

Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz

Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung
Baden – Württemberg 1998 - 2001

E. Simoes*
S. Kunz**
M. Bosing–Schwenkglenks***
P. Schwoerer*
F.W. Schmahl****

*Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg, Lahr

**Kreiskrankenhaus Reutlingen, Reutlingen

***Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (GeQIK), Stuttgart

**** Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Tübingen, Tübingen

Kontaktadresse: Dr. med. Elisabeth Simoes, MDK Baden-Württemberg, Ahornweg 2, 77933 Lahr.
Telefon: 07821/938178, Telefax: 07821/938295, Email: e.simoes@mdkbw.de

Zusammenfassung

Fragestellung

Wie häufig eine schwangere Frau die Vorsorge in Anspruch nimmt, hängt von vielen Faktoren ab und hat Einfluss auf die Morbidität von Mutter und Kind. Die Schwangerschaftsüberwachung ist darauf ausgerichtet, frühzeitig eine Risikoschwangerschaft zu erkennen oder auszuschließen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund knapper Ressourcen für das Gesundheitswesen weltweit wird derzeit eine Diskussion um Bedeutung, Inhalt und Umfang standardisierter Vorsorgeprogramme geführt. Zur Inanspruchnahme und Effektivität der Vorsorge für das Bundesland Baden-Württemberg wurde daher Datenmaterial aus der landesweiten Perinatalerhebung untersucht.

Material und Methodik

Jede Schwangerschaft und Geburt, die in einer Klinik durchgeführt wird, findet Abbildung in der Perinatalerhebung. Daraus stellten die Arbeitsgruppe Perinatalogie und die GeQiK fragestellungsbezogen Auszüge aus den Jahren 1998 – 2001 zur Verfügung.

Ergebnisse

Defizite bei der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge treten vor allem bei Schwangerschaften mit sozialer Belastung auf, völlig unzureichende Inanspruchnahme ist in dieser Gruppe 12fach häufiger als im Gesamtkollektiv. Bei unverheirateten und Schwangeren nicht deutscher Nationalität besteht eine rückläufige Tendenz mangelnder Inanspruchnahme. Es zeigen sich Vorteile für das mütterliche und kindliche Outcome bei einer Frequenz von *über* fünf Vorsorgeuntersuchungen in einer Schwangerschaft (Frühgeburtsrate, Verlegungsrate in die Kinderklinik, mütterliche Anämiehäufigkeit signifikant geringer).

Schlussfolgerungen

Schwangerschaften mit besonderer sozialer Belastung bedürfen spezieller Konzepte zur Erfassung dieser werdenden Mütter. Die nachweisbaren Vorteile sprechen weiterhin für eine standardisierte Vorsorge in angemessener Frequenz.

Schlüsselwörter: Perinatalerhebung — Frühgeburtlichkeit - Mütterliches Risiko
- Schwangerenvorsorge

Summary

Availment of prenatal care – a mirror of social development and aspects of effectiveness

Study based on the perinatal survey data of the territory of Baden–Württemberg

Purpose

How frequent a pregnant woman attends prenatal care is dependent on many factors and affects morbidity of mother and child. Prenatal care addresses early detection and exclusion of risk pregnancies. With the background of scarce resources in health care systems worldwide, meaning, content and frequency of standardized prenatal care programmes are discussed. Therefore data of the territorial perinatal survey data were studied concerning the aspects of availment and accomplishments of prenatal care in Baden–Württemberg.

Material and Methods

Specific information about each hospital delivery is collected in the territorial perinatal survey. Data extracts from 1998 – 2001 were made available.

Results

In 2001 deficiencies in standard antenatal care were associated with social risk factors. Highly insufficient attendance was 12-fold higher in the group with social handicaps. For unmarried mothers and foreigners the percentage in insufficiently availing of antenatal care is decreasing compared to 1998. There is evidence for a better outcome of mother and newborn, when medical care of pregnancy was attended more than five times during pregnancy (significant for preterm delivery, hospital admission of the newborn, motherly anemia).

Conclusion

Specific concepts to include pregnancies with social handicaps in antenatal care are needed. The obvious benefits favour continuation of standardized prenatal care programmes with sufficient frequency of visits.

Keywords: perinatal survey data - preterm delivery - motherly risk - prenatal care.

Einführung und Fragestellung

Weltweit sterben jeden Tag 1600 Frauen durch Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt ihres Kindes. Nur 65% der Frauen in Entwicklungsländern erhalten eine Geburtsvorsorge, weniger als 30% eine Nachsorge [1]. Deutschland kennt verbindliche Mutterschaftsrichtlinien, welche die Schwangerenvorsorge regeln. Sie gilt Mutter und Kind gleichermaßen.

