

Geburtshilfe



BQS - Projektleiter

Dr. Frank **Peinemann**

Mitglieder der Fachgruppe Perinatalmedizin

Heidrun **Alexnat**
Eberswalde

Dr. Susanne **Bauer**
Essen

Prof. Dr. Dietrich **Berg**
Amberg

Prof. Dr. Ludwig **Gortner**
Gießen

Dr. Helmut **Küster**
Greifswald

Dr. Wolfram **Lauckner**
Rostock

Prof. Dr. Frank **Pohlandt**
Ulm

Prof. Dr. Klaus **Vetter**
Berlin

Angelika **Völkner**
Jena

Prof. Dr. Friedrich **Wolff**
Köln

Stand: Oktober 2003

Einleitung

In der Geburtshilfe wurde Pionierarbeit für die externe Qualitätssicherung geleistet. Aufbauend auf der Münchner Perinatalstudie (1975-1977) wurde die Durchführung der Perinatalerhebung in den 1980er-Jahren auf alle Bundesländer flächendeckend ausgeweitet. Im Jahr 2001 wurde die BQS beauftragt, eine bundeseinheitliche Datenerhebung und Auswertung zu realisieren. Im Leistungsbereich Geburtshilfe sollen alle Geburten in Krankenhäusern erfasst werden. Pro Jahr werden somit über 700.000 Datensätze erwartet.

Ziel des Verfahrens ist der Vergleich des geburts-hilflichen Managements und der Ergebnisqualität von Geburtskliniken unter Berücksichtigung von Risikofaktoren. Das Erhebungsinstrument besteht aus 193 Datenfeldern. Für die Auswertung stehen 11 Qualitätsindikatoren zur Verfügung.

Im Jahr 2001 wurde erstmalig eine Bundesauswertung mit Daten aus 15 Bundesländern durchgeführt. In der Auswertung wurden verschiedene methodische Besonderheiten festgestellt, die durch einen sehr komplexen Datensatz, durch ein aufwändiges Netzwerk von Plausibilitätsprüfungen und durch Softwareprobleme verursacht waren. Dadurch bedingt zeigten sich in dieser Auswertung implausible Werte für die perinatale Mortalität. Ebenfalls war die Vollständigkeit der Bundesdaten 2001 niedriger als in den meisten Auswertungen auf Landesebene. Diese Ausgangslage war Anlass, Verbesserungen auf dem Weg zu einer validen bundeseinheitlichen Auswertung in der Geburtshilfe umzusetzen.

Im ersten Teil dieses Berichts werden Analysen und daraus abgeleitete Maßnahmen für die Qualitätssicherung Geburtshilfe dargestellt, die dazu geführt haben, dass eine deutliche Verbesserung der Vollständigkeit und der Validität erreicht werden konnte. Im zweiten Teil dieses Berichts werden Ergebnisse zu evidenzbasierten Qualitätsindikatoren vorgestellt.

Die Vollständigkeit der Datensätze sowie auch der teilnehmenden Krankenhäuser konnte in der Bundesauswertung Geburtshilfe 2002 im Vergleich zum Jahr 2001 deutlich gesteigert werden.

Die besonderen Probleme der Plausibilität, die sich im Jahr 2001 bei der Berechnung der perinatalen Mortalität gezeigt haben, wurden für das Jahr 2002, wenn auch in einem geringeren Ausmaß, erneut erwartet, da die Daten zum Teil übergangsweise bis Mitte 2002 nach den Regeln des Jahres 2001 erhoben und übermittelt werden konnten. Die Zahlen für die perinatale Mortalität sind noch weiterhin niedriger als der Erwartungswert, sie nähern sich diesem Wert jedoch an.

Analyse der Vollständigkeit

In die Bundesauswertung 2002 gingen 600.588 Datensätze (600.588 Geburten, 610.070 Kinder) aus 940 Krankenhäusern ein.

Die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Zahlen über die Geborenen und über die Krankenhäuser mit Entbindungen wurden als Vollständigkeitsmaß verwendet. Die Zahlen für Totgeborene und die Zahlen für die „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen“ sind separat angegeben. Diese Zahlen stellen für diesen Leistungsbereich die besten verfügbaren Daten dar.

