

26. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin, 05-07.12.2013 in Berlin
Workshop „Mütterliche Sterbefälle“ 06.12.2013

*Brauchen wir auch in Deutschland bundesweit
Confidential Enquiries into Maternal Deaths ?*

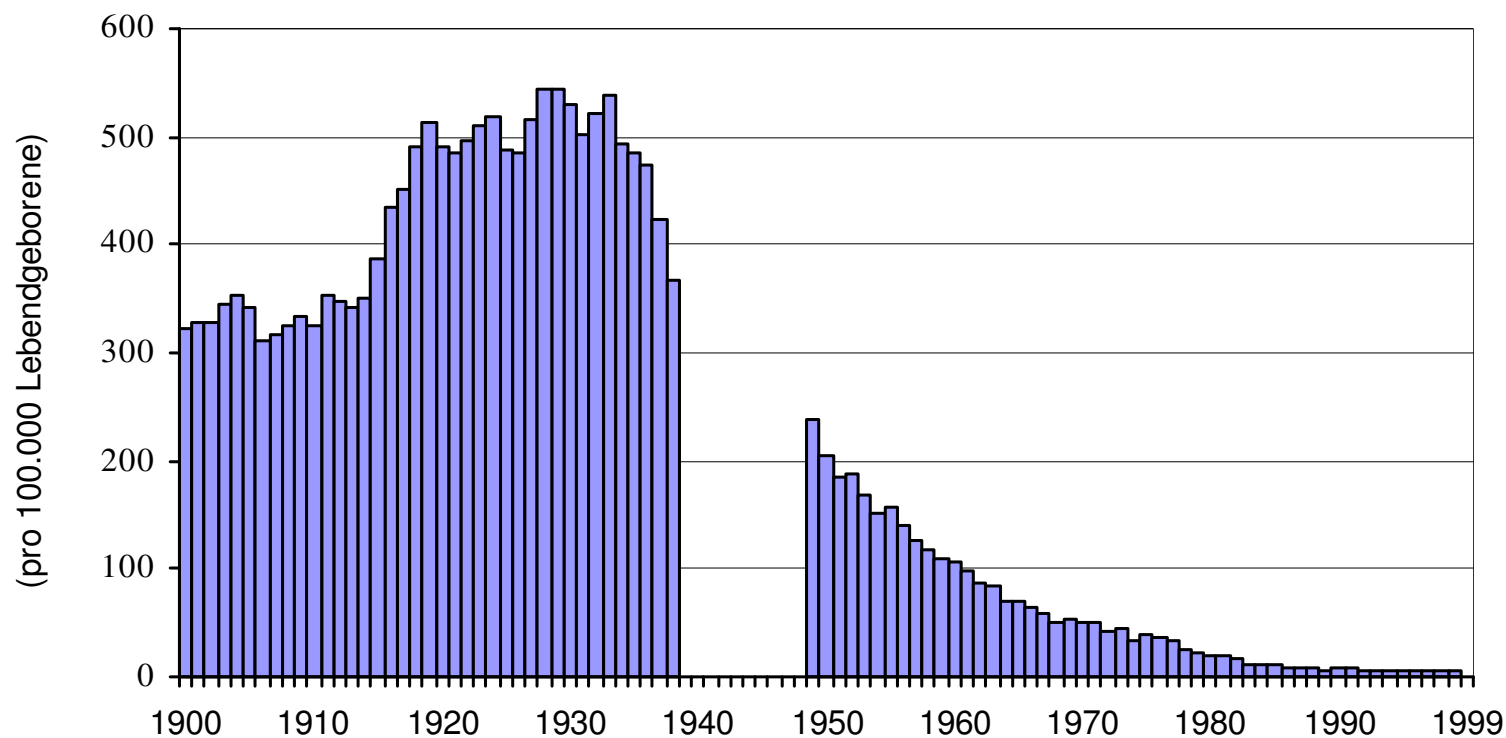
H. WELSCH, München

Müttersterbefall (ICD 10, O00 – O99)

Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach dem Schwangerschaftsende, unabhängig von Dauer und Sitz der Schwangerschaft.

Es gilt jede Ursache, die zur Schwangerschaft oder deren Behandlung in Beziehung steht oder durch diese verschlechtert wird, nicht aber Unfall und zufällige Ereignisse.

