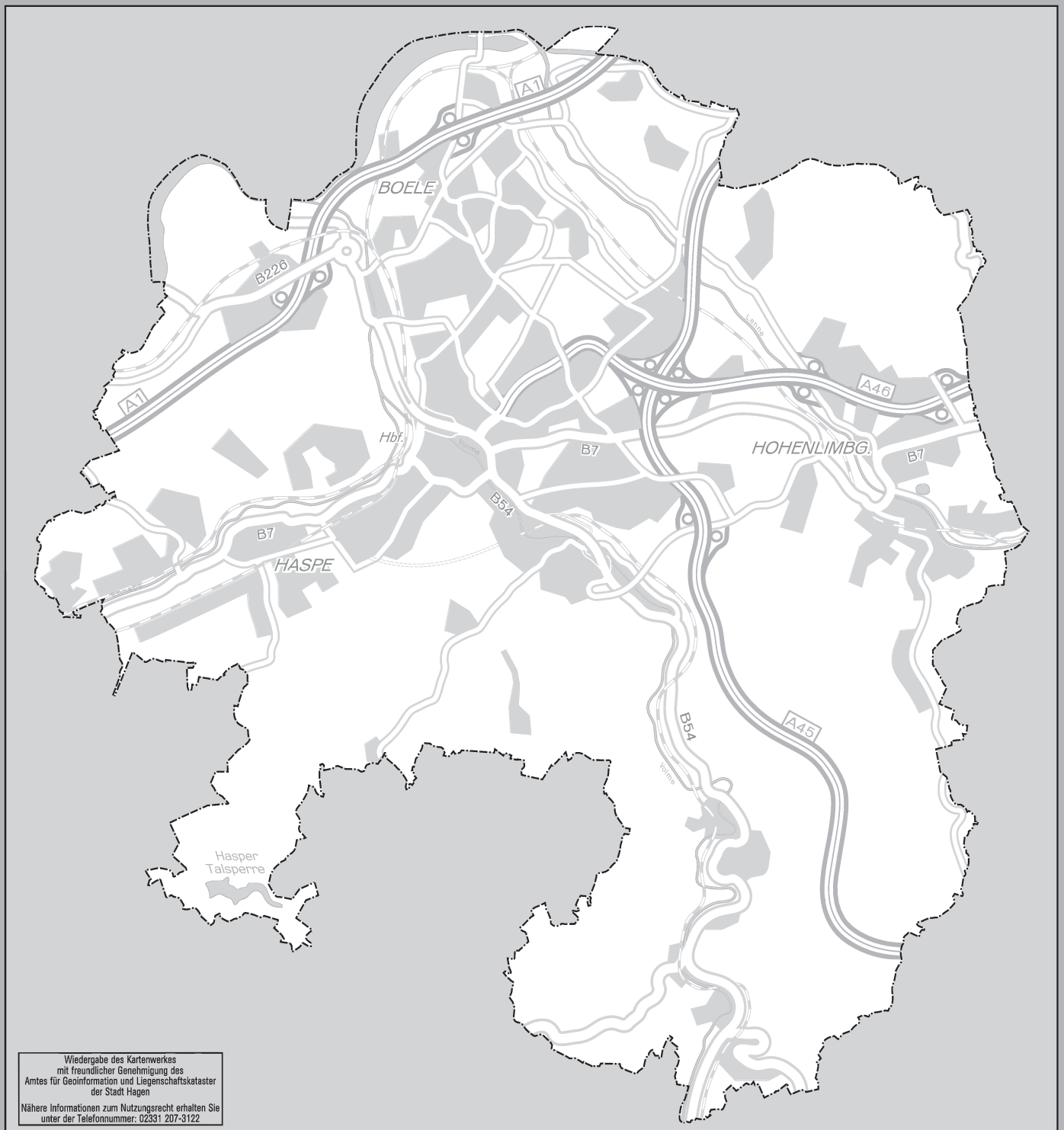


Säuglingssterblichkeit

Themenbericht 2008



Impressum

Herausgeber

Stadt Hagen
Gesundheitsamt
Berliner Platz 22
58089 Hagen
www.hagen.de

Ansprechpartner

Geschäftsstelle der
Hagener Gesundheitskonferenz
Tel: 02331 207-3689
Fax: 02331 207-2453
richard.matzke@stadt-hagen.de

Druck

Druckerei der Stadt Hagen

Auflage

100
Nachdruck, auch auszugsweise,
nur mit Genehmigung des Herausgebers

Hagen, Oktober 2008

Vorwort

Die Säuglingssterblichkeit im zeitlichen und (inter-) nationalen Vergleich ist ein Indikator für die allgemeine Qualität der Lebensverhältnisse und der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen. Die Situation in Nordrhein-Westfalen ist im Vergleich zu den anderen Bundesländern nicht befriedigend: Seit der ersten Landesinitiative Ende der 1980er Jahre sind sowohl die Zahl der Sterbefälle im ersten Lebensjahr insgesamt, als auch der Fälle des Plötzlichen Säuglingstods (SIDS) gesunken.

Allerdings setzte sich diese Entwicklung in den letzten Jahren nicht fort; die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen liegt über den Ergebnissen der anderen Bundesländer. Eine nachhaltige Senkung der Säuglingssterblichkeit ist ein Schwerpunkt der Landesinitiative „Gesundheit von Mutter und Kind“, die im August 2006 startete.

Ziele der Landesinitiative sind, Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft und im frühen Kindesalter zu verbessern. Bis zum Jahr 2010 sollen über 90 % der erwachsenen Bevölkerung wissen, dass eine Frau während der Schwangerschaft nicht rauchen und keinen Alkohol trinken darf. Erklärtes Ziel ist außerdem, die Säuglingssterblichkeit in NRW von fünf Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborenen in NRW bis 2010 auf kleiner als vier Todesfälle pro 1.000 zu senken.

Ähnlich wie in NRW sieht die Entwicklung seit 1995 in Hagen aus. Nach einer erfolgreichen Senkung der Säuglingssterblichkeit unter den Landesdurchschnitt zwischen 1998 und 2003 zeigt sie 2004 ansteigende Tendenzen und gipfelte im Ausreißerjahr 2006 mit der dritthöchsten Rate in NRW (acht Todesfälle pro 1 000). 2007 liegt sie in Hagen wieder bei 4,4 ‰ (NRW 4,8 ‰).

Der Bericht beleuchtet die Ursachen für die hohe Säuglingssterblichkeit in Hagen im Jahr 2006 und möchte die aktuellen Ergebnisse in Hagen im Verhältnis zur Landes- und Bundessituation zur Diskussion in Politik und Fachkreisen stellen.

Nach der Veröffentlichung des indikatorengestützten Basisgesundheitsbericht der Stadt Hagen 2005 und dessen Fortschreibung 2006, soll zukünftig die Berichterstattung deutlich kürzer ausfallen. Der Themenbericht greift mit der Säuglingssterblichkeit ein sensibles und zurzeit öffentlich diskutiertes Thema auf.

Ich wünsche, dass durch diesen Bericht die bisherigen Aktionen in ihrem Vorhaben bestärkt, die aktuelle Situation kritisch hinterfragt und in diesem wichtigen Thema die richtigen Impulse für Hagens Zukunft gesetzt werden.