Falls Zahlen für das Jahr 2002 noch nicht vorlagen, wurden die relativen Anteile des Jahres 2001 verwendet und auf das Jahr 2002 hochgerechnet. Die in dieser Weise hochgerechneten Zahlen sind durch den Anhang „(extrapoliert)“ gekennzeichnet.

Erfasste Krankenhausgeburten

Im Jahr 2002 wurden in Deutschland 712.133 (extrapoliert) Kinder in den Krankenhäusern geboren. Dies sind 98,6% aller Geborenen. In der Bundesauswertung Geburtshilfe 2002 konnten 610.070 Teildatensätze von stationär geborenen Kindern berücksichtigt werden, somit wurde eine Vollständigkeit von 85,7% erreicht (Abbildung 20.1). Im Jahr 2001 lag dieser Anteil noch bei 63%.

Teilnehmende Krankenhäuser

Im Jahr 2002 gab es in Deutschland 1.023 (extrapoliert) Krankenhäuser mit Entbindungen. In der Bundesauswertung Geburtshilfe 2002 konnten 940 Krankenhäuser berücksichtigt werden, somit wurde eine Vollständigkeit von 91,9% erreicht. Im Jahr 2001 lag dieser Anteil noch bei 69%.

Plausibilität der Ergebnisse

Definitionen

Die perinatale Mortalität ist definiert als „Anteil der Totgeborenen und in den ersten sieben Lebenstagen Gestorbene pro 1.000 Lebend- und Totgeborenen“. In der Abbildung 20.2 wird dargestellt, dass sich die perinatalen Sterbefälle sowohl aus den Totgeborenen als auch aus einer Teilmenge der Lebendgeborenen zusammensetzt.

In den Tabellen 20.1 bis 20.6 sind die Zahlen für Totgeborene, „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbene“ und perinatale Sterbefälle separat dargestellt, die Tabelle 20.7 gibt eine Übersicht.

Die Problematik der Erfassung und Auswertung wird schrittweise analysiert für die

1. Rate der Totgeborenen
2. Rate der „In den ersten sieben Lebenstagen gestorbenen Kinder“
3. Perinatale Mortalitätsrate

Datengrundlage

Die vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Zahlen der Geborenen basieren auf der standesamtlichen Meldung nach dem Personenstandsgesetz. Lebendgeborene werden unabhängig vom Geburtsgewicht gemeldet. Totgeborene werden ab einem Gewicht von 500 Gramm gemeldet. Die Zuordnung nach Postleitzahl und Bundesland wird durch den Wohnort der Mutter und nicht durch den Ort der Geburtsklinik bestimmt.

