

# SPECULUM

**Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen**

Heim K, Oberaigner W, Leitner H, Hofmann H, Husslein P

## **Geburtshilfe in Österreich – ein Bericht des Geburtenregisters Österreichs**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2015; 33 (1)  
(Ausgabe für Österreich), 17-23*

Homepage:

**[www.kup.at/speculum](http://www.kup.at/speculum)**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Unsere Räucherkegel** fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.  
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«  
– Wolf-Dieter Storl

synthetische  
**OHNE**  
Zusätze

# Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk  
aus dem *Schneeberg*«  
L A N D



[www.waldweihrauch.at](http://www.waldweihrauch.at)

# Geburtshilfe in Österreich – ein Bericht des Geburtenregisters Österreichs\*

K. Heim, W. Oberaigner, H. Leitner, H. Hofmann, P. Husslein

Seit 1998 werden im Geburtenregister Österreich (GRÖ) von einer zunehmenden Anzahl von Abteilungen die wichtigsten geburtshilflichen Daten gesammelt und ausgewertet, seit 2009 beteiligen sich nun ohne Ausnahme alle Krankenhäuser Österreichs an diesem Qualitätssicherungsprojekt.

Die Qualitätsansprüche sind in der Geburtshilfe besonders hoch und dort erzielte Ergebnisse ein wichtiger Indikator für die Qualität der Gesundheitsversorgung eines ganzen Landes. In der klinischen Medizin in Österreich ist das GRÖ das größte und zudem ein ganzes Fachgebiet umgreifendes Qualitätssicherungsprojekt. Ein solches Unternehmen ist aber nur nutzbringend und wird auch daran gemessen, wie Konsequenzen aus Auffälligkeiten gezogen und Veränderungen bewirkt werden.

Der erste österreichweite Jahresbericht für das Geburtsjahr 2012 wurde nun veröffentlicht\* und zeigt nachfolgende Ergebnisse.

## Methodik

Alle geburtshilflichen Abteilungen in Österreich nehmen freiwillig am GRÖ teil. Die

\* Auszug und Zusammenfassung aus dem „Geburtenregister Österreich – Bericht Geburtsjahr 2012“. Herausgeber: Kurt Heim / Fachbeirat Geburtenregister Österreich, Arbeitsgemeinschaft der OEGGG.

In Zusammenarbeit mit dem Institut für klinische Epidemiologie der Tilak (IET) – Bereich Geburtenregister Österreich: Willi Oberaigner, Hermann Leitner.

Bericht als pdf-File unter <https://www.iet.at/page.cfm?vpath=register/geburtenregister/jahresberichte> downloadbar. Dort auch weitere ausführliche Literatur im Anhang.

Daten werden im Institut für klinische Epidemiologie der Tilak (IET) gesammelt und ausgewertet. Ein von der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) initiiertes Fachbeirat fungiert als Steuerungs- und Aufsichtsorgan. Das Geburtenregister (GR) führt dann für die teilnehmenden Abteilungen regelmäßig Quartals- und Jahresauswertungen durch. Die Interpretation der Ergebnisse, Schlüsse daraus und eventuelle Maßnahmen obliegen der jeweiligen Abteilung. Die geburtshilflichen Abteilungen wurden je nach Versorgungsgrad sowie Abteilungsgröße in 3 Gruppen unterteilt: Perinatalzentren (Eigenzuteilung durch Abfrage bei allen Abteilungen) und Abteilungen unter bzw. ab 500 Geburten/Jahr.

Für 9 Qualitätsindikatoren (QI) wurden vom Geburtenregisterbeirat nach einer Perzentilenregel „auffällige“ Bereiche definiert. Teilnehmer mit 2 oder mehr auffälligen Indikatoren wurden um eine schriftliche Stellungnahme gebeten, diese von einer sog. Qualitätsgruppe beurteilt, kommentiert und den Abteilungen als Feedback rückübermittelt. Ziel dabei war es, die Abteilungen beim Prozess der Qualitätssicherung durch fachlich hochwertige Kommentare bei der Einschätzung der eigenen Situation und gegebenenfalls beim Erkennen von Verbesserungspotenzialen strukturiert und vertrauenswürdig zu unterstützen.

