

Weiterbildung Geburtshilfe des Stadtsitals Triemli, Zürich

Gesellschaftliche Veränderungen: Chancen und Risiken in der Geburtshilfe

Die Fortbildungsveranstaltung am Stadtsital Triemli unter der Leitung von KD Dr. med. Stephanie von Orelli und der Leiterin Pflege Ursina Bavier war bemerkenswert umfassend aufgestellt. So kam der Statistiker zu Wort, die Gynäkologinnen gingen auf die sich verändernden Aufgaben bei älter werdenden Gebärenden ein und Hebammen erörterten die Rolle von Lifestyle und Migration im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt.

Demografische Veränderungen und Fertilität der Mütter

In dem Zeitabschnitt zwischen den Jahren 2000 und 2015 zeichnet sich in der Stadt Zürich ein neuer Trend in der Bevölkerungs- und Geburtenzahl ab: Die Gesamtbevölkerung in der Stadt Zürich nahm um 14%, die Anzahl der 0- bis 6-Jährigen um 38% zu. Der starke Anstieg der Kinderzahlen hat überwiegend mit steigender Geburtenzahl (+45% seit dem Jahr 2000) und weniger mit Zuzug/Wegzug (Migrationssaldo der Kinder: +3% seit 2000) zu tun. «Der Geburtenanstieg setzt sich aus zwei Faktoren zusammen», so Dr. med. Klemens Rosin, Statistiker der Stadt Zürich. Die Anzahl der 15- bis 49-jährigen Frauen nahm um 18% zu und die Fertilitätsrate (Geburten pro 15- bis 49-jährige Frau) stieg um 23% an.



Dr. med. K. Rosin

Daraus ergibt sich multiplikativer Effekt, der sich in den 45% mehr Geburten niederschlägt (1). Einen deutlichen Trend zeigt auch die Altersverschiebung: Bei den 35- bis 39-jährigen Frauen hat sich die Fertilitätsrate seit dem Jahr 2000 verdoppelt. Besonders deutlich ist der Geburtenanstieg bei den Schweizerinnen, unter den in Zürich wohnhaften Europäerinnen zeigt sich nur bei den deutschen Frauen eine ähnlich hohe und ebenfalls steigende Geburtenrate, während diese bei den übrigen Europäerinnen sinkt. Die Schweizer Mütter haben bei der Geburt ein höheres Durchschnittsalter als die Ausländerinnen, bei Letzteren fällt der Altersanstieg in den letzten Jahren dagegen deutlicher aus. Insgesamt zeigt sich in der Züricher Gesamtbevölkerung eine deutliche Verschiebung hin zu älteren Müttern (Abb. 1).

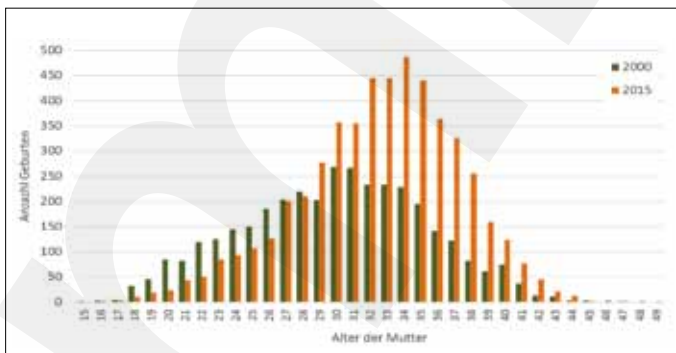


Abb. 1: Anzahl Geburten in Abhängigkeit vom Alter der Mutter (Wohnbevölkerung der Stadt Zürich)

Bei der Geburtenrate nimmt Zürich im Vergleich mit den zehn grössten Schweizer Städten den 1. Platz ein. In Europa weisen bloss wenige Grossstädte wie Oslo, Stockholm oder Amsterdam höhere Geburtenraten als Zürich auf. Heute liegt die Geburtenrate in Zürich auf hohem Niveau; zuletzt hatten die Zürcherinnen in den Sechzigerjahren so viele Kinder pro Frau.

Chancen und Risiken älterer Mütter

Die Risiken einer Mutterschaft nach 35 sind vielfältig, dies zeigte Dr. med. Natalia Conde, Zürich auf. Häufig liegen in diesem Alter bei den Frauen schon Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes Typ II oder Adipositas vor, die sich negativ auf eine erfolgreiche Konzeption aber auch auf den späteren Schwangerschaftsverlauf auswirken. In der Frühschwangerschaft steigt das Risiko für Anomalien



Dr. med. N. Conde

und einen Schwangerschaftsverlust deutlich an. Die Spontanabortalrate bei den 35–39-Jährigen beträgt knapp 25% und verdoppelt sich bei den 40–44-Jährigen (2). Im späteren Schwangerschaftsverlauf wird bei älteren Müttern häufiger ein Gestationsdiabetes (GDM) diagnostiziert. Das Risiko für Präeklampsie sowie Plazenta praevia steigt ebenfalls an, und damit auch die Frühgeburts-, Sectio- und Totgeburt-

tenrate. Ab einem Alter von 35 Jahren werden geringes Geburtsgewicht und Frühgeburtlichkeit häufiger beobachtet (3).

