



Actualités OFS BFS Aktuell Attualità UST

14 Gesundheit

Neuchâtel, 3.2012

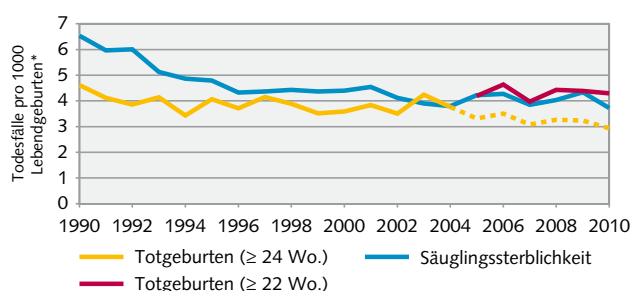
Totgeburten und Säuglingssterblichkeit 2003–2010 Entwicklungen, Todesursachen und Risikofaktoren

Die Säuglingssterblichkeit ist in den letzten Jahren nur sehr leicht zurückgegangen, während die Zahl der Totgeburten seit Anfang der 1990er-Jahre relativ stabil geblieben ist. Welche Kinder sind am meisten gefährdet und bei welchen Schwangerschaften besteht das grösste Risiko?

Die Totgeburtenrate¹ ist zwischen 1970 und 1990 um die Hälfte zurückgegangen, seit 1990 ist sie jedoch fast unverändert geblieben und seit einigen Jahren steigt die Zahl der verzeichneten Totgeburten sogar leicht an (G1).

Totgeburten und Säuglingssterblichkeit
1990–2010

G 1



* Totgeburten: pro 1000 Geburten

© BFS

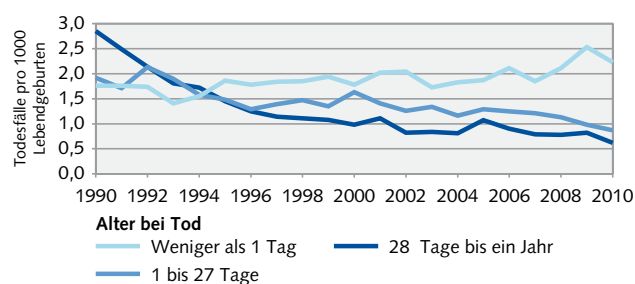
Allerdings wurde am 1. Januar 2005 die Registrierungsgrenze für Totgeburten von 24 auf 22 Schwangerschaftswochen herabgesetzt, was logischerweise zu einer Zunahme der erfassten Totgeburten führte. Gegenwärtig werden jedes Jahr 340 bis 350 Totgeburten verzeichnet.

¹ Zahl der tot geborenen Kinder (Totgeburten) pro 1000 Geburten (Lebend- und Totgeburten).

Die Säuglingssterblichkeitsrate² hingegen ist zwischen 1990 und 2010 um rund 40% zurückgegangen. Diese Abnahme ist jedoch von Jahr zu Jahr weniger ausgeprägt. Zurzeit sterben jährlich weniger als fünf von 1000 Kindern in ihrem ersten Lebensjahr (dies entspricht 300–330 Todesfällen pro Jahr), mit einer Übersterblichkeit der Knaben von ungefähr 20% im Vergleich zu den Mädchen.

Sterblichkeitsrate nach Alter der Säuglinge
1990–2010

G 2



© BFS

Bei den Todesfällen in den ersten 24 Stunden nach der Geburt lässt sich ein leichter Anstieg feststellen, während die später verzeichneten Todesfälle zurückgehen (G2). Besonders deutlich ist dieser Rückgang bei den Todesfällen, die nach 28 Tagen oder mehr eintreten, was sich hauptsächlich mit der starken Abnahme der Fälle von plötzlichem Kindstod seit Anfang der 1990er-Jahre erklären lässt. Dementsprechend hat sich die Altersverteilung der verstorbenen Kinder zwischen 1990 und 2010 verändert. Die Todesfälle von Kindern, die weniger als einen Tag alt werden, machten 1990 rund ein Viertel der Fälle aus, heute beträgt ihr Anteil 60%.