Dr. med. Claudia Sommer
Leiterin des Gesundheitsamtes

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung	1
Warum Säuglingssterblichkeit?	1
Säuglingssterblichkeit	2
Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen	2
Säuglingssterblichkeit in Hagen	3
Die Säuglingssterblichkeit in Hagen 2006	4
Aktueller Trend der Säuglingssterblichkeit in Hagen	4
Häufige Todesursachen der Säuglinge	7
Ursachen der Säuglingssterblichkeit in NRW	7
Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Hagen	9
Prävention der Säuglingssterblichkeit	9
1. Frühgeburten	9
2. Plötzlicher Säuglingstod	9
Ergebnisse	10
Was in Hagen regelmäßig getan wird	11
Was kann noch getan werden?	11
Wichtige Adressen	14
Literatur	14

Zusammenfassung

Im vorliegenden Bericht wird insbesondere die erhöhte Säuglingssterblichkeit des Jahres 2006 in Hagen untersucht und die Werte in Hagen mit denen von Nordrhein-Westfalen (NRW) und Deutschland verglichen.

Die Säuglingssterblichkeit in Hagen liegt seit 2004 über dem Landesdurchschnitt von NRW. NRW liegt in den letzten Jahren mit rund 5 ‰ konstant über dem Bundesdurchschnitt von rund 4 ‰ (vier Todesfälle pro 1 000 Lebendgeborene).

In Hagen lässt sich die erhöhte Säuglingssterblichkeit im Jahr 2006 auf eine zufällige Häufung bei kleinen Fallzahlen zurückführen, die wegen vier Mehrlingsschwangerschaften besonders hoch ausfiel. Insgesamt wurden zehn von 13 Kindern zu früh geboren. Kein Geburtsgewicht erreichte 1 500 Gramm. Es handelt sich um ein Ausreißerjahr, dringender Handlungsbedarf lässt sich hieraus nicht ableiten.

Allerdings zeichnet sich ein empfohlener Handlungsbedarf ab: Die Zahlen in Hagen deuten auf Probleme bei der Versorgung von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund und aus sozial benachteiligten Schichten hin. Der Zugang dieser Bevölkerungsgruppe zu möglichen präventiven Verhaltensweisen könnte nicht zufriedenstellend erreicht sein.

In Landes- und Bundesberichten wird zunehmend eine erhöhte Säuglingssterblichkeit als ein Problem niedriger Sozialschichten betrachtet, unabhängig von der Staatsangehörigkeit der betroffenen Frauen. Auch wenn Migrantinnen noch immer relativ häufig sozial benachteiligten Gruppen angehören. In NRW scheinen hierbei türkisch stämmige Frauen besonders betroffen zu sein. In Hagen wurden die meisten ausländischen Menschen in Polen geboren, an zweiter Stelle folgt die Türkei.

Zur Verringerung der Säuglingssterblichkeit in Hagen wird unter anderem empfohlen eine gezielte Prävention unter Frauen mit Migrationshintergrund und aus sozial benachteiligten Schichten durchzuführen. Gleichzeitig sollte eine flächendeckende Verteilung von Informationsmaterialien (Prävention in der Schwangerschaft, Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere, Maßnahmen zur Vermeidung des Plötzlichen Kindstods, Vorsorgeuntersuchungen für Kinder) erreicht werden.

Mit einfachen, kostenneutralen Mitteln, unter Mitwirkung der zuständigen Fachkreise lässt sich die Säuglingssterblichkeit in Hagen weiter optimieren. Der Stadt entstehen keine zusätzlichen Kosten, anderen Einrichtungen stehen kostenneutrale Strategien zur Verfügung.

Warum Säuglingssterblichkeit?

Die Säuglingssterblichkeit hängt von einer Vielzahl von biologischen und sozialen Merkmalen ab. Sie ist ein international gebräuchlicher Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung und gilt als Maß für die Qualität der gesundheitlichen Betreuung der Schwangeren, Neugeborenen und Säuglinge.

Das Thema Säuglingssterblichkeit wird seit 2007 wiederholt von der Presse aufgegriffen. Es gehört zum neuen Landespräventionskonzept, das im August 2006 vorgestellt wurde. Die Landesinitiative „Gesundheit von Mutter und Kind“ soll die Gesundheit von Frauen während der Schwangerschaft und die Gesundheit der Kinder im ersten Lebensjahr fördern. Insbesondere die Säuglingssterblichkeit soll bis 2010 auf unter vier Todesfälle pro 1000 Lebendgeborenen gesenkt werden – in Nordrhein-Westfalen (NRW) liegt diese über dem bundesweiten Schnitt [1].

In NRW geht die Säuglingssterblichkeit in den letzten 30 Jahren kontinuierlich zurück, allerdings nicht so stark wie bundesweit. Daher liegt sie seit 1998 durchgehend höher, als die von Deutschland [2, 3].

Die neuesten Zahlen für NRW meldete das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (LDS) im Juli 2008. Bei der Säuglingssterblichkeit der einzelnen Städte und Kreise fiel auf, dass in Hagen 2006 deutlich mehr Säuglinge innerhalb der ersten 12 Lebensmonate verstorben waren als im Vorjahr [4].

Im letzten Hagener Gesundheitsbericht ist die Säuglingssterblichkeit in Hagen 2005 leicht gestiegen, aber im Bezug zum Landesdurchschnitt und den übrigen Kommunen noch unauffällig [5]. Wie der Anstieg im Jahr 2006 um 44 % zu interpretieren ist, soll in diesem Themenbericht analysiert werden.

Säuglingssterblichkeit in NRW und Hagen

Unter Säuglingssterblichkeit versteht man die Sterbefälle der unter 1-Jährigen bezogen auf 1 000 Lebendgeborene. Im Unterschied zu den Totgeborenen werden hier nur die Kinder erfasst, die lebend geboren wurden, aber innerhalb der ersten zwölf Monate verstarben.

Bei der Säuglingssterblichkeit wird abhängig von der Lebensdauer nach Früh-, Spät- und Nachsterblichkeit unterschieden:

Frühsterblichkeit	0 – 6 Tage
Spätsterblichkeit	7 – 27 Tage
Nachsterblichkeit	28 – 364 Tage.

Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen

Die **Abbildung 1** zeigt die Rückläufigkeit der Säuglingssterblichkeit in NRW. Die Sterberate der männlichen Säuglinge liegt über der Sterberate der weiblichen Säuglinge [6].

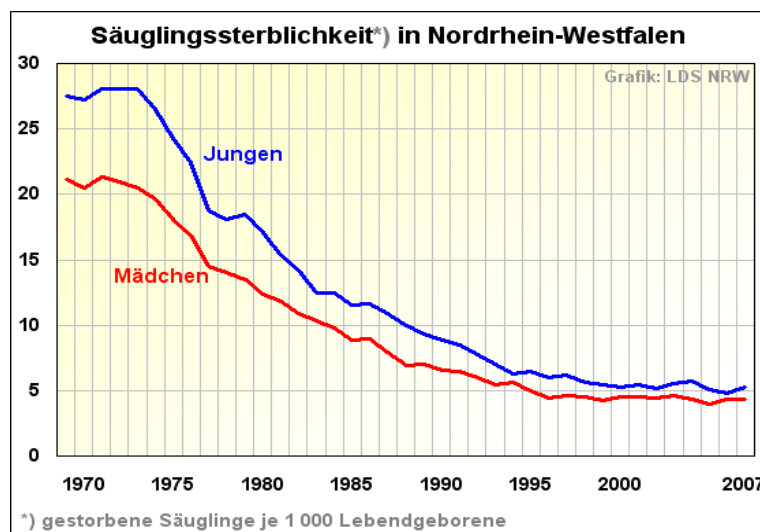


Abbildung 1: Säuglingssterblichkeit in NRW nach Geschlecht, 1970 bis 2007

Vergleicht man die Säuglingssterblichkeit in NRW mit der der übrigen Bundesländer zwischen 2000 und 2006, so liegt NRW (mit 4,6 ‰ bis 5,1 ‰) konstant parallel oberhalb des Bundesdurchschnittes (3,8 ‰ bis 4,4 ‰; siehe **Abbildung 2**), ebenso Niedersachsen. Sachsen, Berlin, Baden-Württemberg und Bayern sind kontinuierlich unterhalb des Bundesdurchschnittes. Durchgehend im Bundesdurchschnitt liegen Hessen, Schleswig-Holstein und Thüringen. Die übrigen Bundesländer treffen oder durchkreuzen den Durchschnitt unterschiedlich [2].

