

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 117 (2019)

Heft: 11

Artikel: Adipositas und Geburt : die Suche nach der "optimalen" Betreuung

Autor: Wyss, Carmen / Aubry, Evelyne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949019>

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: 13.01.2026

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

Adipositas und Geburt: die Suche nach der «optimalen» Betreuung

Adipositas ist ein weltweites Gesundheitsproblem. Die steigende Prävalenz bei Frauen im reproduktiven Alter fordert eine entsprechende Anpassung von deren geburtshilflicher Gesundheitsversorgung. Vermutet wird, dass sich mit geeigneter Betreuung die Gesundheit von betroffenen Frauen und ihren Kindern positiv beeinflussen lässt. Ein Forschungsprojekt an der Berner Fachhochschule Gesundheit lotet die Möglichkeiten einer verbesserten Geburtsbetreuung von Frauen mit Adipositas aus.

TEXT:

CARMEN WYSS UND EVELYNE AUBRY

Aktuell haben über sechs Prozent der weiblichen Schweizer Bevölkerung im Alter von 15 bis 44 Jahren einen Body Mass Index (BMI) von oder über 30 kg/m^2 (Schweizerisches Bundesamt für Statistik, 2018) und sind somit adipös. Obwohl die Prävalenz von maternaler Adipositas in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eher tief ist (Devlieger et al., 2016), betrifft sie fast 100 000 Frauen im reproduktiven Alter (Schweizerisches Bundesamt für Statistik, 2018). Zwischen 2005 und 2016 wurde bei über sieben Prozent der Geburten in der Schweiz Adipositas als Risikofaktor benannt (Aubry et al., 2019). Tendenz steigend (siehe Abbildung 1).

Perinatale Risiken der Adipositas

Adipositas stellt eine ernst zu nehmende Bedrohung der Gesundheit von Frauen und ihren Kindern dar. Sie ist nicht nur ein allgemeiner Risikofaktor bspw. für kardiovaskuläre, gastrointestinale, muskuloskelettale oder kanzeröse Erkrankungen (Fruh, 2017), sie kann auch den physiologischen Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochen-

bett beeinträchtigen. Im Vergleich zu Frauen mit Normalgewicht haben Frauen mit Adipositas höhere Raten an gewichtsassozierter Morbidität (z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie, Präeklampsie), intrapartalen Interventionen (z.B. vaginal-operative Geburten, Sectio caesarea), ungünstigen postnatalen bzw. postpartalen Folgen (z.B. neonatale Hypoglykämien, postpartale Infektionen) sowie ein grösseres Risiko für ante- und postpartale depressive Symptomatik (Aubry et al., 2019; Bogaerts, Witters et al., 2013; Marchi et al., 2015). Aufgrund dieser erhöhten Wahrscheinlichkeit für Komplikationen gelten Frauen mit Adipositas während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett meist als «Hochrisikoklientel» – eine Bezeichnung, welche die Betreuung der Frauen massgeblich beeinflusst (Abenheim & Benjamin, 2011; Kerrigan et al., 2015).

Medikalierte Geburtsbetreuung und mögliche Ursachen

Am Beispiel der Geburt zeigt sich, dass die Betreuung von Frauen mit Adipositas oftmals risiko-fokussiert und medikaliert ist. So werden bei ihnen nicht nur häufiger (vaginal)operative Geburtsbeendigungen

durchgeführt als bei Frauen mit Normalgewicht, sondern sie sind auch häufiger mit Interventionen wie Geburtseinleitung, Verabreichung von Uterotonika unter der Geburt oder Regionalnästhesie konfrontiert (Heslehurst et al., 2008; Marchi et al., 2015). In der

*Obwohl eine sichere
Betreuung essenziell ist,
sollte nicht ausser Acht
gelassen werden, dass auch
medizinische Interventionen
das Risiko zusätzlicher
Komplikationen erhöhen.*