## Exemplarische Ergebnisse und Kommentare

2012 haben in österreichischen Krankenhäusern 77.644 Mütter 78.939 Kinder zur Welt gebracht, davon wurden 55.264 Kinder vaginal geboren. Dem stehen 1045 außerklinische Geburten gegenüber. Die wich-

**Tabelle 1:** Auszug der Daten/Ergebnisse.

Mutter, Schwangerschaft								
	Gesamtösterreich		Perinatalzentren		Abt. ≥ 500 Geburten/ Jahr		Abt. < 500 Geburten/ Jahr	
<b>Alter<sup>1</sup></b>								
< 18	295	0,4 %	101	0,4 %	178	0,4 %	16	0,2 %
35–39	13.687	17,6 %	4.301	18,1 %	7.745	17,6 %	1.641	16,7 %
≥ 40	3.787	4,9 %	1.317	5,5 %	2.039	4,6 %	431	4,4 %
MW/MD	30,3/30,0	n = 77.629	30,3/30,0	n = 23.824	30,3/30,0	n = 43.964	30,2/30,0	n = 9.841
<b>Parität<sup>1</sup></b>								
0	38.448	49,5 %	11.718	49,2 %	22.011	50,1 %	4.719	47,9 %
<b>BMI<sup>1</sup></b>								
Adipositas Gr. I–III (BMI > 29)	6.279	9,7 %	2.089	10,1 %	3.379	9,5 %	811	10,0 %
<b>Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft<sup>1</sup></b>								
Ja	7.066	9,7 %	2.481	10,4 %	3.934	9,6 %	651	7,8 %
<b>Mehrlinge<sup>1</sup></b>								
Einling	76.293	98,3 %	23.031	96,7 %	43.478	98,9 %	9.784	99,4 %
Zwillinge	1.265	1,6 %	771	3,2 %	436	1,0 %	58	0,6 %
Drillinge	23	<sup>5</sup> 0,0 %	20	0,1 %	3	<sup>5</sup> 0,0 %	0	0,0 %
Vierlinge	1	<sup>5</sup> 0,0 %	1	<sup>5</sup> 0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
<b>Maßnahmen während der Schwangerschaft<sup>1</sup></b>								
Chorionzottenbiopsie	378	0,5 %	148	0,6 %	167	0,4 %	63	0,6 %
Amniozentese < 22+0 SSW	362	0,5 %	175	0,7 %	158	0,4 %	29	0,3 %
Cerclage	179	0,2 %	93	0,4 %	70	0,2 %	16	0,2 %

**Geburt**

Geburtseinleitungen <sup>1</sup>								
Medik. Zervixreifung	5.946	7,7 %	2.376	10,0 %	3.131	7,1 %	439	4,5 %
Einleitung	13.205	17,8 %	4.589	20,0 %	7.274	17,6 %	1.342	13,8 %
Nachfolgend Vaginalgeburt	9.905	75,0 %	3.581	78,0 %	5.335	73,3 %	989	73,7 %
Nachfolgend Sectio	3.300	25,0 %	1.008	22,0 %	1.939	26,7 %	353	26,3 %
SSW bei Geburt <sup>2</sup>								
SSW 20+0 bis 27+6	394	0,5 %	343	1,4 %	46	0,1 %	5	<sup>5</sup> 0,0 %
SSW 28+0 bis 31+6	695	0,9 %	531	2,1 %	159	0,3 %	5	<sup>5</sup> 0,0 %
SSW 32+0 bis 36+6	5.719	7,3 %	2.607	10,7 %	2.685	6,1 %	427	4,4 %
Frühgeburt (bis 36+6)	6.808	8,7 %	3.481	14,2 %	2.890	6,5 %	437	4,5 %
Geburt 37+0 bis 42+0	71.459	90,8 %	20.998	85,5 %	41.147	92,9 %	9.314	94,9 %
Übertragung (> 42+0)	389	0,5 %	68	0,3 %	261	0,6 %	60	0,6 %
Entbindungsart <sup>2</sup>								
Vaginalgeburt	55.193	69,9 %	16.727	67,9 %	31.259	70,4 %	7.207	72,8 %
Spontan	49.950	63,3 %	14.986	60,8 %	28.419	64,0 %	6.545	66,1 %
Vakuum	5.003	6,3 %	1.633	6,6 %	2.725	6,1 %	645	6,5 %
Forzeps	73	0,1 %	23	0,1 %	38	0,1 %	12	0,1 %
Vag. BEL-Entbindung	167	0,2 %	85	0,3 %	77	0,2 %	5	0,1 %
Sectio	23.675	30,0 %	7.903	32,1 %	13.098	29,5 %	2.674	27,0 %
Notfallsectio	898	1,1 %	283	1,2 %	532	1,2 %	83	0,8 %

