

Frühgeburten

Ursachen für steigende Raten sind noch unzureichend erforscht

Die Frühgeburtenraten nehmen in den letzten Jahren und Jahrzehnten nahezu in allen industrialisierten Ländern zu. Zwischen 1990 und 2010 ist die Frühgeburtenrate z. B. in den USA um 16 %, in Niedersachsen um 17 % gestiegen (siehe Abb. 1).

Deutschland weist im Vergleich der europäischen und nordamerikanischen Staaten nach den USA die höchste Frühgeburtenrate auf (1). Im Jahr 2010 sind 9,1 % Frühgeborene, 8,1 % Frühgeburten und 7,2 % Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm zu verzeichnen. Absolut wurden 59.711 Neugeborene als Frühgeburten lebend geboren (2).

Implikationen der Frühgeburtenlichkeit

Frühgeburten verursachen viel menschliches Leid und führen oft lebenslang zu erhöhter Morbidität. Auch die damit verbundene erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führt zu hohen Kosten im Gesundheitswesen. Die Kosten einer Frühgeburt von der Schwangerschaft über die Geburt bis hin zum ersten Lebensjahr des Kindes

betragen nach zuverlässigen Schätzungen 50.800 Euro gegenüber 5.800 Euro bei nicht Frühgeborenen (3, 4). Demzufolge verursachen Frühgeburten in Deutschland allein im ersten Lebensjahr jährlich 3,3 Milliarden Euro Kosten.

Ursachen der Frühgeburten und der Trendentwicklung

In Bezug auf die Ursachen der Frühgeburten muss man zunächst zwischen den spontanen und elektiven Frühgeburten unterscheiden. In Niedersachsen waren im Jahr 2007 von insgesamt 4.924 Frühgeburten 2.688 elektive Frühgeburten (55 %). Der epidemiologische Wissensstand zu den verschiedenen Risikofaktoren der (spontanen) Frühgeburt ist vergleichsweise durchaus befriedigend, auch wenn die auslösenden Mechanismen bislang letztlich nicht verstanden sind. Zu den

wichtigsten Ursachen der spontanen Frühgeburt gehören: geringes und hohes Alter, Morbidität, geringe Bildung, Vaginalinfektionen, Rauchen und Stress.

Für die USA haben Chang et al. aktuell eine Analyse durchgeführt, die die wesentlichen Ursachen für die steigende Zahl der Frühgeburten von 10,6 % auf 12,5 % (+ 1,9 %) zwischen 1989 und 2004 zeigt (5). Danach lassen sich 21 % der Frühgeburten auf die Sectio, 16 % auf die reproduktionsmedizinischen Maßnahmen und 11 % auf das steigende Alter der Mütter zurückführen. Für über 50 % der Frühgeburten konnten die Auslöser nicht erklärt werden können.

Auch in Deutschland nimmt das Alter der Erstgebärenden zu und auch die Bedingungsfaktoren 2 bis 4 treffen zu (siehe Infokasten oben rechts), wobei der Beitrag der Reproduktionsmedizin und der iatrogenen Effekte auf der Grundlage der vorhandenen Daten empirisch schwer zu bestimmen ist. Ohne Zweifel dürfte aber die in Deutschland zwischen 2002 und 2010 von 24 % auf 31 % gestiegene Sectiorate einen erheblichen Beitrag zum Trend der Frühgeburtenentwicklung geleistet haben. Wenn dem so ist, ist aber die relative Konstanz der Raten nicht erklärbar, es sei denn, wesentliche Risikofaktoren der Frühgeburt unter Frauen im gebärfähigen Alter nehmen deutlich ab.

Effekt des Nichtrauchens auf die Frühgeburtenrate

Einer dieser Faktoren könnte der Rückgang des Rauchens unter Schwangeren sein. Unter BabyCare-Teilnehmerinnen beobachten wir von 2000 bis 2008 einen deutlichen Rückgang des Rauchens (Angabe: Rauchen zum Zeitpunkt der Diagnose der Schwangerschaft, siehe Abb. 2). Bei einem geschätzten populationsattributablen Risiko von rund 8 % könnte dieser Rückgang einen sichtbar senkenden Effekt auf die Frühgeburtenrate haben.

Schlussfolgerungen

Repräsentative Daten zu den Lebensbedingungen und Lebens-

Die Bedingungsfaktoren der zeitlichen Entwicklungstrends der Frühgeburtenraten

1. Steigendes Alter der Erstgebärenden und höhere Morbidität
2. Reproduktionsmedizinische Behandlungen und erhöhte Zahl an Mehrlingsschwangerschaften
3. Iatrogene Effekte des Überlebens der früher Verstorbenen „very preterms“
4. Steigende Sectiohäufigkeiten
5. Zunahme oder Abnahme der Prävalenz der Risikofaktoren unter Schwangeren (z. B. Rauchen)

Regionale Unterschiede der Rate geringen Geburtsgewichts (< 2.500 Gramm) und der Frühgeborenen (NRW 2011)

	Gewicht bis 2.499 g %	Frühgeburt < 37 SSW %
Coesfeld	5,4	6,8
Münster	5,4	6,8
Rhein-Berg. Kreis	5,6	7,1
Warendorf	5,8	7,3
Oberbergischer Kreis	6,0	7,6
Paderborn	6,1	7,7
Nordrhein-Westfalen	7,2	9,0
Bottrop	8,3	10,4
Oberhausen	8,3	10,4
Soest	8,4	10,5
Duisburg	8,4	10,6
Aachen (LK)	8,5	10,7
Herne	8,7	10,9
Recklinghausen	8,8	11,1
Krefeld	8,9	11,2
Gelsenkirchen	9,3	11,7
Hagen	9,3	11,7

Abb. 3: Die Frühgeburtenraten in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen unterscheiden sich um mehr als 70 Prozent.

gewohnheiten von Schwangeren in Deutschland liegen seit Jahren nicht mehr vor. Mit Ausnahme der klinisch-medizinischen Parameter in den Perinataldaten ist die epidemiologische Datenlage zu Geburten und Frühgeburten in höchstem Maße defizitär.

