

5 Zusammenfassung

Die Mortalitäts- und Morbiditätsraten Neugeborener, die hauptsächlich von deren somatischem Entwicklungsstand abhängig sind, sind vorrangig durch die Frühgeburtlichkeit belastet und etwa zwei Drittel der Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht (≤ 2499 g) sind Frühgeborene. Die Frühgeborenenrate in Deutschland liegt seit Jahren relativ konstant bei etwa 7% und deren Anteil an der perinatalen Mortalität beträgt praktisch unverändert, mit eher ansteigender Tendenz, etwa 70%. Dies führt, auch im Hinblick auf ein erhöhtes Risiko für bestimmte Erkrankungen im späteren Leben, neben den negativen Auswirkungen auf die persönlich Betroffenen auch zu einer erheblichen volkswirtschaftlichen Belastung und ist somit eine Herausforderung für die moderne Geburtshilfe und Perinatologie. Daher ist die Bekämpfung der Untergewichtigkeit durch die Verringerung der Frühgeburtlichkeit ein wesentliches Anliegen der Geburtsmedizin, wozu unter anderem erhöhte Anstrengungen im Bereich der Grundlagenforschung sowie die Entwicklung und Durchführung umfangreicher Präventionsprogramme beitragen.

Der körperliche Entwicklungsstand von Neugeborenen, mit dem Geburtsgewicht als signifikantestem Faktor, ist das Resultat eines multidimensionalen Zusammenspiels unterschiedlichster Einflussgrößen. Unter anderem sind die Schwangerschaftsdauer, vorausgegangene Schwangerschaften (einschließlich Aborte, Abbrüche und Totgeburten), ethnische Zugehörigkeit und biologische Merkmale der Eltern, medizinische Faktoren, psychische sowie soziale Faktoren wie Berufstätigkeit und Familienstruktur Teil dieses multifaktoriellen Geschehens. Hier existieren sich gegenseitig vielfach beeinflussende Regelkreise, die genetische, klinische und soziale Parameter miteinander verbinden. In der Literatur finden sich vielfältige, zum Teil widersprüchliche Aussagen über die qualitativen und quantitativen Auswirkungen dieser Einflussfaktoren. Über die Risikofaktoren für eine Frühgeburt ist mehr bekannt als über die nach wie vor unklare Ätiologie. In der weiblichen Bevölkerung im gebärfähigen Alter treten die nicht-medizinischen Risikofaktoren der Frühgeburt häufig auf, sind jedoch durch Intervention und Prävention positiv zu beeinflussen. Von den zahlreichen Ursachen für die spontane oder eingeleitete vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft sollen hier zwei ausgewählte soziale Faktoren näher betrachtet werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Einfluss der Merkmale 'Tätigkeit der Mutter' und 'Familienstand der Mutter' auf den Schwangerschaftsverlauf zu untersuchen, wobei als Parameter die Schwangerschaftsdauer und das Geburtsgewicht dienen. Hierbei wurde aufgrund der klinisch-

pathologischen Relevanz der Schwerpunkt auf die Frühgeborenen (≤ 36 vollendete Wochen) und auf die Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht (≤ 2499 g) gelegt. Zudem kann unter Auswertung der gestationsaltersbezogenen Perzentilwerte für das Geburtsgewicht jedes Neugeborene eindeutig als hypotroph (unter der 10. Perzentile), eutroph (zwischen der 10. und der 90. Perzentile) und hypertroph (über der 90. Perzentile) klassifiziert werden.

Das Datenmaterial stammt aus den Geburtsjahrgängen der Jahre 1995 – 1997 der Bundesrepublik Deutschland, wobei mittels des Perinatologischen Basis-Erhebungsbogens wesentliche klinische, biologische und soziale Daten (u.a. auch Tätigkeit und Familienstand der Mutter) der Neugeborenen und ihrer Mütter bundesweit einheitlich erhoben wurden. Die Tätigkeit der Mutter wurde in sieben Gruppen verschlüsselt, von denen Hausfrauen und Sozialhilfeempfängerinnen nicht erwerbstätig waren, Auszubildende eine Sonderstellung einnahmen und die erwerbstätigen Mütter je nach ihrem Qualifikationsniveau von der z.B. ungelerten Arbeiterin bis zur z.B. leitenden Beamtin in vier Gruppen relativ grob eingeteilt wurden. Bezüglich des Familienstandes wurde nur nach den Merkmalen 'alleinstehend' oder 'nicht alleinstehend' verschlüsselt.

