

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 84 (1986)

Heft: 5

Artikel: Arbeit, Risikoschwangerschaft und Gesundheit des Kindes

Autor: Hofner, Marie-Claude

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950305>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.01.2026

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

Arbeit, Risikoschwangerschaft und Gesundheit des Kindes

Von Marie-Claude Hofner

Marie-Claude Hofner ist Ärztin in Yverdon. Wir entnehmen diesen Artikel aus «Gewerkschaftliche Rundschau», Heft 6, Nov./Dez. 1984, 76 Jahrgang

Die Gewerkschaften weisen immer wieder auf die Ungleichheit der Lebensbedingungen hin, die unter anderen auf den Ungleichheiten bei den Löhnen, dem Wohnen, der Arbeitszeit usw. beruhen. Weniger Beachtung dagegen findet die Ungleichheit vor dem Tod und vor der Krankheit. Zu Unrecht. Denn, wenn ein 35jähriger Mann in einer Führungsposition hoffen darf, noch mehr als 40 Jahre zu leben, reduziert sich diese Hoffnung für einen gleichaltrigen Hilfsarbeiter auf 33 Jahre. Schon beim Eintritt ins Leben ist das «Spiel» gelaufen – aber nicht so, wie man sich das gemeinhin vorstellt. Die genetischen Erbfaktoren sind bei weitem nicht die einzigen, die die Ungleichheit der Chancen bei der Geburt erklären. Die Chancen für eine Frau, ein gesundes und lebensstüchtiges Kind auf die Welt zu bringen, die Möglichkeit für ein Kind, sich normal entwickeln zu können, hängen ebenso eng vom sozialen und wirtschaftlichen Niveau ab wie die Lebenserwartung und die Wahrscheinlichkeit, gewisse Krankheiten erleiden zu müssen.

In den letzten 20 Jahren haben sich die Untersuchungen über die gesundheitlichen und sozialen Bedingungen der Mutterschaft beachtlich entwickelt. Für diese Studien werden gewisse Indikatoren benützt, von denen sogar die Weltgesundheitsorganisation (WHO) feststellt, sie seien ein getreues Spiegelbild des Standes der gesundheitlichen und sozialen Entwicklung im jeweils untersuchten Land. Wir wollen sie einmal näher betrachten: Die *Kindersterblichkeit* (Anzahl der Todesfälle innerhalb des ersten Lebensjahres auf 1000 Lebendgeburten) ist in den Entwicklungsländern durchschnittlich 10mal höher als in den Industrieländern (150 Promille gegen 15 Promille, nach «Worlds children data sheets»).

Die *Sterblichkeit bei der Geburt* (Totgeborene und Kinder, die innerhalb der ersten Woche nach der Geburt sterben auf 1000 Lebendgeborene) betrug 1976 in den USA 21 Promille für die gesamte Bevölkerung. Zog man jedoch nur die schwarze, indianische und puertoricanische Bevölkerung sowie die armen Weissen in den Südstaaten in Betracht,

stieg die Quote auf 40 Promille. Die Schweiz weist, zusammen mit Schweden und Bulgarien, eine der tiefsten Quoten Europas auf. Sehen wir aber näher hin, erleben wir einige Überraschungen. Zum Beispiel: 1970 betrug die Quote der Sterblichkeit bei der Geburt bei den ehelich geborenen Kindern 10,8 bei den Unehelichen jedoch mehr als doppelt soviel, nämlich 21,8 Promille. Nun dürfen wir aber annehmen – gestützt auf zahlreiche europäische Studien – dass in der Schweiz wie anderswo aussereheliche Schwangerschaften in den Bevölkerungsschichten mit kurzer Schulzeit und kleinem Einkommen häufiger sind. Wir sehen also, dass in der Schweiz, trotz der global tiefen Quote, die Unterschiede zwischen den einzelnen sozialen Schichten recht bedeutend sind. (Leider verfügen wir in der Schweiz noch über keine Statistiken, die zum Beispiel je nach dem wirtschaftlich-sozialen Niveau oder dem Beruf differenziert wären.)