Literatur werden bestehende Morbiditäten wie Diabetes mellitus oder Hypertonie (Aubry et al., 2019; Rogers et al., 2018) und pathophysiologische Veränderungen im hormonellen Gleichgewicht (Azais et al., 2017; Bogaerts et al., 2013; Rogers et al., 2018) als Faktoren beschrieben, die zu dieser Medikalisierung führen. So scheint bspw. eine hormonelle Dysbalance bei Frauen mit Adipositas für eine verminderte uterine Kontraktilität verantwortlich zu sein, welche die Wahrscheinlichkeit für einen verzögerten Geburtsbeginn oder einen prolongierten

Geburtsverlauf erhöht (Azais et al., 2017). Als Indikation für eine Intervention werden entsprechend Sicherheitsbedenken aufgrund der ungünstigen Gesundheitsoutcomes von Frauen und ihren Kindern aufgeführt. Obwohl eine sichere Betreuung essenziell ist, sollte nicht ausser Acht gelassen werden, dass auch medizinische Interventionen das Risiko zusätzlicher Komplikationen erhöhen (Heslehurst et al., 2008; Kerrigan et al., 2015). Es ist z. B. bekannt, dass die kontinuierliche Herztonüberwachung bei Gebärenden zu einem höheren Risiko für (vaginal)operative Geburtsbeendigungen führt (Alfirevic et al., 2017). Diese erhöhen wiederum das Risiko für Infektionen (Conner et al., 2014; Mohamed-Ahmed et al., 2019) und postpartale Blutungen (Fawcett & Moodley, 2013). Es bleibt also zu klären, ob die mit Adipositas assoziierten möglichen Komplikationen und Gefahren tatsächlich eine medikalierte Betreuung fordern oder ob die risiko-orientierte Geburtshilfe mitsamt den damit verbundenen Interventionen das Auftreten perinataler Komplikationen bei Frauen mit Adipositas begünstigt.

Abbildung 1: Anteil Frauen im reproduktiven Alter mit Adipositas in der weiblichen Gesamtbevölkerung von 1992 bis 2017 in der Schweiz
Eigene Darstellung (2019), Daten vom Bundesamt für Statistik (2018)