Diesen Risiken stehen aber auch einer Reihe von Vorteilen einer späten Mutterschaft gegenüber: Die Kinder haben gemäss einer englischen Studie weniger Verletzungen, werden seltener hospitalisiert, weisen eine bessere Sprachentwicklung auf und haben sozial und emotional weniger Schwierigkeiten (4).

Nicht nur das Alter der Mutter, sondern auch das väterliche Alter hat einen Einfluss auf eine Schwangerschaft und die Gesundheit des Kindes. Ältere Väter vererben im Vergleich mit Jüngeren eher genetische Defekte, das Risiko für Autismus beim Kind steigt geringfügig aber signifikant an und es besteht ein Zusammenhang zwischen dem väterlichen Alter und dem Auftreten einer Schizophrenie (5).

Wie steht es um die Fruchtbarkeit nach 35?

Viele Frauen sind der Meinung, dass die Fertilitätsrate bis zum Alter von 40 Jahren weiter ansteigt und erst danach steil abfällt. Darüber, wie sich die Fertilität tatsächlich im Verlauf des Lebens verändert, klärte Dr. med. Gabrielle Müller, Frauenklinik Triemli auf.



Dr. med. G. Müller

Die Fertilität der Frauen im Alter von 35 Jahren ist individuell sehr unterschiedlich: 2–3% sind bereits in der Menopause, 5–7% von Sterilität betroffen, 70% subfertil und die optimale Fruchtbarkeit ist gerade noch bei 10% der Frauen vorhanden. Die Ursachen liegen in der abnehmenden Qualität der Eizellen und an dem altersabhängig exponentiell abnehmen-

den Eizellpool: Mit 35 Jahren sind 95% der Eizellen einer Frau aufgebraucht (7).

Zur Abschätzung der Fertilität einer Frau kann neben der Sonografie (Bestimmung der Anzahl antraler Follikel) als aussagekräftigem Prädiktor (7) die AMH-Bestimmung (Anti-Müller-Hormon) herangezogen werden, die als Goldstandard gilt. Frauen, die ihre individuelle Fruchtbarkeitsreserve überprüfen wollen, steht der FertiCheck® (Merck Serono) zur Verfügung, der den aktuellen Fertilitätsstatus mittels Ultraschall, FSH- und AMH-Bestimmung abschätzt.

Mit den medizinischen Möglichkeiten kann heute eine Schwangerschaft bis weit ins Senium herbeigeführt werden. Das «Social Freezing» ermöglicht es, unbefruchtete Eizellen in jungen Jahren durch Vitrifikation zu konservieren und bei vorhandenem Kinderwunsch zu befruchten, denn die Chancen auf eine Schwangerschaft sind mit Eizellen jüngerer Frauen deutlich höher.

Geburt als Lifestyle-Event. Welchen Trends sind wir heute ausgesetzt?

Trends entstehen, häufig durch Prominente, und sind in der Lage unsere Handlungsweisen zu beeinflussen, indem die Medien für Verbreitung sorgen. Dies betrifft natürlich auch Schwangerschaft und Geburt. Trends gab es hier schon immer (routinemässige Episiotomie, Väter bei der Geburt, PDA), heute liegen sie vermehrt in der Informationsbeschaffung aus Blogs und Foren, in denen häufig auch unzuverlässige Informationen weitergegeben werden. Auch die Anwendung von verschiedenen Apps beispielsweise als Wehen-Timer ist weit verbreitet. Trends wie ein frühzeitiger Kaiserschnitt zur Vermeidung von Schwangerschaftsstreifen, ein «sanfter» Kaiserschnitt, «Hypno-Birth» oder «Vaginal-Seeding» könnten sich auch in der Schweiz durchsetzen. Das Internet beeinflusst Vorstellungen von Schwangerschaft u.



T. Bonc-Brujevic

Geburt, die eingeordnet werden müssen. Der Hinweis auf verständliche und evidenzbasierte Webseiten (z.B. migesplus.ch oder gesundheitsinformation.de) kann dabei für die Frauen hilfreich sein. «Die Aufgabe der Hebammen, und diese ist nicht neu, besteht darin, dass sie den Frauen beratend und begleitend zur Seite stehen und sie darin bestärken, ihren Weg zu finden. Diese Betreuung gibt es noch nicht

online,» so abschliessend die **Hebammenexpertin Tamara Bonc-Brujevic**, Frauenklinik Triemli.

Bariatric: Was haben wir zu erwarten?

Viele Frauen im gebärfähigen Alter sind von Übergewicht und Adipositas betroffen. Eine Adipositas stellt ein erhöhtes Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen dar. Das Risiko für GDM beispielsweise ist bei einem BMI > 30 um das 20-Fache erhöht.