Frühgeburten (Kinder, die zwischen der 28. und 37. Schwangerschaftswoche geboren sind). Eine deutsche Untersuchung zeigt, dass der Prozentsatz der Frühgeburt bei den ausländischen und den deutschen Frauen, die im Spital in der allgemeinen Abteilung gepflegt werden, mit 9,2 Prozent ungefähr der gleiche ist. Es liegt aber mit nur 4,9 Prozent bedeutend tiefer bei jenen Frauen, die zwar in den selben Spitälern, jedoch in Privatzimmern untergebracht sind.

LBW oder Kinder mit geringem Geburtsgewicht (weniger als 2500 Gramm) ist eine Definition, die immer häufiger als Gesundheitsindikator verwendet wird, weil er einerseits in allen Situationen viel leichter zu messen ist als die Zahl der Schwangerschaftswochen und andererseits ebenso deutlich mit den Gesundheitsbedingungen verbunden ist wie die andern Faktoren. «Gleichzeitig widerspiegelt er auf eine einfache und leicht zu erfassende Weise die Hoffnungen der neuen Generation in bezug auf ihre Gesundheit und Lebenserwartung, die dann ihrerseits ihre zukünftigen sozialen Bedingungen entscheidend beeinflussen.» (WHO).

Die Risiken und ihre Konsequenzen

Jedermann wird sich die dramatische Wirklichkeit vorstellen können, die sich

hinter den Quoten der Kindersterblichkeit versteckt. Oft weniger bekannt dagegen sind die Folgen der Frühgeburten oder der LBW. Diese mit besonderen Risiken belasteten Kinder weisen höhere Quoten der Sterblichkeit bei der Geburt und der Kindersterblichkeit auf, ferner eine vermehrte Anfälligkeit Krankheiten gegenüber, und die Quote der Adaptationsstörungen ist bei ihnen grösser als bei den andern Kindern. In einer englischen Studie wurde nachgewiesen, dass vorzeitige Geburt die Gefahr geistigen Zurückbleibens verdreifacht und eine deutliche Wechselbeziehung besteht zwischen ernsthafter neurologischer Erkrankung und LBW. Von den Adaptationsstörungen, denen man besonders oft begegnet, seien die folgenden erwähnt: motorisch-zerebrale Gebrechen und andere Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Beeinträchtigung des Gehörs und des Sehvermögens.

Die wirklichen sozialen und emotionalen Kosten solcher Situationen lassen sich natürlich nicht errechnen. In den USA und in Frankreich hat man jedoch zu Beginn der siebziger Jahre Schätzungen dieser Kosten angestellt, als dort Programme zur Vorbeugung risikobelasteter Schwangerschaften in Angriff genommen wurden. Aus ihnen geht hervor, dass risikobelastete Schwangerschaften die Gesellschaft teuer zu stehen kommen, während Vorbeugemassnahmen ungleich weniger kosten. In den USA werden die finanziellen Kosten der Komplikationen, die auf schwierige Schwangerschaften und Geburten zurückzuführen sind, auf jährlich 15 Milliarden Dollar geschätzt, das sind 2,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. In Frankreich, wo die Sterblichkeit bei der Geburt 10 Jahre nach dem nationalen Vorbeugungsprogramm von 26 Promille auf 15 Promille gefallen ist – und parallel dazu auch die Quote der Behinderungen – wurden die Kosten für diese Politik auf 0,9 Milliarden französische Franken geschätzt. Diesen Kosten steht eine wirtschaftliche Ersparnis von 7 Milliarden gegenüber!

Die Ursachen der Risikoschwangerschaft

Unter einer mit Risiken belasteten Schwangerschaft verstehen wir eine

Schwangerschaft, bei der die Möglichkeit, dass Komplikationen entstehen, über dem Durchschnitt liegt. Die Literatur unterscheidet zwei Gruppen von Ursachen: erkennbare und «idiopathische» (wörtlich: von sich aus entstehende) Ursachen.

Die erkennbaren Ursachen sind entweder von der Mutter her verursacht (Infektionen, zu hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit, Unterernährung, Mangelerscheinungen usw.) oder haben mit den Eizellen zu tun (Mehrfachschwangerschaft, Unverträglichkeit, Deformationen, Probleme mit dem Mutterkuchen usw.).