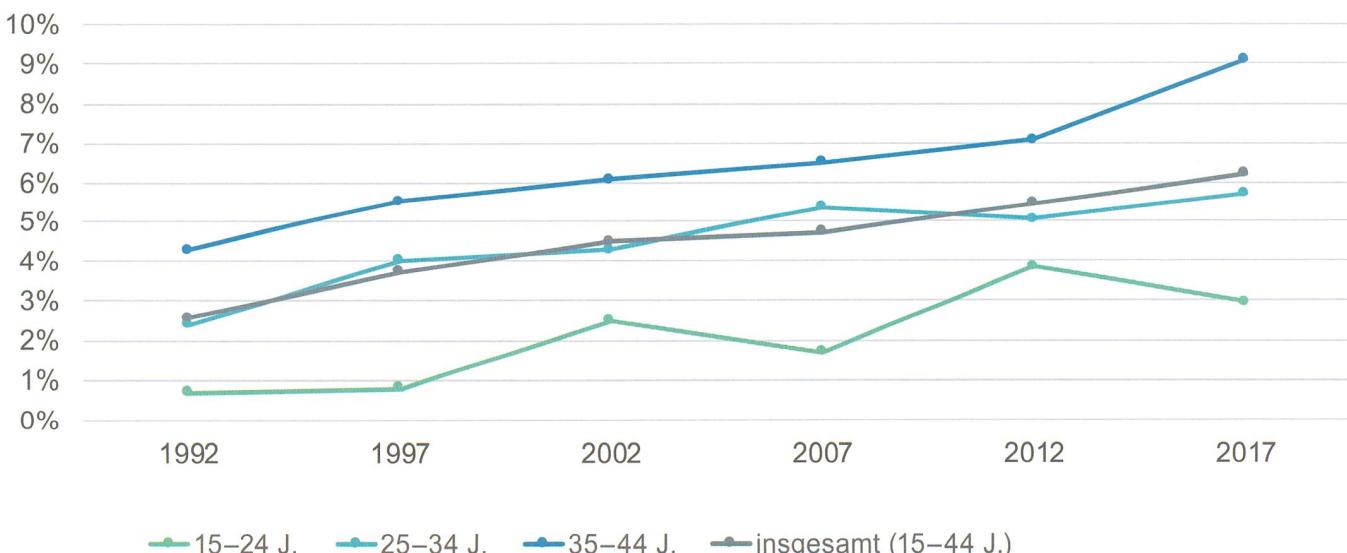


Abbildung 2: Schematische Darstellung der multikriteriellen Entscheidungsanalyse zur Unterstützung der Entscheidungsfindung rund um die Geburtsbetreuung von Frauen mit Adipositas
Eigene Darstellung (2019)



Gibt es Leitlinien?

Während einige Versorgungsempfehlungen für Frauen mit Adipositas in der Schwangerschaft und im Wochenbett bestehen, fehlt es an spezifischen und einheitlichen Empfehlungen für die Geburtsbetreuung betroffener Frauen. Eine deutschsprachige Leitlinie der Schweizerischen, Österreichischen und Deutschen Gesellschaften für Geburts- hilfe und Gynäkologie zum Thema «Adipositas und Schwangerschaft» soll diesen Herbst veröffentlicht werden (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., 2019). In den englischsprachigen Leitlinien (Davies et al., 2018; Denison et al., 2019; Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015) wird v. a. auf die Relevanz der Risikoberatung sowie die Notwendigkeit von verschiedenen Screenings hingewiesen. In Bezug auf die Geburtsversorgung bei maternaler Adipositas finden sich jedoch unterschiedliche Empfehlungen in den Leitlinien (Vitner et al., 2019). Entscheidungshilfen für die Betreuung von Frauen mit Adipositas, die sowohl die Charakteristika der Frau als auch ihre individuellen Bedürfnisse miteinbeziehen, sind deshalb trotz der vorhandenen Leitlinien erforderlich, um die partizipative Entscheidungsfindung zwischen betroffenen Frauen und Fachpersonen zu fördern. Es wird vermutet, dass durch eine personenzentrierte Betreuung

unnötige Interventionen vermieden und die Gesundheit von Frauen und ihren Kindern positiv beeinflusst werden könnte.

Forschungsprojekt zur «optimalen» Geburtsbetreuung

Ein Projekt der angewandten Forschung und Entwicklung Geburtshilfe an der Berner Fachhochschule Gesundheit hat zum Ziel, Faktoren der Geburtsversorgung von Frauen mit Adipositas zu analysieren sowie Nutzen und Risiken verschiedener Alternativen aufzuzeigen. Dabei wird der Frage nachgegangen, wie eine «optimale» Geburtsbetreuung bei maternaler Adipositas definiert

wird. Das Projekt analysiert, welche Alternativen zum «Optimum» beitragen und wie dieses je nach Perspektive unterschiedlich eingeschätzt wird. Das übergeordnete Ziel des Projektes ist, die transparente und personenzentrierte Entscheidungsfindung in der Geburtsbetreuung von Frauen mit Adipositas zu fördern.

Welche Projektschritte sind geplant?

Die komplexe Entscheidung, die zu einer «optimalen» Geburtsbetreuung führen soll, wird mittels der multikriteriellen Entscheidungsanalyse in einzelne Faktoren auf ver-

AUTORINNEN



Carmen Wyss,
MA Health Sciences, BSc Hebammme, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in Lehre und Forschung der Abteilung Geburtshilfe des Departements Gesundheit an der Berner Fachhochschule. Sie beginnt im Februar 2020 ihre Dissertation im Projekt «Förderung der optimalen Geburtsbetreuung bei maternaler Adipositas mithilfe der multikriteriellen Entscheidungsanalyse» (OptiMAM).



