

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 116 (2018)
Heft: 5

Artikel: Adipositas in der Schwangerschaft untersucht
Autor: Aubry, Evelyne
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949504>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 17.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Adipositas in der Schwangerschaft untersucht

Weltweit nimmt Adipositas bei Frauen in gebärfähigem Alter zu. Somit wird Übergewicht zunehmend ein Risiko in der Schwangerschaft und bei der Geburt, aber auch für das Neugeborene. Wie sieht es in der Schweiz aus? Dieser Frage geht eine Studie der Abteilung Geburtshilfe an der Berner Fachhochschule nach. Sie untersucht die Risiken für perinatale Komplikationen, die sich als Folge von Fettleibigkeit erhöhen können.

.....
Evelyne Aubry

Die steigende Prävalenz – die Anzahl der erkrankten Personen bezogen auf die Gesamtbevölkerung – von Adipositas unter Frauen im gebärfähigen Alter stellt eine grosse Herausforderung für die Geburtshilfe in zahlreichen industrialisierten Ländern dar. In den USA oder in Grossbritannien ist die Zahl der adipösen Frauen (BMI ≥ 30) in den letzten Jahren rasant angestiegen (Poston et al., 2016). Geschätzte 40% der Schwangeren müssen heute in den USA in die Kategorie Risikoschwangerschaft eingestuft werden. Ihre Fettleibigkeit stellt einen wichtigen Co-Faktor für Erkrankungen während der Schwangerschaft dar und erhöht das Risiko für Geburtskomplikationen, Geburtsverletzungen und perinatale Mortalität (Devlieger et al., 2016).

Die Ursachen von Adipositas werdender Mütter sind komplex. Neben einer genetischen Disposition können das steigende durchschnittliche Alter der Frau bei ihrer ersten Schwangerschaft, die ethnische Herkunft und vielfältige Umwelteinflüsse wie Armut oder allgemein tiefer sozial ökonomischer Status dazu beitragen. V.a. aber wird der moderne westliche Lebensstil mit Fehlernährung und mangelnder Bewegung als Ursache für Fettleibigkeit verantwortlich gemacht (Birdsall et al., 2009). Auch die übermässige Gewichtszunahme während der Schwangerschaft und die postpartale Gewichtsretention wurden inzwischen als wichtige Risikofaktoren für Adipositas in Folgeschwangerschaften identifiziert (Dutton et al., 2018).

Adipositas wird zur Pandemie

Seit einigen Jahren wird Adipositas global als eines der wichtigsten, aber häufig verkannten Gesundheitsprobleme beschrieben. Dessen Ausbreitung wird in manchen Ländern als epidemisch und weltweit immer mehr als pandemisch bezeichnet. Schätzungen gehen dahin, dass bis 2025 über 21% der Frauen in gebärfähigem Alter fettleibig sein werden (Poston et al., 2016).

In den USA stieg die Zahl der adipösen Frauen bis 2010 in der Altersklasse 20 bis 39 Jahre auf 34%. Nach 2010 ist erfreulicherweise eine Drosselung der bisher rapiden Zunahme der Prävalenz von Fettleibigkeit amerikanischer junger Frauen zu verzeichnen. Nichts desto trotz verbleiben über 7% der Frauen in den USA in der obersten Fettleibigkeitsklasse (Ogden et al., 2014). Werden diese

stark adipösen Frauen schwanger, ist von einem komplikationsträchtigen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf auszugehen (Briese et al., 2010).

In Europa sind durchschnittlich rund 10% der schwangeren Frauen adipös (Kalliala et al., 2017). Die Prävalenzen von mütterlicher Fettleibigkeit variieren in europäischen Ländern von 7,1% in Polen bis zu 25,2% in England (Devlieger et al., 2016). In einem Vergleich zwischen den Raten von Adipositas von Frauen im gebärfähigem Alter im Jahr 2010 befand sich Deutschland mit rund 15% im durchschnittlichen Mittel, während die Schweiz mit knapp 10% zu den Ländern mit den tiefsten Quoten zählt (Devlieger et al., 2016). In anderen industrialisierten Ländern Ostasiens wie z.B. Süd-Korea liegen die Prävalenzen unter 10%, sind aber leicht höher, wenn spezifische Standards zur Bestimmung von Adipositas in asiatischen Ländern angewendet werden (Poston et al., 2016).