Tabelle 1 – Fortsetzung

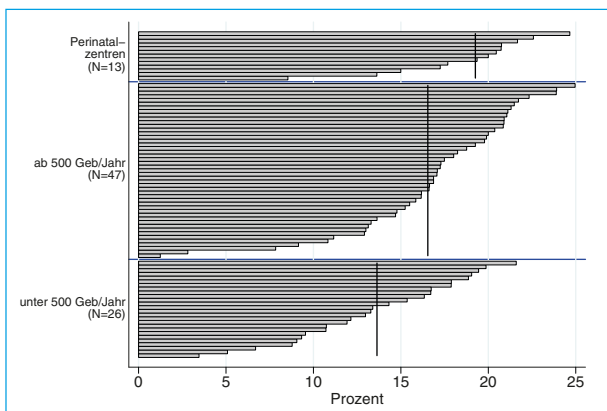
Geburt								
	Gesamtösterreich		Perinatalzentren		Abt. ≥ 500 Geburten/ Jahr		Abt. < 500 Geburten/ Jahr	
<b>Entbindungsposition<sup>4</sup></b>								
Kreißbett	46.911	87,6 %	14.665	89,1 %	26.537	88,5 %	5.709	80,7 %
Hocker	2.226	4,2 %	604	3,7 %	1.237	4,1 %	385	5,4 %
Wassergeburt	1.891	3,5 %	359	2,2 %	1.017	3,4 %	515	7,3 %
Andere	2.510	4,7 %	834	5,1 %	1.210	4,0 %	466	6,6 %
<b>Episiotomie<sup>4</sup></b>								
Ja	9.530	17,5 %	2.993	18,1 %	5.359	17,3 %	1.178	16,5 %
<b>Rissverletzung<sup>4</sup></b>								
Keine	30.375	55,2 %	9.187	55,3 %	17.179	55,0 %	4.009	55,6 %
Dammriss I	10.131	18,4 %	2.826	17,0 %	5.827	18,7 %	1.478	20,5 %
Dammriss II	6.682	12,1 %	1.921	11,6 %	3.847	12,3 %	914	12,7 %
Dammriss III/IV	954	1,7 %	324	2,0 %	516	1,7 %	114	1,6 %
<b>Sectiones<sup>3</sup></b>								
Einling	21.468	28,2 %	6.521	28,5 %	12.353	28,5 %	2.594	26,5 %
Zwilling	2.072	83,1 %	1.296	85,2 %	699	81,3 %	77	69,4 %
Beckenendlage	4.042	94,5 %	1.566	93,2 %	2.047	95,1 %	429	96,2 %
2500–3999 g	18.269	27,5 %	5.301	27,1 %	10.687	27,9 %	2.281	26,2 %
≥ 4000 g	1.795	27,0 %	485	25,1 %	1.079	28,0 %	231	27,1 %

Kind								
<b>APGAR-5-Minuten<sup>3</sup></b>								
0–6	715	0,9 %	341	1,4 %	325	0,7 %	49	0,5 %
9–10	74.422	94,6 %	22.524	92,0 %	42.398	95,7 %	9.500	96,1 %
<b>Na pH<sup>3</sup></b>								
< 7,00	239	0,3 %	91	0,4 %	119	0,3 %	29	0,3 %
7,00–7,09	1.415	1,8 %	456	1,9 %	808	1,8 %	151	1,5 %
7,10–7,19	9.950	12,6 %	3.346	13,7 %	5.550	12,5 %	1.054	10,7 %
<b>Na pH/APGAR-1-Minute<sup>3</sup></b>								
< 7,10 und < 5	185	0,2 %	82	0,3 %	89	0,2 %	14	0,1 %
<b>Verlegte Kinder<sup>3</sup></b>								
Kind verlegt	4.692	7,0 %	2.319	11,3 %	2.031	5,5 %	342	3,7 %
<b>Mortalität<sup>2</sup></b>								
Antepartal	251	3,2 ‰	140	5,7 ‰	99	2,2 ‰	12	1,2 ‰
Subpartal	21	0,3 ‰	14	0,6 ‰	7	0,2 ‰	0	0,0 ‰
Postpartal bis Tag 7	152	1,9 ‰	104	4,2 ‰	41	0,9 ‰	7	0,7 ‰
Perinatal	424	5,4 ‰	258	10,5 ‰	147	3,3 ‰	19	1,9 ‰

