

Leserbrief zum Beitrag von S. Kampe, M. Auweiler, P. Kiencke, S. M. Kasper und C. Diefenbach:**Wandel in der geburtshilflichen Periduralanalgesie? – Eine bundesweite Umfrage aus dem Jahr 2000 –**
Anästh Intensivmed 2003;44:619-622

Die Autoren berichten, dass im Jahr 2000 $25 \pm 17\%$ der Patientinnen eine Epiduralanalgesie zur Linderung des Wehenschmerzes erhalten haben, und damit die Rate in den letzten vier Jahren gestiegen sei. Anhand der präsentierten Daten halten wir diese Aussage aus folgenden Gründen für nicht ausreichend belegt:

1. Die Autoren zitieren zum Vergleich unsere Arbeit mit Umfrageergebnissen aus dem Jahr 1996 [1]. Allerdings haben wir in unserer Untersuchung keinen Mittelwert für diese Rate erfragt, sondern die Kliniken konnten sich in entsprechende Gruppen einstufen, so wie es in der Diskussion von *Kampe und Mitarbeitern* auch korrekt zitiert wird (40% der Abteilungen mit einer Rate unter 10%, 20% der Abteilungen mit einer Rate zwischen 10 - 19% etc.). Aus dem Vergleich zweier geschätzter Mittelwerte [2], die sich aus Daten von nach ganz unterschiedlichen Kriterien selektierter Kollektive errechnen, auf einen Anstieg zu schließen, erscheint uns gewagt.

2. Ein fälschlich zu hoher Wert für die EDA-Rate könnte auch durch eine missverständliche Formulierung im Fragebogen, der von den Autoren „Umfrage zur postoperativen Schmerztherapie über Periduralkatheter“ betitelt wurde, entstanden sein. Die entsprechende Frage im Fragebogen lautete: „Der Periduralkatheter zur Analgesie wird in ??% der Fälle eingesetzt“) und lässt somit offen, ob hier nur die EDA zur vaginalen Entbindung gemeint ist oder evtl. auch die EDA zur Sectio caesarea mit anschließender postoperativer Analgesie über den Katheter. Gibt es tatsächlich Kliniken, die bei 90% ihrer Patientinnen einen EDK zur Wehenschmerzlinderung legen? Dieser hohe Prozentsatz legt eher nahe, dass einige Ausfüllende die EDA zur Schnittentbindung bei ihrer Prozentangabe mit einbezogen haben.

3. Weiterhin wird ein Vergleich zwischen den antwortenden Kliniken nach Krankenhausgröße anhand des Kriteriums „Bettenzahl“ vorgenommen. Dieses scheint, wie die Autoren auch feststellen, jedoch kein Kriterium für ein unterschiedliches Prozedere in der geburtshilflichen Anästhesie zu sein. Sinnvoller wäre hier sicherlich eine Differenzierung nach jährlichen Entbindungszahlen gewesen, wie es auch in anderen nationalen Umfragen [3] gehandhabt wird. So ist ein signifikanter Einfluss der Größe der Entbindungsabteilung (Anzahl der jährlichen Geburten) auf den Prozentsatz der Epiduralanalgesien zur vaginalen Entbindung nachgewiesen [1, 4 - 7].

4. Die recht geringe Zahl von untersuchten Kliniken (n = 120) ergibt möglicherweise kein repräsentatives Bild. Eigene aktuelle Umfrageergebnisse von knapp 400 Kliniken aus

dem Jahr 2002 zeigen keinen signifikanten Anstieg der EDA-Rate zur vaginalen Entbindung [8]. Allerdings hat die Zahl der Kliniken, die dieses Verfahren ihren Patientinnen überhaupt nicht anbieten, von 10,7% auf 2,4% abgenommen. Letztendlich haben aber immer noch 38,7% der deutschen Kliniken eine EDA-Rate unter 10%.

5. Auch die von den Autoren vermutet bessere personelle und finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser, die eine solche Zunahme der EDA-Rate evtl. ermöglicht haben könnte, ist in Zeiten knapper werdender Ressourcen wohl eher ein Wunschtraum. Umfragedaten von 1996 ergaben hinsichtlich der personellen Ausstattung einen Prozentsatz von 6,2% der Kliniken, die einen 24-Stunden-Service allein für die Geburtshilfe etabliert haben (1). Dieser Prozentsatz hat sich bis zum Jahr 2002 nicht geändert.

In der geburtshilflichen Anästhesie in Deutschland hat sich in den letzten Jahren zweifelsohne ein Wandel vollzogen. Wurden vor Jahren noch 2/3 der geplanten Kaiserschnittentbindungen in Allgemeinanästhesie durchgeführt, so hat sich das Verhältnis heute zu Gunsten der Regionalanästhesie verschoben. Der von *Kampe und Mitarbeiter* konstatierte Anstieg der EDA zur Wehenschmerzlinderung ist vermutlich mehr Hoffnung als Wirklichkeit.