Amtliche Müttersterblichkeit im Deutschen Reich 1900-1938 und in der Bundesrepublik Deutschland 1949-1999



Amtliche Müttersterblichkeit

BRD

Bayern

	n	*	n	*
2005	28	4,1	7	6,5
2006	41	6,1	8	7,6
2007	28	4,1	10	9,4
2008	36	5,3	8	7,5
2009	34	5,1	7	6,7
2010	35	5,2	10	9,5
2011	31	4,7	5	4,8
2012			5	4,7

*pro 100.000 Lebendgeborene

In Bayern seit 1983 Einzelfalluntersuchungen (BGGF)

Liegt eine Schwangerschaft vor?			
<input type="checkbox"/>	ja, im	<input type="checkbox"/> Monat	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Erfolgte in den letzten drei Monaten eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort?			
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

Ausschnitt aus der Todesbescheinigung Baden-Württemberg

Bei Frauen, deren Alter eine Schwangerschaft nicht ausschließt

22	Liegt eine Schwangerschaft vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Monat	<input type="checkbox"/> unbekannt
23	Bestehen Anzeichen für eine Schwangerschaft in den letzten 12 Monaten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Ausschnitt aus der Todesbescheinigung Nordrhein-Westfalen

Liegt eine Schwangerschaft vor?			
<input type="checkbox"/>	ja, im	<input type="checkbox"/> -ten Monat	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Erfolgte in den letzten 42 Tagen eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauteringravität?			
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Erfolgte zwischen dem 43. Tag und dem Beginn des letzten Jahres vor Todeseintritt eine Entbindung, eine Interruptio, ein Abort oder eine Extrauteringravität?			
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

Ausschnitt aus der Todesbescheinigung Bayern (Neufassung ab 01.07.2001)

Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA
(WHO 2003)

*Es ist davon auszugehen, dass bei alleiniger Ermittlung der Müttersterbefälle mit ärztlichen Todesbescheinigungen ohne zusätzliche Nachprüfungen die tatsächliche Müttersterblichkeit auch in Industriestaaten (developed countries) infolge unvollständiger Erfassung und/oder nicht zutreffender Signierung bis zu **ca. 50 % über den Zahlen der amtlichen Statistik** liegt.*

26. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin vom 05. - 07.12.2013 in Berlin
Workshop „Mütterliche Sterbefälle“, 06.12.2013

Brauchen wir auch in Deutschland bundesweit Confidential Enquiries into Maternal Deaths ? **(P1)**

H. WELSCH, München

Es wurde heute bereits darauf hingewiesen, dass die 2008 von der BQS auf unsere Anregung zum allerersten Mal bundesweit durchgeführten Einzelfalluntersuchungen bei mütterlichen Sterbefällen im stationären Bereich der Geburtshilfe, 2009 fortgeführt von Herrn Misselwitz, Landesgeschäftsstelle Hessen, und seit 2010 vom AQUA-Institut, nicht das tatsächliche Ausmaß der Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik wiedergeben.

Warum ? Weil nach WHO Definition **(P2)** als Müttersterbefall gilt *„der Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Schwangerschaftsende, unabhängig von Dauer und Sitz der Schwangerschaft. Es gilt jede Ursache, die zur Schwangerschaft oder deren Behandlung in Beziehung steht oder durch sie verschlimmert wird, nicht aber Unfall oder zufällige Ereignisse“* Zitatende.

Bei den genannten Untersuchungen fehlen die Müttersterbefälle aus der Schwangerschaft und post abortum, ca. 20-40% des Gesamtkollektivs, nach der Entlassung der Mutter aus der Geburtsklinik, nach ihrer Verlegung in eine andere Klinik und teilweise auch nach Verlegung in eine andere Abteilung des eigenen Hauses.

Wenn wir uns am kommenden Montag im AQUA-Institut zur Besprechung der mütterlichen Sterbefälle des Jahres 2012 aus dem stationären Bereich der Geburtshilfe austauschen, kann ich über keinen Sterbefall aus Bayern berichten, obwohl 2012 aus Bayern 5 Müttersterbefälle dem Statistische Bundesamt gemeldet wurden und es keine diesbezüglichen Dokumentationsfehler in Geburtskliniken gegeben hat.