Die Daten wurden auf dem Großrechner des Rechenzentrums der Universität Rostock mit dem Statistikprogrammpaket (SPSS) bearbeitet. Der Einfluss der untersuchten Faktoren wurde zwecks Neutralisation von Kofaktoren jeweils unter Anwendung spezifischer Auswertungsmodelle berechnet. Die Ergebnisse, die sich auf eine ungewöhnlich große Zahl von Probanden beziehen, erwiesen sich faktisch für alle aufgeführten Unterschiede als hochsignifikant ($p < 0,001$).

In der vorliegenden Arbeit konnte bestätigt werden, dass sowohl die Tätigkeit der Mutter als auch ihr Familienstand signifikant Einfluss auf das Schwangerschaftsergebnis haben. Was den Einfluss der mütterlichen Tätigkeit im Gesamtkollektiv angeht, zeigt sich deutlich, dass die Schwangerschaftsergebnisse umso günstiger ausfallen, je höher die berufliche Qualifikation der Mutter ist. Bei den Erwerbstätigen nahm die Rate sowohl der hypotrophen Neugeborenen als auch der Frühgeborenen mit steigender beruflicher Qualifikation der Mutter jeweils kontinuierlich ab, von 11,5% bzw. 8% bei den ungelerten Arbeiterinnen bis zu 8,4% bzw. 6,4% bei den höchstqualifizierten Frauen. Die Sozialhilfeempfängerinnen hatten mit 11,3% bzw. 7,5% die jeweils zweithöchste Rate an hypotrophen Neugeborenen und Frühgeborenen nach den Ungelernten, Auszubildende (10,7% bzw. 7,4%) und Hausfrauen (9,0% bzw. 6,8%) lagen im mittleren Bereich. Innerhalb der sieben Kollektive sind die verschiedenen Einflussfaktoren sehr ungleich verteilt; beispielsweise sind die

bestqualifizierten Mütter im Schnitt über acht Jahre älter als die Auszubildenden und nur jede zwanzigste raucht, wohingegen über ein Drittel der Sozialhilfeempfängerinnen Raucherin ist. Um vergleichbare Aussagen zu erhalten, wurden durch spezifische Auswertungsmodelle diese Ungleichheiten neutralisiert. Danach ergibt sich bei Konstanzhaltung von Alter und Kinderzahl der nicht alleinstehenden, nicht rauchenden Mütter ohne anamnestische Belastung durch vorausgegangene Totgeburten, Aborte und Abbrüche bezüglich der Hypotrophierate bei den Neugeborenen folgende Verteilung nach der Tätigkeit der Mutter:

Alter der Mutter: 26 – 28 Jahre, 1 Kind

Bei den ungelernten Arbeiterinnen betrug der Anteil hypotropher Neugeborener 11,0%, bei den Facharbeiterinnen 9,7%, bei den höchstqualifizierten Arbeiterinnen 8,8% und bei den höheren Beamtinnen 9,0%. Bei den nicht erwerbstätigen Müttern ergab sich folgendes Bild: Sozialhilfeempfängerinnen hatten mit 12,7% die höchste Rate, gefolgt von den Hausfrauen mit 12,2% und die Auszubildenden hatten mit 6,3% die geringste Rate. Somit zeigt sich hier eine eindeutige Tendenz, dass die nicht erwerbstätigen Mütter (mit Ausnahme der Auszubildenden) ein höheres Risiko für hypotrophe Kinder haben als Erwerbstätige. Bei diesen wiederum ist eindeutig ein Trend zu erkennen, nach dem höher qualifizierte Mütter ein geringeres Risiko für hypotrophe Kinder haben.

Alter der Mutter: 29 – 31 Jahre, 2 Kinder

Bei den ungelernten Arbeiterinnen betrug der Anteil hypotropher Neugeborener 9,5%, bei den Facharbeiterinnen 9,7%, bei den höchstqualifizierten Arbeiterinnen 9,4% und bei den höheren Beamtinnen 9,3%. Hier liegen die Anteile untergewichtiger Kinder sehr dicht zusammen und zeigen keine durchgehende Tendenz, wobei sie in den beiden höchstqualifizierten Gruppen am niedrigsten sind. Bei den nicht erwerbstätigen Müttern ergab sich folgendes Bild: wieder haben die Sozialhilfeempfängerinnen mit 13,7% die höchste Rate, die Hausfrauen mit 9,1% die niedrigste und die Auszubildenden lagen mit 9,6% im mittleren Bereich. Hier fällt auf, dass die Hausfrauen, die in der jüngeren Altersgruppe noch das zweithöchste Hypotrophierisiko zeigten, nunmehr das geringste Risiko aufweisen. Dies lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass es sich hier um relativ junge Frauen handelt, die bereits ein Kind zu versorgen haben und daher nicht beruflich tätig sind, aber durchaus vor der ersten Schwangerschaft arbeiteten.