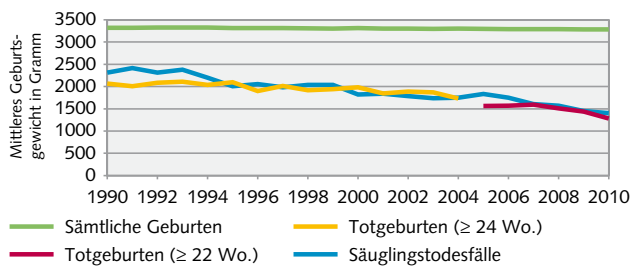
² Zahl der Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr pro 1000 Lebendgeburten.

Geburtsgewicht, Gestationsalter und Mehrlingsgeburten

Das Geburtsgewicht der tot geborenen sowie der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder hat sich seit 1990 ebenfalls verändert (G3). Während das Durchschnittsgewicht aller Neugeborenen zwischen 1990 und 2010 um rund 30 Gramm zurückgegangen ist, ist das mittlere Geburtsgewicht der innerhalb des ersten Lebensjahres verstorbenen Kinder von etwas mehr als 2500g auf unter 1500g gesunken. Das Gewicht der Totgeborenen weist eine ähnliche Entwicklung auf, wobei die Herabsetzung der Erfassungsgrenze diese Tendenz leicht verstärkte.

Geburtsgewicht 1990–2010

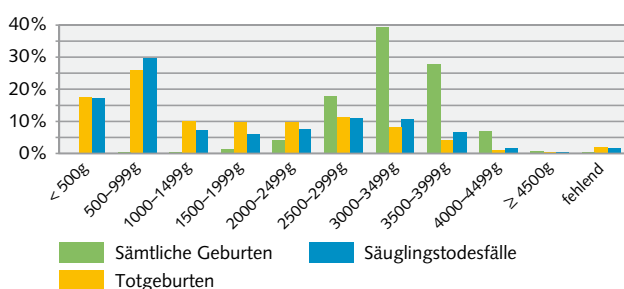
G 3



Die Gewichtsverteilung der tot geborenen und der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder unterscheidet sich stark von derjenigen sämtlicher Neugeborener (G4). Gesamthaft wiegen mehr als 80% der Neugeborenen bei der Geburt zwischen 2500g und 4000g. Über 40% der tot geborenen sowie der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder weisen ein Geburtsgewicht von weniger als 1000g auf, während unter sämtlichen Neugeborenen nur 0,4% in diese Gewichtskategorie fallen. Unter den tot geborenen und den im ersten Lebensjahr verstorbenen Säuglingen hat der Anteil der Neugeborenen mit einem extrem niedrigen Geburtsgewicht seit 1990 stark zugenommen, was die Abnahme des Durchschnittsgewichts erklärt.

Gewichtsverteilung: sämtliche Geburten, Totgeburten und Säuglingstodesfälle 2003–2010

G 4

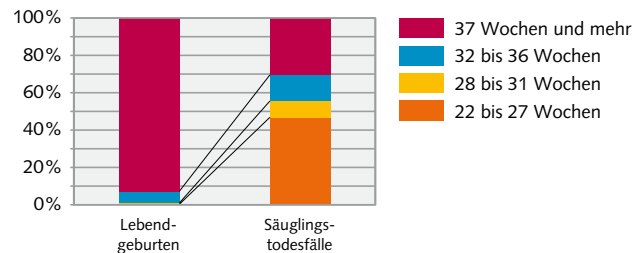


Die Totgeburten- und die Säuglingssterblichkeitsrate ist bei den tiefsten Gewichtskategorien und den deutlich zu früh geborenen Kindern hoch. Nahezu eines von zwei geborenen Kindern mit einem Gewicht von weniger als 500g ist eine Totgeburt, bei einem Gewicht zwischen 500g und 1000g jedes vierte. Rund ein Drittel der Lebendgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1000g sterben vor ihrem ersten Geburtstag, meistens in den Stunden nach der Geburt. Zum Vergleich: Für Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 2500g beträgt dieses Risiko ein Promille.