.....
Autorin



Evelyne Aubry, PhD, phil. nat., ist Biologin und Public-Health-Expertin. Sie forscht an der Abteilung Geburtshilfe des Departementes Gesundheit an der Berner Fachhochschule zum Thema «Adipositas in der Schwangerschaft».

evelyne.aubry@bfh.ch | www.gesundheit.bfh.ch

Wo liegen die Gesundheitsrisiken?

Die Konstellation Schwangerschaft und Adipositas wird mit einem wesentlichen Anstieg der Schwangerschaftsrisiken und Geburtskomplikationen für die Mutter und das Neugeborene in Zusammenhang gebracht. Eine Erklärung ist, dass adipöse Frauen eine per se herabgesetzte Insulinsensitivität (Reaktion bestimmter Organe auf das Hormon Insulin) aufweisen. Aus diesem Grund und im Zusammenhang mit dem noch zusätzlichen physiologischen Abfall der Insulinsensitivität in der Schwangerschaft treten vermehrt metabolische Dysregulationen auf. Folglich haben sich Erkrankungen vor der Schwangerschaft wie Diabetes mellitus Typ 2 und/oder Gestationsdiabetes während der Schwangerschaft in den letzten Jahren in den USA vervielfacht und folgen dem Trend in der Zunahme mütterlicher Adipositas (Albrecht et al., 2010). Auch weitere metabolische Erkrankungen wie schwangerschaftsinduzierte Hypertonie, Präeklampsie und Eklampsie konnten mit mütterlicher Fettleibigkeit assoziiert werden. Diese maternalen Begleitkrankheiten favorisieren wiederum vermehrtes Auftreten von Frühgeburten, Geburtstraumata und erhöhten Sectioraten (Bramham et al., 2014).

Kommt es bei einer adipösen Frau zur Sectio, bestehen Folgerisiken für anästhesiologische Komplikationen, für eine erschwerte Wundheilung sowie eine erhöhte Infektions- und Blutungsgefahr (Kalliala et al., 2017). Auch Säuglinge sind betroffen. Mütterliche Adipositas kann sich negativ auf die Gesundheit des Neugeborenen auswirken. Feten von adipösen Frauen weisen ein erhöhtes Risiko für angeborene Fehlbildungen, Geburtsverletzungen, Makrosomie, Hypoglykämie und pränatale Mortalität auf (Catalano und Shankar, 2017). Aber auch noch Jahre nach der Geburt kann eine mütterliche Adipositas die Gesundheit von Mutter und Kind beeinflussen. Während das Risiko für die Mutter für die Ausbildung einer Herzerkrankung oder einer Typ-2-Diabetes aus der Folge einer Schwangerschaftsdiabetes signifikant steigt, besteht für das Kind in Folge fetaler Programmierung im Mutterleib die Gefahr, im Kindesalter adipös zu werden und an Komponenten des metabolischen Syndroms zu erkranken (Siega-Riz et al., 2009).

Studie zu Schwangerschaft und Adipositas

Die laufende Studie der Berner Fachhochschule analysierte Daten von mehr als 350 000 Frauen, die in den letzten zehn Jahren in verschiedenen Schweizer Spitälern geboren haben (Aubry et al., 2018, Manuskript in Vorbereitung). Das Ziel ist es, Zahlen zur Prävalenz schwangerer adipöser Frauen zu ermitteln und Risiken während der Schwangerschaft und Geburt zu beschreiben. Die Studie zeigt über die zehnjährige Zeitspanne hinweg eine stabile Rate von rund 7 % maternaler Adipositas in der Schweiz. Die Zahlen decken sich mit denjenigen des Bundesamtes für Statistik (BAG) für Adipositas von Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren (BAG, 2014). Gleichzeitig konnte eine Zunahme von Begleitkrankheiten (Diabetes, Bluthochdruck) verzeichnet werden, die sehr wahrscheinlich auf neue Standards bei der Diagnostik zurückzuführen sind.