Die «idiopathischen» Ursachen sind jene, deren Krankheitsmechanismen man nicht kennt. Studien darüber zeigen lediglich einen statistischen Zusammenhang auf zwischen gewissen Situationen und der Häufigkeit risikobelasteter Schwangerschaften. Von diesen Ursachen seien die folgenden erwähnt: das Alter der Mutter (unter 20 oder über 36), Körperbau, Gewicht, Rasse und Nationalität, Zivilstand, frühere Entbindungseingriffe (kurz aufeinander folgende Schwangerschaften, Abtreibungen, Fehlgeburten, unerwünschte Schwangerschaften usw.), Alkohol- oder Tabakgenuss während der Schwangerschaft, Art der Arbeit während der Schwangerschaft und Grad der Ermüdung, die sie verursacht, Anzahl der Stunden für den Transport und Art des Beförderungsmittels während der Schwangerschaft, Anzahl der ärztlichen Konsultationen vor der Entbindung usw.

Diese unvollständige Aufzählung macht deutlich, dass die meisten Risikofaktoren einen gemeinsamen Nenner aufweisen: das soziale und wirtschaftliche Niveau der Eltern. Es ist sicherlich der zentrale Angelpunkt der Ungleichheiten, die wir in Bezug auf den Ausgang der Schwangerschaft festgestellt haben. «Ein niedriges soziales und wirtschaftliches Niveau ist bei den untersuchten Patientinnen, die zu früh geboren haben, häufiger festzustellen; ein höheres Niveau vermindert deutlich die Fälle von Frühgeburten.»

In der Schweiz ist zum Beispiel der Prozentsatz der Sterblichkeit bei der Geburt in den Jahren nach 1975 viel drastischer gesunken als während der 10 vorausgegangenen Jahre, was wahrscheinlich mit der massiven Abreise ausländischer Arbeitskräfte zu tun hat. Dabei wissen wir nur zu gut, dass die grosse Mehrheit dieser Ausländer in den untersten sozialen Schichten unseres Landes zu finden ist.

Um eine Bewertung der Risikofaktoren bei einer Schwangerschaft zu ermöglichen, hat die Studiengruppe von Professor Païrnik in Frankreich eine Tabelle erstellt, die es ermöglicht, den Richt-

wert des Risikos bei einer vorzeitigen Niederkunft zu berechnen. So kann man sehr leicht abschätzen, ob eine Schwangerschaft Risikofaktoren in sich birgt oder nicht. Es ist interessant festzustellen, dass während einer Schwangerschaft ohne Lift im dritten Stock zu wohnen, ebenso gefährlich ist, wie einen zu hohen Blutdruck zu haben; dass, wer jeden Tag weite Strecken zu bewältigen hat, ebenso gefährlich lebt, wie jemand, der eine Gebärmuttermissbildung hat!

Beispiel eines gewichtigen Risikos: die Müdigkeit

Durch die Arbeit verursachte Müdigkeit während der Schwangerschaft ist einer der am meisten als gefährlich anerkannten Faktoren. Für eine genaue Analyse dieses Beispiels beziehen wir uns in diesem ganzen Abschnitt auf zwei landesweite französische Untersuchungen aus den Jahren 1972 und 1976 sowie auf eine bemerkenswerte Erhebung, die in zwei grossen Entbindungsanstalten in Lyon und Hagenau von 1977 bis 1978 durchgeführt wurde. Die Müdigkeit, die die Frauen im Verlaufe ihrer Berufsarbeit empfunden hatten, wurde subjektiv und objektiv auf der Grundlage einer sehr analytischen Beschreibung der Arbeitsbedingungen beurteilt. Diese analytischen Elemente haben es möglich gemacht, einen «Bewertungsindex der beruflichen Ermüdung» zu erarbeiten. Parallel dazu wurden auch Merkmale der Ermüdung in der Familie definiert. Was den Ausgang der Schwangerschaft betrifft, wurden zwei Faktoren berücksichtigt: die Frühgeburt und LBW.

Die Ergebnisse der Tabelle 1 sprechen eine deutliche Sprache!