Abbildung 20.1: Vollständigkeit der Geborenen 2002

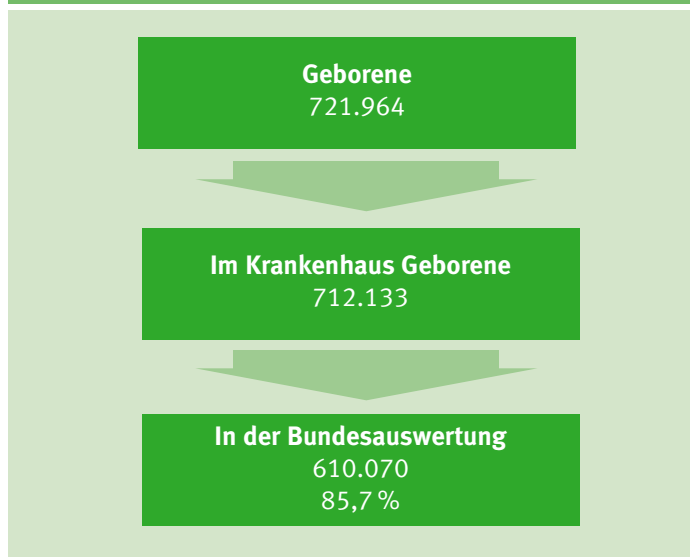


Abbildung 20.2: Zusammensetzung der perinatalen Sterbefälle

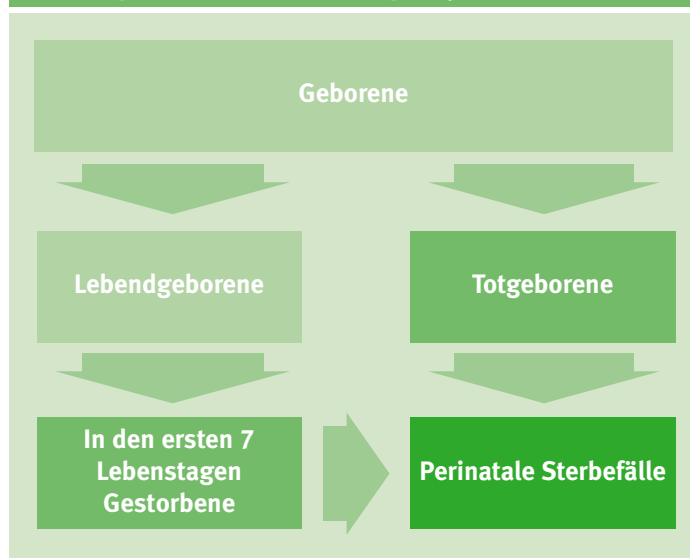


Tabelle 20.1: Plausibilität der Ergebnisse: Erfassung der Totgeborenen, Vergleich der Zahlen 2002 versus 2001

Totgeborene	Anteil	Zahl
BQS 2001	0,5 ‰	219 von 455.662
BQS 2002	2,9 ‰	1.768 von 610.070
Statistisches Bundesamt 2002	3,8 ‰	2.714 von 721.964

Tabelle 20.2: Plausibilität der Ergebnisse: Erfassung der Totgeborenen im Jahr 2002

Totgeborene 2002	Anteil	Zahl
Gesamt erwartet	3,8 ‰	2.714 von 721.964
Aus Krankenhäusern erwartet	3,8 ‰	2.677 von 712.133
Aus teilnehmenden Krankenhäusern erwartet	3,8 ‰	2.293 von 610.070
In der Auswertung gezählt	2,9 ‰	1.768 von 610.070
Differenz	0,9 ‰	525 von 610.070

Einige Besonderheiten der Datengrundlagen sind für die Interpretation allerdings zu berücksichtigen:

- Nach dem Sächsischen Bestattungsgesetz (*SLAeK 2003*) sind Kinder aus Schwangerschaftsabbrüchen, deren Gewicht mindestens 500 Gramm beträgt, Totgeborene. Dies ist beispielsweise in Bayern (*BLAeK 2003*) nicht der Fall. Umstritten ist, ob Kinder aus Schwangerschaftsabbrüchen zu einem späten Zeitpunkt der Schwangerschaft – Gewicht 500 Gramm und darüber – in die Statistik einbezogen werden oder nicht. Dies wird von den Krankenhäusern und den Ländern unterschiedlich gehandhabt.
- Die vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Zahlen der „Krankenhäuser mit Entbindungen“ basieren auf der von den Statistischen Landesämtern einmal jährlich durchgeführten Totalerhebung der Krankenhäuser (Krankenhausstatistik) gemäß der Krankenhausstatistikverordnung (*KHStatV*). Maßgeblich für die statistische Erfassung als Krankenhaus ist die Wirtschaftseinheit (*Krankenhausstatistik 2002*). Hierunter wird jede organisatorische Einheit verstanden, die unter einheitlicher Verwaltung steht und für die auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Somit sind die vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Zahlen der „Krankenhäuser mit Entbindungen“ vermutlich unterschätzt, sofern sie für die Zwecke

der Bundesauswertung Geburtshilfe benutzt werden. Allerdings stellen diese Zahlen im Vergleich mit anderen Quellen die besten verfügbaren Daten dar.

Erfassung von Totgeborenen

Im Jahr 2002 wurden dem Statistischen Bundesamt 2.714 Totgeborene (3,8 ‰) gemeldet. In der Bundesauswertung Geburtshilfe 2002 wurden somit 2.293 Totgeborene (3,8 ‰) erwartet. Tatsächlich gezählt wurden 1.768 Totgeborene (2,9 ‰). Es ist davon auszugehen, dass etwa 525 Totgeborene nicht in der Auswertung erfasst worden sind.

Zum Vergleich: Im Jahr 2001 war die Totgeborenrate 0,5 ‰.

In der Tabelle 20.1 und in der Tabelle 20.2 sind die Zahlen zu den Totgeborenen zusammengestellt.

