

# Ergebnisse und Diskussion

Objektyp: **Chapter**

Zeitschrift: **Mitteilungen des Statistischen Bureaus des Kantons Bern**

Band (Jahr): - **(1967)**

Heft 51

PDF erstellt am: **06.08.2024**

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## IV. Ergebnisse und Diskussion

Die soziologische Analyse zeigt, dass schlechte soziale und wirtschaftliche Verhältnisse die Säuglingssterblichkeit erhöhen können. Dieser Einfluss darf zwar nicht überschätzt werden; jedoch äussert er sich bei den in unvollständigem Familienverband lebenden Frauen, teilweise auch bei unsern Gastarbeiterinnen aus Italien, in statistisch signifikanter Form. Der negative Einfluss kommt in einer gesteigerten Frühgeburtenfrequenz zum Ausdruck. Die Frühgeburten bilden einen Anteil von 69,2% an der gesamten perinatalen kindlichen Mortalität.

Neugeborene aus ländlichen Regionen zeigen eine grössere perinatale Mortalität als Stadtkinder. Der negativen Auswahl vom Lande wegen lassen sich daraus aber keine eindeutigen Schlüsse über die Gesundheit der Stadt- und Landbevölkerung ziehen. Die Frühgeburtenfrequenz ist bei den Kindern vom Land kleiner als bei jenen aus der Stadt.

Schwangere aus ländlichen Regionen werden häufig wegen früheren Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen in unsere Klinik eingewiesen.

In unvollständigem, gestörtem Familienverband (ledige oder geschiedene Mütter) sind vermehrte, die Sterblichkeit des Kindes begünstigende Faktoren vorhanden. Ledige Frauen gebären signifikant mehr tote Säuglinge als verheiratete. Dies ist auf eine höhere Frühgeburtenfrequenz bei ledigen Müttern zurückzuführen.

Bei der Untersuchung der perinatalen Mortalität in biologischer Hinsicht stellen wir in unserem Geburtsgut einen deutlichen Knabenüberschuss fest, der teilweise kompensiert wird durch eine Übersterblichkeit der Knaben, die vorab bei den verschiedenen Geburtsschäden deutlich manifest wird. Die Mädchen haben ein durchschnittlich kleineres Geburtsgewicht und einen grösseren Frühgeburtenanteil als die Knaben. Es sterben daher an Adynamie mehr Mädchen als Knaben.

Mit steigendem Alter und zunehmender Kinderzahl steigt die Mortalität an. Soweit wir aus unserer Alters- und Paritätseinteilung ersehen, liegt bei uns das Optimum für erstgeborene Kinder bei einem mütterlichen Alter von 25 bis 29 Jahren.

Die Gewichtsanalyse zeigt, dass die extremen Gewichtsklassen (Frühgeburten und sehr schwere Kinder) eine erhöhte Mortalität aufweisen. Italienerinnen gebären signifikant mehr Frühgeburten als unsere einheimischen Schwangeren.

Auf Grund der Ergebnisse der soziologischen und biologischen Analysen der perinatalen Sterblichkeit lassen sich folgende Postulate aufstellen: Es sind gesunde soziale und wirtschaftliche Verhältnisse anzustreben. Dabei ist besonders auf einen harmonischen, ungestörten Familienverband zu achten. Eine bewusste Familienplanung im Sinne der Schwangerschaftsverhütung sollte in den extremen Altersklassen und bei hoher Parität durchgeführt werden. In jedem Fall muss schonende Geburtshilfe geleistet werden, was sich in einer Senkung der männlichen Übersterblichkeit äussert wird.

Die relativ hohe Sterblichkeit der Zwillinge liegt im niedrigen durchschnittlichen Geburtsgewicht begründet. Ein grosser Anteil an Missbildungen ist bei Zwillingen auffallend. Die unterschiedliche Gefährdung des ersten und zweiten Zwillings unter der Geburt kann gehäuft regelwidrigen Geburtslagen beim zweiten Zwillings zugeschrieben werden.