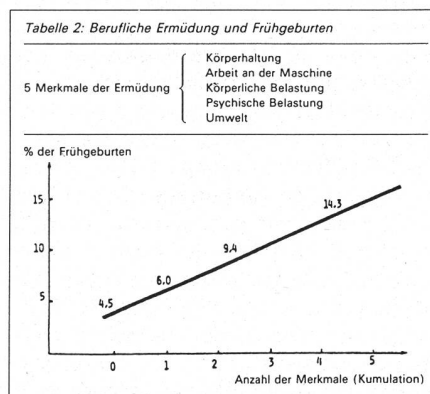
	Quote der Frühgeburten
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
Handwerkerinnen und Geschäftsfrauen	5,9%
Kader, Professorinnen	5,2%
Lehrerinnen	3,9%
Sozial-medizinisches Personal	10,5%
Büroangestellte	4,5%
Verkaufspersonal, Kellnerinnen usw.	9,6%
Arbeiterinnen	7,3%

Welcher Art die berufliche Arbeit auch sei, es erscheint in jedem Fall ein deutlicher direkter Zusammenhang zwischen dem Prozentsatz der Frühgeburten und der Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit: Teilzeitarbeit = 2,6 Prozent der Frühgeburten; 40 Stunden = 5,6 Prozent; 40 bis 45 Stunden = 10,7 Prozent; mehr als 45 Stunden = 12,3 Prozent.

Das Bedienungspersonal (Verkäuferinnen, Kellnerinnen usw.) weist eine Frühgeburtsquote von 9,6 Prozent auf, nahe also beim Maximum von 10,5 Prozent, das beim Personal der sozialmedizinischen Dienste registriert wurde – welche traurige Ironie!

Index der Ermüdungserscheinungen im Beruf und Frühgeburt

Auch hier besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Zunahme der Merkmale in Bezug auf die Arbeitszeit und der Zunahme der Frühgeburtsquote. Die Schwankungen bei den folgenden Merkmalen scheinen die Quoten besonders stark zu beeinflussen: Körperhaltung am Arbeitsplatz, Arbeit an einer Maschine, körperliche Belastung, psychische Belastung und Umwelt. Mehr als die Hälfte der von dieser Studie erfassten Frauen kumulierten 3 bis 5 gleichzeitig zusammenwirkende Ermüdungsquellen und gingen für ihr Kind ein dreimal höheres Risiko ein als jene Frauen, die keine belastenden Merkmale aufwiesen und unter guten Bedingungen arbeiteten (Tabelle 2). Dem ist beizufügen, dass unter den «gefährlichsten Körperhaltungen» jene zu finden ist, bei der die Frau steht und die Arme ungeschützt «in der Luft schweben». Dies trifft zum Beispiel bei den Coiffeusen fast ständig zu.



In diesen Untersuchungen ist kein beweiskräftiger Zusammenhang zwischen schwerer Haushaltarbeit und Frühgeburt aufgetaucht. Trotzdem stellte man bei den nicht berufstätigen Frauen eine höhere Frühgeburtsquote fest als bei jenen, die vollberuflich tätig sind. Das erklärt sich aus dem besonderen soziologischen Profil dieser Bevölkerungsgruppe: Fast doppelt so viele sind Eingewanderte und Ehefrauen von Hilfsarbeitern. Das extrem niedrige soziale und

wirtschaftliche Niveau überwiegt alle andern Kriterien.

Trotzdem ist es auch wichtig festzustellen, dass selbst die höchsten Frühgeburtsraten bei den nicht berufstätigen Frauen immer noch niedriger sind als jene, die man bei Berufstätigen registriert hat, die mehr als 45 Stunden arbeiten.

Die Vorbeugung am Arbeitsplatz

Die gleichen Untersuchungen zeigen auch, dass dort, wo Gesamtarbeitsverträge für schwangere Frauen den Wechsel des Arbeitsplatzes oder eine Verkürzung der Arbeitszeit vorsehen, solche Massnahmen sich durch eine deutliche Verminderung der Frühgeburtenquote auswirken. Es ist selbstverständlich schwierig, den Wechsel des Arbeitsplatzes (sitzen statt stehen, zum Beispiel) oder eine kürzere Arbeitszeit zu fordern,