Evelyne Aubry,
PhD. Phil. nat., ist Biologin und Public-Health-Expertin. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Geburtshilfe des Departements Gesundheit an der Berner Fachhochschule und forscht im Bereich «Adipositas in der Schwangerschaft».

Am Beispiel der Geburt zeigt sich, dass die Betreuung von Frauen mit Adipositas oftmals risikofokussiert und medikalisiert ist.

schiedenen Ebenen aufgebrochen und strukturiert. Durch Einbezug und Befragung relevanter Stakeholder wie betroffenen Frauen, Hebammen, Ärztinnen und Ärzten werden die angestrebten Betreuungsziele (z.B. bestmögliche physische und psychische Gesundheit bei Frau und Kind, positives Geburtserlebnis, Machbarkeit für Fachpersonen/Institution) sowie die möglichen Betreuungsalternativen (z.B. Versorgungsmodell, Geburtssetting, geplanter Geburtsmodus) aus der jeweiligen Perspektive definiert. In einem zweiten Schritt wird quantitativ bewertet, inwiefern die genannten Alternativen mit den Zielvariablen in Zusammenhang stehen. Damit wird aufgezeigt, welche Betreuung sich eignen könnte,

um die Zielerreichung zu unterstützen. Ein Ranking, bei dem die Stakeholder die Relevanz der angestrebten Ziele bewerten und diese priorisieren, führen in einem dritten Schritt zu deren Gewichtung für die Entscheidung. In diesem angepassten Modell findet schliesslich eine Bewertung der Alternativen anhand der Erreichung der gewichteten Ziele statt. D.h. es wird berechnet, inwiefern die genannten Alternativen zu einer «optimalen» Geburtsbetreuung führen (siehe Abbildung 2). Die Methodik der multikriteriellen Entscheidungsanalyse hat den Vorteil, dass Vorhersagen über objektive Daten mit subjektiven Präferenzen verknüpft werden. Der Einbezug der verschiedenen (Fach-)Personen er-

möglicht, dass die Entscheidung aus einer Vielzahl von Perspektiven betrachtet sowie das Modell an verschiedene Settings der Geburtsversorgung angepasst werden kann. Indem der Fokus auf die Ziele der Stakeholder gelegt wird, führt das Vorgehen weg von vorurteilsbelasteten und wenig zielführenden Diskussion über Betreuungsalternativen hin zu einem besseren Gesamtverständnis der Entscheidungssituation.

Ein tieferes Verständnis der Zusammenhänge ist zentral

Maternale Adipositas und ihre kurz- und langfristigen gesundheitlichen Folgen für Frauen und ihre Kinder stellen die Gesundheitsversorgung vor vielfältige Herausforderungen. Es ist unabdingbar, ein tieferes Verständnis der Zusammenhänge zwischen der Betreuung und den angestrebten Zielen zu gewinnen, um optimale Outcomes zu ermöglichen. Die Entwicklung eines umfassenden Ansatzes für eine transparente und personenzentrierte Entscheidungsfindung in der Betreuung von Frauen mit Adipositas ist von Relevanz für die Gewährleistung einer von ethischen Prinzipien geleiteten Geburtshilfe. Dieses Projekt wird hierzu einen Beitrag leisten. ◎

