

## **Die Säuglingssterblichkeit in München — Probleme statistischer Vergleichbarkeit und Analyse**

Der Rechtsschutz, den geborenes menschliches Leben unbestritten genießt, verpflichtet ein Gemeinwesen, alles Erdenkliche zu tun, um es zu erhalten. Ohne auf die Problematik jüngster Maßnahmen des Gesetzgebers einzugehen ist festzuhalten, daß unsere Bemühungen spätestens mit der Betreuung der Schwangeren einzusetzen haben und eine intensive Fortsetzung in der kritischen Geburts- und ersten Nachgeburtsphase finden müssen, um dieser Verpflichtung schon im ersten Lebensabschnitt gerecht zu werden. Hinzu kommt, daß auch die immer schmäler werdende Basis des „Lebensbaums“ unserer Gesellschaft mehr und mehr in das Bewußtsein nicht nur der politischen Entscheidungsträger, sondern auch der breiten Öffentlichkeit rückt. Es liegt nahe, in der sich infolgedessen verstärkenden Diskussion der möglichen Maßnahmen zur Erhaltung mehr neugeborenen Lebens eine echte Chance zu sehen, insbesondere die betroffenen Mütter, aber auch öffentliche und private Institutionen von der Unverzichtbarkeit der Schwangerenvorsorge zu überzeugen. Nur auf diesem Weg kann nach Meinung der Ärzte verhindert werden — und hier wird auch das wichtigste Resultat der folgenden Ausführungen vorweggenommen —, daß künftig ebenso wie in den vergangenen Jahren ein bedeutender Teil der untereinjährig Gestorbenen aufgrund der Tatsache, daß sie zu früh das Licht der Welt erblickten, nicht lebensfähig war.

Bevor erste Ergebnisse der jüngsten Analyse und anschließend im Diskussionsstadium befindliche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation dargelegt werden, sind einige Bemerkungen zum Definitionsproblem erforderlich. Die zur Gewinnung von Maßstäben unerläßliche Zusammenschau von Gesundheitsstatistiken ist insbesondere auf internationaler Ebene zum Teil äußerst problematisch. Nur durch sauberste definitorische Trennung von Begriffen und Bestimmungen können hier Fehlschlüsse vermieden werden. Die Vergleichbarkeit internationaler Statistiken könnte indessen wesentlich besser sein, wenn die Vorschläge der WHO (Weltgesundheitsorganisation) endlich auf breiter Basis als Grundlage von Reformen akzeptiert würden. Im Augenblick richten sich jedoch z. B. von 24 kürzlich untersuchten europäischen Staaten nur 10 nach der WHO-Definition einer Lebendgeburt — die BRD zählt nicht zu dieser Gruppe. Daß grundsätzlich die Feststellung von Lebenszeichen sowohl bei der WHO-Definition als auch bei anderen Bestimmungen im Vordergrund steht, liegt nahe. Doch schon die Anwendung dieser Kriterien kann nur im Rahmen eines Ermessensspielraumes erfolgen. Es liegt demnach auf der Hand, daß die Kombination dieser Größen mit weiteren Merkmalen, wie Körperlänge des Neugeborenen, Schwangerschaftsdauer oder Gewicht des Säuglings, wenn diese unterschiedlich definiert sind, erhebliche Abweichungen der Statistiken trotz gleichartiger Prozesse generiert.

Nach der in der BRD gebräuchlichen Definition liegt eine Lebendgeburt vor: „Wenn bei einem Kinde nach der Scheidung vom Mutterleibe entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Hat sich keines dieser Merkmale des Lebens gezeigt“, heißt es in § 29 der gültigen Personenstandsausführungsverordnung weiter, „ist die Leibesfrucht jedoch mindestens 35 cm lang, so gilt sie als ein tot geborenes oder in der Geburt verstorbene Kind“. Schon aufgrund der Fixierung einer minimalen Körperlänge bei der hiesigen Definition scheidet strengge-