- 33 J., Adipositas permagna, Sectio, wiederholte Lungenembolie, nach cardiopulmonaler Reanimation → Herzchirurgie. Exitus 29. postop.Tag
- 37 J., Spontangeburt vor 14 Tg. SIH bis 190 syst. Entlassung. Zunehmende Kopfschmerzen, Augenflimmern, Desorientiertheit. Schwerstes irreversibles posteriores Leukencephalopathie-Syndrom mit Hirnödem. Exitus. 24 Tage p.p.
- 37 J., wohnhaft in Bayern, in Hamburg verstorben, einzige Mitteilung des dortigen Statistischen Landesamt die ICD Nr. O99.4 = indirekter Müttersterbefall infolge Erkrankung des Kreislaufsystems.
- 33. J., 39 SSW, wegen Thrombose re. Unterschenkel seit 3 Wo. tgl. Clexane (Dosis nicht bekannt), zu Hause tot aufgefunden. Rechtsmed. Obduktion: Beidseits zentrale Lungenembolie bei Oberschenkelvenenthrombose re. BMI 31,8
- 37 J., akutes Rechts- und Linksherzversagen bei Lungenembolie 2 Wochen post abortum

Über die bundesweite Müttersterblichkeit geben bisher nur die amtlichen Zahlen des Statistischen Bundesamtes Auskunft. **(P3)** Die Säulen Präsentation zeigt den dramatischen Rückgang der Müttersterblichkeit im 20. Jahrhundert im Deutschen Reich, seit 1949 in der Bundesrepublik und seit 1990 im wiedervereinigten Deutschland von über 500/100.000 Lebendgeborene auf zuletzt Werte im einstelligen Bereich. Dabei ist festzuhalten, dass dieser große Erfolg ohne generelle republikweite Einzelfalluntersuchungen erreicht wurde, denn in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts gab es in Deutschland intensivere Untersuchungen zur Müttersterblichkeit nur im Staatstaat Hamburg von 1952-1977 durch DIETEL und KEDING, flächendeckend in der DDR von 1952-1989 und landesweit in Bayern seit 1983 bis heute im Auftrag der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde.

(P4) Hier die amtlichen Zahlen der Müttersterblichkeit der letzten Jahre für die Bundesrepublik und Bayern. Dabei stellt sich die Frage: Sind die Zahlen für die Bundesrepublik wirklich vollständig ? Die Antwort lautet: mit Sicherheit „nein“. Worauf stützt sich diese Aussage. Fehler können passieren und passieren

auch sowohl bei der ärztlichen Dokumentation, d.h. beim Ausfüllen, als auch bei Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigung in den Statistischen Landesämtern. Denn die Erfassung der Müttersterbefälle für die amtliche Statistik erfolgt mit Hilfe der länderspezifischen ärztlichen Todesbescheinigung, insbesondere der Zusatzfrage „*bei Frauen*“, die derzeit in fast allen Bundesländern nicht den Vorgaben der WHO entspricht (**5**). Die 2001 in Bayern auf unsere Anregung eingeführte Änderung ist WHO konform.

2 Bundesländer, und das halte ich für sehr gravierend, haben im letzten Jahrzehnt bei einer Revision ihrer Todesbescheinigung diese Zusatzfrage ersatzlos gestrichen. Niedersachsen hat sie nach Intervention inzwischen wieder in seine Todesbescheinigung aufgenommen, in Sachsen-Anhalt fehlt die Zusatzfrage bis heute.

Erfahrungsgemäß bleibt die Zusatzfrage in der Todesbescheinigung teilweise unbeantwortet. Fehlen in der Todesbescheinigung oder bei der Zusatzfrage entsprechende Angaben, entgeht ein Müttersterbefall der amtlichen Statistik. Weitere potentielle Fehlerquellen sind ein Übersehen der entsprechenden Eintragungen oder eine nicht WHO konforme Signierung in den Statistischen Landesämtern, insbesondere bei indirekten Müttersterbefällen (missclassification). Niemand kann derzeit sagen, wie groß diese mit Sicherheit existente Fehlerquote (under-reporting) in der Bundesrepublik und den einzelnen Bundesländern tatsächlich ist.

Nach Einschätzung der WHO (**P6**) ist davon auszugehen, dass bei alleiniger Ermittlung der Müttersterbefälle mit der ärztlichen Todesbescheinigung ohne zusätzliche Nachprüfungen die tatsächliche Müttersterblichkeit auch in Industrienationen infolge unvollständiger Erfassung und/oder nicht zutreffender Signierung bis zu ca. 50% über den Zahlen der amtlichen Statistik liegt.