Die Schwangerschaftsüberwachung ist darauf ausgerichtet, frühzeitig eine Risikoschwangerschaft zu erkennen oder auszuschließen, indem sowohl medizinische als auch psychosoziale und präventiv informative Aspekte berücksichtigt werden. Seit Anfang des vorigen Jahrhunderts wiesen Veröffentlichungen auf die Notwendigkeit ärztlicher Überwachung der Schwangeren hin bis hin zu einem Konzept „Vorschläge für eine gesetzliche Regelung“ durch G. DÖDERLEIN, einem der Wegbereiter der seit 1965 gesetzlichen ärztlichen Schwangerenvorsorge. Die damals (1938) von DÖDERLEIN entworfene Karteikarte für die Untersuchung von Schwangeren lässt bereits die Ansätze einer systematischen ärztlichen Schwangerenbetreuung erkennen. Es war darin Raum für zehn Untersuchungen während der Schwangerschaft vorgesehen [2]. Der Wert einer mehrfachen und standardisierten Vorsorge ist inzwischen belegt. In Deutschland umfasst sie derzeit zehn Kontrollen nach Schema. Die gesetzliche Grundlage hierfür bietet das V. Sozialgesetzbuch (SGB V) mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4: Ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, in Verbindung mit § 196 der Reichsversicherungsordnung (RVO).

Von verschiedenen Seiten, nicht zuletzt auf dem Hintergrund knapper Ressourcen für das Gesundheitswesen weltweit, wird derzeit eine Diskussion um Bedeutung, Inhalt und Umfang standardisierter Vorsorgeprogramme

geführt. Um zu diesen Fragestellungen Aussagen treffen zu können, wurde das Datenmaterial der landesweiten Perinatalerhebung in Baden-Württemberg aus dem Jahr 2001 exemplarisch untersucht. Jede Geburt, die in einer Klinik durchgeführt wird, und die dazugehörige Schwangerschaft finden Abbildung in der Perinatalerhebung. Sie ist die älteste und wohl ausgedehnteste Erhebung zur Qualitätssicherung in Deutschland [3] und hat auch in Baden – Württemberg seit 1985 eine lange Tradition; über 90% der Geburten werden erfaßt.

Wie häufig eine schwangere Frau die Vorsorge in Anspruch nimmt, hat Einfluss auf die Morbidität von Mutter und Kind und hängt von vielen Faktoren ab, wobei auch soziale Bedingungen eine Rolle spielen. Diese unterliegen dem gesellschaftlichen Wandel. Inwieweit sich dabei Unterschiede im Bezug auf verschiedene Gruppen von werdenden Müttern zeigen, ist für die Weiterentwicklung und Unterstützung des Vorsorgeprogramms von Interesse und daher gleichfalls Gegenstand dieser Untersuchung.

Material und Methodik der Untersuchung

Datenmaterial und Statistik

Für die vorliegenden Auswertungen wurde von der Arbeitsgruppe Perinatalogie/Operative Gynäkologie in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle für Qualitätssicherung bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (GeQiK) ein Datenauszug aus der Perinatalerhebung für Baden-Württemberg der Jahre 1998 - 2001 zur Verfügung gestellt.

Für das Jahr 2001 lagen verwertbare Informationen zu einer Gesamtzahl von 88874 Schwangeren vor. Im Jahr 2000 standen Datensätze von 87297

Schwangeren zur Auswertung zur Verfügung, im Jahr 1998 waren es 103945, für das Jahr 1999 insgesamt 101723.

Auf Signifikanz geprüft wurde mit dem T-Test und dem Chi²-Test.

Parameter zum Outcome

Informationen zur Situation der Mutter stehen aus der Anamnese im Mutterpass zur Verfügung. Neben den Angaben zu vorbestehenden Erkrankungen erstrecken sich diese auch auf das soziale Umfeld. Hiervon wurden in bezug auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen die Angaben zu besonderen sozialen und psychischen Belastungen, zum Familienstatus und zur Nationalität ausgewertet. Aus den Parametern des kindlichen Outcome wurden der Tod des Kindes (perinatale Mortalität), die Verlegungsrate in die Kinderklinik und die Frühgeburtlichkeit beobachtet. In bezug auf das mütterliche Outcome berücksichtigt die Auswertung die Parameter, die die Perinatalerhebung als „Komplikationen im Wochenbett“ erfasst: Anämie, Hysterektomie, Tod der Mutter, Blutung über 1000ml und Eklampsie.

Definition mangelnder Inanspruchnahme

Mangelnde Vorsorge wurde angenommen bei weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen in einer Schwangerschaft, in Orientierung an aktuellen Studiendesigns der WHO zur Effizienz von Vorsorgeprogrammen [4],[5]. In verschiedenen Modellen wurden hier fünf bzw. acht Untersuchungen während einer Schwangerschaft als Standard akzeptiert. Da die Mutterschaftsrichtlinien fünf Untersuchungen bereits bis zum 5. Schwangerschaftsmonat regelhaft vorsehen, wurde die nachfolgende Schwangerschaft in bezug auf den Aspekt Frühgeburtlichkeit nicht weiter aufgeteilt, sondern die Grenze bei der 37. Schwangerschaftswoche gelegt. Die Auswertung ging von völlig unzureichender Vorsorge aus, wenn keine oder nur eine dokumentierte Untersuchung in der gesamten Schwangerschaft vorlag.

