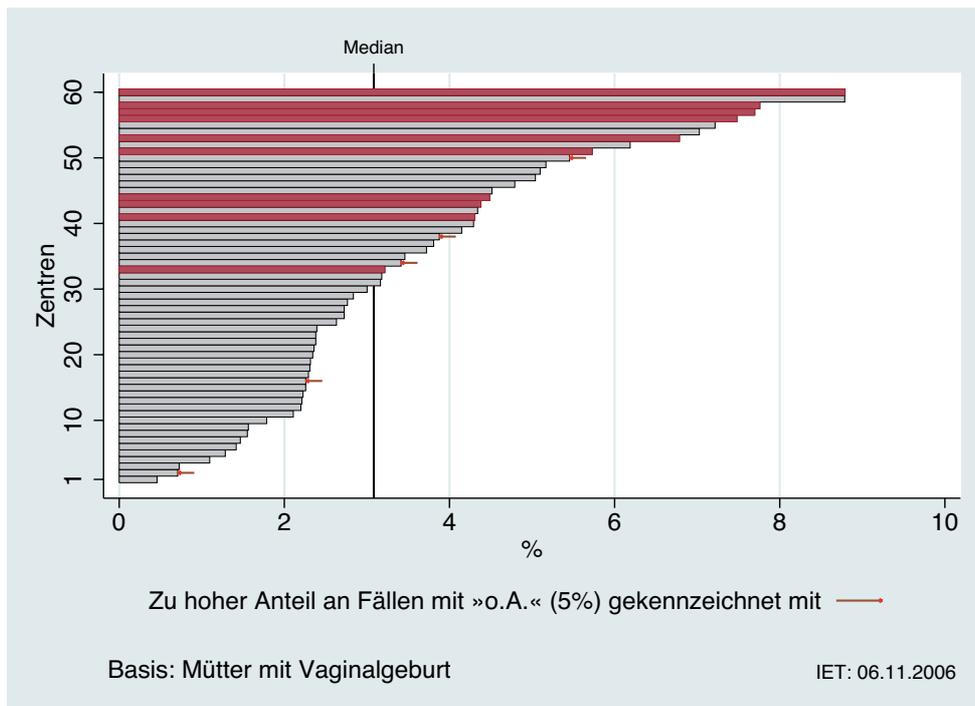


Abbildung 25: Geburt 15: Anteil Plazentalösungsstörung bei Vaginalgeburt

Medizinische Interpretation

Die hohe Schwankungsbreite von Fällen mit Plazentalösungsstörungen lässt sich möglicherweise durch ein Definitionsproblem des Begriffs „Plazentalösungsstörung“ erklären. Dies sollte zum Anlass für eine Diskussion im österreichischen Geburtenregisterfachbeirat genommen werden, mit dem Ziel gemeinsam eine Definition abzustimmen die als Basis einer zukünftig Österreich-weit einheitlichen Dokumentation dienen kann.

g) SECTIO

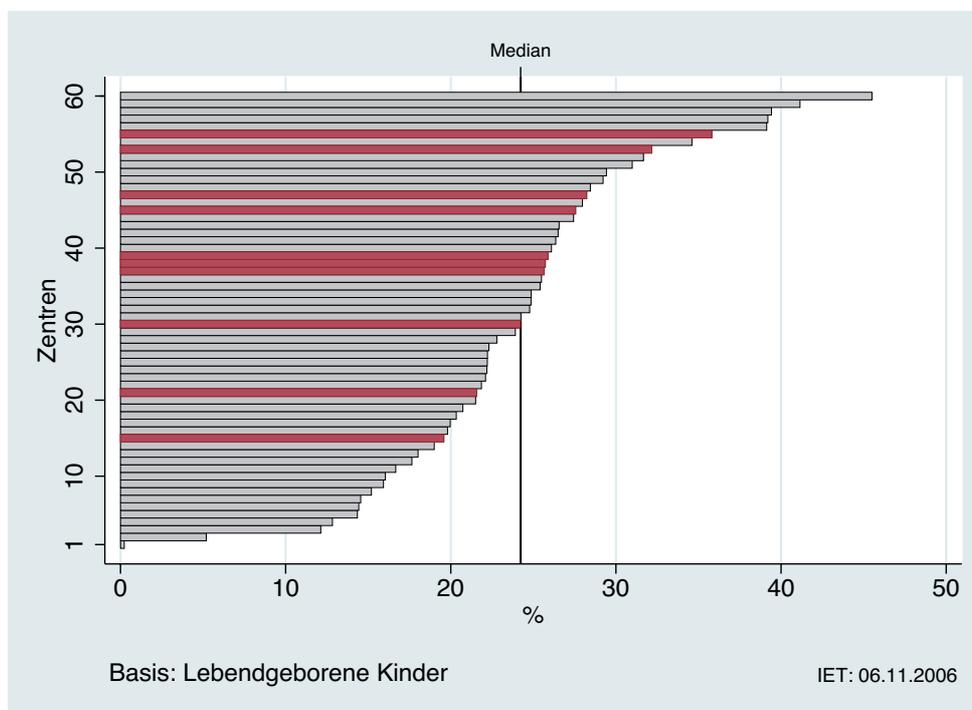


Abbildung 26: Sectio 1: Sectio-Rate

Medizinische Interpretation

Die Sectio-Rate per se ist und kann nicht als Qualitätsparameter verwendet werden. Die Schwankungsbreite ist einerseits durch große Unterschiede der Risikokollektive erklärbar und andererseits auch durch ein unterschiedliches geburtshilfliches Management an den Abteilungen.

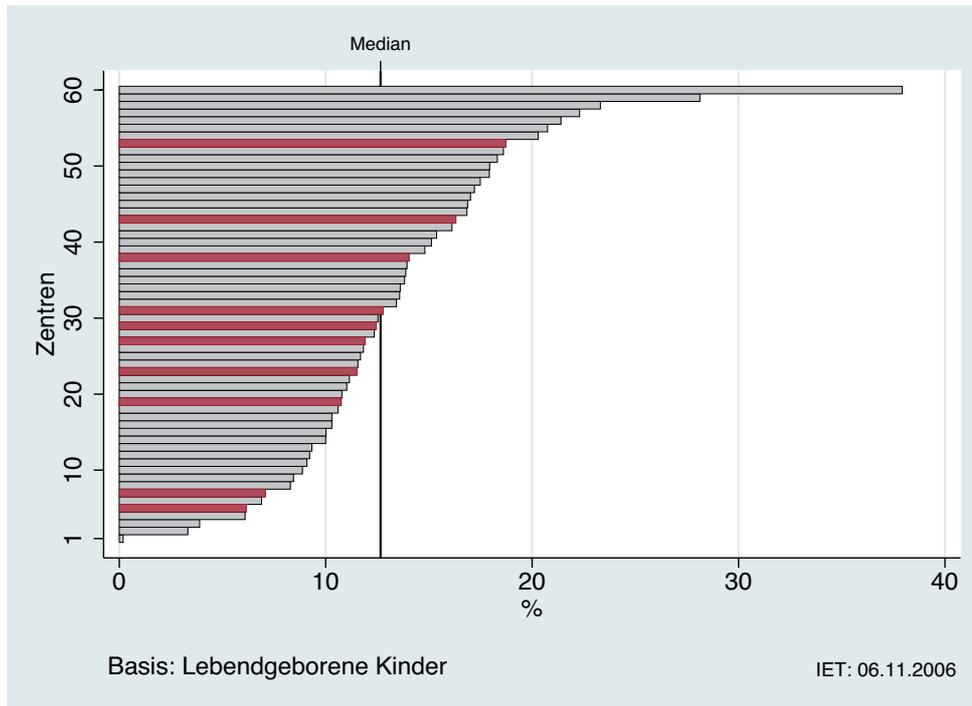


Abbildung 27: Sectio 2: Rate primäre Sectiones

Medizinische Interpretation

Auch diese Abbildung ist ähnlich zu interpretieren wie die vorangegangene. Durch fehlende eindeutige Definitionen der primären und sekundären Sectio können die Fälle von den dokumentierenden Kollegen nicht richtig zugeordnet werden. Aus diesem Grund und aus unterschiedlichen Indikationsstellungen ergibt sich eine hohe Schwankungsbreite zwischen den Abteilungen.