nommen z. B. der Vergleich mit Schweizer Mortalitätsstatistiken in der perinatalen Phase aus, denn dort hält man sich an 30 cm Minimallänge. Auch Österreich hat seine eigene Regelung, denn hier führt das Ausbleiben der Atmung zur Einordnung als Totgeburt, und in Spanien muß ein Neugeborenes gar die ersten 24 Stunden erst einmal überleben, um die Definitionsgrenze Tot-/Lebendgeburt zu passieren. Es soll anhand dieses Beispiels nur angedeutet werden, wie sehr allein schon codifizierte Einflußgrößen den wissenschaftlichen Vergleich von Säuglingssterblichkeitsstatistiken verschiedener Länder, und seien sie auch benachbart, behindern. Auch an die verschiedenen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch muß in diesem Zusammenhang erinnert werden, denn es bedarf keiner Diskussion, daß in Ländern, die die Abtreibung freigegeben haben, von vornherein bessere statistische perinatologische Ergebnisse erzielt werden können. Unerwünschte Kinder, deren Mütter die Schwangerenvorsorge dementsprechend nicht oder nur sporadisch in Anspruch nehmen, und die daher besonders vom Risikofaktor Frühgeburt bedroht sind, beeinflussen in diesen Ländern die Sterblichkeitsziffern sicherlich erheblich weniger als dies bei uns der Fall ist, denn sie werden erst gar nicht geboren. Trotz aller aufgrund der angedeuteten Schwierigkeiten erforderlicher Vorsicht bei Vergleichen kann nicht geleugnet werden, daß in der BRD, ohne gravierende Unterschiede zwischen Verdichtungsräumen und flachem Land, die Sterblichkeitsziffern bei den Untereinjährigen nur europäisches Mittelmaß erreichen. Eine Tabelle von 23 Staaten führten mit zum Teil vorbildlichen Werten 1972 Schweden, Finnland, die Niederlande, Island, Norwegen und Dänemark an, die BRD folgte erst auf Rang 13.

Einigen Ursachen dieser Diskrepanz versuchten wir in München im Rahmen der Möglichkeiten der Städtestatistik auf die Spur zu kommen. Auch hier müssen wir die Bemühungen der vergangenen Jahre, mehr junges Leben zu erhalten, als nur teilweise erfolgreich ansehen. Vergleichen wir die Sterblichkeit der Untereinjährigen in den beiden letzten Jahrfünften, so können wir nur eine sehr geringe zahlenmäßige Verbesserung erkennen. Sind im Durchschnitt der Jahre 1965 mit 1969 2,5% der lebendgeborenen Münchener Säuglinge kein Jahr alt geworden, so waren es in den letzten 5 Jahren immer noch

### Die Säuglingssterblichkeit in München seit 1961

(in % der Lebendgeborenen)

Tabelle 1

Jahr	Säuglingssterblichkeit überhaupt	männl.	weibl.	ehelich	nichtehelich
1961 . .	3,3	3,7	2,8	3,0	5,4
1962 . .	3,1	3,5	2,6	2,6	5,8
1963 . .	2,8	3,0	2,6	2,4	5,5
1964 . .	2,6	2,7	2,6	2,4	4,5
1965 . .	2,5	2,6	2,3	2,1	5,3
1966 . .	2,7	3,1	2,3	2,4	4,9
1967 . .	2,6	2,8	2,3	2,3	4,7
1968 . .	2,1	2,4	1,8	1,9	3,7
1969 . .	2,3	2,6	1,9	2,0	4,4
1970 . .	2,5	2,9	2,2	2,3	4,4
1971 . .	2,3	2,6	2,0	2,2	3,0
1972 . .	2,4	2,9	1,9	2,2	4,0
1973 . .	2,4	2,9	1,8	2,1	4,5
1974 . .	2,4	2,6	2,2	2,2	4,0

2,4%. In absoluten Zahlen ausgedrückt heißt das, daß wir zwar jährlich „nur noch“ ca. 264 im Gegensatz zu 394 Kinder dieser Altersstufe — im vorletzten Jahrfünft — verlieren. Unter Berücksichtigung des anhaltenden Geburtenrückgangs relativiert sich der scheinbare Erfolg jedoch rasch. Die Tabelle 1 ermöglicht neben dem Überblick auf die jährliche Säuglingssterblichkeit seit 1961 den Nachweis einmal der größeren Sterblichkeit der nichtehelich Geborenen und zum anderen der besseren Überlebenschance der weiblichen Neugeborenen.