Basis: <sup>1</sup> alle Mütter (n = 77.644); <sup>2</sup> alle Kinder (n = 78.939); <sup>3</sup> alle lebend geborenen Kinder (n = 78.667); <sup>4</sup> alle vaginal geborenen Kinder (n = 55.264); <sup>5</sup> nach (unten) gerundete Zahl. MW: Mittelwert, MD: Median.

Hinweis: Die Summen ergeben nicht immer 100 %, da übersichtshalber die Daten „ohne Angaben“ bei den jeweiligen Items weggelassen wurden.

Weitere Details vergl. „Geburtenregister Österreich – Jahresbericht 2012“



1. Anteil Geburtseinleitungen. Basis: Mütter.

tigsten Ergebnisse sind in Tabelle 1 dargestellt.

Fast ein Viertel der Mütter (22,5 %) war 35 Jahre und älter, 5 % über 39 Jahre alt. Das mittlere mütterliche Alter betrug 30 Jahre. Abgesehen von den bedeutsamen Auswirkungen auf die Zahl der Nachkommen einer Population (bis zum Ausfall ganzer Generationen) steigen mit dem Lebensalter geburtshilfliche Risiken und muss sich die Betreuung von Schwangerschaft und Geburt wie auch die Bewertung von Ergebnissen auf diesen Umstand einstellen.

49,5 % der Mütter brachten ihr erstes Kind zur Welt. Dies spiegelt den Trend zur Einkindfamilie wider. In Österreich ist die durchschnittliche Fertilitätsrate mittlerweile bei nur mehr 1,3 Kindern. Zusammen mit dem steigenden mütterlichen Alter zeitigt dies Auswirkungen auf Altersstruktur, Altersversorgung, Arbeitskräftemangel, Migrationsdruck und dergleichen.

1,6 % der Mütter haben Zwillinge, 23 Mütter Drillinge und eine Vierlinge zur Welt gebracht, d. h. 3,3 % der Kinder kamen als Mehrlinge zur Welt. Insbesondere Drillinge haben durch ihre Frühgeburtlichkeit eine deutlich höhere Mortalität und (oft lebenslange) Morbidität. Durch die modernen Reproduktionstechniken verdoppelte sich in Österreich ab Beginn der 1990er-Jahre der Anteil der Mehrlingskinder, blieb aber in den letzten Jahren zumindest stabil (Daten Statistik Austria, Grafik siehe Bericht). Es besteht mittlerweile Einigkeit, dass im Zuge von Reproduktionsbehandlungen höhergradige Mehrlinge auf alle Fälle vermieden werden sollten. Die seit einigen Jahren propagierte Selbstbeschrän-

kung auf max. 2 rücktransferierte Eizellen greift zum Teil, aber 23 Drillingschwangerschaften bereiten durchaus noch Kopferbrechen.

Die Zahl der Muttermundcerclagen ist mit aktuell 179 stark zurückgegangen. Dass in Österreich der jüngeren Erkenntnislage, dass vor allem prophylaktische Cerclagen nicht den erhofften Nutzen erbringen, Rechnung getragen wurde, dokumentiert nun das GR.

Bei 25,5 % der Geburten wurde eine medikamentöse Maßnahme zur Auslösung des Geburtsbeginns vorgenommen (Tab. 1, Abb. 1), was impliziert, dass über ein Viertel der Schwangerschaften in ihrem natürlichen Lauf beeinflusst bzw. unterbrochen wird. Da vor allem der Umstand Terminüberschreitung dabei eine wesentliche Rolle spielt, führte dies mittlerweile zur Überarbeitung der deutschen Leitlinien (unter österreichischer und Schweizer Beteiligung). In Folge kann die weitere Entwicklung durch das GR gut verfolgt werden.

