

## 7. Schlußfolgerungen

Die jährliche Totgeborenenrate von durchschnittlich 4,6 auf 1000 Geborene liegt in Sachsen-Anhalt seit Jahren deutlich über der der übrigen Bundesländer, ausgenommen Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg. Seit mehr als einem Jahrzehnt ist die antepartale Sterblichkeit bei sinkender perinataler Mortalität weitgehend unverändert geblieben. Der intrauterine Fruchttod antepartal oder subpartal stellt noch immer eine der größten Herausforderungen in der Geburtshilfe dar. Üblicherweise wird die Qualität der Schwangerenvorsorge beziehungsweise der stationären geburtshilflichen Betreuung unter anderem an der Rate der Totgeborenen gemessen. Ohne eine genaue Kenntnis der Ursachen für Totgeburten beziehungsweise der Risikofaktoren in der Schwangerschaft und ihrer Bedeutung für den intrauterinen Fruchttod ist eine Verbesserung der Qualität der antepartalen Betreuung nicht vorstellbar.

In Sachsen-Anhalt lag die Zahl der ungeklärten Todesfälle nach der Leichenschau bei knapp 20% aller Totgeborenen. Bei 8,2% dieser ungeklärten Fälle wurde dennoch keine Autopsie durchgeführt, während bei rund 10% schließlich durch die Autopsie eine Todesursache gefunden werden konnte. Bei etwa 5,5% der Totgeborenen wurde im Rahmen der Autopsie eine andere Diagnose als Todesursache gestellt, als bei der Leichenschau. Insgesamt wurden lediglich etwa 60% der Totgeborenen in Sachsen-Anhalt in den Jahren von 1991 bis 2001 autopsiert. Obgleich der Wert einer Autopsie unbestritten ist, liegt die Rate der in Sachsen-Anhalt autopsierten Totgeborenen weit unter der in nationalen und internationalen Studien beschriebenen Rate. Zwar zeigte die hier vorgelegte Untersuchung auch eine große Übereinstimmung der Ergebnisse der Leichenschau und Autopsie, jedoch besteht die Möglichkeit, die Aufklärung der ante- und subpartalen Todesfälle in Sachsen-Anhalt durch eine Erhöhung der Autopsierate zu verbessern. Unter Kenntnis der genauen Todesursache kann dann nach Abschluß aller Untersuchungen eine Beurteilung hinsichtlich der Vermeidbarkeit stattfinden, und es können Konsequenzen für das geburtshilfliche Handeln gezogen werden.

Die statistischen Untersuchungen zeigten in Sachsen-Anhalt in Übereinstimmung

## 7. *Schlußfolgerungen*

mit internationalen Studien eine Häufung von Todesfällen durch Plazentainsuffizienz, vorzeitige Plazentalösung und Nabelschnurkomplikationen. Insbesondere bei der Plazentainsuffizienz gilt es, Risikopatientinnen rechtzeitig zu erkennen, die ursächlichen Faktoren frühzeitig zu diagnostizieren und eine entsprechende Therapie umgehend einzuleiten. Dagegen stellt sich die Situation bei der vorzeitigen Plazentalösung und den Nabelschnurkomplikationen aufgrund ihrer Unberechenbarkeit schwieriger dar. Hier kann möglicherweise vorerst lediglich eine erhöhte Bereitschaft zur vorzeitigen Entbindung bei auftretenden Komplikationen und eine Verbesserung der neonatalen Betreuung eine Senkung der Totgeborenenrate herbeiführen.

Die Ergebnisse der Risikoanalyse bestätigen die Ergebnisse zu den Ursachen von Totgeburten in Sachsen-Anhalt. Für das Vorliegen eines Diabetes mellitus, einer Plazentainsuffizienz, eines Alters der Schwangeren von mehr als 35 Jahren, einer vorzeitigen Plazentalösung, einer Nabelschnurkomplikation, eines Nabelschnurvorfalles, einer Amnioninfektion und einer Gestose wurde ein höheres Risiko für den intrauterinen Tod festgestellt. Dies kann auch ein Hinweis dafür sein, daß für diese geburtshilfliche Situation eine standardisierte Empfehlung bezüglich einer adäquaten Therapie noch aussteht. Hier muß die Qualitätssicherung ansetzen.

Für den Gestationsdiabetes, die Oligohydramnie, eine Plazenta praevia, eine Anämie und eine Lageanomalie wurde kein Einfluß auf die ante- und subpartale Mortalität festgestellt. Das heißt jedoch nicht, daß diese Diagnosen keiner besonderen Überwachung mehr bedürfen. Es zeigt aber, daß diese Faktoren durch erfolgreiche Prophylaxe, Früherkennung oder Therapie das Risiko für eine lebensbedrohliche Schädigung des Kindes nicht mehr erhöhen müssen. Dies kann Folgen für die Betreuung der Schwangeren haben. Sie mag dadurch beruhigt werden, jedoch bleibt zu bedenken, daß eine anderweitige, nicht zum Tode führende Schädigung des Kindes nicht ausgeschlossen werden kann.

Um zu einer Aussage bezüglich der Indikatoren zur Qualitätssicherung der geburtshilflichen Versorgung Sachsen-Anhalts zu gelangen, müssen die Risikofaktoren, die zu einer Erhöhung der ante- und subpartalen Mortalität beitragen, näher betrachtet werden. Für eine noch nicht optimale Qualität der geburtshilflichen Versorgung in Sachsen-Anhalt spricht ein signifikant höheres Risiko für das Auftreten einer Totgeburt bei einer Amnioninfektion, einer Plazentainsuffizienz oder eines Alters der Schwangeren über 35 Jahre. Wird eine Amnioninfektion

## 7. *Schlußfolgerungen*

beziehungsweise werden die Ursachen für eine Plazentainsuffizienz rechtzeitig erkannt, kann eine suffiziente Therapie erfolgen. Die mit einem höheren Alter der Schwangeren mit einer größeren Häufigkeit einhergehenden Komplikationen sind weitgehend bekannt und können ebenfalls zum Teil therapeutisch positiv beeinflußt werden. Dadurch kann die Zahl der unter diesen Umständen verstorbenen Feten weiter gesenkt werden.

Im Gegensatz dazu spricht das nicht signifikant erhöhte Risiko für eine Totgeburt bei Vorliegen eines Gestationsdiabetes, einer Anämie, einer Plazenta praevia, einer Oligohydramnie oder Lageanomalie in Sachsen-Anhalt für eine gute geburts-hilfliche Betreuung bezüglich dieser Risikofaktoren.

Eine Senkung der Totgeborenenrate ist ohne wissenschaftliche Forschung nicht möglich. Diese beginnt bei klinischen Untersuchungen, Autopsien, Fallbesprechungen und Studien. Hierfür ist unter anderem eine gründliche und aufschlußreiche Dokumentation notwendig. Zu dieser gehört nicht nur die Benennung zum Beispiel eines Risikofaktors, sondern auch, ob und wie dieser behandelt wurde. Dies sollte im Hinblick auf die interne und externe Qualitätssicherung in Sachsen-Anhalt weiter optimiert werden.