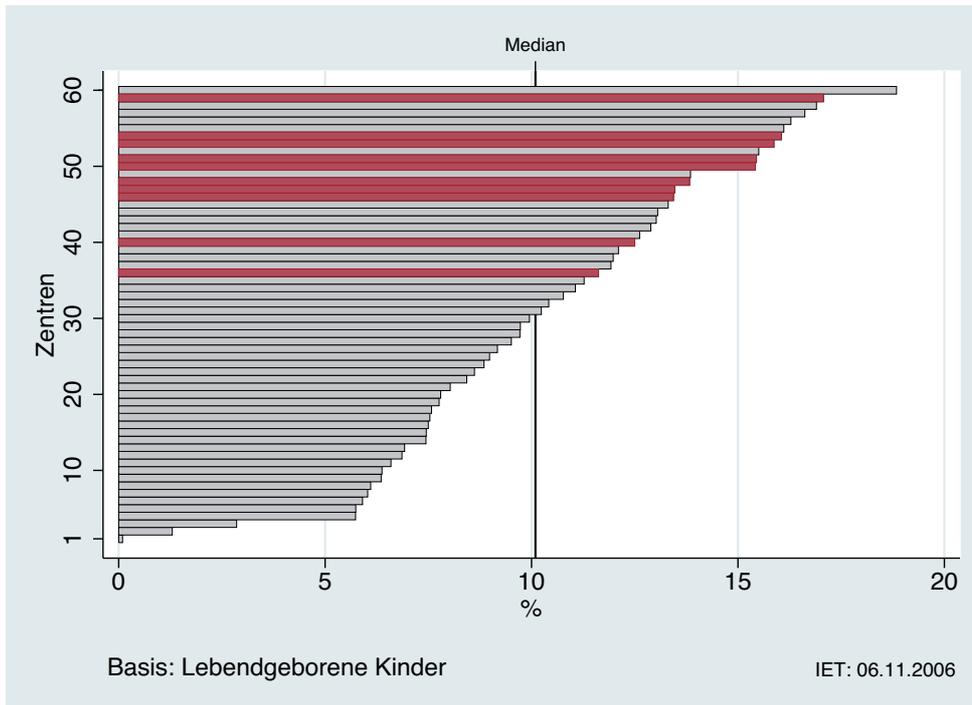


Abbildung 28: Sectio 3: Rate sekundäre Sectiones

Medizinische Interpretation

Die Rate an sekundären Sectiones schwankt zwischen gut 1 % und 19 %, was ähnliche Gründe haben dürfte wie die schon vorhin genannten.

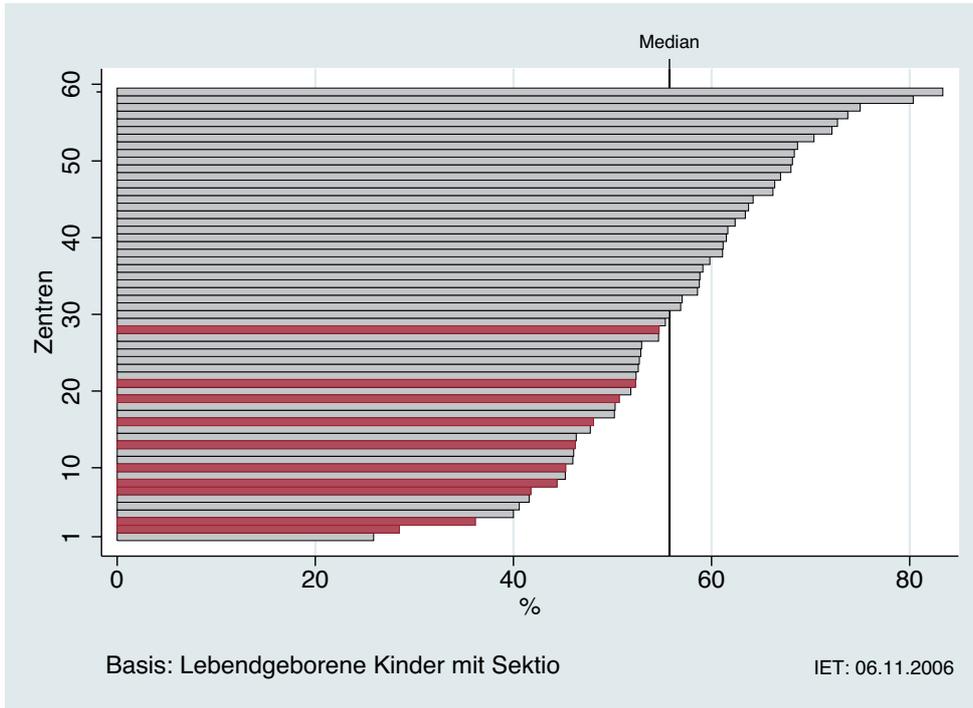


Abbildung 29: Sectio 4: Anteil primäre Sectiones an allen Sectiones

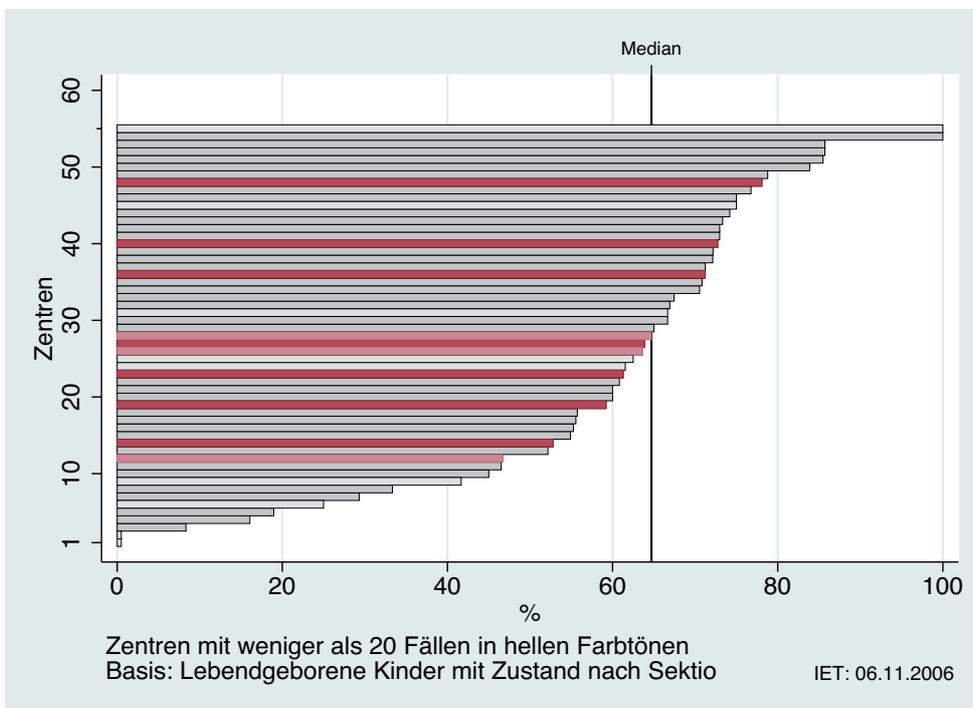


Abbildung 30: Sectio 5: Sectio-Rate bei Zustand nach Sectio

Medizinische Interpretation

In der Beratung und Betreuung von Schwangeren mit Zustand nach Kaiserschnitt gibt es in Österreich offensichtlich deutliche Unterschiede. Die Rate an neuerlichen Kaiserschnitten bei Zustand nach Kaiserschnitt schwankt zwischen knapp über 10 % bis zu 100 %.

Dies ist möglicherweise auch auf haftungsrechtliche Bedenken zurückzuführen, die leider in der Geburtshilfe eine immer größer werdende Rolle spielen.

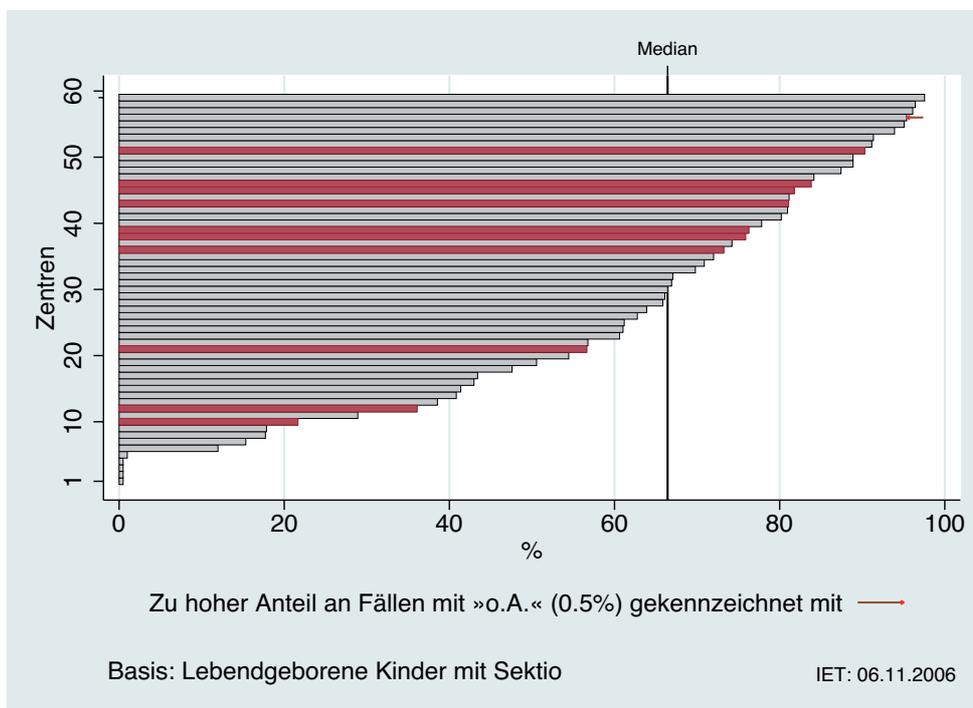


Abbildung 31: Sektio 6: Anteil PDA/Spinal bei Sektio

Medizinische Interpretation

Auch bezüglich der Anästhesie bei einem Kaiserschnitt zeigt die Datenlage in Österreich ein sehr unterschiedliches Bild: In einigen Abteilungen werden annähernd alle Kaiserschnitte in PDA/Spinalanästhesie durchgeführt, an anderen Abteilungen stellt dies eher eine Ausnahme dar. Dies spiegelt auch die strukturell unterschiedlichen Gegebenheiten wider. Abteilungen mit ausreichendem und gut geschultem Personal tun sich leichter Kaiserschnitte in Regionalanästhesie durchzuführen.