Dr. med. G. Stocker

«Bei adipösen Schwangeren ist daher eine engmaschige Kontrolle wichtig und das extreme Übergewicht stellt sehr hohe Anforderungen an die Ausstattung einer Klinik,» stellte **Dr. med. Gabriella Stocker**, Frauenklinik Triemli fest.

Die Antwort auf die Übergewichtsproblematik sind vermehrte bariatrische Operationen (BO). In der Schweiz wird meist eine malabsorptive Chirurgie angewandt, wobei es bei einer Schwangerschaft durch Malabsorption zu Komplikationen wie dem Spätdumping-Syndrom mit schlagartig ein-

setzenden Hypoglykämien kommen kann. Die Resorption von Medikamenten kann eingeschränkt sein und man kann einen Abfall einer ganzen Reihe von Vitaminen und Mikronährstoffen beobachten, die substituiert werden müssen. Weil sich die Psychostruktur der Frauen durch die BO nicht ändert, wurden nicht nur vor, sondern auch nach der BO häufiger Selbstschädigungen beobachtet (8).

Bei Schwangeren nach einer BO fallen einige Risiken weg, andere wie die IUFT- und SGA-Rate ist mehr als doppelt so hoch und auch die Frühgeburtlichkeit nimmt zu (9). Oberbauchschmerzen, die während der Schwangerschaft auftreten, werden oft fehlinterpretiert, können aber als Spätkomplikation nach BO auch ein Hinweis auf innere Hernien sein.

Der Einfluss von Migration auf Geburt und Schwangerschaft

In der Schweiz macht der Anteil ausländischer Staatsangehöriger an der Gesamtbevölkerung 24% aus. Trotz der guten Gesundheitsversorgung treten Komplikationen während Schwangerschaft (Schwangerschaftsabbrüche, Infektrisiko etc.), Geburt (Säuglings- und Müttersterblichkeit, SGA etc.) und Wochenbett (postpartale Depressionen, Nichtbefolgen von Ernährungsempfehlungen) bei Migrantinnen und ihren Kindern vermehrt auf. Ein anderes



K. Brendel

Gesundheitsverständnis bei Migrantinnen kann eine Erklärung für eine verzögerte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen oder Vorsorgeangeboten sein, aber auch unangepasste Versorgungsangebote und Zugangsbarrieren wie Sprache können eine Rolle spielen. Eine wichtige Massnahme unter vielen ist der Ausbau von bestehenden Netzwerken der Migrantinnen, die

vermittelnd zum Abbau von Barrieren beitragen. Abschliessend wies die Referentin **Karin Brendel**, Leiterin Kompetenzgruppe Lehre Hebammen der ZHAW auf die guten Erfahrungen hin, die mit Birth-Sisters (Begleitung bei Schwangerschaft u. Geburt) gemacht wurden (10). Weitere, in der Schweiz schon bestehende Konzepte sind Migrant Friendly Hospitals (11) oder Hospitals for Equity (12).

▼ Dr. Ines Böhm

Quelle: Weiterbildung Geburtshilfe «Gesellschaftliche Veränderungen: Chancen und Risiken in der Geburtshilfe» Frauenklinik Stadtspital Triemli am 15.9.2016.

Literatur:

1. Statistik Stadt Zürich (2016). Dem Babyboom auf der Spur. Abrufbar unter: https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/statistik/publikationen-angebote/publikationen/webartikel/2016-03-02_Dem-Baby-Boom-auf-der-Spur.html; zuletzt eingesehen am 27.9.2016
2. Anderson FWJ et al. Maternal mortality at Y2K. *Postgraduate Obstetrics and Gynecology* 2000;20:1
3. Ali Delpisheh et al. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*;17:965-70
4. Sutcliffe AG et al. The health and development of children born to older mothers in the United Kingdom: observational study using longitudinal cohort data. *BMJ* 2012;345:e5116
5. Thacker PD. Biological clock ticks for men, too: genetic defects linked to sperm of older fathers. *JAMA*. 2004;291:1683-5
6. De Bruin JP, Velde E (2004). Female reproductive aging: concepts and consequences. In: Tulandi D, Gosden R (Hrsg). *Preservation of Fertility*. Taylor&Francis, London 2004
7. Feyereisen E et al. Anti-Mullerian hormone: clinical insights into a promising biomarker of ovarian follicular status. *Reprod Biomed online* 2005;12:695-703
8. Emergencies after bariatric surgery. *JAMA* 2016
9. Johansson K et al. Outcomes of Pregnancy after Bariatric Surgery. *N Engl J Med* 2015;372:814-24
10. Mottl-Santiago J et al. A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Maternal and Child Health Journal* 2008;12:372-7
11. Migrant Friendly Hospitals <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>; zuletzt eingesehen am 27.9.2016
12. Hospitals for Equity <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>; zuletzt eingesehen am 27.9.2016