Ergebnisse

Vorsorgehäufigkeit

Im Gesamtkollektiv des Jahres 2001 liegt der Prozentsatz schwangerer Frauen, die die Vorsorge unzureichend in Anspruch nehmen, mit 2,25 % niedrig. Unterschiede bestehen jedoch zwischen verschiedenen sozialen Gruppen werdender Mütter.

Etwa doppelt so hoch belaufen sich im Jahr 2001 die Prozentsätze für die Gruppe unverheirateter Schwangerer und für Ausländerinnen. Eine mangelnde Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen wird gegenüber dem Gesamtkollektiv deutlich häufiger in den Gruppen festgestellt, die verschiedene Faktoren sozialer Belastung widerspiegeln (Abb. 1). Darunter zählen Schwangerschaften mit der Anamnese „besondere soziale Belastungen“ und die Gruppe unverheirateter Ausländerinnen. Auch die anamnestische Angabe „besondere psychische Belastung“ tritt gegenüber diesen Faktoren zurück. Sie zeigt 2001 eine knapp dreifach so hohe Rate reduzierter Vorsorgefrequenz wie das Gesamtkollektiv. Der Unterschied wird noch deutlicher bei Betrachtung völlig unzureichender Inanspruchnahme (≤ 1 Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft). Hier wirkt sich soziale Belastung in einer 12-fach erhöhten Ausprägung des Merkmals gegenüber dem Gesamtkollektiv aus. Die Situation der unverheirateten Ausländerin schlägt mit etwa 5-facher Erhöhung zu Buche. Bei der mangelnden Vorsorge mit zwei bis fünf Untersuchungen ist der Unterschied gleichfalls vorhanden, jedoch geringer ausgeprägt (Abb. 2).

Ferner wurde verglichen, inwieweit sich in den vergangenen Jahren eine Änderung der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge abzeichnet. Dazu wurden Daten des Jahres 1998 denen aus 2001 gegenübergestellt und dabei zwischen mangelnder (2 – 5) und völlig unzureichender (≤ 1) Vorsorgefrequenz differenziert. Es ergab sich die in Abbildung 3 dargestellte Entwicklung, die fast durchgängig eine rückläufige Tendenz

von Inanspruchnahme unter Standard dokumentiert. Im Gesamtkollektiv sank die völlig unzureichende Inanspruchnahme um 2% auf 0,25% 2001, bei jedoch gleichbleibender Rate niedriger Inanspruchnahme (2 – 5 Untersuchungen).

Mangelnde Vorsorge trat 1998 bei ledigen ausländischen Müttern noch bemerkenswert häufiger auf als 2001. Die stärkste Abnahme mangelnder und völlig unzureichender Vorsorgefrequenz verzeichnet die Gruppe unverheirateter Ausländerinnen. Der Rückgang völlig unzureichender Inanspruchnahme ist in der Gruppe mit besonderer sozialer Belastung am geringsten

Eine Vorsorge über Standard (> 10 Untersuchungen) kommt 2001 wie auch 1998 im Vergleich zum Gesamtkollektiv in erkennbar vermindertem Umfang Schwangeren mit sozialer Belastung zugute und auch seltener unverheirateten Ausländerinnen (Abb. 4).

Eine psychische oder soziale Belastung wird 2001 jeweils seltener angegeben als 1998, jedoch ist bei beiden Faktoren eine Steigerung 2001 gegenüber 2000 zu verzeichnen, prozentual und absolut (Anamnestische Angabe „besondere soziale Belastung“: 1998: 1,58%, n=1650; 1999: 1,64%, n=1670; 2000: 1,17%, n=1023; 2001: 1,28%, n=1142. Anamnestische Angabe „besondere psychische Belastung“: 1998: 2,20%, n=2295; 1999: 2,37%, n=2419; 2000: 1,8%, n=1575; 2001: 1,94%, n=1721).

Parameter des kindlichen Outcome

In den Daten des Jahres 2001 zeigen sich für diejenigen Neugeborenen, deren Mutter in der Schwangerschaft weniger als 5 Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen hatte, erhöhte Häufigkeiten für die perinatale Mortalität, die Verlegungsrate in die Kinderklinik und die Frühgeburtlichkeit (< 37. Woche), (Abb. 5). Der Unterschied zugunsten einer Vorsorgefrequenz von über fünf Untersuchungen erreicht Signifikanzniveau bezüglich der Parameter Frühgeburtlichkeit und Verlegungsrate in die Kinderklinik.