In der Schweiz leiden 20 % der adipösen Schwangeren unter Begleitkrankheiten. Viermal mehr als Normalgewichtige. Dieses Resultat verdeutlicht, wie wichtig es ist, in der Schwangerschaft Adipositas nicht als allein-stehenden Risikofaktor für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen zu betrachten, sondern in einen Zusammenhang mit Begleitkrankheiten zu stellen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bei adipösen Schwangeren die Geburt öfter eingeleitet wird und die Plazentari- periode häufiger von der Norm abweicht. Zudem ist das Risiko für eine Sectio bei Fettleibigkeit um 50 % höher als bei normalgewichtigen Frauen. Das Risiko für diese Komplikationen kann sich jedoch nochmals verdoppeln, leidet die Frau zusätzlich zu Adipositas an einer Begleitkrankheit.

Für das Neugeborene zeigt sich ein ähnliches Bild: Die Risiken für einen Apgarwert unter 7, eine Hypoglykämie, ein Atemnotsyndrom, eine Frühgeburt oder gar für einen fetalen Tod steigen v.a. für adipöse Mütter mit Begleitkrankheiten, während «nur» adipöse Schwangere wenig bis kein erhöhtes Risiko für diese Komplikationen aufweisen. Doch Schulterdystokie, Klavikularfraktur und Parese stellen spezifische Komplikationen dar, deren Risiko bei Adipositas per se erhöht ist.

Problem kommt auch auf die Schweiz zu

Werden die Resultate der Studie aus einer Public-Health-Perspektive betrachtet, ist zu sehen, dass Adipositas in der Schwangerschaft heute für die Praxis in der Schweiz noch ein eher geringfügiges Problem bzgl. Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen darstellt. Dies, weil die Schweiz verglichen mit anderen Industrieländern eine eher geringe Anzahl von Frauen mit Schwangerschafts-adipositas aufweist. Gemäss der Voraussagen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) wird sich die Population der fettleibigen Menschen in der Schweiz in den nächsten zehn Jahren aber verdoppeln (OECD, 2017). D. h.: Auch aus Adipositas resultierende Erkrankungen werden im Rahmen der perinatalen Versorgung signifikant zunehmen.

Adipositas muss heute als chronische Erkrankung angesehen werden, die es präventiv zu verhindern gilt, da eine Therapie schwierig und langwierig ist. Dabei steht fest, dass Adipositas in der Schwangerschaft nicht nur Langzeitfolgen für die Mutter, sondern auch für ihr Kind mit sich bringt und somit ein Zeitfenster darstellt, um den Teufelskreis für die nächste Generation zu unterbrechen.

Schon präkonzeptionell sollten adipöse Frauen sorgfältig beraten und aufgeklärt werden hinsichtlich der Risiken von Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt. Ebenso wichtig ist es, dass sie zu einer Gewichtsreduktion ermutigt werden. Adipöse Schwangere sollten zudem optimal begleitet, informiert und im Falle von Begleitkrankheiten therapiert werden.

Äusserst wichtig für die Prävention und Therapie von fettleibigen Müttern gestaltet sich die Zeit direkt nach der Geburt, da die Frau und ihr Neugeborenes in häufigem Kontakt mit dem Gesundheitspersonal stehen und die Mutter somit in Bezug auf eine Gewichtsreduktion und die Gesundheit ihres Kindes optimal beraten werden kann.

Pragmatisch gesehen werden in der Zukunft Interventionen zur Prävention von negativen gesundheitlichen Konsequenzen adipöser Frauen rund um die Geburt notwendig, die sich kontinuierlich über die Zeit des Kinderwunsches bis in die postpartale Periode erstrecken, um die betroffenen Frauen angemessen zu begleiten.

Literatur

Albrecht, S. S. et al. (2010) Diabetes trends among delivery hospitalizations in the U.S., 1994-2004. «Diabetes Care», 33(4), 768–773. doi:10.2337/dc09-1801.

Birdsall, K. M. et al. (2009) Maternal obesity: a review of interventions. «Int J Clin Pract», 63(3), 494–507. doi:10.1111/j.1742-1241.2008.01910.x.