Gesellschaftliche Diskriminierung und rechtliche Benachteiligung von Mutter und Kind sind wohl in erster Linie ausschlaggebend für die ablehnende Haltung mancher unverheirateten Schwangeren gegenüber dem werdenden Leben. Es liegt auf der Hand, daß der Rat des vor- und nachsorgenden Arztes, wenn überhaupt gesucht, unter diesen Umständen nicht die erforderliche Bereitschaft findet. Das Resultat: Im Durchschnitt des vergangenen Jahrzehnts (1965 bis 1974) waren nichteheliche Säuglinge doppelt so gefährdet wie eheliche. Eine Verminderung der Sterbeziffern für männliche Säuglinge auf die der weiblichen war in den letzten 20 Jahren nicht zu erreichen. Hier kommt eine offenbar größere Resistenz des weiblichen Geschlechts zum Ausdruck, die sich übrigens ebenso in der gegenüber den männlichen Kindern um ca. 10% niedrigeren Totgeburtenquote äußert.

Auch die aktuelle Entwicklung zeigt im ganzen keine zahlenmäßige Verbesserung der Verhältnisse. Im Jahr 1974 sind 11 Säuglinge im Alter bis zu 1 Jahr mehr gestorben als 1973, womit bei leichter Erhöhung der Lebendgeborenenquote kein Absinken der Säuglingssterblichkeitsziffer zu beobachten war. Es muß davon gewarnt werden, kurzfristige Änderungen der beobachteten Zahlen überzubewerten; zu leicht können Zufallsschwankungen, insbesondere bei relativ kleinen Bezugsmassen, das Zahlenverhältnis verfälschen. Man kann ihnen aber die Funktion von Warnzeichen zubilligen, die zu differenzierterer Analyse der Bestimmungsgrößen und damit zur Begrenzung des statistischen Zufalls führen müssen.

Ein Schritt in dieser Richtung ist die Gliederung der Säuglingssterbefälle nach der ge-

#### Anteil des ersten Lebensmonats an der Sterblichkeit Untereinjähriger

Tabelle 2

Jahr	untereinjährig Gestorbene	auf 100 Lebendgeborene	dar. im 1. Lebensmonat Gestorbene	
			Zahl	%
1961 . . .	504	3,3	405	80,4
1962 . . .	481	3,1	383	79,6
1963 . . .	457	2,8	371	81,2
1964 . . .	450	2,6	380	84,4
1965 . . .	420	2,5	332	79,0
1966 . . .	466	2,7	390	83,7
1967 . . .	425	2,6	356	83,8
1968 . . .	333	2,1	275	82,6
1969 . . .	324	2,3	263	81,2
1970 . . .	318	2,5	272	85,5
1971 . . .	276	2,3	223	80,8
1972 . . .	251	2,4	199	79,3
1973 . . .	233	2,4	178	76,4
1974 . . .	244	2,4	181	74,2

naueren Lebensdauer. Die Zahlen der letzten 10 Jahre zeigen dabei zunächst eindrucksvoll, daß über 80% der im 1. Lebensjahr verstorbenen Kinder bereits den 1. Lebensmonat nicht überlebten (Tab. 2). Seit 1970 zeichnet sich jedoch eine deutliche Änderung der quotalen Beteiligung der Früh- (im ersten Monat gestorbene Säuglinge) und Nachsterblichkeit (im Alter von 1 Monat bis unter 1 Jahr gestorbene Säuglinge) im Sinne einer Verlängerung der Lebensdauer ab.

Das Sterberisiko ist auch innerhalb des ersten Lebensmonats höchst unterschiedlich. Der Arbeitsaufwand ließ diese feinste Gliederung nach der Lebensdauer allerdings nur für die Jahre 1972, 1973 und 1974 zu. Jeder dritte in diesem Zeitraum gestorbene Säugling (33%) überlebte nämlich den ersten Tag nicht, jeder achte starb in der ersten Lebensstunde. Da der Einflußfaktor „Frühgeburt“ der ärztlichen Beeinflussung weitgehend entzogen ist, verwundert es nicht, daß sich die Bemühungen der befaßten Mediziner auf die längere Erhaltung auch schwachen Lebens konzentrierten, und das erfolgreich. Im Durchschnitt der Jahre 1965 bis 1966 fielen nämlich noch 17% aller Säuglingssterbefälle auf die 1. Stunde nach der Geburt und 53% auf den 1. Lebenstag. Ärztliche Kunst in Verbindung mit medizinischer Technik konnten aber nicht verhindern, daß bereits ab dem 2. Lebenstag „der Vorsprung“ gegenüber der Vergleichsuntersuchung 1965/66 (siehe „Münchener Statistik“ Heft 2, Jahrgang 1967, Seite 167) mit Tag für Tag relativ höheren Verlusten bis zur Monatsfrist wieder verlorenging.