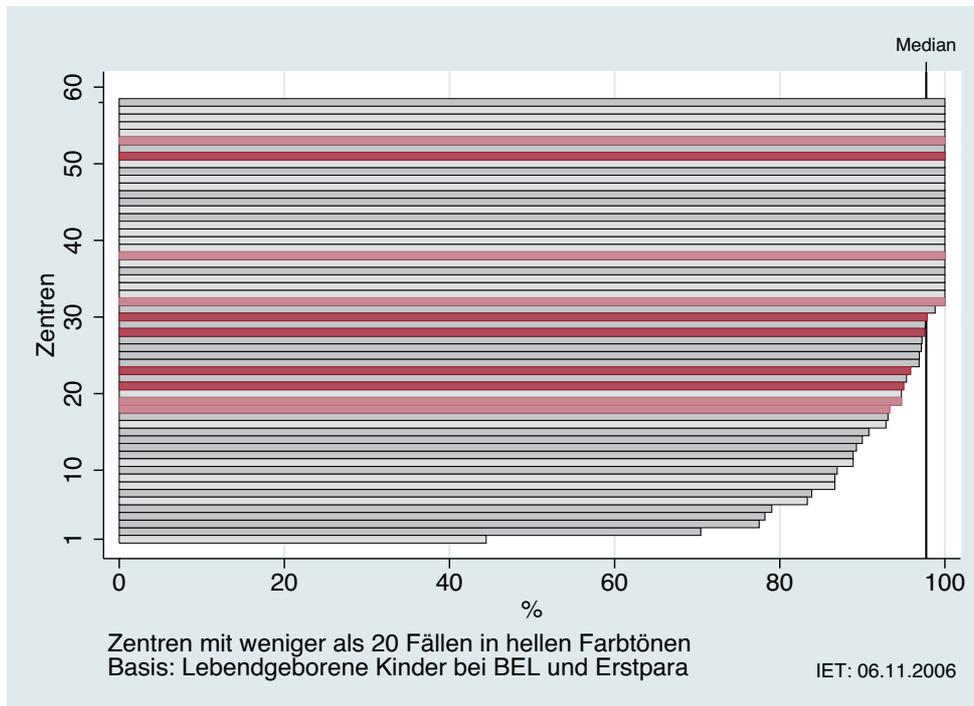


Abbildung 32: Sectio 7: Sectio-Rate bei BEL und Erstgebärende/Primipara

Medizinische Interpretation

Annähernd die Hälfte der teilnehmenden Abteilungen entbindet Erstgebärende mit BEL ausschließlich per Sectionem.

An einer einzigen Abteilung wird mehr als die Hälfte der Kinder in BEL vaginal geboren.

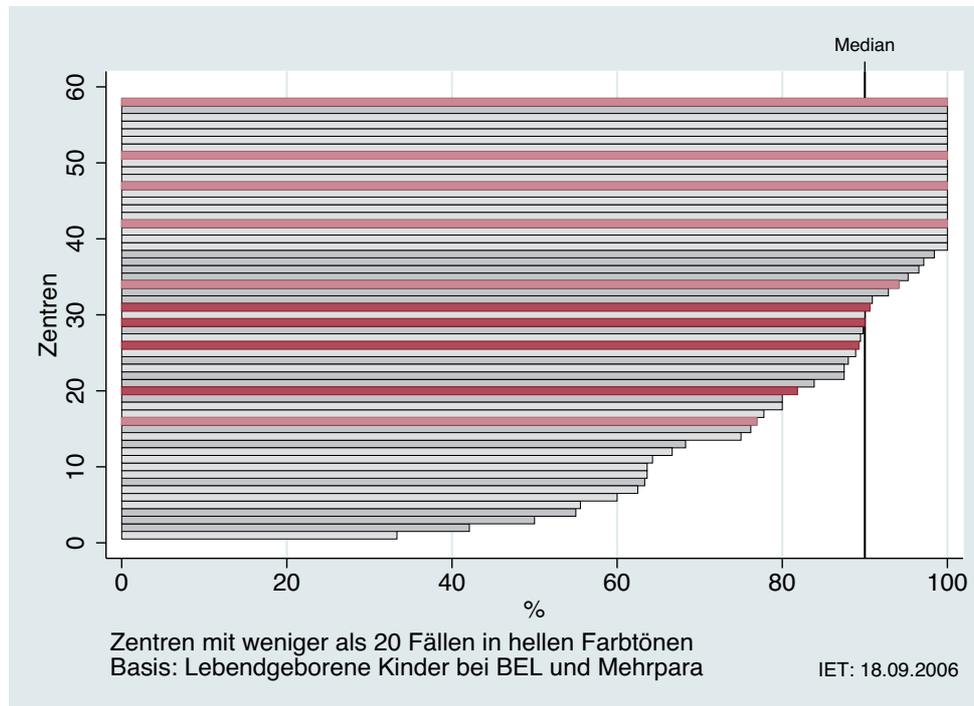


Abbildung 33: Sectio 8: Sectio-Rate bei BEL und Mehrgebärende/Multipara

Medizinische Interpretation

Gut ein Drittel aller Abteilungen bevorzugt auch bei Mehrgebärenden den Kaiserschnitt als Geburtsmodus bei BEL. Die Rate der vaginal geborenen Kinder aus BEL liegt bei Mehrgebärenden deutlich höher als bei Erstgebärenden. In diesem Kollektiv werden an einer Abteilung fast 70 % der Kinder aus BEL vaginal entwickelt.

h) KINDER

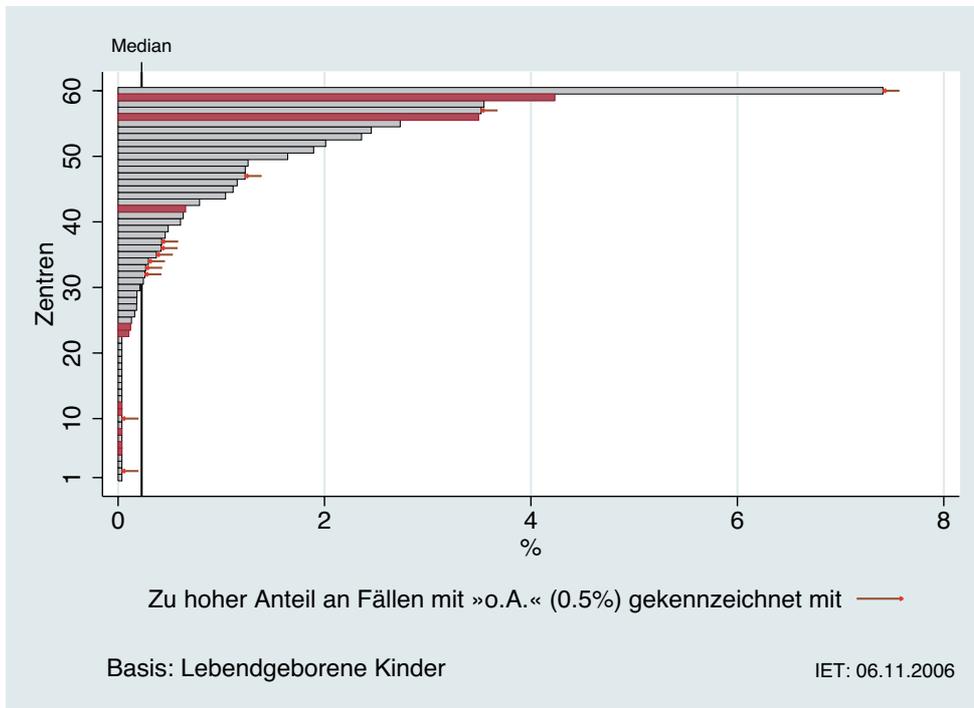


Abbildung 34: Kinder 1: Anteil Kinder mit Gewicht unter 1500 g

Medizinische Interpretation

An nur wenigen Abteilungen besteht ein hoher Anteil an Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht. Dies dürften jene Abteilungen mit angeschlossener Neonatologie sein, an welchen die optimale Betreuung Frühgeborener möglich ist. Ein ähnliches Bild zeigen auch die beiden folgenden Abbildungen. Leider gibt es Österreich-weit einen sehr hohen Anteil an Abteilungen, an denen in über 0,5 % der Fälle die Angabe „o.A.“ vorliegt. Hier sollte die Datenqualität verbessert werden.