Zur Prüfung der Wirksamkeit laufender Maßnahmen zur Verringerung von Frühgeburten und zur Konzeption weiterer Projekte ist die Verbesserung der epidemiologischen Datenlage dringend. Hierzu gehören neben einer deutlich differenzierteren Analyse der Perinataldaten auch die Schaffung präventionsrelevanter Datensysteme in Form von Surveys, aber auch die gezielte Auswertung der vorhandenen Perinataldaten z. B. nach den Ursachen der erheblichen regionalen Unterschiede im Frühgeburtsgeschehen. So unterscheiden sich die Frühgeburtenraten in den Kreisen und kreisfreien Städten in NRW um mehr als 70 Prozent (siehe Abb. 3).

Literatur

1. EURO-PERISTAT Project (2008). European Perinatal Health Report, Retrieved from <http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf>

2. BQS-Bundesauswertung 2010 Geburtshilfe http://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu_Gesamt_16N1-GEbH_2010.pdf
3. Kirschner, W. et al.: Kosten der Früh- und Nichtfrühgeburten und die Effektivität und Effizienz von Präventionsprogrammen am Beispiel von BabyCare: Eine Schätzung auf der Grundlage der Diagnose Related Groups (DRG) unter Berücksichtigung der Primäraufnahmen in der Neonatologie. Prävention und Gesundheitsförderung, No. 1, pp. 41–50, ISSN 1861–6755, 2009
4. March of Dimes (2009). Medical costs for one premature baby could cover a dozen healthy births. Press release 17 March 2009
5. Chang, H.H. et al.: Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index, Lancet. 2013 Jan 19; 381(9862):223–34

Autoren

Prof. Dr. med. Klaus Friese

Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. phil. Wolf Kirschner

FB+E GmbH
Forschung, Beratung
und Evaluation, Berlin



Entwicklung der Frühgeburtenraten in Niedersachsen und in den USA zwischen 1990 und 2010

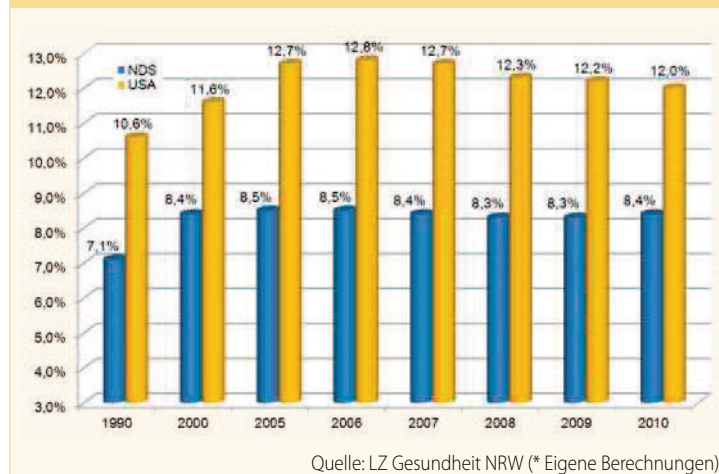


Abb. 1: Eine deutliche Zunahme der Inzidenzen ist bis zum Jahr 2006 festzustellen. Ab 2007 zeigt sich in den USA ein sinkender Trend und in Niedersachsen eine relative Konstanz.

Rauchen im Zeitvergleich

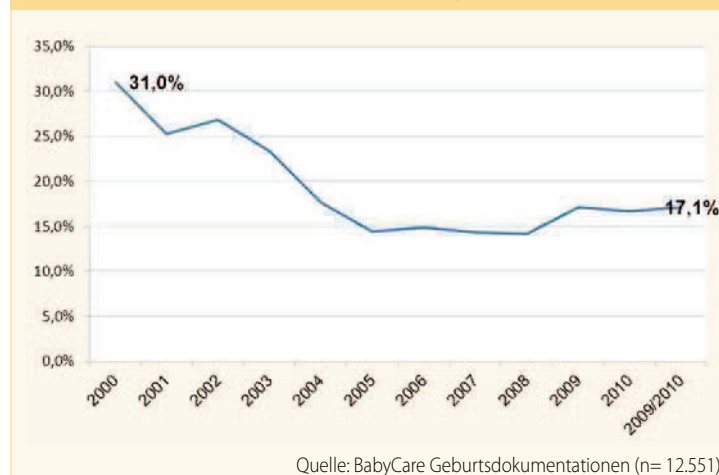


Abb. 2: Gaben im Jahr 2000 noch etwa 31 Prozent der Frauen an, zum Zeitpunkt der Diagnose der Schwangerschaft geraucht zu haben, waren es in 2009/2010 nur noch 17,1 Prozent.