Trotz Abgrenzungs- und Definitionsproblemen, wie sie auch in der Todesursachenstatistik an der Tagesordnung sind, können als wichtigste Todesursachen bei Säuglingen seit Jahren Frühgeburt und Lebensschwäche extrahiert werden. Diese Faktoren spielten allerdings 1973/74 im Vergleich zu den Jahren 1965/66 eine merklich geringere Rolle (Tab. 4). Die Methoden des Statistikers sind jedoch dort noch unzureichend, wo der Tod durch eine Mehrzahl gleichzeitig wirkender Ursachen hervorgerufen wird (multikausale Todesursache). Gerade die modernen Möglichkeiten, kaum lebensfähige Frühgeburten über Stunden, ja Tage am Leben zu erhalten, vergrößern aber zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit, daß eine andere Komplikation hinzutritt, die dann direkt für das Ableben verantwortlich gemacht wird, während die Mitursache Frühgeburt nicht mehr genannt wird. Es soll deshalb weiter unten zusätzlich versucht werden, über die Einbeziehung des Geburtsgewichts der gestorbenen Säuglinge diesen Risikofaktor zu quantifizieren. Neben der Todesursache „Frühgeburt und Lebensschwäche“, die bei 21,9% der 1967 bis 1974 gestorbenen Säuglinge angegeben wurde, führten „Asphyxie“ = Erstickung infolge Sauerstoffmangels (15,8%), „Angeborene Mißbildungen“ (15,6%) und „Geburtsverletzungen“ (8,8%) am häufigsten zum Tode.

Ein lebendgeborenes Kind wird als Frühgeborenes klassifiziert, wenn es ein Geburtsgewicht von 2 500 Gramm oder weniger hat. Um die Bedeutung dieser Einflußgröße auf die Sterblichkeit zu überprüfen, wurde durch Zusammenführung von Geburts- und Sterbefallzählkarten das Geburtsgewicht der 1973 und 1974 unter einjährig Gestorbenen ermittelt. Dies war nicht in allen Fällen möglich, da im Grenzbereich zwischen Tod- und Lebendgeburt das Wiegen des Geborenen verständlicherweise nicht immer zu den vordringlichsten Maßnahmen zählt (nur Lebendgeborene müssen gewogen werden). Doch auch wenn man diese Fälle außer acht läßt, erkennt man den enormen Anteil der Frühgeburten an den Säuglingssterbefällen. Über 63% der im 1. Lebensjahr verstorbenen Kinder wogen bei der Geburt nicht einmal 5 Pfund (Tab. 5). Die Untergliederung nach der Nationalität zeigt, daß insbesondere die gestorbenen Säuglinge nichtdeutscher Staatsangehörigkeit zum großen Teil untergewichtig zur Welt kamen (77%) — ihre Überlebenschance war aus diesem Grunde schon sehr gering —, während die 1973 und