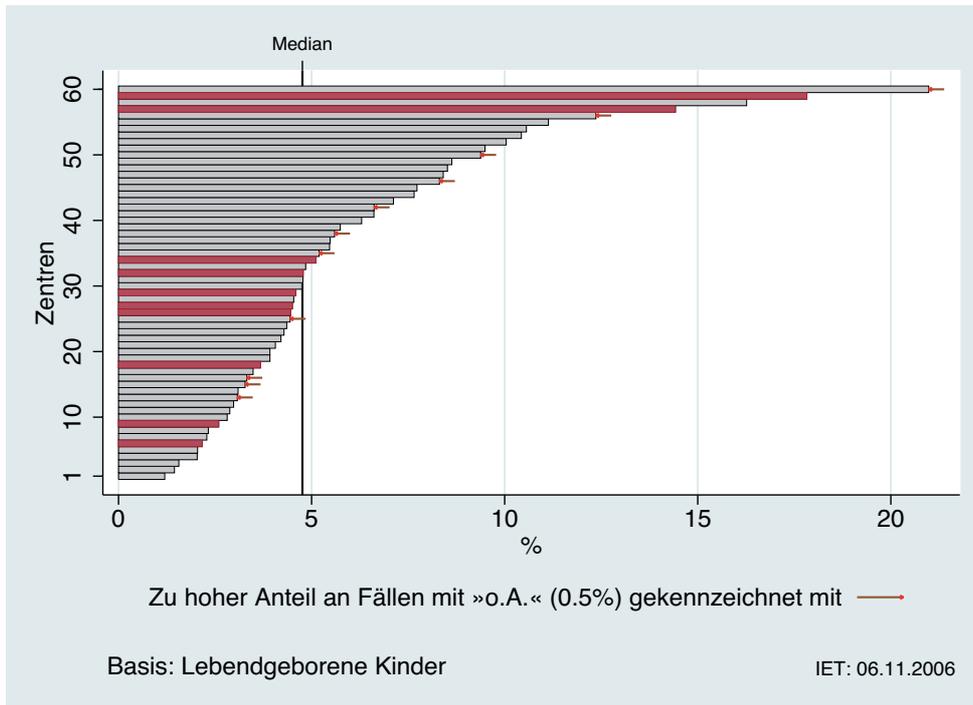


Abbildung 35: Kinder 2: Anteil Kinder mit Gewicht unter 2500 g

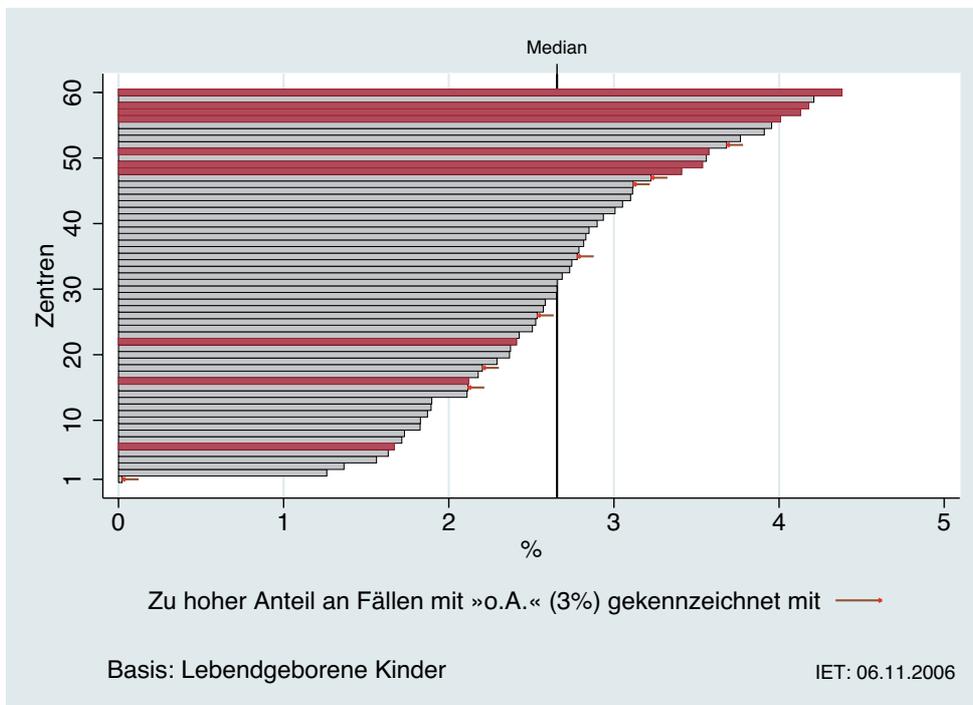


Abbildung 36: Kinder 3: Anteil 3 %-Perzentile

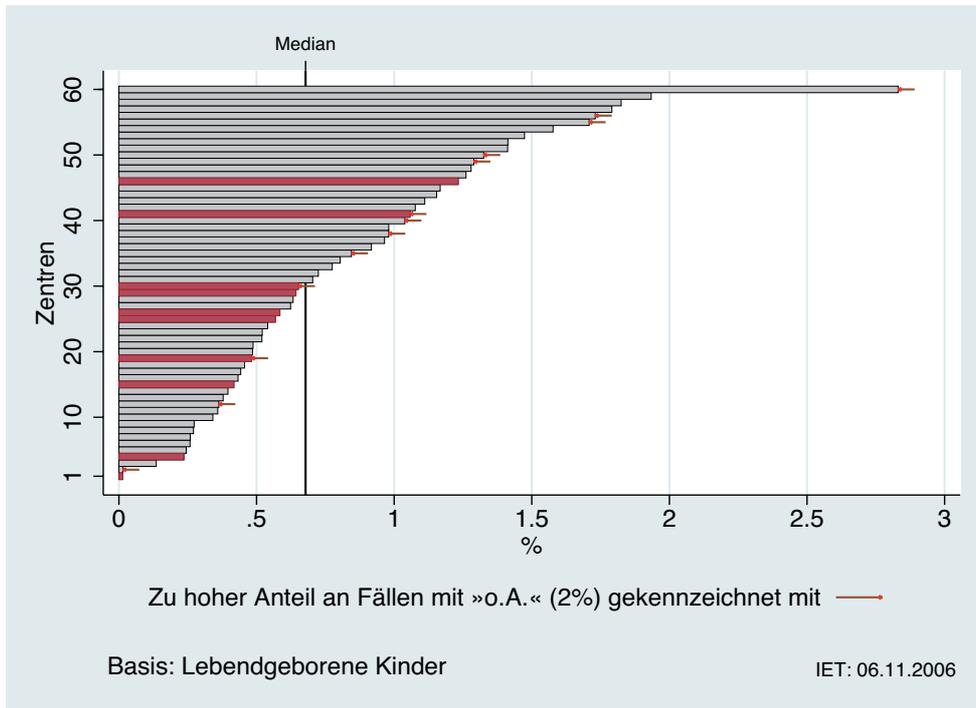


Abbildung 37: Kinder 4: Anteil Kinder mit APGAR 5 min < 7

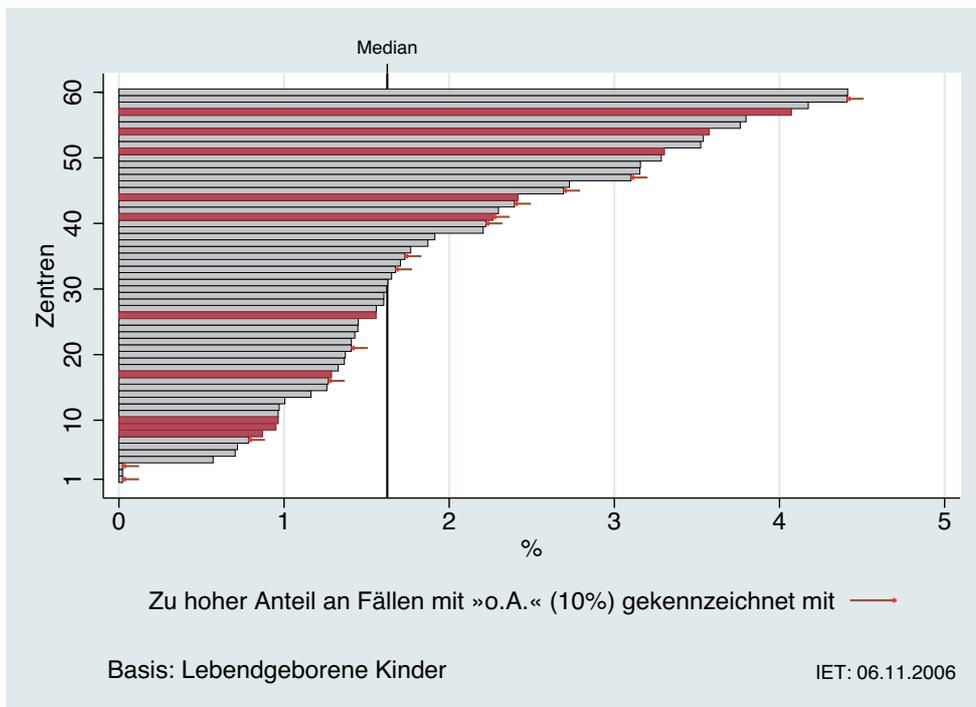


Abbildung 38: Kinder 5: Anteil Kinder mit Na-pH-Wert < 7,10

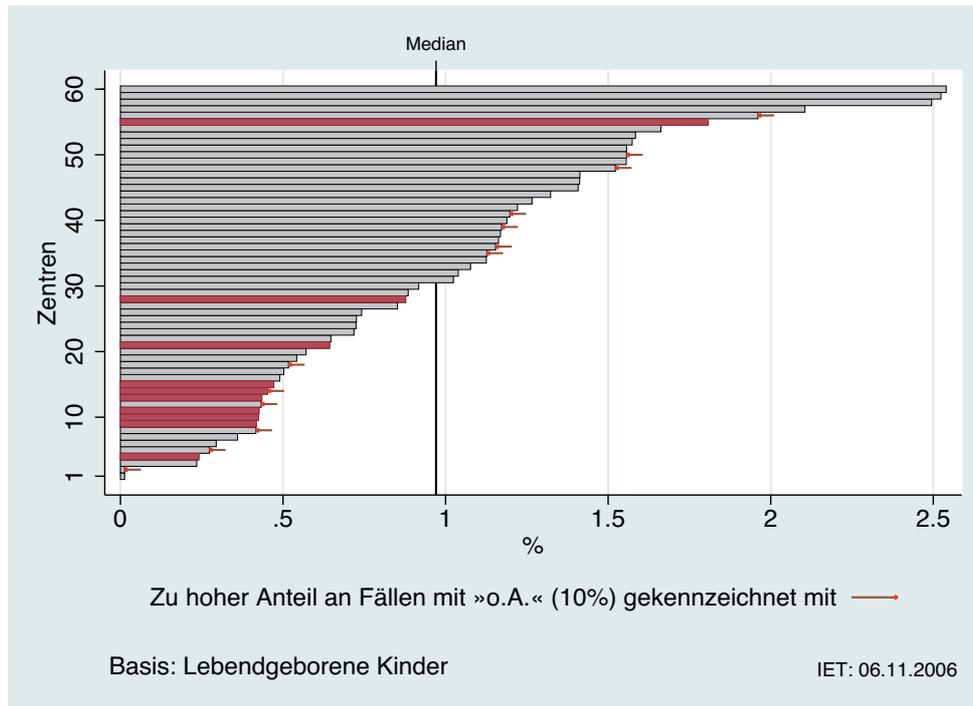


Abbildung 39: Kinder 6: Anteil Kinder m. Na-pH-Wert < 7,20 u. APGAR 1 min < 7

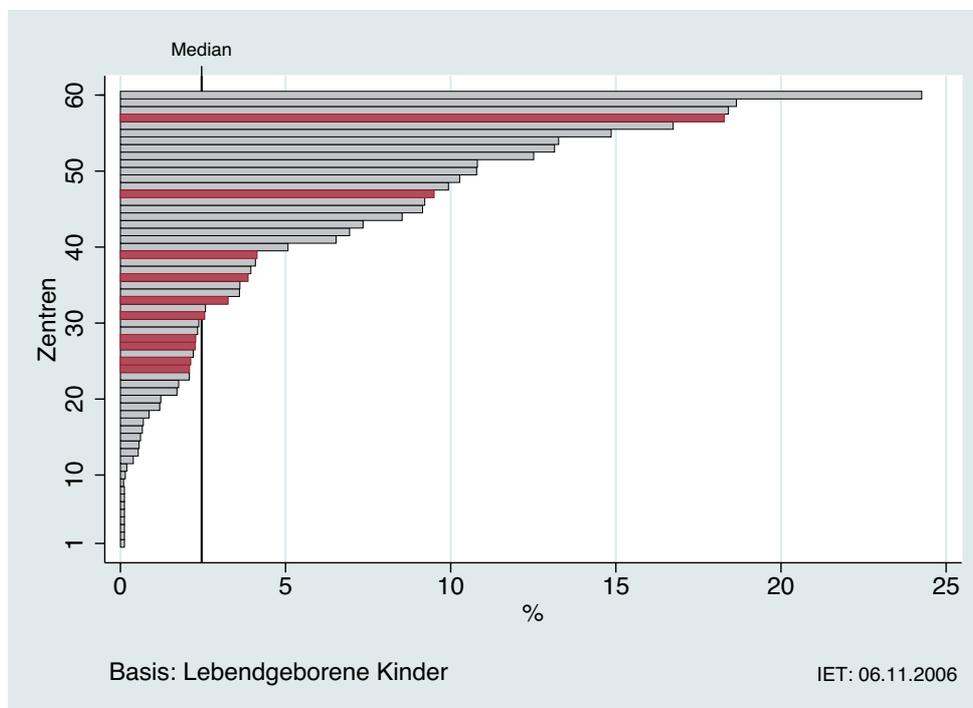


Abbildung 40: Kinder 7: Anteil Kinder mit Verlegung auf eine Kinderklinik

Medizinische Interpretation

Die Verlegungsrate an eine Kinderklinik zeigt eine hohe Schwankungsbreite. Sie ist einerseits vom Risikokollektiv abhängig und zeigt andererseits möglicherweise auch einen Zusammenhang mit der örtlichen Nähe einer Kinderabteilung auf und wäre somit auch strukturell bedingt.

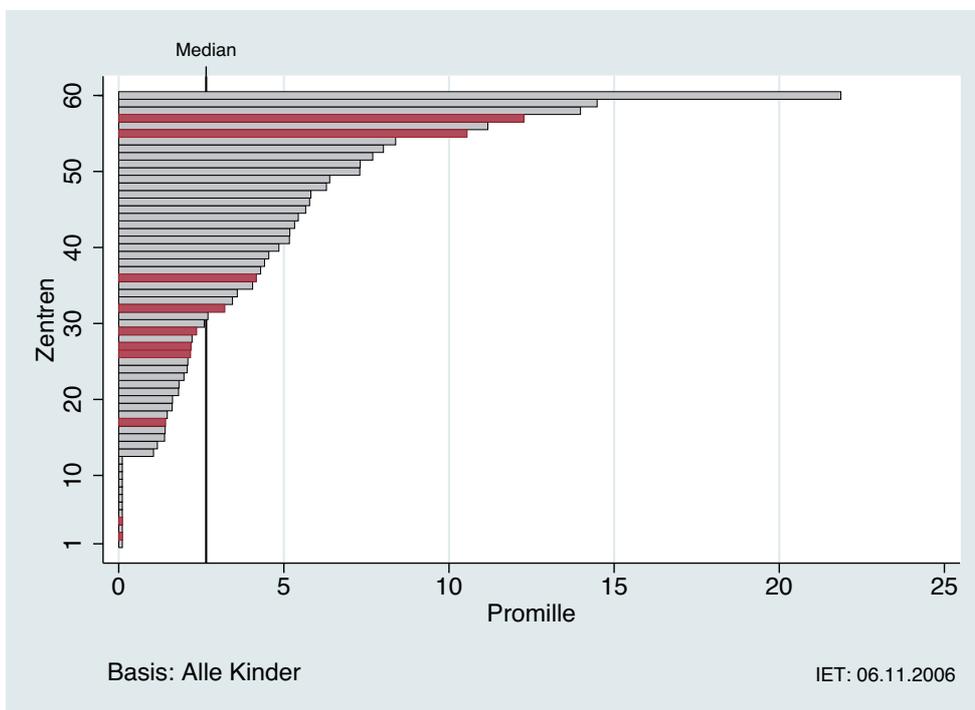