Parameter des mütterlichen Outcome

Die Anämiehäufigkeit 2001 beläuft sich bei Vorsorge im Rahmen des Standards niedriger als bei Schwangeren mit mangelnder Vorsorge. Der Unterschied ist signifikant. Hinsichtlich der anderen Parameter, die in der Kategorie „Komplikationen im Wochenbett“ zum mütterlichen Outcome erhoben werden, war aufgrund der kleinen Zahlen keine statistische oder Trenderaussage zu Unterschieden zwischen Schwangeren mit ausreichender bzw. mangelnder Vorsorgefrequenz möglich (Abb. 6).

Diskussion

Die medizinische Schwangerenvorsorge ist seit 1966 eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. 1968 wurde der Mutterpass eingeführt, die Qualitätssicherung der Leistungserbringung 1988 im § 135 SGB V festgelegt. Daten aus den Erhebungen zur Qualitätssicherung, hier der Perinatalerhebung, dienen in erster Linie der Rückmeldung für die jeweilige Klinik. Sie enthalten jedoch auch Erkenntnisse zum aktuellen Stand und Weiterentwicklungspotential der Geburtshilfe. Im Focus standen für diese Untersuchung die Inanspruchnahme und Aspekte der Effektivität der Vorsorge.

Frequenz von Vorsorgeuntersuchungen

Nach den deutschen Mutterschaftsrichtlinien sind für den Zeitraum der Schwangerschaft bis zum 8. Monat monatlich eine Untersuchung und in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten jeweils zwei Untersuchungen im Abstand von 14 Tagen vorgesehen. Schaut man über die Landesgrenze, so herrschen im Bezug auf die optimale Anzahl der Vorsorgekontrollen während

einer Schwangerschaft unterschiedliche Vorstellungen: Eine vergleichende Erhebung über Anzahl und Inhalte der Schwangerschaftsvorsorge in neun europäischen Ländern hat eine mittlere Zahl von acht Konsultationen pro Schwangerschaft ergeben [6]. Vom American College of Obstetricians and Gynecologists wurden als Standard 14 Untersuchungen empfohlen [7]. In England untersuchte HALL Mitte der 80er Jahre die Effektivität des Schwangerschaftsprogramms [8]. Die Empfehlung beläuft sich auf neun bzw. sieben Untersuchungen [9]. Auf gesetzlicher Grundlage werden in der Schweiz im Rahmen der Grundversicherung für eine normale Schwangerschaft acht Vorsorgekontrollen bezahlt, die postpartale Nachkontrolle miteinbegriffen [10]. In der alten Fassung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) der Schweiz von 1964 waren noch vier Untersuchungen vorgesehen. Vertreter des Sozialversicherungsamtes der Schweiz hatten im Rahmen der Ausweitung allerdings eingewendet, dass die erhöhte Anzahl nicht mit den Empfehlungen der WHO übereinstimmen würde [11].

Ein aktuelles Review der WHO befasst sich mit der Effizienz von Vorsorgeprogrammen [4]. Zugrunde liegt die Feststellung, dass ein Mangel an Evidenz über Inhalt, Häufigkeit und Terminierung der Arztbesuche in Standard-Vorsorgeprogrammen besteht. Das Review bezog sieben randomisierte Studien ein, 57418 Frauen nahmen daran teil, davon 30799 in der Gruppe des neuen Modells mit geringerer Anzahl (durchschnittlich 5 Besuche) und 26619 in der Standardgruppe (durchschnittlich 8 Besuche). Untersucht wurde die Effektivität der verschiedenen Modelle hinsichtlich der Outcome-Parameter Prae-Eklampsie, Harnwegsinfektion, postpartale Anämie, mütterliche Mortalität, geringes Geburtsgewicht und perinatale Mortalität. Ein klinisch unterschiedlicher Effekt in bezug auf diese Parameter war nicht zu verzeichnen, allerdings insbesondere in höher entwickelten Ländern eine Unzufriedenheit der Frauen mit dem neuen Modell. Aus einer Multicenterstudie, die Kliniken aus Argentinien, Kuba, Saudi Arabien und Thailand einbezog, ergab sich ein geringfügig schlechteres Abschneiden des neuen Modells im Blick auf die Erkennung von Eklampsie und Prae-Eklampsie. Weiterhin stellte die Untersuchung Besorgnis aufseiten der

Frauen fest, die eine reduzierte Anzahl von Untersuchungen erhielten sowie eine nicht einheitliche Tendenz zur Kostenersparnis in diesen Ländern [5].

Unzufriedenheit mit einer reduzierten Anzahl von Untersuchungen zeigt sich auch in den Ergebnissen von SIKORSKI et al. [12]. Nach entsprechender Randomisierung wurden Schwangere entweder einem herkömmlichen Zeitplan mit einer angestrebten Zahl von 13 Untersuchungen oder nach einem neuen Programm mit einer reduzierten Zahl von sieben bzw. sechs Untersuchungen betreut. Der Unterschied in den beiden Gruppen war schließlich nicht so groß wie ursprünglich geplant (10,8 versus 8,6). Gemessen an medizinischen Parametern wie Hypertonie, Frühgeburt, mütterliche oder perinatale Morbidität fand sich bei dieser geringen Frequenzdifferenz bei eher hoher Gesamtzahl in beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied. Der Hauptunterschied lag im psychosozialen Bereich sowie im Zufriedenheitsgrad der Frauen. Das reduzierte Modell traf auf schlechtere Akzeptanz.