Aktuell ist die Säuglingssterblichkeit in NRW im Jahr 2007 nach Angaben des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW) erstmalig seit 2003 wieder angestiegen. 2007 starben von den Lebendgeborenen in NRW durchschnittlich 4,8 von 1 000 Kindern bereits innerhalb der ersten zwölf Monate. Damit liegt das bevölkerungsreichste Bundesland weiterhin über dem Bundesdurchschnitt [4, 6, 7].

Auffällig ist, dass in den kreisfreien Städten des Ruhrgebiets und den angrenzenden Kreisen die Säuglingssterblichkeit am höchsten ist. Diese Städte sind von großen sozialen Problemlagen gekennzeichnet [7].

Säuglingssterblichkeit in Hagen

Im Vergleich zum Landesdurchschnitt von NRW, dem Durchschnitt des Bundes (**Abbildung 2**) und den Vorjahren ist die Säuglingssterblichkeit in Hagen 2006 mit 13 verstorbenen Kindern (8,2 ‰) deutlich erhöht.

Zwischen 1998 und 2003 schwankt die Säuglingssterblichkeit in Hagen um den Landesdurchschnitt (mit einem Minimum von fünf Kindern (2,7 ‰, 2000) und einem Maximum von zehn Kindern (5,2 ‰, 1999). In den Jahren zuvor und danach liegt sie über dem Landesdurchschnitt [4].

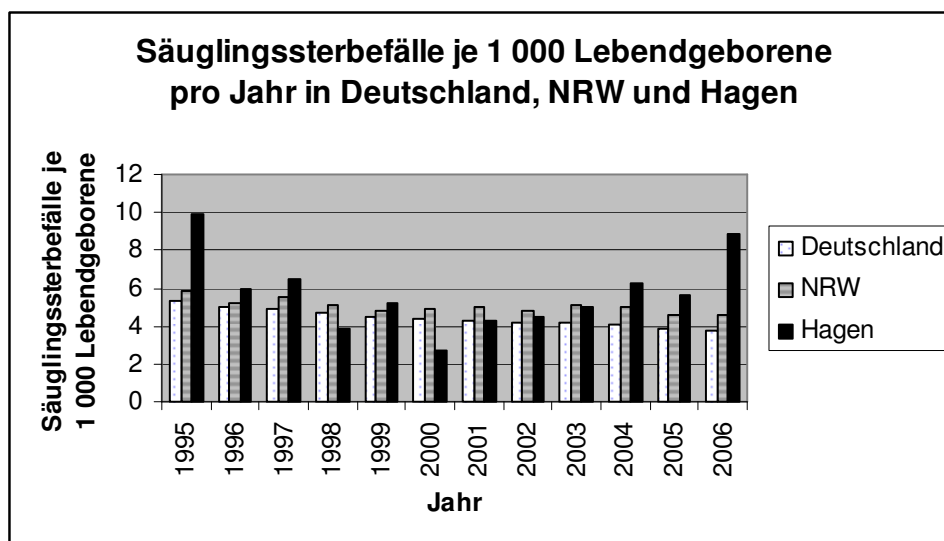


Abbildung 2: Zeitlicher Verlauf der Säuglingssterbefälle 1995 bis 2006, Jahreswerte (Quelle: liga.nrw, <http://www.gbe-bund.de>, eigene Darstellung)

Zwischen 1995 und 2006 verstarben in fünf verschiedenen Jahren jeweils weniger als drei Mädchen pro Jahr. Die übrigen Jahre lagen darüber mit einem Maximum 2006 (9 Mädchen). Bei den Jungen sind es im gleichen Zeitraum jährlich zwischen 3 und 13 (1995) [4]. Eine

Ausweisung der Anzahl der verstorbenen Säuglinge in Hagen nach Geschlecht kann aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht jährlich erfolgen.

Die Säuglingssterblichkeit in Hagen 2006

2006 registrierte die Verwaltung der Stadt Hagen 13 Babys, die während der ersten zwölf Lebensmonate verstarben. Mit 8,2 Säuglingssterbefällen je 1 000 Lebendgeborene (4,8 ‰ bei den Jungen, 13,2 ‰ bei den Mädchen) ist die Säuglingssterblichkeit in Hagen deutlich höher als in NRW (4,6 ‰). 2006 sind 44 % mehr Kinder betroffen als 2005 (9 Fälle).

Ursache für die hohe Säuglingssterblichkeit 2006 sind hauptsächlich Schwangerschaften, die zu früh endeten. Allein bei vier Mehrlingsgeburten wurden insgesamt sechs unreife Kinder vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren.

Nimmt man die Einzelschwangerschaften hinzu, so waren von solch einer zu frühen Geburt insgesamt zehn Kinder betroffen. Diese zehn Kinder starben innerhalb des ersten Monats nach der Geburt (Lebenszeit 0 – 27 Tage). Sie wogen zwischen 420 und 1500 Gramm und wurden zwischen der 21. und 29. Schwangerschaftswoche geboren.

Dies entspricht den Diagnosen „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ der **Abbildung 6** und meint hierbei insbesondere eine kurze Schwangerschaftsdauer und ein niedriges Geburtsgewicht. Die restlichen drei Kinder waren von den Ursachen „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ und „Plötzlicher Kindstod“ betroffen (siehe S. 7, **Abbildung 6**).

Mädchen waren 2006 häufiger betroffen. Bei knapp 50 % der Kinder kann auf Grund des Namens ein Migrationshintergrund vermutet werden. Bei einigen Müttern kann ein sozialer Risikofaktor vermutet werden. Alle Kinder wurden in einem Krankenhaus entbunden

2007 ist die Säuglingssterblichkeit für Hagen wieder rückläufig und beträgt mit sieben verstorbenen Säuglingen 4,4 ‰.

Aktueller Trend der Säuglingssterblichkeit in Hagen

Aus statistischer Sicht sind die Säuglingssterbefälle auf kommunaler Ebene heute ein seltenes Ereignis geworden. Deswegen fallen bei kleinen Fallzahlen die zu erwartenden Zufallsschwankungen von Jahr zu Jahr hoch aus. Bei der weiteren Betrachtung werden daher 3-Jahres-Mittelwerte gebildet, um stabilere Abschätzungen zu erhalten.

Im kommunalen Vergleich (**Abbildung 3**) liegt Hagen mit seinem 3-Jahres-Mittelwert (2004 – 2006) über dem Landesdurchschnitt und zeigt die dritthöchste Säuglingssterblichkeit. 2007 geht die Säuglingssterblichkeit in Hagen im 3-Jahres-Mittelwert wieder zurück von 6,9 ‰ (2004 - 2006) auf 6,28 ‰ (2005 - 2007). Das Jahr 2006 beeinflusst die Ergebnisse der drei Perioden 2004 - 2006, 2005 - 2007 und 2006 - 2008.

2007 liegt Hagen mit dem Jahreswert 4,4 ‰ um 0,4 ‰ unter dem Landesdurchschnitt NRW, was den zukünftigen Mittelwert für Hagen wieder relativieren wird (**Abbildung 5**).