Erfassung von „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen“

Im Jahr 2001 wurden dem Statistischen Bundesamt 1.498 „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbene“ (2,0 ‰) gemeldet, auf das Jahr 2002 extrapoliert lassen sich 1.467 erwarten. In der Bundesauswertung Geburtshilfe 2002 wurden somit 1.244 „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbene“ (2,0 ‰) erwartet. Tatsächlich gezählt wurden 861 „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbene“ (1,4 ‰). Es ist davon auszugehen, dass etwa 383 „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbene“ nicht in der Auswertung erfasst worden sind. Zum Vergleich: Im Jahr 2001 war die Rate der „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen“ ebenfalls bei 1,4 ‰. In der Tabelle 20.3 und in der Tabelle 20.4 sind die Zahlen zu den „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen“ zusammengestellt.

Erfassung der perinatalen Mortalität

Im Jahr 2001 wurden dem Statistischen Bundesamt 4.377 perinatale Sterbefälle (5,9 ‰) gemeldet, auf das Jahr 2002 extrapoliert lassen sich 4.181 (5,8 ‰) erwarten. In der Bundesauswertung Geburtshilfe 2002 wurden somit 3.537 perinatale Sterbefälle (5,8 ‰) erwartet. Tatsächlich gezählt wurden 2.628 perinatale Sterbefälle (4,3 ‰). Es ist davon auszugehen, dass etwa 909 perinatale Sterbefälle nicht

in der Auswertung erfasst worden sind.

Zum Vergleich: Im Jahr 2001 war die Rate der perinatalen Sterbefälle 1,9‰. In der Tabelle 20.5 und in der Tabelle 20.6 sind die Zahlen zu den perinatalen Sterbefällen zusammengestellt. Tabelle 20.7 gibt eine Übersicht der Zahlen zu den Totgeborenen, der „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen“ und den perinatalen Sterbefällen.

Ursachenanalyse

Unvollständige Erfassung von Totgeborenen und von „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen“

Bei der Entgegennahme von Datensätzen aus den Krankenhäusern prüfen die Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung (LQS) diese auf Plausibilität. Werden Datensätze von den LQS entgegengenommen, die von der datenentgegennehmenden Stelle für den Bundesdatenpool nicht entgegengenommen werden, gelangen diese Ergebnisse zwar in die Landesauswertung, jedoch nicht in die Bundesauswertung. Diese Unterschiede in der Datenentgegennahme können entstehen, wenn die Plausibilitätskriterien nicht in gleicher Weise angewendet werden.

Unvollständige Erfassung von Totgeburten

Als eine wichtige Ursache für die unvollständige Erfassung von Totgeburten ist das Fehlen eines Datenfeldes „Totgeburt“ im Datensatz 2002 zu nennen. Anstelle eines Datenfeldes wird eine komplexe Berechnungsvorschrift eingesetzt, die darüber entscheidet, ob eine Totgeburt vorgelegen hat. Darüber hinaus bestehen Probleme bei der Softwareherstellung und Datenübertragung. Die Rechenvorschrift sowie die Plausibilitätsregeln werden unterschiedlich umgesetzt. Dies führt dazu, dass eine klare Trennung von Lebendgeborenen und Totgeborenen nicht gegeben ist. In der Folge ist der Wert niedriger als erwartet und für einen Vergleich der Krankenhäuser nicht geeignet. Daher ist dieses Datenfeld „Totgeburt“ seit dem 01.01.2003 neu eingeführt.

Tabelle 20.3: Plausibilität der Ergebnisse: Erfassung der „In den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene“, Vergleich der Zahlen 2002 versus 2001

Gestorbene	Anteil	Zahl
BQS 2002	1,4 ‰	861 von 610.070
BQS 2001	1,4 ‰	674 von 455.662
Statistisches Bundesamt 2001	2,0 ‰	1.498 von 737.356

Tabelle 20.4: Plausibilität der Ergebnisse: Erfassung der „In den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene“ im Jahr 2002

Gestorbene 2002	Anteil	Zahl
Gesamt erwartet	2,0 ‰	1.467* von 721.964
Aus Krankenhäusern erwartet	2,0 ‰	1.447 von 712.133
Aus teilnehmenden Krankenhäusern erwartet	2,0 ‰	1.244 von 610.070
In der Bundesauswertung gezählt	1,4 ‰	861 von 610.070
Differenz	0,6 ‰	383 von 610.070

*extrapoliert

Tabelle 20.5: Plausibilität der Ergebnisse: Erfassung der perinatalen Mortalität, Vergleich der Zahlen 2002 versus 2001