8,7 % der Kinder kamen vor der vollendeten 37. SSW zur Welt. Diese Rate an Frühgeburten ist im internationalen Vergleich erfreulich niedrig. Die im „European Perinatal Health Report 2013“ publizierten hohen Raten konnten durch das GR korrigiert und falsche Schlüsse oder Vorwürfe dadurch ausgeräumt werden. Die Daten des GR zeigen auch eindrucksvoll, dass im Gegensatz zu anderen Ländern die rechtzeitige Verlegung und Zentralisierung der frühen Frühgeburten gut funktioniert und hier strukturell kein wesentlicher Änderungsbedarf besteht. Trotzdem sind Frühgeburten aufgrund der Mortalität und v. a. Morbidität nach wie vor eines der großen ungelösten und bedeutenden Probleme in der Geburtshilfe. Nur 389 (0,5 %) Schwangerschaften wurden „echt“ übertragen und die damit verbundenen Risiken gering gehalten.

5,5 % aller Kinder kamen aus Beckenendlage (BEL) zur Welt. Davon wurden nur noch 167 vaginal entbunden. Dies alleine hat zur Folge, dass immer weniger in der vaginalen BEL-Entbindung geschulte und geübte Geburtshelfer zur Verfügung stehen. Dieses Angebot kann daher in Zukunft wahrscheinlich nur mehr in wenigen spezialisierten Abteilungen aufrechterhalten werden. Gegen eine Umkehrung dieser gesamten Entwicklung sprechen Publikatio-



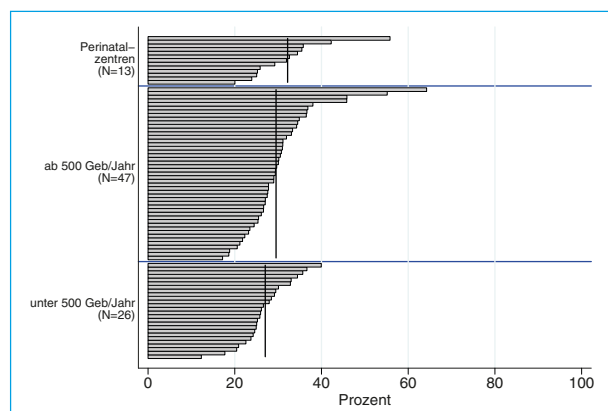
nen und viele Rahmenbedingungen. Weiteres ist im Kap. 6.5. des Berichtes ausgeführt.

In Österreich fanden nur mehr 73 Forzeps-Entbindungen statt, im Gegensatz zu 5003 Vakuum-Entbindungen. Auch wenn Zangengeburt bei kunstgerechter Durchführung und entsprechender Indikation eine nach wie vor zulässige operative Geburtsentbindungsmethode in der letzten Periode der Geburt darstellen, haben sich die Geburtshelfer in Österreich aus bestimmten Überlegungen fast ausschließlich auf die Vakuummethode verlegt. Der Disput über beide Alternativen hat sich *in praxi* entschieden.

Exakt 30 % aller Kinder wurden durch Sectio entbunden und an fast jeder 3. Mutter ein Kaiserschnitt durchgeführt (Tab. 1, Abb. 2). Die Rate an Sectiones bei Einlingen mit Schädellage am Termin beträgt bei allen 3 Abteilungstypen ein Drittel weniger (< 20 %). Die Sectiones verteilen sich etwa zur Hälfte auf „geplante“ (primäre) und „ungeplante“ (sekundäre). Zwillinge wurden zu 83,1 % und alle Drillinge/Vierlinge durch Kaiserschnitt entbunden. Bei regelwidrigen Schädellagen ist die Sectio-Rate doppelt so hoch (47,5 %) wie bei regelrechten. Der Median der Sectio-Rate beträgt bei den 3 Abteilungstypen 33 %, 30 % und 27 % und steigt mutmaßlich mit dem Anteil an Risikokollektiven an. Die Sectio-Rate bei einer oder mehreren vorangegangenen Sectiones liegt bei 73 % und variiert unter den Abteilungen deutlich.

Die Sectio-Rate ist in Österreich und weltweit seit Jahren deutlich angestiegen und nun neuerlich in Diskussion. Einige Überlegungen sind im Kapitel 6.13. des Berichtes aufgrund der kontroversen Bedeutung des Themas weiter ausgeführt. Die „richtige“ Sectio-Rate ist seit Jahrzehnten nicht nur ein medizinisches Streitthema. In einem lesenswerten rezenten „ACOG Obstetric Care Consensus“ (2014) werden zur „sicheren“ (risikoarmen) Prävention einer Erstsectio Empfehlungen ausgesprochen (Zusammenfassung im Bericht).