Literatur

1. Stamer UM, Messerschmidt A, Wulf H, Hoeft A. Practice of epidural analgesia for labour pain: a German survey. *Europ J Anaesthesiol* 1999;16:308-14.
2. Schneider, MC, Kwiziridse I, Mörtl MG, Mitterschiffthaler G, Stamer U, Wulf H, Zwetsch G. Use of regional anaesthesia in some Central and Eastern European countries. Hrsg.: F. Reynolds: *Regional analgesia in obstetrics. A millennium update*. Springer Verlag London 2000, London, S. 43-57.
3. Stamer UM, Grond S, Schneck H, Wulf H. Surveys on the use of regional anaesthesia in obstetrics. *Current Opinion in Anaesthesiology* 1999;12:565-71.
4. Hawkins JL, Gibbs CP, Orleans M, Martin-Salvaj G, Beaty B. *Obstetric anesthesia work force survey, 1981 versus 1992*. *Anesthesiology* 1997;87:135-43.
5. Oysten J. *Obstetrical anaesthesia in Ontario*. *Can J Anaesth* 1995 42:1117-25.
6. Meuser T, Grond S, Lynch J, Irnich MF, Lehmann KA. Stand der Analgesie und Anästhesie in der Geburtshilfe. Eine Umfrage aus Nordrhein-Westfalen. *Anaesthesist* 1997;46: 532-5.
7. Zwetsch-Rast G, Schneridetr MC, Siegemund M. *Analgesie und Anästhesie zur der geburtshilfe in der Schweiz 1999*. *Anaesthesist* 2002;51:103-9.
8. Meuser T, Graf M, Grond S, Stamer U. *Schmerztherapie in der Geburtshilfe – gesamtdeutsche Umfrageergebnisse*. *Schmerz* 2003, 17,2:S101.

Ulrike Stamer, Bonn, und Hinrich Wulf, Marburg.

Stellungnahme zum Leserbrief von U. Stamer und H. Wulf

Bei der Bewertung und Interpretation von Umfrageergebnissen ist neben der Relevanz die entscheidende Frage: Wie gut repräsentiert die Stichprobe die Gesamtheit und wie groß sind die unfreiwilligen Datenlücken?

Stamer und Wulf weisen zurecht auf methodische Unterschiede unserer Umfrage [1] und der Umfrage aus 1996 [2] hin. *Stamer und Mitautoren* haben versucht, eine Vollerhebung durchzuführen, jedoch bedingt durch den Rücklauf von 47% keine Vollerhebung der Grundgesamtheit erreicht und dadurch mit hoher Wahrscheinlichkeit unfreiwillige Datenlücken generiert.

In unserer Umfrage hingegen haben wir eine a priori geschichtete Zufallsstichprobe generiert. Dieses in der Umfrageforschung übliche Stichprobenverfahren bietet den Vorteil einer bis zu 10%igen Verbesserung der Messpräzision gegenüber ungeschichteten Stichproben – Nachteile hat es nicht [3, 4]. Die Konzeption unserer Stichprobenerhebung wurde durch das Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie der Universität zu Köln durchgeführt. Unsere repräsentative Stichprobe bildete ein verkleinertes, jedoch statistisch unverzerrtes Abbild der Grundgesamtheit. Unser realisierter Rücklauf aus den verschiedenen Bundesländern entsprach der Verteilung der geburtshilflichen Abteilungen der Bundesrepublik. Unser realisierter Rücklauf war ebenfalls ein gutes Abbild der Schichtung, die wir hinsichtlich des Merkmals Krankenhaus-Bettenzahl vorgenommen hatten.

Tatsächlich war es uns bewusst, dass der Vergleich unserer Daten ($MW \pm SD$) mit den Daten von *Stamer und Mitautoren* [2] schwierig ist, da *Stamer und Mitautoren* leider

keine Mittelwerte angeben, sondern in „% zwischen XX% - XX% Raten“, z.B. 14% der antwortenden Häuser hatten eine Rate zwischen 20 - 29%. Die Bewertung der Datendarstellung mag dem einzelnen Leser vorbehalten bleiben.

Wir möchten darauf verweisen, dass eine nordrhein-westfälische Umfrage (5) unsere Daten bestätigt. *Meuser und Mitautoren* geben folgende EDA-Raten an: Universitätskliniken 36%, Lehr-Krankenhäuser 24% und andere 22%, insgesamt wurden nach *Meuser et al.* PDAs bei 23% der vaginalen Geburten eingesetzt.

Abschließend möchten wir feststellen, dass wir die Interpretation und den Vergleich unserer Ergebnisse mit anderen Publikation vorsichtig diskutiert haben und ausgiebig auf generelle methodische Probleme von Umfragen eingegangen sind.

Literatur

1. Kampe S, Auweiler M, Kiencke P, et al. Wandel in der geburtshilflichen Periduralanalgesie? – Eine bundesweite Umfrage aus dem Jahr 2000.
2. Stamer UM, Messerschmidt A, Wulf H, Hoeft A. Practice of epidural analgesia for labour pain: a German survey. Eur J Anaesthesiol 1999;16:308-14.
3. Buttler G, Fickel N. Statistik mit Stichproben. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg, Dezember 2002.
4. Leske, Buderich ((Hrsg). Stichprobenverfahren in der Umfrageforschung. Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute, Opladen 1999.
5. Meuser T, Grond S, Lynch J, et al. Stand der Analgesie und Anästhesie in der Geburtshilfe. Anästhesist 1997;46:532-5.

Sandra Kampe und Peter Kiencke, Köln

15. Anästhesiegespräch CME

Samstag, 11.09.2004, 9.30 - 15.30 Uhr
Veste Wachsenburg (Holzhausen b. Arnstadt)

Eine Veranstaltung der Landesverbände DGAI / BDA
Thüringen.

Thema:
Atypische Infektionen und Infektionen nach Auslandsaufenthalt auf einer interdisziplinären Intensivtherapiestation.

Auskünfte: Prof. Dr. W. Schirrmeister, Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Gera, Straße des Friedens 122, D-07548 Gera,
Tel.: 0365 / 8282801, Fax: 0365 / 8282802.