**Die untereinjährig Gestorbenen 1972, 1973 und 1974 nach der genaueren Lebensdauer**  
— Ortsansässige —

Tabelle 3

Alter in Stunden, Tagen und Monaten	1972	1973	1974	zusammen		ehelich Geborene		nichtehel. Geborene	
				Zahl	%o	Zahl	%o	Zahl	%o
unter 1 Stunde . . . . .	35	26	29	90	123,6	68	118,7	22	141,9
1 Stunde bis unter 1 Tag . .	58	36	60	154	211,5	124	216,4	30	193,5
unter 1 Tag . . . . .	93	62	89	244	335,1	192	335,1	52	335,5
1 Tag bis unter 2 Tage . . .	13	15	6	34	46,7	28	48,9	6	38,7
2 Tage bis unter 3 Tage . . .	30	26	13	69	94,8	56	97,7	13	83,9
3 Tage bis unter 4 Tage . . .	10	8	8	26	35,7	22	38,4	4	25,8
4 Tage bis unter 5 Tage . . .	8	9	8	25	34,4	20	34,9	5	32,3
5 Tage bis unter 6 Tage . . .	8	9	11	28	38,5	23	40,1	5	32,3
6 Tage bis unter 7 Tage . . .	10	9	6	25	34,4	20	34,9	5	32,3
7 Tage bis unter 14 Tage . . .	13	27	23	63	86,5	45	78,5	18	116,1
14 Tage bis unter 21 Tage . . .	8	8	10	26	35,7	20	34,9	6	38,7
21 Tage bis unter 28 Tage . . .	6	5	7	18	24,7	14	24,4	4	25,8
unter 1 Monat . . . . .	199	178	181	558	766,5	440	767,9	118	761,3
1 Monat bis unter 2 Monate	15	18	17	50	68,7	38	66,3	12	77,4
2 Monate bis unter 3 Monate	8	13	14	35	48,1	25	43,6	10	64,5
3 Monate bis unter 4 Monate	5	5	7	17	23,4	11	19,2	6	38,7
4 Monate bis unter 5 Monate	3	4	4	11	15,1	9	15,7	2	12,9
5 Monate bis unter 6 Monate	7	3	4	14	19,2	13	22,7	1	6,5
6 Monate bis unter 7 Monate	1	3	8	12	16,5	8	14,0	4	25,8
7 Monate bis unter 8 Monate	5	6	4	15	20,6	13	22,7	2	12,9
8 Monate bis unter 9 Monate	3	—	1	4	5,5	4	7,0	—	—
9 Monate bis unter 10 Monate	1	2	—	3	4,1	3	5,2	—	—
10 Monate bis unter 11 Monate	1	—	3	4	5,5	4	7,0	—	—
11 Monate bis unter 12 Monate	3	1	1	5	6,7	5	8,7	—	—
unter 1 Jahr . . . . .	251	233	244	728*)	1 000	573	1 000	155	1 000
darunter unter 3 Tage . . . .	136	103	108	347	476,6	276	481,7	71	458,1

\*) Bei insgesamt 30 397 Lebendgeborenen.

**Die untereinjährig Gestorbenen der Jahre 1967 bis 1974 nach Todesursachen<sup>1)</sup>**

— Ortsansässige —

Tabelle 4

Todesursachen	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	zusammen	in ‰ der Gesamt- zahl	auf 10 000 Lebend- geborene
Geburtsverletzungen . . . . .	42	38	24	24	26	16	20	21	211	87,8	20,8
Angeborene Mißbildungen . . . . .	58	42	45	42	52	51	44	41	375	156,0	37,0
Magen- und Darmkrankheiten <sup>2)</sup> . . . . .	5	2	2	2	4	1	1	2	19	7,9	1,9
Lungenentzündung . . . . .	24	12	12	9	9	4	9	3	82	34,1	8,1
Frühgeburt und Lebensschwäche . . . . .	112	88	78	79	54	40	43	33	527	219,2	51,9
Asphyxie (Erstickung infolge Sauer- stoffmangels) . . . . .	84	66	59	58	38	30	23	22	380	158,1	37,5
Alle übrigen Todesursachen . . . . .	100	85	104	104	93	109	93	122	810	336,9	79,8
<b>Zusammen . . . . .</b>	<b>425</b>	<b>333</b>	<b>324</b>	<b>318</b>	<b>276</b>	<b>251</b>	<b>233</b>	<b>244</b>	<b>2 404</b>	<b>1 000</b>	<b>236,9</b>

<sup>1)</sup> Infolge Einführung der neuen „Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) von 1968“ sind die Zahlen ab 1969 mit den früheren nur bedingt vergleichbar. —

<sup>2)</sup> 1967 und 1968 nur Darmkatarrh.

1974 untereinjährig gestorbenen deutschen Neugeborenen „nur“ zu 57% bei der Geburt weniger als 2 500 Gramm wogen.