Perinatale Mortalität	Anteil	Zahl
BQS 2002	4,3 ‰	2.628 von 610.070
BQS 2001	1,9 ‰	888 von 455.662
Statistisches Bundesamt 2001	5,8 ‰	4.379 von 737.356

Tabelle 20.6: Plausibilität der Ergebnisse: Erfassung der perinatalen Mortalität im Jahr 2002

Perinatale Mortalität 2002	Anteil	Zahl
Gesamt erwartet	5,8 ‰	4.181* von 721.964
Aus Krankenhäusern erwartet	5,8 ‰	4.124 von 712.133
Aus teilnehmenden Krankenhäusern erwartet	5,8 ‰	3.537 von 610.070
In der Bundesauswertung gezählt	4,3 ‰	2.629 von 610.070
Differenz	1,5 ‰	909 von 610.070

*extrapoliert

Tabelle 20.7: Plausibilität der Ergebnisse: Übersicht zur Erfassung der Totgeborenen, der „In den ersten 7 LT Gestorbenen“ und der perinatalen Mortalität im Vergleich 2002 versus 2001

	BQS 2001	BQS 2002	Destatis ** 2002	Erwartet 2002	Differenz 2002
Bezug	455.662	610.070	721.964	610.070	610.070
Totgeborene	219	1.768	2.714	2.293	525
	0,5 ‰	2,9 ‰	3,8 ‰	3,8 ‰	0,9 ‰
In den ersten 7 LT Gestorbene	674	861	1.467*	1.244	383
	1,4 ‰	1,4 ‰	2,0 ‰	2,0 ‰	0,6 ‰
Perinatale Mortalität	888	2.629	4.181*	3.537	909
	1,9 ‰	4,3 ‰	5,8 ‰	5,8 ‰	1,5 ‰

*extrapoliert, ** Statistisches Bundesamt 2002

Unvollständige Erfassung von „In den ersten sieben Lebenstagen Gestorbenen“

Die Dokumentation für die Qualitätssicherung Geburtshilfe wird von Mitarbeitern der Geburtsklinik geleistet. Der Datensatz kann auch dann abgeschlossen und exportiert werden, wenn keine Informationen über den Zustand der in die Kinderklinik verlegten Kinder angegeben werden. Die gleiche Problematik tritt auch bei Kindern auf, die nach Hause entlassen sind. Somit fehlen Informationen über verletzte und entlassene Kinder. In der Folge ist der Wert niedriger als erwartet.

Maßnahmen zur Verbesserung der Methodik

Die BQS hat daran gearbeitet, durch eine klar zu interpretierende und besser trennende Spezifikation 5.0.1, gültig im Jahr 2002 und übergangsweise auch noch bis Juni 2003, die Verzerrungen zu reduzieren, die bei der Datenübermittlung entstehen. Parallel wurden im Dialog mit den LQS Plausibilitätsregeln ausgesetzt, die den Datenfluss stören können. Weitere Verbesserungen wurden in den Spezifikationen 6.0, gültig im Jahr 2003, und 7.0, gültig im Jahr 2004, berücksichtigt. Am 01.01.2003 wurde das Datenfeld „Totgeburt“ eingeführt. Die Ausfüllhinweise wurden überarbeitet. Mit den LQS konnte die Übermittlung von realen Kalenderdaten vereinbart werden. Dadurch wird der BQS ermöglicht, die Abstände zwischen zwei Kalenderdaten zu berechnen.

Um die Erfassung der verlegten Kinder zu verbessern, wird für das Jahr 2004 der Hinweis eingeführt, in der Kinderklinik eine Woche nach der Geburt Informationen zum Kind zu erfragen. Dieser Hinweis erscheint, wenn die Frage im Datenfeld „Kind in Kinderklinik verlegt“ bejaht wird.

In der Spezifikation für das Jahr 2004 wurden zusätzliche Wertebereichsgrenzen aufgenommen, um die Eingabe von unmöglichen Werten zu reduzieren.

Externe Begutachtung der Qualitätsindikatoren

In einem von der BQS beauftragten Gutachten wurden elf Qualitätsindikatoren evaluiert und bewertet (*Geraedts & Neumann 2003*). Davon waren sieben bedingt ungeeignet bzw. bedingt geeignet, drei nicht geeignet. Nur der Qualitätsindikator „Selten Dammriss Grad III oder IV bei vaginalen Einlingsgeburten“ wurde als geeignet bewertet. Dieser Qualitätsindikator wurde für die Berichterstattung in einer modifizierten Form ausgewählt.