898 aller 23.675 Sectiones wurden als Notfallindikation durchgeführt. Dies belegt für Österreich erstmals, dass jeder 90. Kaiserschnitt unter höchster Dringlichkeitsstufe zur Abwendung akuter stark bedrohlicher Zustände für Mutter und/oder Kind durchgeführt werden musste. Dies zeigt



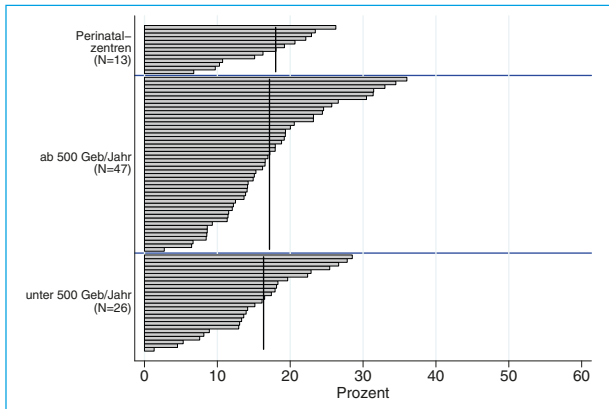
2. Sectio-Rate gesamt. Basis: lebendgeborene Kinder.

die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Krankenhäusern mit entsprechender Infrastruktur und rechtfertigt die Vorhaltekosten für die Geburtshilfe. Für eine Gesellschaft, die ohnehin schon an Nachwuchsmangel leidet, sind die Mittel gerade am Lebensbeginn ihrer Nachkommen gut investiert.

87,6 % der Geburten fanden im Kreißbett statt. Wassergeburt sind nur in einigen Abteilungen offensichtlich sehr beliebt, ebenso wie Hockergeburt und andere „Modi“. Insgesamt zeigen die Daten, dass doch noch Steigerungspotenzial in der Variabilität und Individualisierung der Entbindungen besteht. Alternative Angebote an potenziell geburtserleichternden Entbindungspositionen scheinen durchaus noch ausbaufähig. Hier ist insbesondere die Hebammenschaft bei der Geburtsbegleitung aufgerufen.

Nur 5,3 % aller Geburten fanden „ambulant“ statt. Die durchaus bestehenden Möglichkeiten werden aber offensichtlich von den Müttern der Betreuung und Pflege im Krankenhaus bis einige Tage nach der Geburt noch nicht vorgezogen. Wenn dem entgegengesteuert werden sollte, müsste dem mit einem flächendeckenden extramuralen Betreuungsangebot gesundheits- und sozialpolitisch begegnet werden.

Eine Episiotomie (Dammschnitt) war aus verschiedenen Überlegungen lange Zeit ein fast routinemäßiger Eingriff am Ende der Geburt und stellte den häufigsten operativen Eingriff bei Frauen überhaupt dar. 2012 wurde nun nur mehr bei 9530 Müttern eine Episiotomie durchgeführt (17,5 % aller vaginalen Geburten; Tab. 1, Abb. 3). Es kam zu kei-

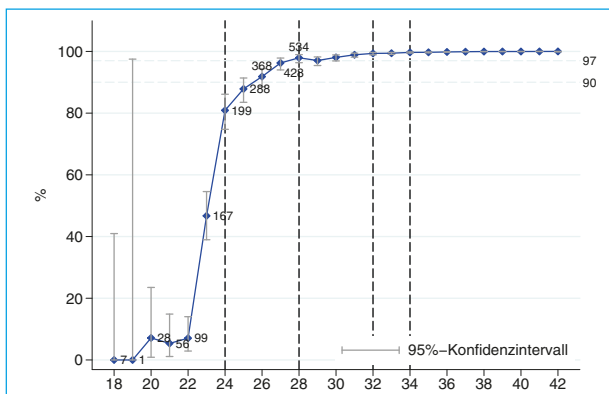


3. Anteil Episiotomien. Basis: Mütter mit Vaginalgeburt.

ner Erhöhung der hochgradigen Dammrisse (1,8 %). Die Zahl aller versorgungsbedürftigen Geburtsverletzungen blieb unter 50 %. Neben Studienerkenntnissen (siehe Bericht) haben auch die regelmäßigen Rückmeldungen der Ergebnisse durch das GR dieser Entwicklung eine Rechtfertigung verliehen und sie maßgeblich positiv beeinflusst.