Abbildung 41: Kinder 8: Perinatale Mortalität in Promille

Medizinische Interpretation

Die perinatale Mortalität zeigt eine hohe Schwankungsbreite, diese ist abhängig vom Risikokollektiv und der geburtshilflichen Zentralisierung in den einzelnen Regionen bzw. Bundesländern.

Vergleich der kindlichen Mortalität 2004 und 2005 und Einzelfallanalyse:

Tabelle 17: Kindliche Mortalität bis 28. Lebenstag

	KAGES 2004	KAGES 2004	KAGES 2005	KAGES 2005
Mortalität	Anzahl	Promille	Anzahl	Promille
AP*: vor Aufnahme	26	2.9	12	1.3
Davon Todesdatum unbek.	1	0.1	2	0.3
AP*: nach Aufnahme	10	1.1	12	1.3
davon subpartual (SP)	3	0.3	6	0.7
Antepartuale Mortalität	36	4.0	24	2.7
Perinatale Mortalität	58	6.4	48	5.4
Neonatale M. bis 7.Tag	19	2.1	24	2.7
Neonatale M. 8. bis 28.Tag	2	0.2	26	2.9
AP: vor Aufnahme	26	2.9	12	1.3

In der 5. Fachbeiratssitzung am 3. März 2005 wurden wichtige und für die Eintragung in die geburtshilfliche EDV-Dokumentations-Software (PIA) notwendige Definitionen vereinbart.