Dies zeigt sich bereits im Mittelwert 2005 – 2007. Der Wert fällt und Hagen zeigt im Mittelwert der drei Jahre die fünfthöchste Rate nach Mülheim a. d. Ruhr, Gelsenkirchen, Mönchengladbach und Oberhausen [8, 9].

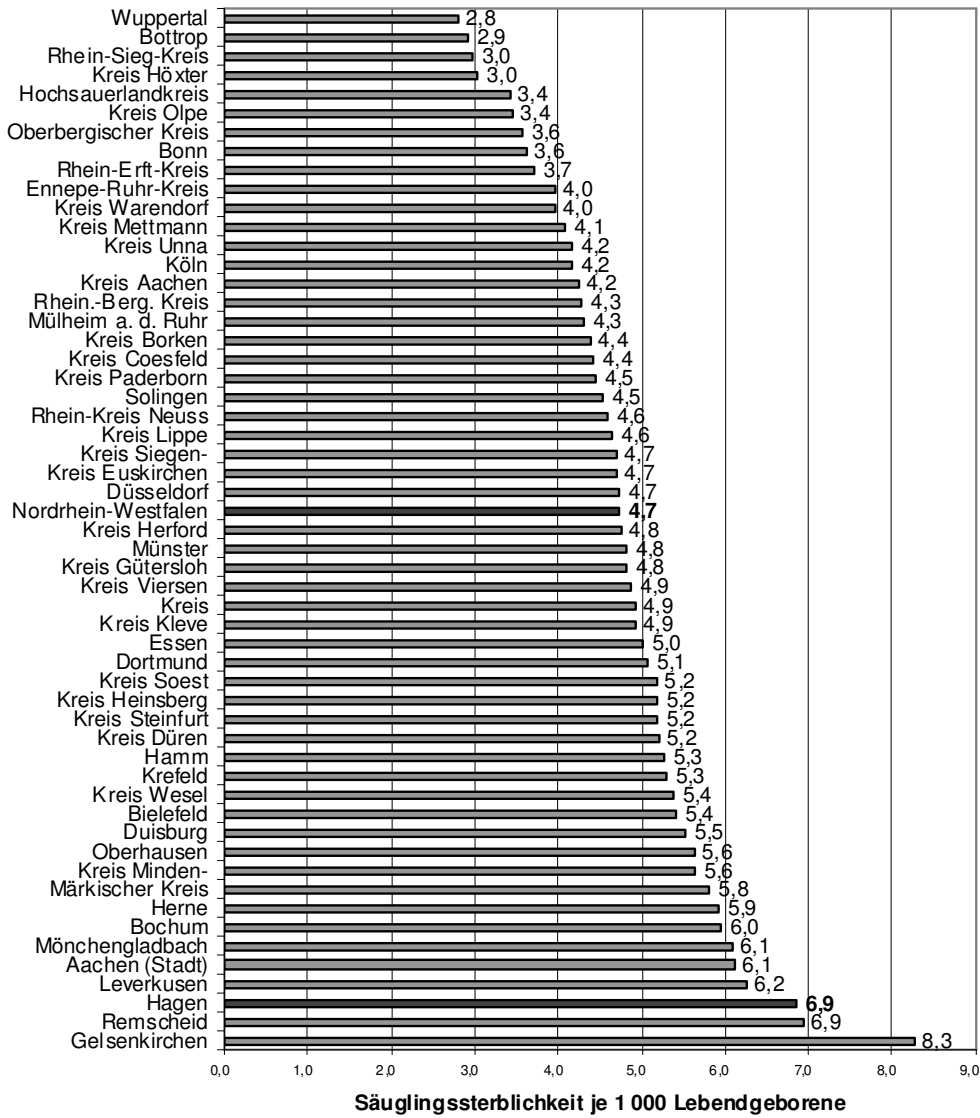


Abbildung 3: Säuglingssterblichkeit in NRW, kommunaler Vergleich, je 1 000 Lebendgeborene, 3-Jahres-Mittelwert 2004 – 2006 (Quelle: liga.nrw)

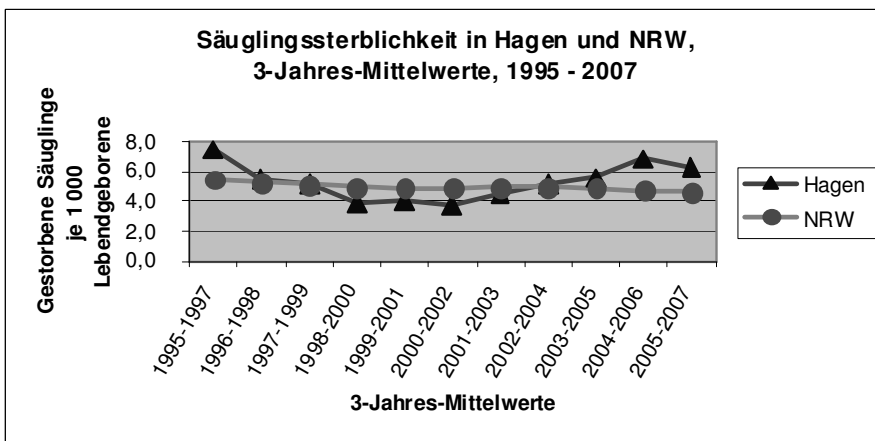


Abbildung 4: Zeitlicher Verlauf der Säuglingssterbefälle je 1 000 Lebendgeborene in Hagen und NRW, 3-Jahres-Mittelwerte, 2005 – 2007 (Quelle: liga.nrw, eigene Darstellung)

2007 hat sich die Zahl der Säuglingssterbefälle um die Hälfte verringert, was im 3-Jahres-Mittelwert in der Darstellung von Abbildung 4 optisch nur einen relativ geringen Abwärtstrend aufzeigt. In der nachfolgenden Tabelle des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik sind in der vorletzten Spalte (insgesamt / Anzahl) die Werte der letzten 32 Jahre für Hagen genannt (Abbildung 5).

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen - 14.9101 -				Seite 51 von 60					
Im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene in NRW 1976 bis 2007									
Verwaltungsbezirk	Lebendgeborene			Im ersten Lebensjahr Gestorbene					
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich		weiblich		insgesamt	
Jahr	Anzahl			Anzahl	je 1 000 Lebendgeborene	Anzahl	je 1 000 Lebendgeborene	Anzahl	je 1 000 Lebendgeborene
Hagen, Stadt									
1976	1 012	997	2 009	25	24,7	22	22,1	47	23,4
1977	1 039	971	2 010	18	17,3	11	11,3	29	14,4
1978	924	958	1 882	19	20,6	25	26,1	44	23,4
1979	1 000	964	1 964	28	28,0	21	21,8	49	24,9
1980	1 045	992	2 037	21	20,1	13	13,1	34	16,7
1981	1 084	944	2 028	20	18,5	13	13,8	33	16,3
1982	1 021	1 016	2 037	16	15,7	14	13,8	30	14,7
1983	993	926	1 919	12	12,1	12	13,0	24	12,5
1984	988	917	1 905	20	20,2	9	9,8	29	15,2
1985	941	842	1 783	16	17,0	10	11,9	26	14,6
1986	1 019	1 037	2 056	18	17,7	16	15,4	34	16,5
1987	1 059	1 010	2 069	14	13,2	6	5,9	20	9,7
1988	1 157	1 083	2 240	18	15,6	9	8,3	27	12,1
1989	1 169	1 097	2 266	16	13,7	11	10,0	27	11,9
1990	1 211	1 220	2 431	16	13,2	5	4,1	21	8,6
1991	1 161	1 149	2 310	10	8,6	12	10,4	22	9,5
1992	1 237	1 154	2 391	11	8,9	8	6,9	19	7,9
1993	1 217	1 106	2 323	8	6,6	4	3,6	12	5,2
1994	1 072	1 059	2 131	5	4,7	6	5,7	11	5,2
1995	1 085	1 027	2 112	13	12,0	8	7,8	21	9,9
1996	1 112	1 043	2 155	11	9,9	2	1,9	13	6,0
1997	1 069	1 079	2 148	6	5,6	8	7,4	14	6,5
1998	1 046	1 022	2 068	7	6,7	1	1,0	8	3,9
1999	997	937	1 934	6	6,0	4	4,3	10	5,2
2000	915	955	1 870	3	3,3	2	2,1	5	2,7
2001	985	885	1 870	5	5,1	3	3,4	8	4,3
2002	907	874	1 781	6	6,6	2	2,3	8	4,5
2003	909	907	1 816	8	8,8	1	1,1	9	5,0
2004	948	812	1 760	5	5,3	6	7,4	11	6,3
2005	840	773	1 613	5	6,0	4	5,2	9	5,6
2006	826	755	1 581	4	4,8	10	13,2	14	8,9
2007	808	774	1 582	4	5,0	3	3,9	7	4,4