Literatur

- Abenhaim, H. A. & Benjamin, A. (2011)** Higher Caesarean Section Rates in Women With Higher Body Mass Index: Are We Managing Labour Differently? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*; 33(5), 443–448. doi:10.1016/s1701-2163(16)34876-9.
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M. & Cuthbert, A. (2017)** Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev; 2, Cd006066. doi:10.1002/14651858.CD006066.pub3.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2019)** Angemeldetes Leitlinienvorhaben: Adipositas und Schwangerschaft. www.awmf.org
- Aubry, E. M., Oelhafen, S., Fankhauser, N., Raio, L. & Cignacco, E. L. (2019)** Adverse perinatal outcomes for obese women are influenced by the presence of comorbid diabetes and hypertensive disorders. *Scientific Reports*; 9(1), 9793. doi:10.1038/s41598-019-46179-8.
- Azais, H., Leroy, A., Ghesquiere, L., Deruelle, P. & Hanssens, S. (2017)** Effects of adipokines and obesity on uterine contractility. *Cytokine Growth Factor Rev*; 34, 59–66. doi:10.1016/j.cytogfr.2017.01.001.
- Bogaerts, A., Witters, I., Van den Bergh, B. R., Jans, G. & Devlieger, R. (2013)** Obesity in pregnancy: altered onset and progression of labour. *Midwifery*; 29(12), 1303–1313. doi:10.1016/j.midw.2012.12.013.
- Conner, S. N., Verticchio, J. C., Tuuli, M. G., Odibo, A. O., Macones, G. A. & Cahill, A. G. (2014)** Maternal obesity and risk of postcesarean wound complications. *Am J Perinatol*; 31(4), 299–304. doi:10.1055/s-0033-1348402.
- Davies, G. A. L., Maxwell, C. & McLeod, L. (2018)** No. 239-Obesity in Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*; 40(8), e630-e639. doi:10.1016/j.jogc.2018.05.018.
- Denison, F. C., Aedla, N. R., Keag, O., Hor, K., Reynolds, R. M., Milne, A. & Diamond, A. (2019)** Care of Women with Obesity in Pregnancy: Green-top Guideline No. 72. *BJOG*; 126(3), e62-e106. doi:10.1111/1471-0528.15386.
- Devlieger, R., Benhalima, K., Damm, P., Van Assche, A., Mathieu, C., Mahmood, T. ... Bogaerts, A. (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 (EBCOG). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 201, 203–208. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.04.005.
- Fawcett, S. & Moodley, J. (2013)** Postpartum haemorrhage associated with caesarean section and caesarean hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 27(2), 233–249. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.08.018.
- Fruh, S. M. (2017)** Obesity: Risk factors, complications, and strategies for sustainable long-term weight management. *J Am Assoc Nurse Pract*; 29(S1), S3–S14. doi:10.1002/2327-6924.12510.
- Heslehurst, N., Simpson, H., Ells, L. J., Rankin, J., Wilkinson, J., Lang, R., ... Summerbell, C. D. (2008)** The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. *Obes Rev*; 9(6), 635–683. doi:10.1111/j.1467-789X.2008.00511.x.
- Kerrigan, A., Kingdon, C. & Cheyne, H. (2015)** Obesity and normal birth: A qualitative study of clinician's management of obese pregnant women during labour. *BMC Pregnancy Childbirth*; 15, 256. doi:10.1186/s12884-015-0673-2.
- Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K. & Begley, C. (2015)** Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev*; 16(8), 621–638. doi:10.1111/obr.12288.
- Mohamed-Ahmed, O., Hinshaw, K. & Knight, M. (2019)** Operative vaginal delivery and post-partum infection. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 56, 93–106. doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.09.005.
- Rogers, A. J. G., Harper, L. M. & Mari, G. (2018)** A conceptual framework for the impact of obesity on risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*; 219(4), 356–363. doi:10.1016/j.ajog.2018.06.006.
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (2017)** Management of Obesity in Pregnancy. <https://ranzco.org.au>
- Schweizerisches Bundesamt für Statistik (2018)** Schweizerische Gesundheitsbefragung: Übergewicht. www.bfs.admin.ch
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (2015)** ACOG Practice Bulletin No 156: Obesity in Pregnancy. *Obstet Gynecol*; 126(6), e112-126. doi:10.1097/aog.0000000000001211.
- Vitner, D., Harris, K., Maxwell, C. & Farine, D. (2019)** Obesity in pregnancy: a comparison of four national guidelines. *J Matern Fetal Neonatal Med*; 32(15), 2580–2590. doi:10.1080/14767058.2018.1440546.