Ab diesem Zeitpunkt wird jeder intrauterine Todesfall wie folgt dokumentiert:

- Zuerst soll die Angabe erfolgen, ob die Schwangere mit abgestorbenem Fetus in die Abteilung gekommen ist.
- Danach die Angabe, wann der Fetus abgestorben ist: Hier gibt es bei antepartuaalem Tod drei Möglichkeiten:

1: **vor Beginn der Wehen**

2: **subpartual**: unter der Wehentätigkeit

3: **unbekannt** : dies jedoch nur dann, wenn die Schwangere mit abgestorbener Frucht und Wehen in die Abteilung kommt, wobei man in diesen wenigen Fällen nicht mehr eruieren kann, wann der Fetus in Bezug auf den Beginn der Wehentätigkeit abgestorben ist.

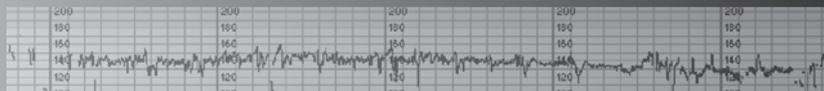
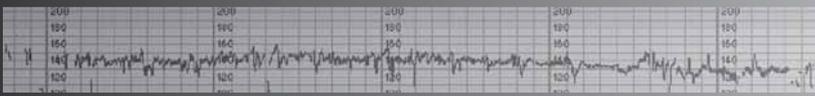


Tabelle 18: Totgeburten 2005 Steiermark

Nummer	Alter Mutter	Geschlecht	Geburtsgewicht	Lebendgeburt	Tod vor Klinikaufn.	Todeszeitpunkt
1	22	weiblich	565	nein	nein	anteipartual
2	26	männlich	965	nein	ja	anteipartual
3	39	männlich	2780	nein	ja	anteipartual
4	45	männlich	890	nein	ja	anteipartual
5	32	männlich	500	nein	nein	subpartual
6	24	männlich	1820	nein	ja	anteipartual
7	31	männlich	2350	nein	ja	anteipartual
8	36	weiblich	3110	nein	ja	anteipartual
9	18	unbekannt	2450	nein	ja	anteipartual
10	22	männlich	900	nein	nein	anteipartual
11	33	männlich	3000	nein	ja	anteipartual
12	40	unbekannt	1380	nein	nein	anteipartual
13	20	männlich	570	nein	ja	anteipartual
14	37	männlich	560	nein	nein	subpartual
15	32	weiblich	620	nein	nein	subpartual
16	22	männlich	1010	nein	nein	anteipartual
17	30	weiblich	530	nein	nein	anteipartual
18	28	weiblich	3325	nein	nein	subpartual
19	38	männlich	550	nein	nein	unbekannt
20	31	männlich	530	nein	nein	subpartual
21	44	weiblich	1350	nein	ja	unbekannt
22	23	männlich	520	nein	nein	subpartual
23	25	weiblich	750	nein	ja	unbekannt

Erläuterung zur Tabelle:

Hier sind alle Einzelfälle aufgelistet. Das Alter der Mutter findet man in der ersten Spalte, Geschlecht, Geburtsgewicht und Lebendgeburt in den weiteren drei Spalten. In der nächsten Spalte findet man den Zeitpunkt des Verlustes. Die Schwangere ist entweder mit intrauterin abgestorbenem Kind in die jeweilige Abteilung gekommen oder das Kind ist in der Abteilung verstorben. Die vorletzte Spalte stellt den Todeszeitpunkt dar. Als anteipartual sind Fälle bezeichnet, bei denen der Fetus bereits vor Wehenbeginn, subpartual, wenn der Fetus unter der Geburt verstorben ist. Als unbekannt sind Fälle bezeichnet, bei denen die Schwangere mit abgestorbenen Fetus und bereits begonnenen Wehen an der Abteilung aufgenommen wurde. In 7 Fällen wurden schwere fetale Fehlentwicklungen erst postpartual festgestellt.

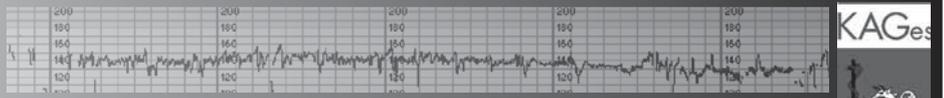


**Tabelle 19: Neonatale Mortalität frühe und späte (Tag 0 bis 28 Tage postpartual)
Einzelfallanalyse**

Nr.	Alter Mutter	Tage gelebt	Geschlecht	Geburts- gewicht	wahrscheinliche Todesursache
1	31	1	männlich	1195	Mikrozephalie
2	25	0	weiblich	546	Extreme Unreife (<28. SSW)
3	27	0	männlich	2520	Multiple angeborene Fehlbildungen
4	23	2	weiblich	1700	Hydrops fetalis
5	45	0	männlich	600	Trisomie 21 IR
6	32	0	weiblich	1695	Dysmorphiesyndrom, Chromosomendeletionen
7	19	1	männlich	490	Extreme Unreife (<28. SSW)
8	22	1	männlich	2440	WPW Herzversagen
9	41	0	weiblich	586	Extreme Unreife (<28. SSW)
10	36	3	weiblich	630	Intrakranielle Blutung
11	36	1	weiblich	955	Lungenhypoplasie
12	20	22	männlich	3030	Ebsteinanomalie
13	29	2	weiblich	1290	Lungenhyperplasie
14	21	3	weiblich	900	Extreme Unreife (<28. SSW)
15	20	4	männlich	700	fetofetales Tranfusionssyndrom
16	20	6	männlich	475	fetofetales Tranfusionssyndrom
17	25	10	männlich	865	Extreme Unreife (<28. SSW)
18	38	7	weiblich	780	Extreme Unreife Darmnekrose
19	28	0	männlich	1650	Edwards-Syndrom
20	31	1	männlich	2050	Abernethy Syndrom
21	30	0	weiblich	370	Extreme Unreife (<28. SSW)
22	30	0	weiblich	540	Extreme Unreife (<28. SSW)
23	27	0	männlich	470	Hypoplastisches Linksherzsyndrom

In dieser Tabelle sind alle Einzelfälle mit Alter der Mutter, Geschlecht, Gewicht des Kindes sowie die Anzahl der Lebenstage aufgelistet. In der letzten Spalte ist im Einzelfall die vermutete Todesursache eingetragen.

Hier erkennt man die zwei Hauptursachen für den Verlust eines Kindes, die extreme Unreife eines Neugeborenen einerseits und andererseits die nicht lebensfähigen Fehlbildungen.

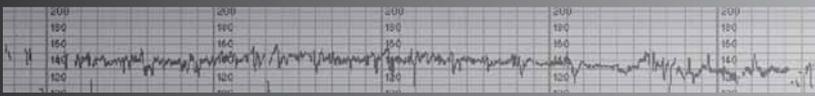


8. KOMMENTAR ZUM BENCHMARKING ANHAND DER DATEN AUS 60 ABTEILUNGEN

Eine der wichtigsten Funktionen des österreichischen Geburtenregisters ist die Möglichkeit die Daten der Abteilungen untereinander zu vergleichen. Heute bekommt jede teilnehmende Abteilung (derzeit 60 Abteilungen aus 9 Bundesländern, siehe Tabelle 6) die Daten in Form von Balkendiagrammen und Tabellen, wie hier gezeigt. Die Ergebnisse der jeweils eigenen Abteilung sind als roter Balken gekennzeichnet, woraus man abschätzen kann, wo sich die eigene Abteilung wiederfindet. Zum Vorgehen bei dieser Analyse sei angemerkt, dass es in der KAGES/in der Steiermark weiterhin in der alleinigen Verantwortung der Abteilungsleiter liegt Schlüsse aus diesen Vergleichen/diesem Benchmarking zu ziehen. Das Geburtenregister macht – im Gegensatz zu der z.B. in Deutschland geübten Praxis – keinerlei Vorgaben hinsichtlich allfällig aus den Ergebnissen und den aus dem Vergleich mit anderen gewonnenen Erkenntnissen zu ziehender Konsequenzen. Die Verantwortung dafür liegt wie erwähnt ausschließlich bei den beteiligten Abteilungen.

Besonders bemerkenswert ist die aufgezeigte Bandbreite/Streuung der Daten aller beteiligten Abteilungen. Dies hängt sowohl vom jeweiligen Patientinnenkollektiv wie auch von der Einstellung und vom jeweiligen geburtshilflichen Management, aber auch von der Datenqualität im Einzelnen ab. Abteilungen, die z.B. eine hohe Rate an zugewiesenen Frühgeburten aufweisen, haben naturgemäß eine höhere perinatale Mortalität oder höhere Kaiserschnittfrequenz, wodurch die großen Unterschiede zwischen diesen Abteilungen und allen anderen leicht erklärbar werden. Daher dürfen auch aus der Darstellung lediglich einer einzelnen großen Streubreite ohne fachspezifisches Hintergrundwissen keine direkten Schlüsse gezogen werden. Erst wenn wir ein gesamt-österreichisches Geburtenregister haben werden, werden wir Daten aus jeweils gleichwertigen Abteilungen (z.B. Universitätskliniken oder Abteilungen mit sehr geringer Geburtenzahl) auch untereinander vergleichen können. Daher hoffen wir, dass sich auch die Verantwortlichen der restlichen Abteilungen in den Bundesländern entschließen können auch ihre geburtshilflichen Daten in das bestehende Register einzubringen.