Abbildung 5: Im 1. Lebensjahr gestorbene je 1.000 Lebendgeborene in Hagen 1976 – 2007 (Auszug Quelle: LDS NRW -14.9101-)

Häufige Todesursachen der Säuglinge

Die Frühgeburt und ein (oft damit verbundenes) geringes Geburtsgewicht erhöhen das Sterberisiko neugeborener Kinder. Bei einem Geburtsgewicht unter 1 000 Gramm sterben etwa drei Viertel innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung. Liegt das Gewicht zwischen 1 000 und 2 500 Gramm, versterben etwa die Hälfte im gleichen Zeitraum [10].

Nach diesen Störungen im Zusammenhang mit einer kurzen Schwangerschaftsdauer sind in NRW (**Abbildung 6**) angeborene Fehlbildungen (Herz, Lunge u. a. Organe), Genmutationen, Atemnotsyndrom, bakterielle Blutvergiftung (Sepsis) weitere häufige Todesursachen (Indikator 3.56 des Landesindikatorensetzes NRW).

Der plötzliche Kindstod (SIDS – sudden infant death syndrome) ist die Haupttodesursache der älteren Säuglinge (Lebensdauer von 28 Tagen bis Ende der ersten 12 Monate) mit einem Häufigkeitsgipfel zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat. Es handelt sich dabei um den unvermutet eintretenden Tod gesunder Säuglinge, der sich weder durch die Krankengeschichte oder die äußeren Umstände des Todes noch durch eine umfassende Obduktion erklären lässt [10].

Ursachen der Säuglingssterblichkeit in NRW

In NRW ereignete sich 2006 die Hälfte aller Säuglingssterbefälle in den ersten sechs Lebenstagen. Rund zwei Drittel der Fälle gingen auf Ursachen rund um die Geburt (perinatal) und angeborene Fehlbildungen zurück. Als Perinatalperiode bezeichnet man den Zeitraum zwischen der 28. Schwangerschaftswoche und dem 7. Tag nach der Entbindung. An dritter Stelle der Todesursachen folgt der Plötzliche Säuglingstod. Die Verteilung der Todesursachen nach Geschlecht wird in **Abbildung 6** und **Abbildung 7** beschrieben [9].

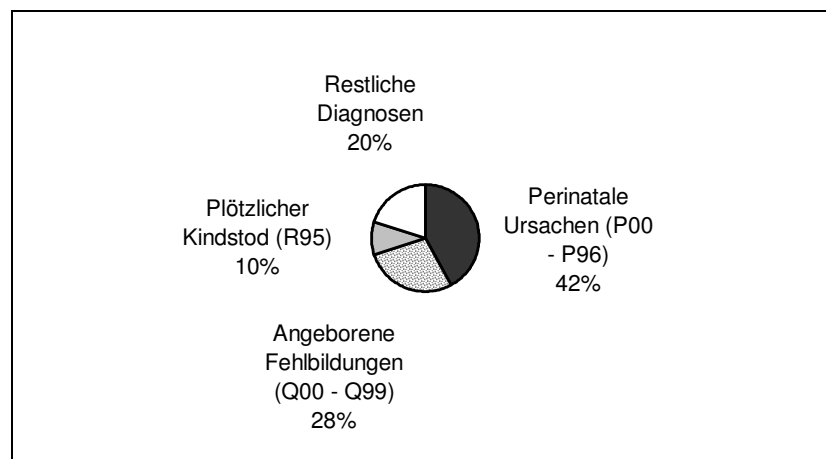


Abbildung 6: Todesursachen von weiblichen Säuglingen in NRW 2006 (LIGA,NRW).
Ziffern der IDC-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten): P00 – P96: Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben; Q00 – Q99: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien; R95: Plötzlicher Kindstod; Restliche Diagnosen der übrigen verstorbenen Säuglingsfälle.

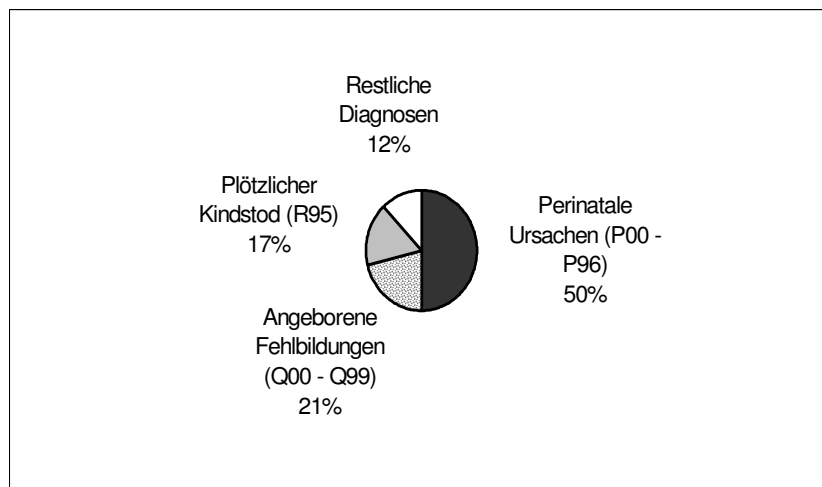


Abbildung 7: Todesursachen von männlichen Säuglingen in NRW 2006 (LIGA,NRW).
Ziffern der IDC-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten): P00 – P96: Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben; Q00 – Q99: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien; R95: Plötzlicher Kindstod; Restliche Diagnosen der übrigen verstorbenen Säuglingsfälle.

Die vier Todesursachen, die in NRW zwischen 2000 und 2004 im Unterschied zu den übrigen Bundesländern besonders häufig auftraten, waren (ICD-10-Ziffern):

- Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (P07),
- Plötzlicher Kindstod (R95)
- angeborene Fehlbildungen der Lunge (Q33)
- Schädigung des Feten und des Neugeborenen durch mütterliche Schwangerschaftskomplikationen (P01).

Von dem Hauptfaktor (kurze Schwangerschaftsdauer und niedriges Geburtsgewicht (P07)) waren in NRW in dieser Zeitspanne betroffen: deutsche Säuglinge mit 1,34 %, ausländische Säuglinge mit 3,76 % und türkische Säuglinge mit 6,54 % (die Säuglingssterblichkeit in der Türkei beträgt 20 %) [11].

