

5 Zusammenfassung

In Hamburg sind Neonatal- (von 79-83 6,7 ‰ über 84-89 4,6 ‰ auf 90-95 3,3 ‰) und Postneonatalsterblichkeit (von 79-83 4,9 ‰ über 84-89 3,8 ‰ auf 90-95 2,9 ‰) hoch signifikant rückläufig, auch die SIDS-Inzidenz fiel von 79-83 2,3 ‰ über 84-89 2,0 ‰ auf 90-95 1,5 ‰. Bei rückläufigem Trend der SIDS-Inzidenz seit 1987, ist ein deutlicher Rückgang seit 1992 zu verzeichnen. Getrennt nach Hamburger Bezirken, hat Hamburg-Mitte mit dem niedrigsten sozialen Index die höchste SIDS-Inzidenz und Eimsbüttel mit dem zweithöchsten sozialen Index die niedrigste SIDS-Inzidenz. In Hamburg-Mitte ist im Vergleich mit Eimsbüttel eine Risikomerkmalsanhäufung mit einem erhöhten Anteil vielgebärender und lediger Mütter, sowie einem erhöhten Anteil von Frühgeborenen festzustellen. Auch auf Ortsamtsgebietsebene, ist bei den Gebieten mit höchster Inzidenz ein niedriger sozialer Index festzustellen und umgekehrt.

Junges mütterliches Alter ist ein eindeutiger Risikofaktor für SIDS, unterhalb 20 Jahren beträgt das relative Risiko 4,41. Diese Gruppe unterscheidet sich nicht wesentlich hinsichtlich des Rauchens, des Geburtsgewichtes oder des Sterbegewichtes. In dieser Studie fällt allerdings auch ein deutlich höherer Anteil über 35-jähriger Mütter auf. Hoch signifikant mehr SIDS-Kinder wurden von ledigen Müttern geboren, dies trifft allerdings auch für an anderen Todesursachen verstorbenen Kindern zu. Die Verteilung der Nationalitäten unterscheidet sich nicht signifikant, eine in zwei anderen Studien festgestellte Unterrepräsentierung türkischer Kinder ist nicht mehr ersichtlich. Hoch signifikant mehr Mütter späterer SIDS-Kinder haben während der Schwangerschaft geraucht. Das relative Risiko von 0,4 bei nikotinfreien Schwangerschaften, steigt auf deutlich über 3 bei Zigarettenkonsum, die Risikoerhöhung ist im Wesentlichen dosisunabhängig. Die Geburtsperzentilen spiegeln einen möglichen Effekt des mütterlichen Rauchens wieder: die Kinder sind signifikant kleiner und leichter, wobei sich der Effekt weniger bei den Mangelperzentilen als bei den höheren Perzentilen zeigt. Unter den Geburtsrisiken wurde grünes Fruchtwasser, das eine intrauterine Notsituation anzeigt, hoch signifikant häufiger bei späteren SIDS-Kindern festgestellt. Mit höherer Schwangerschafts- und vor allem mit höherer Geburtenzahl erhöht sich das relative SIDS-Risiko. Im Vergleich zu anderen SIDS-Studien über Hamburg ist jetzt ein noch stärkerer Anteil der Multigravida und –para festzustellen.

Bei leicht erhöhtem Anteil der Sektionen unter den SIDS-Kindern sticht vor allem eine sehr signifikante Erhöhung der primären Sektionen heraus. Hoch signifikant mehr Mehrlinge sind unter den späteren SIDS-Opfern. Der Anteil hat sich im Vergleich zu einer früheren

Hamburger Studie auf 5,4 % verdoppelt, bei leicht rückläufigem Mehrlingsanteil in Gesamt-Hamburg. 57 % der Mehrlinge waren Mangelgeburten. Bei immer noch sehr signifikant mehr Frühgeborenen war in älteren Studien für Hamburg ein wesentlich größerer Anteil unter den SIDS-Kindern festgestellt worden. Geburtsgewicht, -länge und -kopfumfang der später am plötzlichen Kindstod verstorbenen Kinder war hoch signifikant niedriger als die aller Lebendgeborenen. Dies zeigte sich auch an den auf das Gestationsalter bezogenen Perzentilen: unterhalb von 3 beträgt das relative Risiko 3,3 bis 4,5. Bei Frühgeborenen beträgt das relative Risiko bei einer Längenperzentile < 3 7,0 und bei einem Kopfumfang < 3 8,7. Der Anteil der am SIDS verstorbenen Jungen ist verglichen mit allen Lebendgeborenen hoch signifikant erhöht, ein signifikanter Unterschied zu allen postperinatal verstorbenen Kindern ist nicht festzustellen. An Neonatalkomplikationen stachen signifikant mehr Infektionen, umschriebene Infektionen, pulmonale Anpassungsstörungen und fotherapiepflichtige Hyperbilirubinämien heraus.

Maximal zwei Wochen vor Tod hatten 44 % der SIDS-Kinder Krankheitssymptome. Knapp 60% der Kinder wurden in Bauchlage aufgefunden, eine Umfrage ermittelte in Hamburg die Bauchlage nur in 8% als bevorzugte Schlafposition der Säuglinge. Die Gewichtsperzentilen bei Tod weichen hoch signifikant von der Normalverteilung ab. Noch deutlicher als bei den Geburtsgewichtsperzentilen ist bei Tod eine Gewichtsperzentile unter 3 mit einem relativen Risiko von 6 verbunden, aber auch oberhalb der 97er Perzentile ist ein erhöhtes Risiko festzustellen. Längenperzentile bei Tod und relatives SIDS-Risiko verlaufen gegenläufig. Beim plötzlichen Kindstod ist ein hoch signifikant anderes Sterbealter festzustellen als unter anderen Todesursachen. 60 % aller SIDS-Kinder versterben zwischen dem 2. und 4. Lebensmonat, knapp 40 % der SIDS-Kinder zwischen Januar und März.