Unter der Ägide der Medizinischen Direktion wurden für die KAGES im Rahmen eines Qualitätsmanagementprojektes bereits vor 5 Jahren „Transferierungsempfehlungen für Risikoschwangerschaften in ein Perinatalzentrum bzw. für Neugeborene in eine Neonatologie“ erarbeitet und von allen beteiligten Abteilungen unterschrieben. Mit diesem Projekt wurden Empfehlungen für Transferierungsindikationen abgestimmt und festgelegt, wann welche Schwangere zentral entbunden werden soll. Aus den vorliegenden Daten kann die Einhaltung dieser Übereinkunft sehr gut nachvollzogen werden.



9. AUSBLICK 2006/2007

Die Zukunft liegt in der genauen Analyse aller geburtshilflich relevanten Daten und dem Vergleich/dem Benchmarking mit anderen österreichischen Abteilungen als Benchmarking-Partner. Teilweise ist dies, wie angeführt, bereits geschehen. So wurden im KAGES-Fachbeirat zum Geburtenregister die Unterschiede in der geburtshilflichen Behandlung, vor allem die der geburtshilflichen Einleitungsmethoden und ambulanten Kontrollschemata aufgezeigt und diskutiert. Dabei wurden auch Probleme hinsichtlich der Definition einzelner Begriffe (z.B. primäre Sectio, sekundäre Sectio, Geburtsbeginn, Plazentalösungsstörung) offenkundig, dies wurde bereits aufgegriffen und in einem breiten Diskussionsprozess soll/wird ein Österreich-weiter Konsens erreicht werden.

In der KAGES wird die Einbindung der beiden neonatologischen Abteilungen in das elektronische Dokumentationssystem noch 2006 erfolgen. Damit können dann kindliche Daten, die aufgrund der Akutsituation nicht im Kreißsaal erfasst werden konnten, direkt auf und von der Neonatologie ins System eingegeben werden. Dies wird zu einer weiteren Steigerung der Datenqualität führen.

Für das vorliegende Heft sind viele der Daten mehrfach nachgeprüft worden. Dank der guten Zusammenarbeit mit allen Abteilungen konnten fehlende Daten in mehreren Kontrollrunden nach-erhoben und nach-eingegeben werden. Damit konnte die Datenqualität (v.a. Vollständigkeit der Daten) wesentlich verbessert werden.

Die frei praktizierenden Hebammen in der Steiermark (und Österreich-weit) haben erste Schritte für die Datenweiterleitung an das gesamt-österreichische Geburtenregister gesetzt. Ein eigenes Erhebungsblatt für die Erhebung wurde entwickelt und vom gesamt-österreichischen Bundeshebbammengremium genehmigt. Dieses Formular ist auch auf der Homepage des Instituts für klinische Epidemiologie der TILAK (www.iet.at) abrufbar.

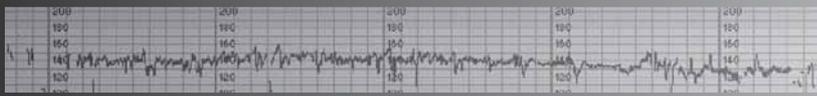
Leider konnten die Verantwortlichen der beiden Grazer Sanatorien noch nicht soweit von der Sinnhaftigkeit eines Geburtenregisters überzeugt werden, um auch tatsächlich an diesem Österreich-weiten Qualitätssicherungsprogramm mitzuwirken. Wir sind trotzdem guten Mutes, dass sich eine baldige Anbindung der Grazer Sanatorien in nächster Zeit ergeben wird, zumal auch die Vorgaben und Empfehlungen des neuen „Österreichischen Strukturplans Gesundheit“ (ÖSG 2006) die Teilnahme an Ergebnisqualitätsregistern bzw. Perinatalerhebungen explizit vorsehen.

Die Einbindung der Sanatorien und der freipraktizierenden Hebammen in das



österreichische Geburtenregister würde dabei nicht über eine Einbindung in das Geburtenregister der KAGES, sondern wie bei anderen Trägern über direkte Verträge mit dem Register-führenden Institut für klinische Epidemiologie der TILAK (IET) in Innsbruck erfolgen.

Die geburtshilfliche Abteilung des Diakonissinnen-Krankenhauses Schladming ist schon seit längerer Zeit in das entstehende österreichische Geburtenregister eingebunden und scheint daher bereits in den aktuellen Österreich-weiten Vergleichsdarstellungen als eine der teilnehmenden Abteilungen auf.



10. ABSCHLUSSBEMERKUNGEN

Die Entwicklung in der Geburtshilfe in den letzten 20 Jahren war geprägt von vielfältigen Verbesserungen zum Wohle der Schwangeren und Neugeborenen. Qualität und die Sicherheit für Mutter und Kind haben enorm zugenommen. Durch viele einzelne Maßnahmen ist in der Steiermark ein beachtliches Niveau der Versorgung erreicht worden, das auch in Zukunft zu halten sein wird. Nur durch ständiges Suchen nach Verbesserungspotenzialen kann die ohnedies bereits niedrige Morbidität und Mortalität noch weiter gesenkt werden. So gilt es insbesondere in Hinblick auf die Verfügbarkeit der neonatologischen Versorgung durch Fachärzte für Kinderheilkunde weitere Verbesserungen im Sinne der Neugeborenen zu installieren, damit kein Neugeborenes auf Grund eines Organisationsmangels zu Schaden kommt. Ein **gesundes Kind** zu bekommen, ist ein für die gesamte Familie positiv erlebtes Ereignis. Nach wie vor existieren mögliche Risiken für Mutter und Kind. Nur der seit vielen Jahren exzellenten Schwangerenüberwachung und der guten Kooperation der Geburtshelfer mit den Neonatologen ist es zu verdanken, dass die vorliegenden Ergebnisse erzielt werden konnten, so dass sich unsere Geburtshilfe gut mit jener in anderen Bundesländern und auch international vergleichen kann. Man sollte aber trotzdem nach neuen Erkenntnissen forschen und ständig weitere Verbesserungsmöglichkeiten suchen. So zeigt die neue Tabelle, dass es noch nicht wirklich gelungen ist, das Problem der extremen Frühgeburten zu lösen. Ein Teil der verstorbenen Kinder rekrutiert sich aus Fällen extremer Unreife und den Frühgeborenen, ein anderer Teil ergibt sich aus Fällen mit nicht rechtzeitig diagnostizierbaren Fehlbildungen.

Mittlerweile sind die geburtshilflichen Risiken auf ein Minimum reduziert worden. Dies ist aber nur durch entsprechenden Einsatz und gesteigerte Aufwendungen, sowie die Konzentration der Geburtshilfe auf weniger Standorte (Schließung von Kreißsälen, die an chirurgischen Abteilungen beheimatet waren) gelungen. Moderne Geburtshilfe heute benötigt einen hohen und daher auch kostenintensiven Vorhalteaufwand (Bereitstellung von Narkose- und Operationsmöglichkeiten, Intensivbetreuung, Blutkonserven, Laboruntersuchungen, Kinderbetreuung u.dgl.m.), um die erreichte Sicherheit auch weiterhin gewährleisten zu können. Derzeit wird die gute Betreuung der Neugeborenen gemeinsam mit den Anästhesisten sichergestellt, kann aber nur durch den maximalen Einsatz von einzelnen Kinderärzten aufrechterhalten werden. Zukünftig wird man von einem Neonatologen nicht verlangen können, über eine ganze Woche ständig (ab-)rufbereit zu sein. Geburtshilfe und kinderärztliche Betreuung sind und werden aber immer untrennbar miteinander verbunden bleiben.



Dies setzt in Anbetracht der unbedingt notwendigen Vorhaltekapazitäten und der klinischen Exposition letztlich Mindestgrößen für klinisch sinnvolle Einrichtungen voraus.

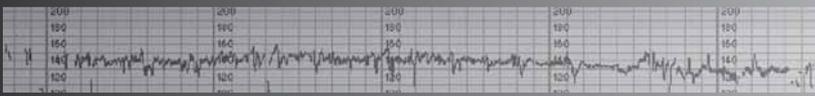
Personelle Einsparungen in Bereichen, die diese Vorhaltekapazität erfüllen (müssen) sind in Anbetracht der hohen menschlichen und ökonomischen Folgekosten geburtshilflicher Komplikationen kontraproduktiv.

Die Frühgeburt beinhaltet nach wie vor das größte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko für Neugeborene. Entwicklungen und Bemühungen in diesem Bereich sind daher von ganz besonderer Bedeutung. Die bemerkenswerten und enormen Fortschritte in der Neonatologie haben es möglich gemacht, dass Neugeborene heute auch mit Geburtsgewichten von weit unter 1000 g besser überleben können. Trotzdem muss die Verhinderung der Frühgeburt das Ziel der Schwangerenbetreuung sein und ist diesem Ziel oberste Priorität zu geben.