Nach Angaben des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW) hatten Säuglinge mit ausländischer Staatsangehörigkeit 2007 in NRW eine Sterblichkeit von 6,8 %, deutsche hingegen von 4,7 % [7].

Wie eine Studie des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd) zeigte, sind von einer deutlich erhöhten Säuglingssterblichkeit und Perinatalsterblichkeit vor allem türkische Säuglinge betroffen. Die Verteilung der einzelnen Nationalitäten gestaltet sich innerhalb der einzelnen Bundesländer und innerhalb von NRW sehr unterschiedlich. Säuglinge mit serbisch-montenegrinischer oder italienischer Nationalität zeigen ähnliche Sterblichkeiten wie die deutschen Säuglinge [11].

Neben medizinischen und kulturellen Ursachen gibt es noch weitere Einflussfaktoren. Untersuchungen zeigten, dass die Säuglingssterblichkeit in NRW in den Regionen höher ausfällt, in denen niedrige Sozialschichten häufiger anzutreffen sind [3, 7]. Kinder aus ärmeren Haushalten haben ein signifikant höheres Sterberisiko als Kinder aus reicheren Haushalten [12]. Schwierige Sozialverhältnisse (bildungsferne Bevölkerungsschichten, junge

Mütter, alleinerziehende Mütter, ärmere Haushalte etc.) kommen in Ballungsräumen häufiger vor als in eher ländlich geprägten Regionen.

Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Hagen

In Hagen liegen ähnlich Verhältnisse wie in NRW vor. Die Todesursachen kurze Schwangerschaftsdauer, niedriges Geburtsgewicht, Plötzlicher Säuglingstod und Fehlbildungen sind hier die häufigsten. Die meisten Kinder versterben innerhalb der ersten sechs Lebensstage.

Jeder dritte Einwohner in Hagen hat 2007 einen Migrationshintergrund (Ausländer, Eingebürgerte, Aussiedler). Befragt man alle Hagener nach ihrem Geburtsland, so sind 36 % in Deutschland geboren, 21,3 % in Polen, 12,8 % in der Türkei und 3,5 % in Jugoslawien, die übrigen in anderen Ländern [13].

Die übrigen Sozialmerkmale fallen für Hagen auffällig aus. Laut Basisgesundheitsbericht der Stadt Hagen aus dem Jahr 2005 [14] liegt Hagen mit der Rate der Sozialhilfeempfänger und der Arbeitslosenquote der Frauen und Männer im oberen Drittel der NRW-Kommunen und überschreitet den Landesdurchschnitt deutlich.

Prävention der Säuglingssterblichkeit

1. Frühgeburten

Ein zu geringes Geburtsgewicht und eine zu frühe Geburt können durch Zigaretten- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft sowie durch spätes Wahrnehmen der kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen begünstigt werden [10]. Faktoren, die zu einer Frühgeburt führen können, aber nicht zwingend müssen, werden bei diesen Untersuchungen rechtzeitig erkannt. Hierzu zählen Infektionen der Scheide. Sie entstehen während einer Schwangerschaft häufiger, weil sich der pH-Wert der Scheide durch die Schwangerschaftshormone verändert. Er kann von der Frau selber gemessen werden und sollte 4,4 nicht übersteigen. Auch Platzmangel kann z. B. durch Mehrlinge oder Erkrankungen der Mutter oder des Kindes vorzeitige Wehen auslösen. Auch andere Erkrankungen der Mutter oder des Mutterkuchens (Plazenta) können z. B. durch eine unzureichende Versorgung des Kindes mit Nährstoffen eine Frühgeburt bedingen. Als weitere Risikofaktoren gelten Drogenkonsum, körperlicher und psychischer Stress und ein besonders niedriges oder besonders hohes Alter der Mutter.

Frühgeborene sollten in einer Klinik mit spezialisierter Abteilung (Neonatologie) entbunden werden. Keinesfalls in einem Geburtshaus oder zu Hause. Das Kind braucht intensive medizinische Betreuung vom ersten Atemzug an. Die Mutter (Eltern) sollten intensiven körperlichen Kontakt mit dem Frühgeborenen pflegen, soweit die Umstände es zulassen. Studien haben gezeigt, dass Körperkontakt und elterliche Fürsorge die Sterblichkeit der Kleinen signifikant senken.

2. Plötzlicher Säuglingstod

Bundesweit ist die Zahl der plötzlichen Kindestodfälle zwischen den 1980er Jahren und 2004 deutlich auf etwa 0,5 Fälle pro 1 000 Lebendgeburten gesunken. Zum Rückgang des plötzlichen Säuglingstodes haben Informations- und Präventionskampagnen entscheidend beigetragen [10].

Nach verschiedenen Studien tritt der plötzliche Kindstod vermehrt auf, wenn die Mutter zur Unterschicht gehört, jung ist oder kurz zuvor bereits ein Baby geboren hatte. Bei männlichen Säuglingen ist das Risiko um fast 50 Prozent höher als bei weiblichen [10].

Wenn das Kind in Bauchlage schläft oder überwärmt ist und wenn die Mutter während der Schwangerschaft raucht oder in der familiären Umgebung des Kindes geraucht wird, kommt es offenbar häufiger zum plötzlichen Säuglingstod [10, 15].

Nationale und internationale Fachkreise geben übereinstimmend Empfehlungen zur Vermeidung des plötzlichen Säuglingstods (**Abbildung 8**) heraus [10, 15].

- Säuglinge und Frühgeborene sollten im ersten Lebensjahr ausschließlich in Rückenlage schlafen.
- Säuglinge sollten so ins Bett gelegt werden, dass ihr Kopf nicht durch Bettzeug bedeckt werden kann.
- Schlafsack statt Bettdecke benutzen.
- Säuglinge sollten im ersten Lebensjahr im elterlichen Schlafzimmer, aber im eigenen Bett schlafen.
- Säuglinge sollten vor und nach der Geburt in einer rauchfreien Umgebung aufwachsen.
- Raumtemperatur und Bettdecke sollten so gewählt werden, dass es für das Kind angenehm, das heißt weder zu warm noch zu kalt ist.
- Babys möglichst stillen.
- Beruhigungssauger (Schnuller) verwenden.

Abbildung 8: Empfehlungen zur Vermeidung des Plötzlichen Kindstods (Quelle: rki, Soditt)

Internationale Erfahrungen belegen, dass sich der plötzliche Kindstod durch diese Maßnahmen nahezu vollständig vermeiden lässt. So gibt es in den Niederlanden inzwischen nur noch 0,1 Fälle von plötzlichem Säuglingstod pro 1 000 Lebendgeborenen [10].

Ergebnisse

Bei kleinen Fallzahlen muss mit jährlichen Schwankungen gerechnet werden. Dennoch muss die erhöhte Säuglingssterblichkeit in Hagen im Jahr 2006 als Ausreißerjahr angesehen werden. Die Ursache liegt in einer zufälligen Häufung von Mehrlingsschwangerschaften, die mit einer Frühgeburt endeten. Diese Fälle kamen zu den übrigen Frühgeburten und späten Todesfällen (lebten zwischen einem und 12 Monaten) hinzu. Ein akuter Handlungsbedarf lässt sich nicht ableiten.

Die Bemühungen müssen sich weiterhin darauf richten, die Säuglingssterblichkeit so gering wie möglich zu halten. Frühgeborene z. B. haben nicht nur ein erhöhtes Sterberisiko, sondern auch ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Schwerwiegende Erkrankungen über Jahre bis hin zu Behinderungen sind die Folge. Eine Schwerbehinderung geht auch auf andere Ursachen zurück. Die Rate der behinderten Kinder unter 15 Jahren (Schwerbehinderte) bewegt sich in Hagen geringfügig über dem Landesdurchschnitt und im oberen Drittel aller Kommunen in NRW [14]. Die Folgen, die ein behindertes Kind mit sich bringt, müssen familiär und gesellschaftlich getragen werden.