Qualitätsziel: Geringe Rate Mütter mit Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten

Problem

Unter einer Spontangeburt wird eine Geburt ohne den Einsatz von Zange, Vakuumplocke oder Spezialhandgriffen verstanden. Der Dammriss Grad III und IV ist eine schwerwiegende Verletzung der Beckenbodenmuskulatur. Die Einteilung der Schweregrade zeigt Tabelle 20.8.

In der Folge können bei den Patientinnen mit einem Dammriss Grad III oder IV sehr unangenehme organische Funktionsstörungen mit weitreichenden Konsequenzen zurückbleiben.

Methodik

Um eine homogene Gruppe mit einem niedrigen Ausgangsrisiko zu bilden, wurden in einer Sonderauswertung für die Grundgesamtheit die spontanen anstelle der vaginalen Einlingsgeburten ausgewählt. Die vaginalen Geburten umfassen neben der Spontangeburt auch vaginal-operative Entbindungen, bei denen Instrumente (Zange, Saugglocke) und Spezialhandgriffe zur Anwendung kommen und ein gegenüber der Spontangeburt erhöhtes Risiko für Komplikationen besteht. Bei Mehrlingsgeburten besteht ebenfalls ein gegenüber Einlingsgeburten erhöhtes Risiko. Als Referenzbereich für den Krankenhausvergleich sollen Werte unterhalb der 75%-Perzentile gelten. Krankenhäuser liegen dann außerhalb dieses Referenzbereichs, wenn sie eine höhere Dammrissrate (Grad III oder IV) haben als

drei Viertel der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit (alle spontanen Einlingsgeburten). Es wurden Datensätze gezählt, in denen Einlingsgeburten (Datenfeld „Anzahl der Mehrlinge“ = 1) dokumentiert sind. Aus diesen wurden diejenigen Datensätze in die Sonderauswertung eingeschlossen, bei denen im Datenfeld „Entbindungsmodus“ folgende OPS-Kodes aus der Tabelle 20.9 angegeben waren, mit denen Spontan-geburten dokumentiert werden.

Ergebnisse

Die Gesamtrate Dammriss Grad III oder IV an allen spontanen Einlingsgeburten unabhängig vom Krankenhaus beträgt 1,81 %. Wird danach unterschieden, ob eine Episiotomie vorgenommen wurde oder nicht, ergeben sich folgende Zahlen: Der Anteil Dammriss Grad III oder IV an den spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie (1,02 %) ist niedriger als der Anteil an den spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie (3,29 %). Sowohl die absoluten Häufigkeiten als auch die relativen Anteile sind in der Tabelle 20.10 zusammengefasst.

In der Abbildung 20.3 wird die Verteilung der Dammrissrate Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten für 929 Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen dargestellt. Die 75 %-Perzentile liegt bei 2,59% (waagerechte Linie), das heißt, links vom Schnittpunkt dieser Waagerechten mit den Krankenhausergebnissen befinden sich 231 Krankenhäuser, die eine Dammrissrate von 2,59% oder darüber pro Krankenhaus haben, rechts von diesem Schnittpunkt befinden sich Krankenhäuser, die eine Dammrissrate von weniger als 2,59% pro Krankenhaus haben. Die Spannweite von 0 bis 23,38% bedeutet, dass einige Krankenhäuser keine Dammrisse Grad III oder IV dokumentiert haben und dass pro Krankenhaus Raten bis zu 23,38% angegeben wurden.

Bewertung

Die Episiotomie wird durchgeführt, weil sie schwerwiegende Verletzungen (Dammriss Grad III oder IV) verhindern soll. Bei Geburten wie Spontangeburt oder Einlingsgeburten, die potenziell ein niedriges Risiko für den Dammriss Grad III oder IV haben,

Tabelle 20.8: Einteilung der Schweregrade Dammriss (modifiziert nach: Sultan 1999)

Grad	Beschreibung
Grad I	Zerreißung der hinteren Vaginalhaut, Einrisse an der Dammhaut
Grad II	Weiterreichende Einrisse des perinealen Gewebes ohne Beteiligung des Sphincter ani
Grad III	Alle Sphinkterverletzungen ohne Beteiligung der Rektumschleimhaut
Grad IV	Verletzung von Sphinkter und Rektumschleimhaut