Das Gewicht des Kindes nimmt im Verlaufe der Schwangerschaft zu und Frühgeborene weisen somit im Schnitt ein tieferes Gewicht auf als termingeborene Kinder. Die Zunahme des Anteils der Neugeborenen mit einem extrem tiefen Geburtsgewicht an den tot geborenen und im ersten Lebensjahr verstorbenen Kindern hängt demzufolge mit der Zunahme des Anteils der extremen Frühgeburten zusammen.

Verteilung der Lebendgeburten und der Säuglingstodesfälle nach Gestationsalter 2007–2010

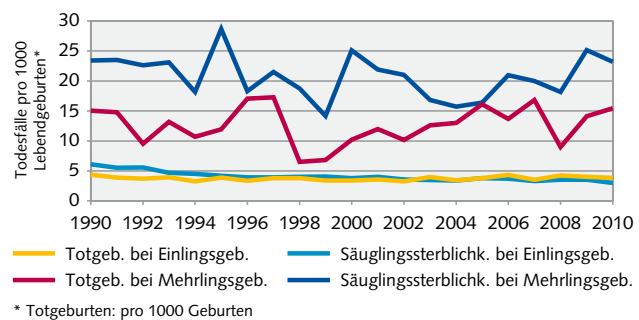
G 5



Die Frühgeburten machen 7,7% sämtlicher Geburten, aber einen Grossteil der Totgeburten und der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder aus. Drei Viertel der Totgeburten finden vor dem Geburtstermin statt und rund 70% der Fälle von Säuglingssterblichkeit betreffen zu früh geborene Kinder. Je früher die Geburt ist, umso höher ist das Sterblichkeitsrisiko. Dies gilt insbesondere für Geburten vor der 28. Schwangerschaftswoche, die zwischen 2007 und 2010 weniger als 0,4% der Lebendgeburten, aber 47% der Säuglingstodesfälle ausmachten (G5). Das Risiko eines Todes im ersten Lebensjahr liegt bei den vor der 28. Schwangerschaftswoche geborenen Säuglingen bei rund 50%, während es bei den Termingeburten ein Promille beträgt.

Totgeburten und Säuglingssterblichkeit bei Einlings- und Mehrlingsgeburten 1990–2010

G 6



Der Anteil der Mehrlingsgeburten nimmt stetig zu und ist von 23 pro 1000 Kinder im Jahr 1990 auf 37 pro 1000 Kinder im Jahr 2010 angestiegen. Dies lässt sich mit dem höheren Alter der Mütter bei der Geburt und einer häufigeren Inanspruchnahme von Methoden der Reproduktionsmedizin erklären. Bei Mehrlingsgeburten ist das Risiko einer Totgeburt drei- bis viermal und dasjenige eines Todes im ersten Lebensjahr fünf- bis sechsmal höher als bei Einlingsgeburten (G6). Mehrlinge kommen drei bis vier Wochen früher zur Welt und wiegen bei der Geburt im Durchschnitt ein Kilogramm weniger, was ihre höhere Sterblichkeitsrate erklärt. Bei gleichem Gewicht oder gleichem Gestationsalter ist die Sterblichkeit von Mehrlingen jedoch häufig tiefer oder gleich hoch wie die von Einlingen.

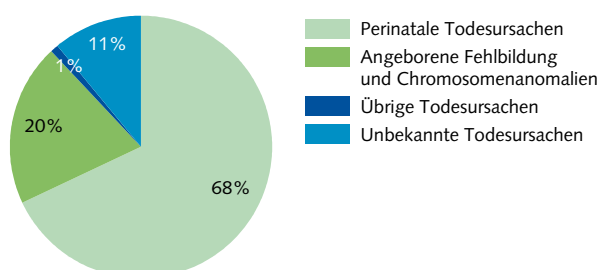
Unter den Einlingsgeburten weisen Kinder mit einer intrauterinen Wachstumsretardierung³ (auch neonatale Hypotrophie oder SGA für «small for gestational age» genannt) ein fünfmal höheres Risiko für eine Totgeburt und ein dreimal höheres Risiko im ersten Lebensjahr zu sterben auf als Einlinge ohne Wachstumsretardierung.