Bei Vaginalgeburten wurde in 13,5 % eine Regionalanästhesie (PDA, SPA) angewendet, verglichen mit Deutschland (23,7 %) eine fast halb so hohe Rate. 86,2 % aller Sectiones erfolgten in SPA/PDA, was, mit wenigen Ausnahmen, erfreulich den zeitgemäßen medizinischen Standard der Krankenhäuser belegen kann.

Der Median des Anteils der für ihr Alter zu untergewichtigen Kinder (Dystrophie, Wachstumsverzögerung, SGA, IUGR, FGR) zeigt unter den Abteilungstypen kaum einen Unterschied und die Einzelzahlen schwanken in relativ großer Breite. Mög-



4. Kindliches Überleben (bis Tag 7 postpartal) nach SSW für die Jahre 2008–2012. Basis: Lebendgeburten in österreichischen Krankenhäusern der Jahre 2008–2012.

licherweise ist das ein Indiz dafür, dass die pränatale Gewichtsschätzung und ggf. Zentralisierung dieser Risikokinder noch zu verbessern wäre.

8,4 % (6637) der Kinder wogen > 4000 g, 0,8 % (657) über 4500 g und 0,07 % (51) über 5000 g. Für einige Geburtskomplikationen steigt das Risiko ab 4000 g merklich an, die Sectio-Rate zeigte jedoch unter oder über 4 kg keinen Unterschied. Sind unsere präpartalen (sonographischen) Gewichtsschätzungen wirklich so treffsicher?

Die perinatale Mortalität betrug für ganz Österreich 5,4 %. 3,2 % fallen dabei auf die antenatale, 0,3 % auf die subpartale und 1,9 % auf die neonatale Mortalität bis zum 7. Lebenstag (Tab. 1). Der größte Zugewinn an Überlebenschancen ist zwischen 22 und 24 (vollendeten) SSW zu verzeichnen. Zwischen 24 und 28 SSW ist noch ein Zugewinn von 80 auf 97 % zu beobachten, dann noch ein kleiner Anstieg um 2 % bis 32 vollendeten SSW (Abb. 4). War Österreich in den 1970er-Jahren bei der perinatalen Mortalität noch eines der Schlusslichter in Westeuropa, wurde mittlerweile ein Spitzenplatz erreicht.

Zu beobachten ist jedoch eine stagnierende antenatale Sterblichkeit. Sie ist durchaus noch ein lohnendes Feld weiterer Bemühungen. Durch die erst kürzlich erfolgte Aufnahme eines oralen Zuckerbelastungstests in die obligaten Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen konnte hier endlich ein wesentlicher beeinflussbarer Risikofaktor systematisch angegangen werden. Ob sich die Hoffnungen auf weniger kindliche intrauterine Todesfälle erfüllen werden, können die Ergebnisse aus unserem Register in einigen Jahren zeigen.

Ein wesentliches Ergebnis des GR ist, dass wir nun erstmals Behandlern und Eltern mit belastbaren Fallzahlen für ganz Österreich reale Überlebenschancen für jede SSW anbieten können (Abb. 4). Für die an der unteren Überlebensgrenze oft in schwerwiegende Entscheidungen eingebundenen Eltern liegen nun wirklichkeitsnahe Daten als eine wichtige Informationsgrundlage vor.

41 aller 86 österreichischen geburtshilflichen Abteilungen waren in keinem von 9 QI im auffälligen Bereich, 39 bei lediglich einem QI. Die verbliebenen 6 Abteilungen



(alle mit 2 auffälligen QI) wurden um eine Stellungnahme gebeten. Bei der Bewertung der Antworten der Abteilungen durch die Qualitätsgruppe gab es bei 2 der QI Hinweise auf strukturelle Gegebenheiten, bei 9 auf Ursachen in Prozessen bzw. Vorgehensweisen und bei 5 auf Probleme bei der Dokumentation.