Outcome – Parameter

Die Daten der Perinatalerhebung 2001 in Baden–Württemberg wie auch andere Quellen bilden unter regionalen Bedingungen erkennbare Vorteile für eine Frequenz von mehr als fünf Vorsorgeuntersuchungen in einer Schwangerschaft ab. Möglicherweise gehen in dieses Ergebnis auch nationale Unterschiede im Vergleich zu den weltweit angelegten Studien der WHO ein.

Seit der Intensivierung der Schwangerschaftskontrollen in der Schweiz (seit 1965) konnte BEGUIN eine Abnahme der mütterlichen und kindlichen Mortalität und eine Abnahme der Frühgeburtenrate zeigen [13].

Die Effizienz einer standardisierten Schwangerenvorsorge für das Neugeborene schlägt sich in einer Untersuchung von WULF in einer verminderten Rate neonataler Mortalität bei entsprechend bzw. über dem Standard betreuten Schwangerschaften gegenüber Vorsorge unter Standard nieder (Frequenz Neugeborenentod: 1,42 versus 0,13 bzw.

0,06%, Frequenz Totgeburten: 1,46 versus 0,25 bzw. 0,09%). Auch die Frühgeburtenrate (19,9 versus 3,3 bzw. 1,8%) und die Verlegungsrate in die Kinderklinik liegen niedriger [14]. Hinsichtlich aller Parameter bewegen sich die in dieser Untersuchung beobachteten Werte und Unterschiede in einer Größenordnung vergleichbar zu den Ergebnissen aus der Perinatalerhebung 2001, wie sie in Abb. 5 gezeigt sind. Beispielsweise wird die Verlegungsfrequenz in die Kinderklinik bei WULF mit 25,8% (unter Standard) versus 8,3% (Standard) bzw. 7,4% (über Standard) angegeben. In der Perinatalerhebung 2001 steht eine Verlegungsrate von 22,25% bei weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen einem Wert von 9,12% bei über fünf Untersuchungen in der Schwangerschaft gegenüber.

In den Untersuchungen der WHO wurden mit Bezug auf das mütterliche Outcome die Anämie, der Harnwegsinfekt und die Eklampsie beobachtet. Da der Angabe „Harnwegsinfekt“ in der Perinatalerhebung bisher keine standardisierte Abfrage zugrunde liegt (was sich im Datensatz 2003 ändern soll [15]), wurde zu diesem Parameter wegen mangelnder Homogenität der Daten hier kein Vergleich angelegt. Die nicht standardisierten erhobenen Parameter sind ein grundlegendes Problem, das auch in anderer Hinsicht die Vergleichbarkeit von Daten aus der Perinatalerhebung erschwert [16]. Zur Eklampsie liegen nur einzelne Fälle vor, die keine statistische Aussage oder Trendanzeige erlauben. Anders als in den multinationalen Studien der WHO zeigt sich für die Anämie der in Abb. 6 dargestellte günstige Effekt höherer Vorsorgefrequenz. Die Anämie ist die häufigste Komplikation im Wochenbett. Oft erfolgt deswegen eine Medikamentenverordnung. Als negative Auswirkungen einer Anämie stehen bei der Mutter gehäufte Infektionen und Frühgeburtslichkeit im Vordergrund. In der Post-Partum-Phase kann der Säugling indirekt Nachteile haben, beispielsweise wenn die mütterlichen Anämiefolgen es erschweren oder unmöglich machen, die Aufgaben der kindlichen Versorgung und Ernährung leicht wahrzunehmen [17]. Daher erscheint es weiterhin sinnvoll, Wege zu nutzen, die Anämiehäufigkeit zu vermindern.

Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme

Die Angriffspunkte der Schwangerschaftsvorsorge liegen zum einen im medizinischen und zum anderen im psychosozialen Bereich [10]. Die Vorsorgekonzepte stützen sich auf drei Grundpfeiler: Screening – Diagnostik und Therapie – Information und Beratung [7]. Auch bei psychosozialen Stress-Situationen, genereller Überforderung etc. sollen Beratung und Unterstützung Abhilfe schaffen.

Familienstand

Noch 1977 wurde eine Dissertation an der Freien Universität Berlin eingeführt mit den Worten: "Die Notwendigkeit, die Situation der ledigen Mütter zu verbessern, wird offensichtlich" [18]. Zugrunde lagen Beobachtungen, dass ledige Schwangere viel seltener zu Vorsorgeuntersuchungen gingen als verheiratete [19],[20]. Teils wurde dies als Folge der Schichtzugehörigkeit gesehen, da wegen des „schlechteren Gesundheitsverhaltens“ Frauen der unteren sozialen Schichten seltener zur Vorsorgeuntersuchung gehen und somit auch die ledigen Schwangeren. Andere Autoren sahen eine Erklärung weniger in der sozialen Schicht als in der psycho-sozialen Stellung der ledigen werdenden Mutter [21].