Todesursachen

Totgeburten sind meistens auf eine Ursache für perinatale Sterblichkeit zurückzuführen (G7). Die häufigsten Ursachen hierfür sind Plazenta-, Nabelschnur oder Blasenkomplikationen, ein Fetal Tod nicht näher bezeichneter Ursache, eine hypertensive Erkrankung der Mutter oder ein vorzeitiger Blasensprung. Ungefähr eine von fünf Totgeburten wird durch eine Fehlbildung oder eine Chromosomenanomalie verursacht.

Ursachen für Totgeburten
2007–2009

G 7

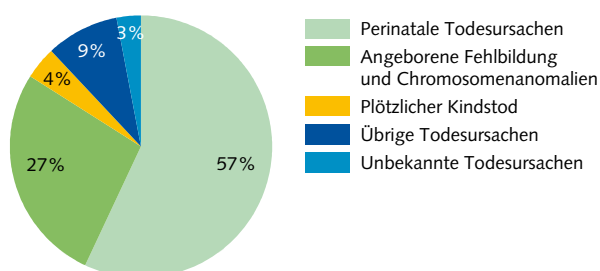


© BFS

Gegenwärtig sind mehr als die Hälfte der Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr Folge einer Ursache im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt. Dabei kann es sich beispielsweise um einen vorzeitigen Blasensprung, eine Infektion der Fruchthöhle, eine Frühgeburt, eine Asphyxie unter der Geburt oder ein Atemnotsyndrom der Neugeborenen handeln. Angeborene Fehlbildungen und Chromosomenanomalien sind für etwas mehr als einen Viertel der Todesfälle verantwortlich. 4% der Todesfälle sind auf den plötzlichen Kindstod zurückzuführen und die restlichen Todesfälle werden anderen Ursachen (9%) oder einer unbekannten Ursache zugeordnet (G8).

Ursachen für Säuglingstodesfälle
2007–2009

G 8



© BFS

³ Neugeborene, bei denen das Geburtsgewicht unter dem 10. Perzentil einer Referenzpopulation desselben Geschlechts und desselben Gestationsalters liegt.

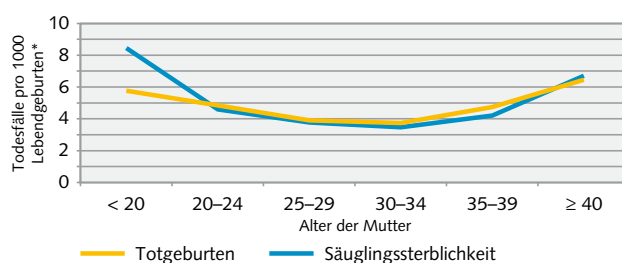
Bei den Frühgeborenen, die vor der 28. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, liegt am häufigsten eine perinatale Ursache vor, während die Termingeborenen häufiger wegen einer angeborenen Fehlbildung oder einer Chromosomenanomalie sterben.

Mütterliche Risikofaktoren

Das Risiko einer Totgeburt oder eines Todes des Kindes im ersten Lebensjahr hängt vom Alter der Mutter ab: In der jüngsten und in der ältesten Alterskategorie der Mütter besteht ein erhöhtes Risiko (G9). In diesen Alterskategorien ist die Geburtenzahl relativ niedrig. Zwischen 2003 und 2010 machten die Geburten von unter 20-jährigen oder 40-jährigen oder älteren Frauen lediglich 1,3% bzw. 4% der gesamten Geburten aus.