**Die gestorbenen Säuglinge des Jahres 1973 und 1974 nach dem Geburtsgewicht**  
— Ortsansässige\*) —

Tabelle 5

Bezeichnung	Gestorbene Säuglinge			
	insgesamt	davon mit einem Geburtsgewicht von . . .		
		unter 2 500 g	über 2 500 g	ohne Ge- wichtsangabe
Säuglinge zusammen . . .	439	279	130	30
Deutsche . . . . .	301	173	105	23
Ausländer . . . . .	138	106	25	7
Eheliche . . . . .	345	222	100	23
Nichteheliche . . . .	94	57	30	7

\*) Ohne Fälle von ortsansässigen Säuglingen, die außerhalb Münchens gestorben sind (10), tot aufgefundene Säuglinge (2); in 26 Fällen war eine Zusammenführung von Geburts- und Sterbefallzählkarten nicht möglich; 1973 und 1974 sind insgesamt 477 ortsansässige Säuglinge gestorben, in dieser Tabelle wurden 439 Fälle ausgewertet.

Die relativ schmale Datenbasis eines Beobachtungsjahres erlaubt keine repräsentativen Aussagen. Dennoch bringt auch die Gliederung der Säuglingssterbefälle nach der genaueren Lebensdauer in Verbindung mit dem Geburtsgewicht (Tab. 6) allein für das Jahr 1973 schon ein bedenkenswertes Ergebnis (der hohe manuelle Arbeitsaufwand verhindert letzte Aktualität). Nur jedes 10. der untereinjährig gestorbenen Frühgeborenen überlebte die 1. Stunde nicht, und jeder 5. Säugling dieser Kategorie starb innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Entbindung. Immerhin 40% konnten mindestens einen, höchstens 7 Tage am Leben erhalten werden. Insbesondere diese Zahlen spiegeln die fortgeschrittene medizinische Technik, die in Verbindung mit ärztlicher Kunst auch im Frühstadium bereits lebensverlängernd zum Einsatz kommt.

Fassen wir zusammen: Eine genauere Betrachtung der Münchener Verhältnisse führt uns zu zwei wesentlichen Ursachenkomplexen für die Säuglingssterblichkeit, einmal der, wie in Großstädten üblich, relativ hohen Nichtehelichenquote bei den Geburten und zum anderen dem ungewöhnlich hohen Ausländeranteil an der Wohnbevölkerung. Daß nicht-ehelich Geborene in der Frühphase eine geringere Überlebenschance als eheliche Säuglinge haben, ist einschließlich einiger Gründe dargelegt worden. Einer Erläuterung bedarf der Faktor Ausländeranteil, denn sowohl die Geburtenziffer als auch die Ziffer für die Säuglingssterblichkeit weichen unbeschadet ihrer Interdependenz von Nationalität zu Nationalität zum Teil deutlich ab. München beherbergt mit einem hohen Griechen-, Jugoslawen- und Türkenkontingent nun gerade die 3 Nationalitäten überdurchschnittlich, die im deutschen Gastland grundsätzlich hohe Geburten-, aber auch hohe Säuglingssterbeziffern aufweisen. Die bis Ende vergangenen Jahres im letzten Jahrzehnt permanente Vergrößerung der Gastarbeiteranteile aus den genannten Ländern brachte mit steigenden Geburten- und Frühsterbequoten ohne Zweifel auch eine entsprechende Vergrößerung des Risikofaktors mit sich, dem die Bemühungen unserer Ärzte, wie die immerhin nicht angestiegenen Zahlen zeigen, nicht ganz erfolglos gegenüberstanden.

Der eingangs angedeutete Teilerfolg äußert sich für den Statistiker besonders in einem leichten Rückgang der Ziffer für die weniger als 24 Stunden lebenden Säuglinge und