Die Untersuchung von Heinrichs über 200 Schwangere der Frauenklinik des Klinikums Charlottenburg in der Zeit von Juni 1974 bis Januar 1976 ergab folgende Unterschiede in der Anzahl der Besuche der sogenannten Schwangerenfürsorgestelle zwischen ledigen und verheirateten Müttern:

Keine Untersuchung: 19,3 versus 4 %, 1 – 3 Untersuchungen: 32,6 versus 6%, 4 – 6 Untersuchungen: 24,1 versus 46,0%, 7 – 8 Untersuchungen: 12 versus 18%, öfter als 8 Untersuchungen: 12 versus 26%. Insbesondere die geringe Nutzung einer hochfrequenten Vorsorge durch unverheiratete Mütter korrespondiert zu den hier vorgestellten Daten. Die Untersuchung bestätigte außerdem, dass bei ledigen Müttern mehr Frühgeburten und Geburtskomplikationen auftraten als bei verheirateten. Im

Untersuchungskollektiv war die "untere Unterschicht" am stärksten vertreten. Für die Untersuchenden damals überraschend zeigte sich auch eine Kumulation in den oberen Schichten. Es wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass sich offenbar eine neue Gruppe „lediger Mütter“ entwickelt, die eine Lebensgemeinschaft mit Partner und Kinder ohne die standesamtlich vollzogene Ehe gründen.

Der Anteil mangelnder Inanspruchnahme in dem dargestellten Berliner Untersuchungskollektiv 1974/1975 liegt sehr hoch. Die Gegenüberstellung zu den Perinataldaten Baden–Württemberg 1998 und 2001 zeigt für beide Jahre eine deutlich geringere mangelnde Inanspruchnahme. Sie ergibt sich wohl aus regionalen sowie vor allem aus zeitlichen Unterschieden, wenn man die Entwicklung innerhalb Baden–Württembergs über die Jahre 1998 – 2001 in Betracht zieht. Die Außenseiterposition der unverheirateten werdenden Mutter hat sich zumindest in bezug auf die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge offenbar in den letzten Jahren im Rahmen des gesellschaftlichen Wandels relativiert. Diese Richtung deutet sich in den Schlussfolgerungen, die 1977 von Heinrichs gezogen wurden, bereits an: „Durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit mit der Aufforderung zur Toleranz, durch rechtliche und soziale völlige Gleichstellung der ledigen Mütter und nicht ehelichen Kinder kann die moralische und materielle Diskriminierung dieser Frauen verringert und schließlich ganz beseitigt werden. Psychische Beratung und soziale Hilfen könnten durch besondere Beratungsstellen für die ledigen Schwangeren und Mütter gewährleistet werden. Die alleinige Forderung nach intensiver medizinischer Betreuung der ledigen werdenden Mütter ist nur als ein Versuch der symptomatischen Behebung des Problems anzusehen, während die psychosozialen Hilfeleistungen an den Ursachen angreifen.“

Für die sich jetzt als besonders problembelastet abzeichnende Risikogruppe, Schwangere mit „besonderer sozialer Belastung“, sind aktuell entsprechende konzeptionelle Überlegungen angezeigt.

Besondere psychische und soziale Belastung

Mehrere Untersuchungen bestätigen, dass belastete Schwangerschaften etwa durch sozialen oder psychischen Stress, ein somatisches Risiko für Mutter und Kind darstellen [22],[23]. Aus der Gruppe der anamnestischen Risiken mit dem höchsten relativen Mortalitätsrisiko in der Bayerischen Perinatalerhebung sind die Risiken „besondere psychische und soziale Belastung“ gestiegen: von 1987 versus 1997 haben die psychischen und sozialen Belastungen als Risikofaktoren von 2,5% auf 3,2 % zugenommen [24]. Diese steigende Tendenz ist auch in den Datensätzen 2000 - 2001 in Baden-Württemberg zu verzeichnen, bei gegenüber 1998 insgesamt niedrigerem Niveau.

Kritisch stellt sich in den aktuellen Zahlen die mangelnde Inanspruchnahme bei Vorliegen „besonderer sozialer Belastungen“ dar, wobei eine definitorische Eingrenzung im Sinne von „Ausfüllhinweisen“ zu den Dokumentationsbögen bisher nicht bestand und eine einheitliche Wertung dieser Beobachtung erschwert. Zu den sozial bedeutsamen Faktoren für Schwangerschaft und Geburt, die in diese Wertung eingehen können, zählen neben Alter und Parität der Familienstand sowie der sozialökonomische Status.