Tabelle 20.9: Kodierung von Spontangeburt gemäß des OPS-301-Katalogs Version 2.1 fr das Jahr 2002

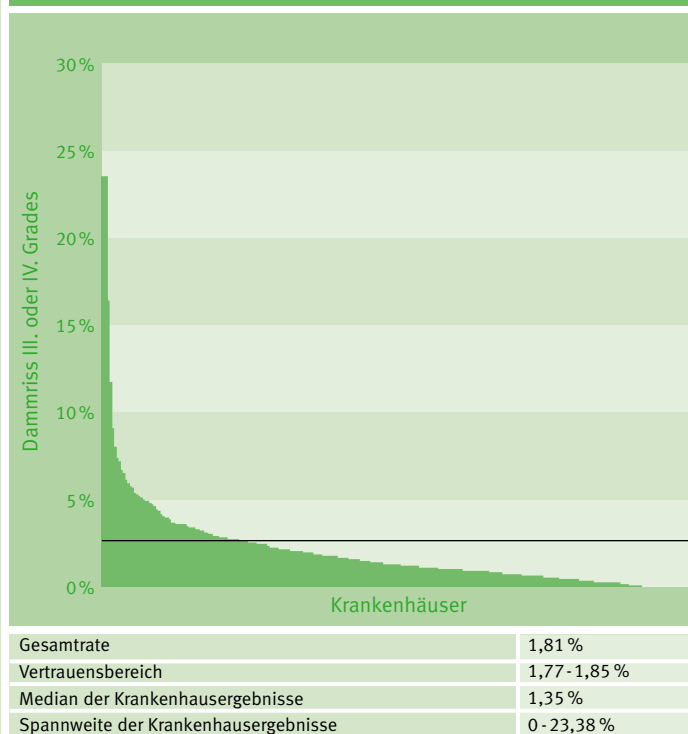
Kode	Beschreibung
8-515	Partus mit Manualhilfe
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
9-268	Überwachung und Leitung einer Geburt, N.n.bez.

Tabelle 20.10: Häufigkeit Dammriss Grad III oder IV bei spontaner Einlingsgeburt

	Anteil	Zahl
Geburten		600.588
Spontane Einlingsgeburt	69,08 %	414.884 von 600.588
Davon: Dammriss III oder IV	1,81 %	7.495 von 414.884
Episiotomie nein	45,08 %	270.724 von 600.588
Davon: Dammriss III oder IV	1,02 %	2.749 von 270.724
Episiotomie ja	24,00 %	144.160 von 600.588
Davon: Dammriss III oder IV	3,29 %	4.746 von 144.160

kann erwartet werden, dass der Anteil von Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie nicht höher ist als der Anteil Dammrisse Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie. In der Bundesauswertung Geburtshilfe 2002 zeigt sich jedoch, dass ein über dreifach höherer prozentualer Anteil für Dammrisse Grad III oder IV berechnet wird, wenn unter der Geburt eine Episiotomie durchgeführt wurde. Dies legt nahe, dass die Episiotomie an der Verursachung der Dammrisse Grad III oder IV in einem nicht unwesentlichen Ausmaß beteiligt ist.

Abbildung 20.3: Anteil von Fällen mit Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten an allen spontanen Einlingsgeburten



929 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 414.884 Fälle. Der Referenzbereich wurde bei $\leq 2,59\%$ (75 %-Perzentile) festgelegt.

In der Landesauswertung Hessen 2001 werden vaginale Einlingsgeburten mit Episiotomie (3,5 % Dammriss Grad III oder IV) allen vaginalen Einlingsgeburten (2,0 % Dammriss Grad III oder IV) gegenübergestellt (GQHnet 2002). Die Autoren einer aktuellen Metaanalyse mit Evidenzgrad Ia empfehlen den restriktiven Einsatz der Episiotomie, der das Risiko für Dammriss Grad III und IV signifikant verringert (Carroli 2003). Sie stützen ihre Schlussfolgerung auf die Zusammenfassung der Ergebnisse vieler Studien, die sie im Rahmen einer Gegenüberstellung von restriktivem Einsatz versus liberalem (Routine-)Einsatz jeweils getrennt nach der Art der Schnittführung und nach Einlingsgeburt/Mehrlingsgeburt analysiert haben. Der „Routinedammschnitt“ oder die „drohende Dammruptur“ stellen keine Indikationen mehr dar (Merkle 2003).