wenn, wie in der Schweiz, nicht einmal der elementarste Kündigungsschutz gesichert ist. *Die Unkenntnis der Risiken, denen eine werdende Mutter am Arbeitsplatz ausgesetzt ist, hat zur Folge, dass sich die Gewerkschaften für solche Forderungen zu wenig interessieren.* Das gilt sogar für Sektoren, wo aussergewöhnlich viele Frauen arbeiten (in den Spitälern, zum Beispiel, wo sie besonders gefährdet sind). Es ist deshalb notwendig, die Verbreitung dieser Information überall zu fördern. Ferner sind von den Betrieben für schwangere Frauen Erleichterungen bei besonders anstrengenden Arbeiten, eine Verkürzung der Arbeitszeit sowie eine Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs zu fordern.

Das von der französischen Regierung am Anfang der siebziger Jahre veröffentlichte Programm zur Verhütung der Risikoschwangerschaft empfahl unter anderen folgende Massnahmen:

- Vermehrte medizinische Kontrollen während der Schwangerschaft (mindestens 10 rückvergütete Arztvisiten, während in der Schweiz die

Krankenkassen nur deren 4 voll übernehmen).

- Reihenuntersuchungen bei diesen Konsultationen und Einweisung der mit Risiken belasteten Patientinnen in spezialisierte Neonatologie-Zentren (Intensivabteilungen für Neugeborene).

Diese Massnahmen haben, neben anderen, bewirkt, dass die Quote der Sterblichkeit bei der Geburt in Frankreich um fast die Hälfte gesenkt werden konnte und parallel dazu auch jene der Kinder mit Adaptationsstörungen. Allein aus der finanziellen Perspektive betrachtet, ist der Erfolg dieser Massnahmen enorm. Ihr eigentlicher Triumph aber liegt selbstredend in der Summe der ersparten körperlichen und seelischen Leiden. Die Mittel für eine gut organisierte Vorbeugung risikobelasteter Schwangerschaften nicht bereitzustellen, die Mutterschaft nicht tatkräftig zu schützen, ist um so unverzeihlicher, als die Wirksamkeit der Präventivmassnahmen auf diesem Gebiet längst erwiesen ist.

Mamina

sättigt dank der Sämigkeit besonders gut und nachhaltig, ohne aber durch einen überhöhten Kohlenhydratanteil zur Überfütterung zu führen. Der Schoppen wird von allen Kindern gern genommen und sehr gut vertragen. Wertvoll ist seine vielseitige Zusammensetzung, u.a. mit Dextrin-Maltose (Nährzucker), den Vitaminen A, D, E, B1, B2, B6, PP, C, Ca-Pantothenat, Biotin sowie Eisen.

Mamina ist ebenso ideal zum Nachschöpfeln wie als ausschliessliche Nahrung in den ersten Monaten. Auch später, wenn nur noch einzelne Mahlzeiten in der Flasche gegeben werden, ist Mamina eine wertvolle Ergänzung von Babys Tagesnahrungsplan und verträgt sich bestens mit jeder andern Schoppen- und Breinahrung.



**Gute Sättigung
gesunder Schlaf mit
Mamina**

Katharina Meyer

Zur Geschichte des Hebammenwesens im Kanton Bern

1985, 168 Seiten, 6 Tabellen, kartoniert
Fr. 34.- / DM 39.-

Akten des Berner Staatsarchivs nennen seit 1450 Hebammen. Rechtsforscher wurden hellhörig: die Hebamme wusste über Abtreibungen Bescheid. Aber auch sie selber war gefährdet. Wenn sie Geburt und Taufe ständig mitfeierte, wurde sie kaum mehr nüchtern. Nur die gefestigte Persönlichkeit half Armen und Reichen gleich. Doch ebenso nötig war das Wissen um den Griff in der Notlage oder statt des Zauberspruches der Zuzug des Arztes. Seit 1532 entstanden Ordnungen und Eide. Die Erfahrung verlangte ihre häufige Durchsicht. Das 18. Jahrhundert brachte Hebammenschulen. Sorgfältiger wurde auch die Landschaft betreut, genauer die Entlohnung geregelt. Das Frauenspital von 1876 brachte eine neue Zeit. Wiedergabe und Auswertung der Quellen leiten bis zur Gegenwart.



Verlag Hans Huber

Bern Stuttgart Toronto

60