Totgeburten und Säuglingssterblichkeit nach Alter der Mutter
2003–2010

G 9



* Totgeburten: pro 1000 Geburten

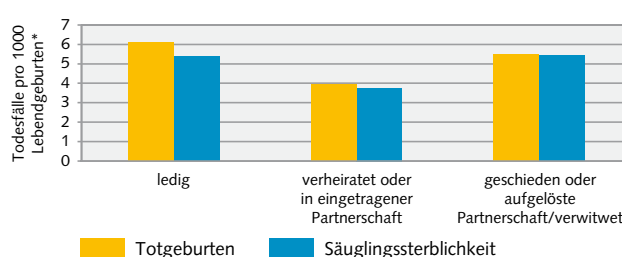
© BFS

Die Säuglingssterblichkeit unterscheidet sich auch je nach Geburtenrang. Das erst- oder zweitgeborene Kind hatte zwischen 2003 und 2010 ein Sterblichkeitsrisiko von rund 4 Promille. Das Risiko war etwas tiefer beim Drittgeborenen (3,7/1000), aber wieder höher für weitere Kinder: 4,4/1000 für das vierte Kind und 5,4/1000 für weitere Kinder, die 3,5%

Totgeburten und Säuglingssterblichkeit
nach Zivilstand der Mutter

2003–2010

G 10



* Totgeburten: pro 1000 Geburten

© BFS

aller Neugeborenen ausmachen.

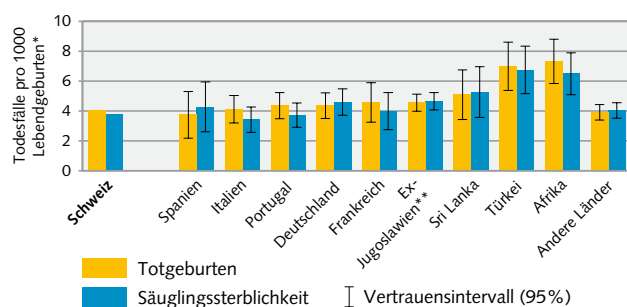
Die Totgeburten- und die Säuglingssterblichkeitsraten liegen bei ledigen, geschiedenen oder verwitweten Frauen höher als bei verheirateten oder in eingetragener Partnerschaft lebenden Frauen (G10). Dieser Einfluss des Zivilstandes auf das Sterblichkeitsrisiko lässt sich auch feststellen, wenn es nur für eine Altersklasse oder für einen bestimmten Rang in der Reihenfolge der Geburten angeschaut wird. Die Übersterblichkeit der Säuglinge von ledigen im Vergleich zu jenen verheirateter Mütter ist von über 70% zu Beginn der 1990er-Jahre auf rund 50% Ende der 1990er-Jahre gesunken und hat sich danach stabilisiert.

Auch in Bezug auf die Nationalität⁴ der Mutter sind Unterschiede bei der Säuglingssterblichkeit zu beobachten. Es können schweizerische, spanische, italienische, deutsche und französische Mütter miteinander verglichen werden (G11)⁵. Das Sterblichkeitsrisiko ist für Säuglinge von Müttern aus Ex-Jugoslawien leicht höher und für jene von türkischen oder afrikanischen Müttern deutlich höher. Für Neugeborene von Müttern aus Sri-Lanka ist der Unterschied statistisch nicht signifikant.

Totgeburten und Säuglingssterblichkeit nach Nationalität der Mutter

2003–2010

G 11



* Totgeburten: pro 1000 Geburten

** Bosnien, Kroatien, Kosovo, Mazedonien, Montenegro, Serbien und Slowenien

© BFS

Datenquellen und methodische Anmerkungen

Die für die Analyse verwendeten Daten stammen aus der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEV-NAT), die ihrerseits auf dem Register Infostar der Zivilstandsämter basiert.

Für die Daten von 1990 bis 2006 wurde die Verbindung der Lebendgeburt mit den Säuglingstodesfällen mittels einer probabilistischen Methode (93% Verknüpfungen) hergestellt. Seit 2007 wird die STAR-Nummer als Datenschnittstelle verwendet (über 99% Verknüpfungen).