Weil die Säuglingssterblichkeit in NRW in den letzten Jahren konstant über dem Bundesdurchschnitt liegt, empfiehlt es sich für kommunale Präventionsmaßnahmen innerhalb von NRW den Bundesdurchschnitt erreichen zu wollen.

Die Zahlen in NRW und Hagen deuten auf Probleme bei der präventiven und gesundheitlichen Versorgung von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund hin. Auch soziale Risikofaktoren spielen eine Rolle. Der Zugang dieser Bevölkerungsgruppe zu möglichen präventiven Verhaltensweisen könnte nicht zufriedenstellend erreicht sein. Oder es liegen besondere soziale bzw. gesundheitliche Faktoren vor, die berücksichtigt werden sollten. Hieraus leitet sich ein empfohlener Handlungsbedarf ab. Informationsdefizite könnten z. B. durch adäquat vermittelte Informationen ausgeglichen werden. Besonderheiten der kulturellen Hintergründe der Herkunftsländer sollten Berücksichtigung finden.

Durch die Ausgabe von Informationsblättern während der Schwangerschaft (Frauenärzte), in der Entbindungseinrichtung und beim Kinderarzt konnte der Plötzliche Kindstod in Sachsen innerhalb eines Jahres um die Hälfte gesenkt werden [15].

Bei der medizinischen Versorgung hat sich einiges geändert. In Deutschland konnte die Frühsterblichkeit in den letzten Jahrzehnten am deutlichsten gesenkt werden. Sie unterstreicht die Bedeutung einer qualifizierten Frühbetreuung [16, 17].

Der aktuelle Bundesgesundheitsbericht widmet sich dem Thema Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Für Deutschland zeichnet sich ab, dass sich die Benachteiligung der ausländischen Mütter und Kinder seit den 80er Jahren verringert. Die zu diesem Zeitpunkt noch beobachteten Nachteile fallen nicht mehr primär als Probleme der ausländischen Schwangeren auf, sondern entwickeln sich zu einem schichtspezifischen Problem, das unabhängig von der Staatsangehörigkeit der betroffenen Frauen besteht. Auch wenn Migrantinnen noch immer relativ häufig sozial benachteiligten Gruppen angehören [18]. Bundesweit bestehen bei Menschen mit Migrationshintergrund nur in bestimmten Bereichen erhöhte Gesundheitsrisiken. Hierzu zählt die Säuglingssterblichkeit. In NRW fällt die Säuglingssterblichkeit bis 2006 bei einigen ausländischen Nationalitäten höher aus, insbesondere die türkisch stämmigen Säuglinge scheinen betroffen zu sein [3].

Unterstützungsbedarf besteht bei Müttern in einer schwierigen sozialen Lage, unabhängig von deren Herkunft. Sozialraumanalysen bestätigen, dass sich die Säuglingssterblichkeit nach der sozialen Lage unterscheidet. In sozial benachteiligten Wohngebieten werden einerseits mehr Kinder geboren, andererseits ist die Säuglingssterblichkeit erhöht [18].

Was in Hagen regelmäßig getan wird

Gesundheitsamt

Die Familienhebamme begleitet und betreut Schwangere mit einem oder mehreren sozialen Risikofaktoren. Neben der üblichen Hebammentätigkeit werden bei Hausbesuchen familiäre, persönliche und gesundheitliche Probleme und Schwierigkeiten besprochen und einer Lösung durch Kooperationsvereinbarungen zugeführt. Die Betreuung richtet sich nach der Dauer der Hilfebedürftigkeit bzw. bis das Kind 12 Monate alt geworden ist. In den Bereichen Schwangerenvorsorge und Sexualberatung werden schulische Präventionsangebote durchgeführt.

Das Gesundheitsamt hält Kontakt zu den regionalen Hebammen, Krankenhäusern und Arztpraxen. Es kontrolliert die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und schreitet bei Bedarf ein. Präventionsaktionen werden koordiniert, initiiert und durchgeführt. Für Frauen aus schwierigen sozialen Verhältnissen werden im Gesundheitsamt Säuglingssprechstunden angeboten. Außerdem beteiligt sich das Gesundheitsamt an der Aktion „Ich geh’ zur U! Und Du? Damit soll die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen verbessert werden.

Fachbereich Jugend und Soziales

Zur Förderung des Kindeswohls werden bekannte Schwangere mit sozialen Risikofaktoren an andere Einrichtungen vermittelt, um zur verbesserten gesundheitlichen und sozialen Betreuung der Schwangeren bzw. Mutter/Kind beizutragen. Aktuell werden neue Kooperationsstrukturen aufgebaut. Beispielsweise führen Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) Hausbesuche bei Schwangeren oder Frauen mit Säuglingen durch, wenn ein sozialer Risikofaktor bekannt ist. Die Dauer der Begleitung der hilfebedürftigen Familien richtet sich nach den eigenen Bedürfnissen oder nach der Einschätzung der städtischen Mitarbeiter/innen. Das Kooperationsnetz wird zur Zeit ausgebaut.

Frauenarztpraxen

Auslegung von Informationsmaterial. Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen.

Hebammen

Vermittlung von Verhalten während der Schwangerschaft, Information über Entbindungsmöglichkeiten. Hilfe bei der Versorgung des Neugeborenen, Stillberatung und -betreuung.

Geburtsvorbereitungskurse

Information über Entbindungsmöglichkeiten und über die Versorgung des Neugeborenen.

Entbindungskliniken

Information über Entbindungsmöglichkeiten in der Einrichtung. Auslegung von Informationsmaterial über Vorsorgeuntersuchungen (während der Schwangerschaft und für Kinder U1 ...) und Maßnahmen gegen den Plötzlichen Säuglingstod. Stillberatung und -betreuung. Durchführung der ersten Vorsorgeuntersuchungen am Neugeborenen. Behandlung und Versorgung der Schwangeren/Wöchnerin und ihres Neugeborenen.

Kinderarztpraxen

Auslegung von Informationsmaterial über Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und über Maßnahmen gegen den Plötzlichen Säuglingstod. Durchführung von Vorsorgeuntersuchung für Kinder und Jugendliche (U1 ...).

Was kann noch getan werden?

Lösungsmöglichkeiten zur Senkung der Säuglingssterblichkeit sind unter dem Abschnitt Prävention beschrieben worden. Konkret kann über Vorsorgeuntersuchungen, Rauchen, Drogen, Alkohol, Stress, Infektionen der Scheide, der Gefahrenabwehr des Plötzlichen Kindstods etc. frühzeitig informiert und das praktische Ausführen gezeigt werden (Gynäkologen, Entbindungskliniken, Hebammen, Kinderärzte).

Wenn die einzelnen Zuständigkeiten der verschiedenen Fachkreise vor und nach der Entbindung allen Fachpersonen bekannt sind, kann beim Auftreten von Risikoschwangerschaften, -familien, -entbindungen kompetent vermittelt und überwiesen werden. Funktionierende Kooperationsstrukturen spielen für die Betreuung der Schwangeren und ihres Neugeborenen bzw. Säuglings eine wesentliche Rolle. Familien mit Migrationshintergrund sollten über die Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kinder informiert sein.

Mehrsprachige Broschüren sind insbesondere bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und über die Landesinitiative „Gesundheit von Mutter und Kind“ erhältlich.