Die Frühgeburtenfrequenz stagniert in den vergangenen sieben Jahren. Wir bezeichnen ein Neugeborenes mit einem Gewicht von weniger als 2500 g als Frühgeborenes. Die Mortalitätsfrequenz konnte in den vergangenen Jahren nur für die schwereren Frühgeburten leicht gesenkt werden. Die Schwangerenfürsorgen sollten ausgebaut werden. Regelmässige ärztliche Kontrollen während der Schwangerschaft sind erstrebenswert. Eine sorgfältige Geburtshilfe bei Frühgeburten ist besonders wichtig, und schliesslich sollten die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Aufzucht unreifer Kinder verbessert werden.

Vergleiche unserer Mortalitätsziffern mit denjenigen von Schmidt [30] ergeben einen signifikanten Rückgang der an Missbildungen und an den Folgen von Geburtsschäden verstorbenen Kinder. Die Sterblichkeit bei mütterlicher Toxikose und kindlichen Lungenaffektionen hat leicht zugenommen. Die erhöhte Mortalitätsquote bei den Gestosen wird darauf zurückgeführt, dass zunehmend schwere bis schwerste Toxikosefälle aus weiter Umgebung in unsere Klinik eingewiesen werden. Die Sterblichkeitszunahme bei Lungenaffektionen können der verfeinerten modernen Diagnostik zugeschrieben werden, die durch neue Krankheitsbegriffe früher unklare Fälle erfassen kann.

Die Analyse der perinatalen kindlichen Mortalität der Jahre 1958–1964 an der Universitätsfrauenklinik Bern hat ergeben, dass die Mortalitätsfrequenz, die seit einigen Jahren stagniert, künftig noch

gesenkt werden kann. Impulse müssen heute nicht nur vom Geburtshelfer und Pädiater aus kommen, sondern auch von unserer Gesellschaft, deren wirtschaftliche und soziale Struktur die Säuglingssterblichkeit in signifikanter Art mitbestimmt.

## V. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit stellt eine Analyse der perinatalen Mortalität an der Universitätsfrauenklinik in den Jahren 1958–1964 dar. In dieser Zeit kamen 14 639 Kinder lebend zur Welt, während 451 teils tot geboren wurden, teils innerhalb der ersten 10 postpartalen Tage verschieden sind.

Seit 1954 ist die perinatale Sterblichkeit konstant geblieben bis leicht angestiegen. Die unbereinigte Mortalität schwankt um einen Mittelwert von 2,99% der geborenen Kinder; bereinigt (nach Abzug der lebensunfähigen Missbildungen [0,28%] und der vor Spitaleintritt verstorbenen Föten [0,62%]) beträgt die Mortalität 2,09%. Davon sind 13,7% Totgeburten; 16% starben sub partu, 70,3% postpartal.

Von den 451 perinatalen Todesfällen starben an lebensunfähigen Missbildungen 9,3%, an placentaren Ursachen 18,6%, zufolge mütterlicher Erkrankungen 35,3%, an Geburtsschäden 9,5% und an kindlichen Erkrankungen 27,3%.

Die Frühgeburtenfrequenz ist in der Beobachtungszeit ziemlich konstant bei 6,89%. Die Mortalität der Frühgeburten blieb unverändert bei 29,8%, der Anteil an der gesamten Sterblichkeit bei 69,2%. Eine leichte Zunahme der Überlebenschance findet sich bei Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von 2000–2499 g.

In einer soziologisch-biologischen Analyse wird gezeigt, dass schlechte soziale und wirtschaftliche Verhältnisse die Säuglingssterblichkeit erhöhen. Dieser negative Einfluss, der bei den in unvollständigem Familienverband lebenden Frauen und teilweise auch bei unseren Gastarbeiterinnen aus Italien in signifikanter Form zu beobachten ist, äussert sich in einer gesteigerten Frühgeburtenfrequenz. Das Zwillingsproblem mit der hohen Frühgeburtenrate und der häufigen Sterblichkeit des zweiten Zwillings wird speziell dargelegt.