Die Säuglingssterblichkeitsrate wird in der Regel berechnet, indem die Zahl der Todesfälle von Säuglingen im ersten Lebensjahr durch die Zahl der Lebendgeburt desselben Kalenderjahrs geteilt wird. Sie kann sich auch auf eine Geburtskohorte beziehen, indem die Säuglingssterblichkeit der Lebendgeburt eines Kalenderjahres herangezogen wird, unabhängig davon, ob die Kinder im gleichen oder im folgenden Jahr sterben. Die letztere Methode wird verwendet, wenn die Säuglingssterblichkeit nach Geburtseigenschaften wie Gewicht, Gestationsalter oder Zivilstand der Mutter berechnet wird. Hier kommt folglich diese Methode zur Anwendung.

⁴ Die Nationalität ist mit einer bestimmten Anzahl soziodemografischer Faktoren verbunden, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können.

⁵ Bei der Berechnung dieser Raten wird die ständige Wohnbevölkerung berücksichtigt, wobei Asylbewerberinnen, Mütter mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung oder Mütter, die zwar in der Schweiz geboren haben, aber im Ausland – unabhängig von ihrer Nationalität – wohnhaft sind, ausgeschlossen werden.

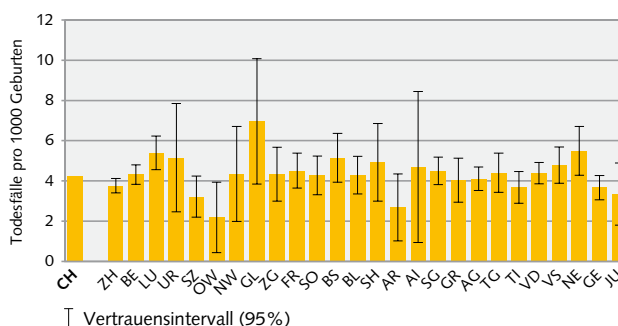
Kantonale Unterschiede

Die Totgeburtenrate und die Säuglingssterblichkeit sind nicht in allen Kantonen gleich hoch. Statistisch gesehen weichen nur der Kanton Obwalden mit einer tieferen und die Kantone Luzern und Neuchâtel mit höheren Totgeburtenraten vom schweizweiten Durchschnitt ab. Was die Säuglingssterblichkeit anbelangt, verzeichnen die Kantone Waadt und Genf unterdurchschnittliche, der Kanton Zürich überdurchschnittliche Raten (G12 und G13).

Totgeburten nach Wohnkanton

2003–2010

G 12

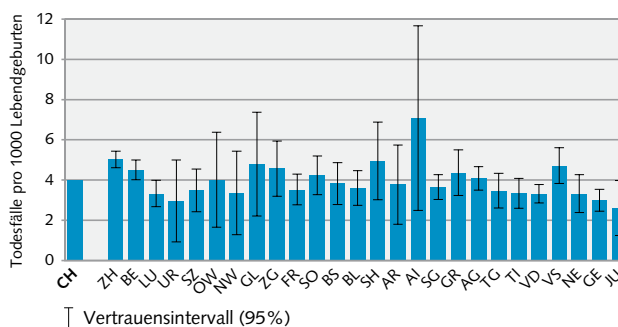


© BFS

Säuglingssterblichkeit nach Wohnkanton

2003–2010

G 13



© BFS

Weitere Informationen im Internet

Daten zur Säuglingssterblichkeit:

www.statistik.admin.ch > Themen > 14-Gesundheit > Fortpflanzung, Gesundheit der Neugeborenen > Säuglingssterblichkeit

www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/01.html

Impressum

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)

Konzept, Redaktion: Sylvie Berrut

Reihe: BFS Aktuell

Fachbereich: 14 Gesundheit

Layout: BFS, DIAM, Prepress / Print

Übersetzung: Sprachdienst BFS

Sprachen: Verfügbar als Pdf auf Deutsch und Französisch

Auskunft: Bundesamt für Statistik, Auskunftsdienst Gesundheit, Tel. 032 713 67 00, E-Mail: gesundheit@bfs.admin.ch

Bestellungen: Bestellnummer: 262-1000-05, gratis

Tel.: 032 713 60 60. E-Mail: order@bfs.admin.ch, Fax: 032 713 60 61