Die besondere Gefährdung der Mütter unterer sozialer Schichten (betreffend erhöhte Sterblichkeit, Mangelgeburten, Frühgeburten) ist gekoppelt an ein deutliches Defizit bei der Schwangerenvorsorge:

Der Anteil der sozial Unterprivilegierten ist in der Gruppe mit weniger intensiver Betreuung deutlich höher. Andererseits kann gezeigt werden, dass der Nutzeffekt der Schwangerenvorsorge bei sozialökonomisch schlecht gestellten Schwangeren am größten ist [25],[26]. Ein Vergleich von GREENBERG zwischen Schwangeren mit drei oder mehr Vorsorgeuntersuchungen und weniger als drei Untersuchungen ergab, dass in der letztgenannten Gruppe der Anteil der unverheirateten sowie sozialökonomisch schlecht gestellten Frauen deutlich höher war. Erwartungsgemäß war der Anteil Frühgeborener signifikant höher, das mittlere Geburtsgewicht lag niedriger und die Neugeborenen mussten öfter auf der Neonatologie betreut werden [27].

Nicht deutsche Nationalität

Nach einer Analyse der Bayerischen Perinatalerhebung aus den Jahren 1975 - 1977 war in diesen Jahren die Schwangerenvorsorge bei Ausländerinnen viel häufiger unzureichend als bei deutschen Frauen. Der Vergleich mit der Auswertung der Münchner Perinatalstudie 1975-1977 durch SELBMANN et al. [28] skizziert einen Wandel: In den Münchner Daten zeigte sich mangelnde Vorsorge (<5 Untersuchungen) insbesondere bei Schwangeren mit

1. niedrigem Sozialstatus, alleinstehend, 2. gehobenem Sozialstatus, alleinstehend, 3. niedrigem Sozialstatus, verheiratet, Ausländerin, 4. niedrigem Sozialstatus, verheiratet, deutsch. Die Perinatalerhebung Baden – Württemberg 2001 dokumentiert eine geänderte Reihenfolge: der Faktor „alleinstehend“ ist nachrangig geworden. Auch bei der Vorsorge über Standard ist diese Gruppe 2001 mit 52,8% in ähnlicher Größenordnung vertreten (57,6 %) wie das Gesamtkollektiv (zum Vergleich: Bayerische Perinatalerhebung 1981, Häufigkeit von 10 und mehr Untersuchungen im Gesamtkollektiv: 53,1% [29]). Bei Ausländerinnen besteht eine rückläufige Erhöhung des Anteils mit mangelnder Vorsorge. Der Focus 2001 richtet sich somit auf die „besondere soziale Belastung“ und die damit korrelierte Kombination „alleinstehend und Ausländerin“, die jetzt die Rangfolge anführen.

Schlußfolgerungen

Kosten–Nutzen–Analysen in den USA zeigten, dass für jeden US\$, der für die Schwangerenvorsorge aufgewendet wird, zwischen \$1,7 und \$3,4 eingespart werden [30]. Aus den Daten der Perinatalerhebung Baden–Württemberg 2001 ergeben sich Vorteile für das mütterliche und kindliche Outcome bei einer Frequenz von **über** fünf Vorsorgeuntersuchungen in einer Schwangerschaft.

Gruppenspezifische Barrieren und Belastungen tragen dazu bei, dass selbst bei einem ausreichenden Angebot durch das Gesundheitswesen

nicht in jedem Einzelfall eine frühzeitige und ausreichende Betreuung erfolgt [31]. Durch eine intensive Schwangerenvorsorge, die besonders die schwächeren Sozialgruppen anspricht, könnten diese Unterschiede weitgehend ausgeglichen werden [32]. Die besonderen Zielgruppen weisen über die Jahre Veränderungen auf. Das Anliegen bleibt unverändert – in der Formulierung von WOLLMANN aus dem Jahr 1968 [2] – „Es geht nicht nur darum, die Mutter mit einem lebenden Kind zu entlassen, sondern eine gesunde Mutter mit einem gesunden Kind“.

Fazit für die Praxis

Eine angemessene Schwangerenvorsorge dient Mutter und Kind. Der in der Perinatalerhebung 2001 nachgewiesene fortbestehende Fokus unzureichender Inanspruchnahme bei Schwangerschaften mit sozialen Risikofaktoren legt die Erarbeitung von Konzepten zur Erfassung dieser besonderen Problemgruppen nahe.

Literatur

-
- ¹ UNICEF UNICEF-Information zum Thema Müttersterblichkeit. Todesursache: Schwangerschaft und Geburt. www.unicef.de
- ² Wollmann H. Auswirkungen systematischer ärztlicher Schwangerenvorsorge in der klinischen Geburtshilfe. Zentralblatt für Gynäkologie 1969; 91 (8): 255 - 259
- ³ Lack N. Qualitätssicherung Geburtshilfe im Jahr 2000. Frauenarzt 2002; 43 (8): 890 – 900
- ⁴ Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, Lumbiganon P, Farnot U, Bergsjö P, WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet 2001; 357 (9268): 1565 - 1570
- ⁵ Villar J, Baáqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U, Al-Mazrou Y, Carroli G, Pinol A, Donner A, Langer A, Nigenda G, Mugford M, Fox-Rushby J, Hutton G, Bergsjö P, Bakketeig L, Berendes H, Garcia J; WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet 2001; 357 (9268): 1551 - 1564
- ⁶ Heringa M, Huisjes HJ. Prenatal screening: current policy in EC-countries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1988; 28 (Suppl): 7 - 52
- ⁷ Department of Health and Human Services. Caring for our future: the content of prenatal care, panel report of public health service experts. Washington DC: Public Health Service, 1989
- ⁸ Hall M, Mac Intyre S, Porter M. Antenatal care assessed. Aberdeen: Aberdeen University Press, 1985.