2006 wurde das Thema „Gesundheit von Mutter und Kind“ erneut zu einem Handlungsschwerpunkt des Landes NRW. Die Landesinitiative „Gesundheit von Mutter und Kind“ will Maßnahmen initiieren, die insbesondere die Gesundheit von Schwangeren und der Kinder im ersten Lebensjahr fördern. Erreicht werden sollen hauptsächlich sozialbenachteiligte Familien sowie Schwangere und Kinder mit Migrationshintergrund.

Ein Schwerpunkt der Landesinitiative ist die Babyschlafsackkampagne, die im April 2008 startete. Säuglinge sollen von der ersten Lebensminute an auf dem Rücken in einem Schlafsack ins Babybett gelegt werden, um auf diese Weise den Plötzlichen Säuglingstod erfolgreich zu verhindern. Weitere Verhaltensempfehlungen für diese Zielsetzung werden genannt (siehe auch **Abbildung 8**). Bei der Vermeidung des Plötzlichen Kindstods kommt den Hebammen bei der Geburtsvorbereitung und Babybetreuung, den Kinderärzten bei den Vorsorgeuntersuchungen und den Entbindungskliniken bei der Versorgung der Neu- und Frühgeborenen eine große Bedeutung hinsichtlich der Information- und Vorbildfunktion zu.

Studien zufolge wussten 72 % der Kinderschwestern vom Risikofaktor Bauchlage für SIDS, dennoch legten 68 % die Kinder auf die Seite und nur 30 % ausschließlich auf den Rücken, wie es richtig wäre. Die Schlafposition der Kinder, die die Eltern zu Hause vornehmen, korreliert signifikant mit der Schlafposition in der Klinik [15].

Beim Gesundheitsmonitoring des Iögd 2004 wurden 2.205 Personen gefragt „Kennen Sie Risikofaktoren, die die Gefahr des Plötzlichen Kindstods erhöhen könnten?“ Allein 56,7 % gaben bei Mehrfachnennung „weiß nicht“ an. Als Konsequenz sollten alle Eltern einschließlich Minderheiten und Risikogruppen gezielter angesprochen werden.

- Eltern/Schwangere mit Migrationshintergrund und aus bildungsfernen Schichten sind von den beteiligten Berufsgruppen besonders anzusprechen und zu betreuen.
- Informationen über die Babyschlafsackkampagne und Verhaltensweisen gegen den Plötzlichen Kindstod sind zu verteilen.
- Werdende Eltern/Großeltern sind auf entsprechende Verhaltensweisen während der Schwangerschaft und zur Schlafumgebung des Säuglings anzusprechen.
- Zu einer weiteren Förderung des Stillens ist beizutragen.

Was ist den Eltern zu raten?

- Informationen über gesunde Verhaltensweisen während der Schwangerschaft (Frauenärzte, Krankenkassen, Hebammen, Entbindungskliniken, Kinderärzte, Gesundheitsamt etc.).

- Informationen über die Versorgung des Babys, insbesondere durch Kinderkrankenschwestern, Hebammen, Kinderärzten, Entbindungskliniken, Krankenkassen und Gesundheitsamt.
- Während der Schwangerschaft kostenlose Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt wahrnehmen. Dort auch wichtige Fragen und familiäre Probleme ansprechen.
- Nach der Geburt führen die Kinderärzte die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen bei den Kindern durch. Bei diesen Untersuchungen können die Mütter und Väter alle sie interessierende und bewegende Aspekte ansprechen.
- Das Baby mit einem genau passenden Schlafsack in seinem eigenen Babybett im Schlafzimmer der Eltern schlafen lassen. Kissen, Decken, Kuscheltiere und Mützchen weglassen.
- Bei familiären oder persönlichen Problemen (z. B. Trennungsstress, Sprachschwierigkeiten, Gewalt, Drogenkonsum, Minderjährigkeit, religiösen und kulturellen Zwängen, finanziellen Problemen) Hilfsangebote nutzen (Fachbereich Jugend und Soziales, Gesundheitsamt, Gleichstellungsbeauftragte, Frauenberatungsstelle etc.). Auch die nichtstädtischen Angebote können hier erfragt werden.
- Sich nach Hebammen mit Stillfahrung und Stillgruppen umsehen.
- Informationen können auch beim Gesundheitsamt Hagen erfragt werden (Tel: 02331 207-3555).

Wichtige Adressen im Internet:

www.praeventionskonzept.nrw.de
www.bzga.de

www.schlafumgebung.de
www.baby-care.de

Literatur

1

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: „Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen“ im Sommer 2006 gestartet. Pressemitteilung. <http://www.mags.nrw.de>. Letzter Zugriff 18.08.2008.

2

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): NRW im Bundesvergleich. Gesundheitsberichterstattung. <http://www.liga.nrw.de>. Letzter Zugriff 14.07.2008.

3

Hellmeier, Wolfgang; Anuss, Rolf: Zahlen, Daten, Fakten: Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen. Entwicklung und regionale Besonderheiten. Fachtagung „Die Babyschlafsack-Kampagne“ am 23.04.2008. <http://www.praeventionskonzept.nrw.de>. Letzter Zugriff 11.07.2008.

4

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS): Im ersten Lebensjahr Gestorbene je 1 000 Lebendgeborene in NRW 1976 bis 2006. Tabelle.

5

Stadt Hagen, Gesundheitsamt (Hrsg.): Fortschreibung 2006 des indikatorengestützten Basisgesundheitsbericht der Stadt Hagen 2005. Hagen, 2007.

6

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS): NRW: Säuglingssterblichkeit angestiegen. Pressemitteilung. <http://www.lids.nrw.de>. Letzter Zugriff 26.09.2008.

7

Hellmeier, Wolfgang: Säuglingssterblichkeit in NRW. Juni 2008. NRW kurz und informativ. <http://www.liga.nrw.de>. Letzter Zugriff 16.07.2008.

8

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): NRW Kreisprofile. Gesundheitsberichterstattung. <http://www.liga.nrw.de>. Letzter Zugriff 14.07.2008.

9

Hellmeier, Wolfgang: Säuglingssterblichkeit in NRW. September 2007. NRW kurz und informativ. <http://www.loegd.nrw.de>. Letzter Zugriff 18.06.2008.

10

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2006.

11

Sievers, Erika; Brand, Helmut: Säuglingssterblichkeit: Kommt dem Migrationshintergrund heute noch eine Bedeutung zu? 102.Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin 14. – 17.09.2006. Publikationen. <http://www.loegd.nrw.de>. Letzter Zugriff 12.08.2008.

12

Razum, Oliver; Breckenkamp, Jürgen: Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich. Deutsches Ärzteblatt, 2007, 104, 43, C 2520 – 2526.

13

Stadt Hagen, Ressort Statistik und Stadtforschung (Hrsg.): Jeder dritte Hagener hat einen Migrationshintergrund. Hagener Monatszahlen, Februar 2008.

14

Stadt Hagen, Gesundheitsamt (Hrsg.): Indikatorengestützter Basisgesundheitsbericht der Stadt Hagen 2005. Hagen, 2006.

15

Soditt, V: Der Plötzliche Säuglingstod. Ursachen und Präventionsmöglichkeiten. Fachtagung „Die Babyschlafsack-Kampagne“ am 23.04.2008. <http://www.praeventionskonzept.nrw.de>. Letzter Zugriff 11.07.2008.

16

Atzpodien, Karen; Bertz, Joachim; Ellert, Ute et al.: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin, 2007.

17

Cremer, Dirk: Kurzbericht Säuglingssterblichkeit. Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Stadt Bielefeld (Hrsg.), Bielefeld 2008.

18

Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Meesmann, Uta; et al.: Mütter- und Säuglingssterblichkeit. In: Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin, 2008, S. 33 – 35.