**Die gestorbenen Säuglinge des Jahres 1973 nach Geburtsgewicht und der genaueren Lebensdauer**  
— Ortsansässige\*) —

Tabelle 6

Bezeichnung	Gestorbene Säuglinge										
	insgesamt	davon mit einem Geburtsgewicht von . . . bis unter . . . Gramm									ohne Gew.-Angabe
		unter 1 000	1 000— 1 500	1 500— 2 000	2 000— 2 500	2 500— 3 000	3 000— 3 500	3 500— 4 000	4 000— 4 500	4 500 undmehr	
Säuglinge zusammen . . .	210	27	44	37	31	23	21	12	3	1	11
nach der genaueren Lebensdauer:											
unter 1 Stunde . . . . .	25	4	6	4	1	1	2	2	—	—	5
1 Stunde bis unter 1 Tag . .	34	9	6	6	8	3	2	—	—	—	—
1 Tag bis unter 7 Tage . . .	68	11	21	13	10	6	4	2	—	—	1
7 Tage bis unter 1 Monat . .	42	3	9	9	7	4	3	2	—	—	5
1 Monat bis unter 1 Jahr . .	41	—	2	5	5	9	10	6	3	1	—

\*) Ohne Fälle von ortsansässigen Säuglingen, die außerhalb Münchens gestorben sind (7), tot aufgefundene Säuglinge (2), in 14 Fällen war eine Zusammenführung von Geburts- und Sterbefallzählkarten nicht möglich; 1973 sind insgesamt 233 ortsansässige Säuglinge gestorben, in dieser Tabelle wurden 210 Fälle ausgewertet.

auch ein Blick auf erste und vorläufige Zahlen der ersten 6 Monate des laufenden Jahres stimmt optimistisch.

Auf Dauer zu verbessern ist die Situation aber wohl lediglich auf dem Weg über Einzelfallanalysen, um so nicht nur die medizinischen, sondern insbesondere auch die sozialen Einflußgrößen statistisch in den Griff zu bekommen. Dieser Punkt wird derzeit im Rahmen eines umfassenden Maßnahmenkatalogs in einer Münchener Kommission, der vorwiegend Klinikchefs und Pädiater angehören, diskutiert. Grundlage dieser Arbeit ist eine detaillierte Kapazitätsbstimmung in den in Frage kommenden Kliniken, der von der Anzahl der Betten und Intensivpflegeplätze für Neugeborene über die Zahl der verfügbaren Inkubatoren und Verweildauer-Angaben auch die personelle Situation beim ärztlichen und Pflegepersonal zu entnehmen ist. Die Erhebung dieser Daten erfolgte über Fragebogen und ist bereits abgeschlossen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist auf die Verbesserung des Transports von Säuglingen gelegt. Innerhalb Münchens fallen pro Jahr ca. 1 100 Transporte an, 350 kommen von außerhalb dazu. Im wesentlichen geht es dabei um Verlegungen der Risiko-Neugeborenen von geburtshilflichen Kliniken in Kinderkrankenhäuser. Erörtert werden die Möglichkeiten eines speziellen Transportdienstes, der Einsatz bereits in Betrieb befindlicher Notarztautos mit besonderer Ausrüstung sowie die Personalbesetzung der Fahrzeuge. Wahrscheinlich wird man sich auf eine Lösung einigen, die die Benützung von Notarztwagen der Feuerwehr vorsieht. Es wird ferner geprüft, ob bei der schwierigen Finanzsituation der Stadt nicht auch andere Institutionen, wie z. B. Rettungsdienst und Rotes Kreuz, an den erforderlichen Maßnahmen beteiligt werden könnten.

Die Kommissionsmitglieder sind sich darin einig, daß eine Verbesserung und Intensivierung der Schwangerenbetreuung dringend nötig ist. Betroffene Frauen müssen verstärkt dazu angehalten werden, von den Vorsorgeuntersuchungen und Beratungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, um die Ergebnisse der Geburtshilfe zu verbessern. Die Münchener Kommission regte an, die nötigen Informationen über die Publikationsmedien zu verbreiten. Darüber hinaus sollte ein ständiger Versand von Aufklärungsschriften über die Konsulate, das Ausländeramt, Arbeitsamt, Arbeiterwohlfahrt, größere Betriebe, Personalräte, die Familienfürsorge, die Ausländerfürsorge, die Gewerkschaften, den Ausländerfunk, die Lohnsteuerstellen und nicht zuletzt die Krankenkassen erfolgen. Die Münchener Kliniken werden demnächst Informationsblätter mit Ratschlägen für werdende Mütter und Wöchnerinnen herausgegeben. Der Kontakt mit Arzneimittelfirmen, die die Druck- und Übersetzungskosten derartiger Merkblätter übernehmen könnten, ist vielversprechend.

*Hu./Hg.*