### Ausblick

Die Qualität der Dokumentation und die Sicherheit der Aussagen hängen wesentlich von gleichen Definitionen bestimmter Begriffe ab. Daher wurden einige Anstrengungen unternommen, diese (er)klärend im *Speculum* zu publizieren (Literatur siehe Bericht). Weitere Maßnahmen zur durchdringenden Anwendung müssen folgen.

Der vor 4 Jahren begonnene Prozess der strukturierten Qualitätsverbesserung (SQV) sollte nun um Verlaufsbeobachtungen erweitert und der Nutzen nachvollzogen werden. In weiteren Publikationen ist geplant, Verläufe der Ergebnisse über mehrere Jahre darzustellen und in den internationalen Kontext zu stellen.

Anstrengungen und Investitionen würden sich lohnen, die Folgedokumentation der Mütter und Kinder nach der Entlassung bzw. Transferierung zu verbessern. Die Verknüpfung mit schon bestehenden kindlichen Anschlussdokumentationen (z. B. Vermont-Oxford Network) wäre äußerst sinnvoll. Wertvolle Anknüpfungspunkte wären v. a. auch die ohnehin in großem Umfang stattfindenden Mutter-Kind-Pass- und Schuluntersuchungen.

Wichtig und sehr nützlich wäre es, durch Experten für einige Themen gute und ausgewogene schriftliche Informationsblätter zu entwickeln (Beispiele: Sectio, BEL, Zustand nach Sectio, Zwillinge, großes Kind, kleines Kind, Gewichtsschätzung).

Auffallend war die große Streubreite mancher Ergebnisse, sogar in Gruppen ähnlicher Abteilungstypen (Beispiele in Abb. 1–3). Aus der Erkenntnis dieses Berichtes sollten einige Themenbereiche bei kommenden OEGGG-Jahrestagungen aufbereitet werden, um den Stand des Wissens, Pros und Kontras sachlich basiert in die Tiefe aufzuarbeiten. Einer der nächsten Jahresberichte könnte daraus mit Themenschwerpunk-

ten von verschiedenen Autoren gestaltet und auch in Folge Leitlinien formuliert werden.

Es zeigt sich, dass einige Bereiche des GR nur nutzbringend erschlossen werden können, wenn Einzelfallanalysen durchgeführt werden. Beispiele: mütterliche Mortalität, perinatale Mortalität, schwere Azidosen (pH < 7), Fehlbildungen, Hysterektomien und andere schwere mütterliche Komplikationen. Seit einem Jahr ist das Geburtenregister nun von der OEGGG beauftragt worden, die mütterliche Mortalität, die bis vor einigen Jahren (verdienstvoll) durch persönliches Einzelengagement erhoben wurde, unter dem Dach des GRÖ/IET systematisch zu dokumentieren und auszuwerten.

Die Daten/Ergebnisse des GR lassen auch die Anregungen zu, die Vollständigkeit einzelner Items noch zu verbessern, den Datensatz quantitativ und qualitativ zu überarbeiten sowie zusätzliche qualitätssteigernde Maßnahmen wie Notfall- und Sicherheitsübungen und Zertifizierungen durchzuführen.

### Zusammenfassung

Die Ergebnisse des ersten österreichischen Jahresberichtes belegen, dass die Qualität der Geburtshilfe insgesamt auf einem sehr hohen Niveau liegt. Zum ersten Mal liegt der Öffentlichkeit nun für Österreich eine Publikation vor, die alle wichtigen geburtshilflichen Parameter und damit ein ganzes klinisches Fach umfasst und somit Realität sowie Leistungen der Geburtshilfe gut abbildet. Die gesamte österreichische klinische Geburtshilfe hat sich damit freiwillig einer beispielhaften Selbstkontrolle und Qualitätssicherungsmaßnahme unterzogen. Die Abteilungen haben sich auch einer externen Überprüfung auffälliger Ergebnisse gestellt.

Durch Kommentierung der Ergebnisse wird versucht, auch Anregungen für zukünftige Entwicklungen zu geben. Für die Verantwortlichen des Gesundheitssystems liegen nun belastbare Daten für sinnvolle weitere Maßnahmen vor.

#### **Korrespondenzadresse:**

*Dr. Kurt Heim  
Vorsitzender Fachbeirat Geburtenregister Österreich  
A-4560 Kirchdorf an der Krems,  
Theodor-Haas-Straße 9/12  
E-Mail: heim\_kurt@yahoo.com*

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)