Die Senkung der perinatalen und neonatalen Mortalität und Morbidität kann nur durch frühzeitiges Erfassen von gefährdeten Ungeborenen erreicht werden. Hierbei wie in der adäquaten Zuordnung eines geringen, mittleren und hohen Risikos der Fälle liegt eine große Herausforderung an die Weiterentwicklung der geburtshilflichen Betreuung. Entlang einer solchen Einteilung wäre z.B. auch die Überwachung ab der 38. Schwangerschaftswoche leichter organisierbar.

Ein Hauptaugenmerk wird auch in Zukunft auf die Verhinderung von **intrauterinen Todesfällen** zu lenken sein. In erster Linie durch einen solchen Fokus könnte die Perinatale Mortalität noch weiter geringfügig gesenkt werden.

Im **Rahmen** der Vorstellung des zweiten Geburtenregister-Jahresberichtes der KAGES bzw. des Jahresberichtes zur Situation der Geburtshilfe in den KAGES-Abteilungen soll unbedingt nochmals darauf hingewiesen werden, dass neben allen Bemühungen um die medizinische Qualität auch die „umgebende Betreuungsqualität“ – ein würdiges Ambiente, eine adäquate Atmosphäre, ein individualisiertes Elternorientiertes Angebot bei der Geburt und die persönliche Zuwendung durch Hebamme und Geburtshelfer – von erheblicher Bedeutung ist und indirekt auch die medizinische Qualität beeinflusst.

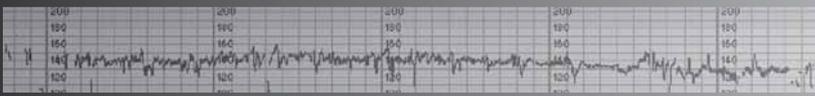


ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Geburtenregister KAGES.....	18
Abbildung 2: Anzahl Kinder pro Abteilung.....	43
Abbildung 3: Dokumentationsqualität 1: Anteil Episiotomie o.A.	44
Abbildung 4: Dokumentationsqualität 2: Anteil Plazentalösungsstörung o.A.	45
Abbildung 5: Dokumentationsqualität 3: Anteil Lage o.A.	45
Abbildung 6: Dokumentationsqualität 4: Anteil Geschlecht o.A.	46
Abbildung 7: Dokumentationsqualität 5: Anteil Gewicht o.A.	47
Abbildung 8: Dokumentationsqualität 6: Anteil SSW o.A.	48
Abbildung 9: Dokumentationsqualität 7: Anteil Geburtsdauer o.A.....	48
Abbildung 10: Dokumentationsqualität 8: Anteil APGAR 5 min o.A.	49
Abbildung 11: Geburt 1: Anteil Erstgebärende.....	50
Abbildung 12: Geburt 2: Anteil Terminunklarheit als Schwangerschaftsrisiko	51
Abbildung 13: Geburt 3: Anteil Cerclage.....	52
Abbildung 14: Geburt 4: Anteil Reifgeborene nach Lungenreifebehandlung	53
Abbildung 15: Geburt 5: Anteil Frühgeburten bis SSW 33+6.....	54
Abbildung 16: Geburt 6: Anteil Frühgeburten bis SSW 36+6.....	55
Abbildung 17: Geburt 7: Anteil Wassergeburten.....	56
Abbildung 18: Geburt 8: Anteil vaginal entbindende Operationen.....	57
Abbildung 19: Geburt 9: Anteil Geburtsdauer über 13h Primipara/9h Multipara	58
Abbildung 20: Geburt 10: Anteil Wehenmittelgabe ohne Einleitung.....	59
Abbildung 21: Geburt 11: Anteil Episiotomien bei Primipara.....	60
Abbildung 22: Geburt 12: Anteil Episiotomien bei Multipara	61
Abbildung 23: Geburt 13: Anteil Dammrissverletzung III/IV ohne Episiotomie.....	62
Abbildung 24: Geburt 14: Anteil Dammrissverletzung III/IV mit Episiotomie	63



Abbildung 25: Geburt 15: Anteil Plazentalösungsstörung bei Vaginalgeburt	63
Abbildung 26: Sectio 1: Sectio-Rate	64
Abbildung 27: Sectio 2: Rate primäre Sectiones.....	65
Abbildung 28: Sectio 3: Rate sekundäre Sectiones	66
Abbildung 29: Sectio 4: Anteil primäre Sectiones an allen Sectiones	67
Abbildung 30: Sectio 5: Sectio-Rate bei Zustand nach Sectio	67
Abbildung 31: Sectio 6: Anteil PDA/Spinal bei Sectio	68
Abbildung 32: Sectio 7: Sectio-Rate bei BEL und Erstgebärende/Primipara	69
Abbildung 33: Sectio 8: Sectio-Rate bei BEL und Mehrgebärende/Multipara	70
Abbildung 34: Kinder 1: Anteil Kinder mit Gewicht unter 1500 g.....	71
Abbildung 35: Kinder 2: Anteil Kinder mit Gewicht unter 2500 g.....	72
Abbildung 36: Kinder 3: Anteil 3 %-Perzentile	72
Abbildung 37: Kinder 4: Anteil Kinder mit APGAR 5 min < 7	73
Abbildung 38: Kinder 5: Anteil Kinder mit Na-pH-Wert < 7,10.....	73
Abbildung 39: Kinder 6: Anteil Kinder m. Na-pH-Wert < 7,20 u. APGAR 1 min < 7	74
Abbildung 40: Kinder 7: Anteil Kinder mit Verlegung auf eine Kinderklinik	74
Abbildung 41: Kinder 8: Perinatale Mortalität in Promille	75



TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Mitglieder des Fachbeirates der KAGES (Stand: 20.12.2006).....	20
Tabelle 2: KAGES-Abteilungen in alphabetischer Reihenfolge (Stand: 20.12.2006) ...	22
Tabelle 3: Übersicht über die geburtshilflichen Daten der KAGES-Abteilungen	24
Tabelle 4: Abteilungsgröße nach Anzahl der geborenen Kinder	25
Tabelle 5: Anzahlen	26
Tabelle 6: Teilnehmende Abteilungen.....	27
Tabelle 7: Schwangerschaft.....	29
Tabelle 8: Geburt	29
Tabelle 9: Sectio-Rate	31
Tabelle 10: Entbindung	33
Tabelle 11: Rissverletzungen.....	34
Tabelle 12: Kind Geschlecht/Gewicht/Verlegung	36
Tabelle 13: Kind APGAR 5 Minuten/Na-pH	37
Tabelle 14: Mortalität	39
Tabelle 15: Mortalität nach Gewicht.....	40
Tabelle 16: Mortalität nach SSW.....	42
Tabelle 17: Kindliche Mortalität bis 28. Lebenstag.....	76
Tabelle 18: Totgeburten 2005 Steiermark.....	77
Tabelle 19: Neonatale Mortalität frühe und späte (Tag 0 bis 28 Tage postpartual)	
Einzelfallanalyse	78



GLOSSAR

Amniozentese	Fruchtwasserpunktion
Antepartual (AP)	in der Schwangerschaft, vor Geburtsbeginn
APGAR	Beurteilung des Zustandes des Neugeb.: Hautfarbe, Atmung, Reflexe, Herzschlag, Muskeltonus (max 10 Pkte)
BEL	Beckenendlage
Chorionzottenbiopsie	Probeentnahme aus der Plazenta in der Frühschwangerschaft zur Diagnose genetischer Fehlentwicklungen
CTG	Cardiotokogramm, Überwachung der Herztöne des Ungeborenen und der mütterlichen Wehen
Epiduralanästhesie	Leitungsanästhesie über die Wirbelsäule mit liegendem Katheter
Episiotomie	Scheidendammschnitt
Gewichtszentile	Einteilung des Gewichtes nach Standardwerten, abhängig von Geschlecht und SSW
Mikroblutuntersuchung	Untersuchung des kindlichen Blutes während der Geburt
Morbidität	Häufigkeit des Auftretens von Erkrankungen von Mutter und Kind
Mortalität	Häufigkeit der Todesfälle bezogen auf alle Geburten (Lebend u. Totgeburten)
Na-pH-Wert	Nabelschnur-pH-Wert = Aziditätsindex
Neonatale Mortalität	Anzahl der Todesfälle ab der Geburt (1.Tag) bis zum 28.Tag nach der Geburt; frühe neonat. Mort.: 0. – 7. Tag postpartual; späte neonat. Mort.: 8. – 28. Tag postpartual
Partogramm	Dokumentation des Geburtsverlaufes
Perinatale Mortalität	Anzahl der Todesfälle während der Schwangerschaft inkl. Totgeborene ab 500 Gramm und bis zum 7.Tag nach der Geburt verstorbene Lebendgeborene
Postpartual	nach der Geburt
Sectio (caesarea)	Kaiserschnittentbindung
Spinalanästhesie	Leitungsanästhesie über die Wirbelsäule als Einmalinjektion
SSW	Schwangerschaftswoche
Subpartual (SP)	während der Geburt
Tokolyse	Wehenhemmung
Vakuum	Entbindung mit der Saugglocke
Zange	Entbindung mit der geburtshilflichen Zange