Methode der Wahl für eine möglichst vollständige landesweite Erfassung von mütterlichen Sterbefällen während Schwangerschaft Geburt und Wochenbett sind vertrauliche ärztliche Einzelfalluntersuchungen, wie sie in zahlreichen Ländern seit Jahren üblich sind. Goldstandard hierfür sind die seit fast 60 Jahren in England und Wales, seit 1985 im ganzen United Kingdom durchgeführten Confidential Enquiries into Maternal death (CEMD), über die in 3-Jahres Ab-

ständen umfassend und mit zahlreichen praxisbezogenen recommendations in Buchform berichtet wird. Während für die Jahre 1994-2002 die Berichte mit dem Titel „Wy Mothers Die“ erschienen, kommen in den beiden letzten Bänden mit dem neuen Titel „Saving mothers` lives: Reviewing maternal deaths to make mother-hood safer 2006-2008“ Aufgabe und Zweck dieser Untersuchungen noch besser zum Ausdruck. Übrigens, die amtliche Müttersterblichkeit im United Kingdom betrug 2006-2008 7,6/100 000 maternities, die Müttersterblichkeit in den CEMD dagegen 11,39/100 000 maternities.

Da heute Geburtshelfer/Innen im Gegensatz zu früher nur noch extrem selten mit einem Müttersterbefall konfrontiert werden, geht es bei derartigen Einzelfalluntersuchungen in erster Linie nicht um Sammlung statistischer Zahlen, sondern um eine epidemiologische Abklärung und Eruiierung der realen landesweiten Situation zum Aufdecken von Risikofaktoren, um mögliche prophylaktische und therapeutische Konsequenzen sowie um das Einbringen der gewonnenen Erkenntnisse in die ärztliche Fort- und Weiterbildung. Einzelfalluntersuchungen ermöglichen in unserem Land aufgrund der in den Datensätzen der Qualitätskontrolle Geburtshilfe vorhandenen Angaben zum Geburtsmodus Aussagen zur Mortalität und Letalität unterschiedlicher Entbindungsverfahren. Es ist schon beachtlich. Die Sektiorate liegt heute in vielen Bundesländern um die 30%, 2012 waren es in der Bundesrepublik über 202 000 Schnittentbindungen. Mit Ausnahmen von Bayern gibt es keine landesweiten Daten zur aktuellen Sektio mortalität und –letalität. Gesicherte Zahlen zur landesweiten Sektioletalität, also zu Müttersterbefällen in ursächlichem Zusammenhang mit der Schnittentbindung, sind weder aus amtlichen Todesursachenstatistiken noch aus den Daten der Qualitätssicherung Geburtshilfe im stationären Bereich allein, sondern mit Hilfe von Datenzusammenführung in landesweiten Einzelfalluntersuchungen zu erhalten.

Ein Problem soll noch besonders angesprochen werden: Bei Einzelfalluntersuchungen von Müttersterbefällen kann es nicht um eine Einteilung nach „vermeidbar“, „bedingt vermeidbar“ oder „unvermeidbar“ gehen, wie das z.B. in der früheren DDR gehandhabt wurde. Auch in den CEMD gab es den Anfangsjahren den Begriff „avoidable“. Bereits seit Jahrzehnten kommt situationsbezogen

nur noch die Terminologie „*major* bzw. *minor substandard care*“ zur Anwendung. Zur Frage der Vermeidbarkeit von Müttersterbefällen wird in den CEMD grundsätzlich nicht mehr Stellung genommen.

Zusammenfassend ist die eingangs gestellte Frage nach einer bundesweiten Qualitätssicherung bei allen mütterlichen Sterbefällen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Hilfe von Einzelfalluntersuchungen eindeutig mit „ja“ zu beantworten. Bei der gegebenen gesundheitspolitischen und datenrechtlichen Situation sollte als erster Schritt eine entsprechende Beauftragung durch den G-BA angestrebt werden.

Dabei geht es heute erfreulicherweise nur noch um eine kleine Anzahl verstorbener Mütter pro Jahr. Zwar wird es auch in Zukunft keine völlig risikofreie Geburtshilfe geben. Aber jeder einzelne Müttersterbefall ist ein Todesfall zu viel.