Bramham, K. et al. (2014) Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. «BMJ», 348, g2301. doi:10.1136/bmj.g2301.

Briese, V. et al. (2010) Morbid obesity: pregnancy risks, birth risks and status of the newborn. «Homo», 61(1), 64–72. doi:10.1016/j.jchb.2009.11.002.

Bundesamt für Statistik (2014) Body Mass Index (BMI) nach Alter, Geschlecht, Sprachgebiet. www.bfs.admin.ch

Catalano, P. M. und Shankar, K. (2017) Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. «BMJ», 356, j1. doi:10.1136/bmj.j1.

Devlieger, R. et al. (2016) Maternal obesity in Europe: where do we stand and how to move forward?: A scientific paper commissioned by the European Board and College of Obstetrics and Gynaecology. «Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol», 201, 203–208. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.04.005.

Dutton, H. et al. (2018) Obesity in Pregnancy: Optimizing Outcomes for Mom and Baby. «Med Clin North Am», 102(1), 87–106. doi:10.1016/j.mcna.2017.08.008.

Kalliala, I. et al. (2017) Obesity and gynaecological and obstetric conditions: umbrella review of the literature. «BMJ», 359, j4511. doi:10.1136/bmj.j4511.

OECD (2017) www.oecd.org

Ogden, C. L. et al. (2014) Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. «JAMA», 311(8), 806–814. doi:10.1001/jama.2014.732.

Poston, L. et al. (2016) Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. «Lancet Diabetes Endocrinol», 4(12), 1025–1036. doi:10.1016/S2213-8587(16)30217-0.

Siega-Riz, A. M. et al. (2009) A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: birthweight, fetal growth, and postpartum weight retention. «Am J Obstet Gynecol», 201(4), 339 e331-314. doi:10.1016/j.ajog.2009.07.002.

Christiane Schwarz

Wie spät ist zu spät?

Unterstützung bei der Entscheidung zur Geburtseinleitung



Mabuse-Verlag

2017, 145 Seiten, kartonierter Einband, CHF 21.– ISBN 978-3-86321-303-9

Bei Terminüberschreitung wird in der Schweiz, ebenso wie in vielen anderen Ländern, meist spätestens in der 42. Schwangerschaftswoche die Einleitung empfohlen. Gemäss der Autorin Christiane Schwarz lässt allerdings die aktuelle Datenlage keine Schlüsse zu, ob und für wen dieses Vorgehen einen Nutzen bringt. Umso mehr kommt der Beratung von Schwangeren bei Terminüberschreitung eine grosse Bedeutung zu. Die Hebamme und Gesundheitswissenschaftlerin will dazu eine evidenzbasierte Entscheidungshilfe für Schwangere entwickeln, evaluieren und implementieren. Sie strukturiert dieses Vorhaben in sechs Schritte, wovon sie die ersten vier als kumulative Dissertation im Buch «Wie spät ist zu spät?» veröffentlicht. Die vier Schritte umfassen:

1. die systematische Recherche und Bewertung bestehender relevanter Entscheidungshilfen
2. die systematische Recherche und Bewertung relevanter klinischer Leitlinien
3. die Bewertung aktueller relevanter perinataler Outcome-Parameter in Deutschland
4. die Einbeziehung der Perspektive schwangerer Frauen zum Thema.

Die Mehrheit der Publikationen aus den einzelnen Arbeitsschritten ist englischsprachig; die Ergebnisse werden im Buch auch in Deutsch zusammengefasst. Für die Lektüre sind nebst den Fremdsprachenkenntnissen auch Grundkenntnisse der Wissenschaftssprache notwendig, was im Klappentext wenig zum Ausdruck kommt. Die vorliegende Dissertation ist eine wichtige Entscheidungshilfe für Fachpersonen, denn erstmals wurden über fünf Millionen Geburtsdaten aus Deutschland ausgewertet. Die umfangreiche und fundierte Arbeit lässt einen das Endergebnis, die Entwicklung und Implementierung der Entscheidungshilfe, mit Spannung erwarten.

Silvia Meyer, redaktionelle Beirätin