Die Episiotomie kann schwerwiegende Verletzungen erzeugen und stellt nicht immer und automatisch eine Vorbeugungsmaßnahme dar. Die Indikation im Einzelfall sollte differenziert abgewogen werden. Die 231 Krankenhäuser mit Dammrisswerten oberhalb der 75 %-Perzentile sollen im Strukturierten Dialog auf ihre auffälligen Ergebnisse hingewiesen werden. Dabei sollen folgende Einflussfaktoren der Entstehung von Dammriss Grad III oder IV in den Dialog einbezogen werden:

- Einlingsgeburt/Mehrlingsgeburt
- Mit/Ohne Episiotomie
- Falls Episiotomie: Art der Schnittführung

Ausblick

Änderungen der Spezifikation 6.0 lassen erwarten, dass für das Erhebungsjahr 2003 mit einer weiteren Verbesserung der Vollständigkeit und Plausibilität zu rechnen ist. Die Zusammenführung der Qualitätssicherung Geburtshilfe mit der Neonatalerhebung ermöglicht in der Zukunft eine vollständige Erfassung der verlegten Kinder. Kern der Zusammenführung ist eine Identifikation, die die Verknüpfung der in der Kinderklinik erhobenen Daten mit den in der Geburtsklinik erhobenen Daten eindeutig ermöglicht. Die Ereignisse nach einer Entlassung des Kindes nach Hause werden auch weiterhin nicht erfasst.

Hauptaufgaben der interdisziplinär aus Geburtshelfern und Neonatologen zusammengesetzten Fachgruppe Perinatalmedizin sind die Betreuung der Qualitätssicherung Geburtshilfe und die Entwicklung eines gemeinsamen Auswertungskonzeptes für die Geburtshilfe und die Neonatalerhebung. Dazu werden gemeinsame Qualitätsindikatoren sowohl aus Sicht der Geburtshelfer als auch aus Sicht der Neonatologen entwickelt. Der Arbeitskreis der Neonatalerhebungen der Bundesländer hat hierzu einen Vorschlag unterbreitet. In diese Entwicklung fließen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation der Qualitätsindikatoren in der Geburtshilfe ein (Geraedts und Neumann 2003). Außerdem sollen Ergebnisse aus Behandlungsfehlergutachten der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen für die Qualitätsindikatorenentwicklung berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

BLAeK Bayerische Landesärztekammer, München.

Bestattungsgesetz (BestG) vom 24. September 1970 (BayRS 2127-1-A).

www.blaek.de/pdf_rechtliches/haupt/bestg24091970.pdf

Carroli G, Belizan J.

Episiotomy for vaginal birth.

(Cochrane Review).

The Cochrane Library, Issue 3, 2003.

Oxford: Updated Software.

Geraedts M, Neumann M.

Evaluation der Qualitätsindikatoren in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V im Leistungsbereich Geburtshilfe.

Düsseldorf: BQS Bundesgeschäftsstelle

Qualitätssicherung; 2003.

www.bqs-online.de/download/GA_BQSQIG_StellFA1106.pdf

GQHnet.

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen.

Qualitätssicherung Geburtshilfe, Neonatologie, Gynäkologie Hessen 2001.

Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften; 2002.

www.gqhnet.de

Krankenhausstatistik.

Erhebungsunterlagen Teil 1: Grunddaten.

Abgrenzung des Erhebungsbereichs „Krankenhaus“.

www.statistik-berlin.de/statistiken/gesundheit/erhebungsunterlagen1a.pdf

Merkle M.

Ist die drohende Dammrapture eine Indikation zur Episiotomie? Eine prospektive, randomisierte Studie zum Vergleich einer restriktiven versus liberalen Indikation bei Primiparae. [Dissertation].

München: Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München; 2003.

edoc.ub.uni-muenchen.de/archive/00001035/01/Merkle_Michael.pdf

SLAeK Sächsische Landesärztekammer, Dresden.

Vollzug des Sächsischen Bestattungsgesetzes (SächsBestG).

www.slaek.de/infos/amltbek/bestfchl.htm

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

www.destatis.de

Sultan AH.

Obstetrical perineal injury and anal incontinence.

Clin Risk 1999; 5: 193-196.