Alter der Mutter: 30 – 34 Jahre, ≥ 3 Kinder

Bei den ungelernten Arbeiterinnen betrug der Anteil hypotropher Neugeborener 12,4%, bei den Facharbeiterinnen 8,3%, bei den höchstqualifizierten Arbeiterinnen 7,8% und bei den höheren Beamtinnen 7,1%. Hier zeigt sich konsequent die Tendenz, dass mit steigender Qualifikation der Mutter die Rate der hypotrophen Neugeborenen abnimmt. Bei den nicht erwerbstätigen Müttern ergab sich folgendes Bild: wieder hatten die Sozialhilfeempfängerinnen mit 13,0% die höchste Rate, Auszubildende (10,3%) und Hausfrauen (10,0%) lagen dicht beieinander, ihr Risiko war kleiner als bei den ungelernten Arbeiterinnen, aber größer als bei den übrigen, höher qualifizierten erwerbstätigen Müttern.

Auffallend ist, dass der Umstand, ob die Mutter während der Schwangerschaft berufstätig war oder nicht, mit 11 g Differenz beim Geburtsgewicht und einem Unterschied bei der Frühgeborenenrate von 0,1% nur einen sehr geringen Einfluss hat. Dies kann als Beleg für den Erfolg der Mutter-schutzmaßnahmen in Deutschland interpretiert werden. In der zahlreich vorhandenen Literatur sind unterschiedlichste berufsbedingte Belastungen physischer und psychischer Natur sowie deren Auswirkungen auf Verlauf und Ergebnis von Schwangerschaften beschrieben; allerdings erlaubt der geringe Detaillierungsgrad, mit dem im Perinatologischen Basis-Erhebungsbogen die berufliche Tätigkeit erfasst wird, keine spezifisch berufsbezogene Risikoanalyse. Andererseits lassen die ausgewerteten Daten den Schluss zu, dass die unterschiedlichen Ergebnisse nicht durch die tatsächliche Ausübung der Tätigkeit während der Schwangerschaft bedingt, sondern auf die damit zusammenhängende soziale Schichtzugehörigkeit mit allen daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen zurückzuführen sind. Da den sieben gebildeten Kollektiven im Allgemeinen bestimmte Qualifikationsniveaus und soziale Schichten entsprechen, lassen sich die gefundenen Risikoverteilungen mit einem sozioökonomischen Ansatz bewerten. Zum Einfluss des Familienstandes auf das Schwangerschaftsergebnis zeigt sich (von wenigen, meist nicht signifikanten Ausnahmen abgesehen) die deutliche Tendenz, dass Alleinstehende sowohl beim Geburtsgewicht als auch bei der Schwangerschaftsdauer ungünstigere Ergebnisse aufweisen als nicht Alleinstehende.

Betrachtet man die Verteilung dieser Unterschiede innerhalb der Tätigkeitskollektive, zeigt sich ein sehr uneinheitliches Bild ohne klare Tendenz. Grundsätzlich scheint sich die Anwesenheit eines entlastenden und unterstützenden Partners in allen sozialen Schichten mehr oder weniger positiv auf den Schwangerschaftsverlauf auszuwirken, da so die Belastungen im psychosozialen Bereich verringert werden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen deutlich, dass sowohl die Tätigkeit der Mutter als auch ihr Familienstand signifikant Einfluss auf das Schwangerschaftsergebnis haben, wohingegen sich die Ausübung der Berufstätigkeit während der Schwangerschaft nur sehr gering auswirkt. Somit liegen die Ansatzpunkte zur Prävention weniger beim Mutterschutz, der offensichtlich effektiv ist, sondern bei den sozialen und sozioökonomischen Einflussgrößen. Hier verdient die Vorsorge besondere Aufmerksamkeit, da durch deren vermehrte Inanspruchnahme insbesondere durch bisher hierbei unterrepräsentierte Gruppen von Schwangeren mit erhöhten Risiken (wie Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht, niedriger Bildung bzw. schlechter beruflicher Qualifikation sowie Ledigkeit) die Raten an frühgeborenen und untergewichtigen Kindern deutlich reduziert werden könnten.