⁹ Marsh GN. New program of antenatal care in general practice. *BMJ* 1985; 291: 646 – 648

¹⁰ Vogt HP. Zeitgemäße Schwangerenvorsorge unter Berücksichtigung derzeitiger Erkenntnisse. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1998; 128 (43): 1654 - 1666

¹¹ Schneider H. Inhalt und Umfang der Schwangerschaftsvorsorge. *Arch Gynecol Obstet* 1996; 259 (Suppl): 88 – 96

¹² Sikorski J, Wilson J, Clement S, Das S, Smeeton N. A randomised controlled trial comparing 2 schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ* 1996; 312: 546 - 553

¹³ Beguin F. Surveillance de la grossesse dans le cadre de la nouvelle LAMal. *Arch Gynecol Obstet* 1996; 259 (Suppl): 84 - 87

¹⁴ Wulf K-H. Schwangerenvorsorge – Inanspruchnahme und Effektivität. *Dt. Ärzteblatt* 1992; 89: 3215

¹⁵ Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung 2002. www.bqs-online.de

¹⁶ Jahn A, Berle P. Zur Qualität antepartaler Daten in der hessischen Perinatalerhebung. Ein Vergleich mit Angaben im Mutterpass und Ergebnissen einer Schwangerenbefragung. *Geburtsh Frauenheilk* 1996; 56 (3): 132 - 138

¹⁷ Huch R. Anämie in der Schwangerschaft. *Praxis* 1999; 88: 157 - 163

¹⁸ Heinrichs O. Die Relevanz psychosozialer Faktoren für die Schwangerschaft und die perinatale Periode bei ledigen und geschiedenen Müttern. Inaugural – Dissertation zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an den medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin 1977.

-
- ¹⁹ Rosanelli K. Die perinatalen Risikogeburten. Wiener medizinische Wochenschrift 1975; 117 (Suppl. 24): 7
- ²⁰ Tücke M. Soziale Schicht und Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft. Münchner Medizinische Wochenschrift 1975; 117 (H 9): 341
- ²¹ Coe B, Blum M. The out-of-wedlock pregnancy. Obstet Gynec 1972; 807 – 812
- ²² Davids PD, Rosengren WR. Social stability and psychological adjustment during pregnancy. Psychosom Med 1962; 24: 579 – 583
- ²³ Stauber M. Psychosomatische Probleme in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Gynäkologe 1998; 31: 103 – 118
- ²⁴ Seelbach-Göbel B, Wulf KH. Der Indikationswandel zur operativen Entbindung. Gynäkologe 1998; 31: 724 – 733
- ²⁵ Moore TR, Origel W, Key TC, Resnik R. The perinatal and economic impact of prenatal care in a low socio-economic population. Am J Obstet Gynecol 1986; 154: 29 - 33
- ²⁶ Greenberg RS. The impact of prenatal care in different social groups. Am J Obstet Gynecol 1983; 145: 797 - 801
- ²⁷ Amini SB, Catalano PM. Effect of prenatal care on obstetrical outcome. J Mat Fet Med 1996; 5: 142 – 150
- ²⁸ Selbmann HK, Brach M, Elser H, Holzmann K, Johannigmann J, Riegel K. Münchner Perinatalstudie 1975-1977. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1977
- ²⁹ Selbmann HK. Teilnahme an der Schwangerschaftsüberwachung in Bayern und Messung ihrer Effektivität. Geburtsh Frauenheilk 1984; 44 (6): 345 - 350

³⁰ Huntington JP, Conell FA. For every dollar spent – the costsaving argument for prenatal care. N Engl J Med 1994; 331: 1303 – 1307

³¹ Lukesch H. Sozialmedizinische Aspekte der Frühgeburtlichkeit. In: Künzel W, Wulf KH (Hrsg.). Geburt II. Klinik der Frauenheilkunde Band 7. 3. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1997: 110 - 126

³² Donalson PJ, Billy IOG. The impact of prenatal care on birth weight. Med Care 1984; 22: 1977.

EDV System und Software:

IBM, Windows 2000

Word 2000

Power – Point 2000 SR-1

PDF

Acrobat Reader 5.0

Zitate aus Geburtshilfe und Frauenheilkunde: 2

Abbildungen

Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz

Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung
Baden – Württemberg 2001

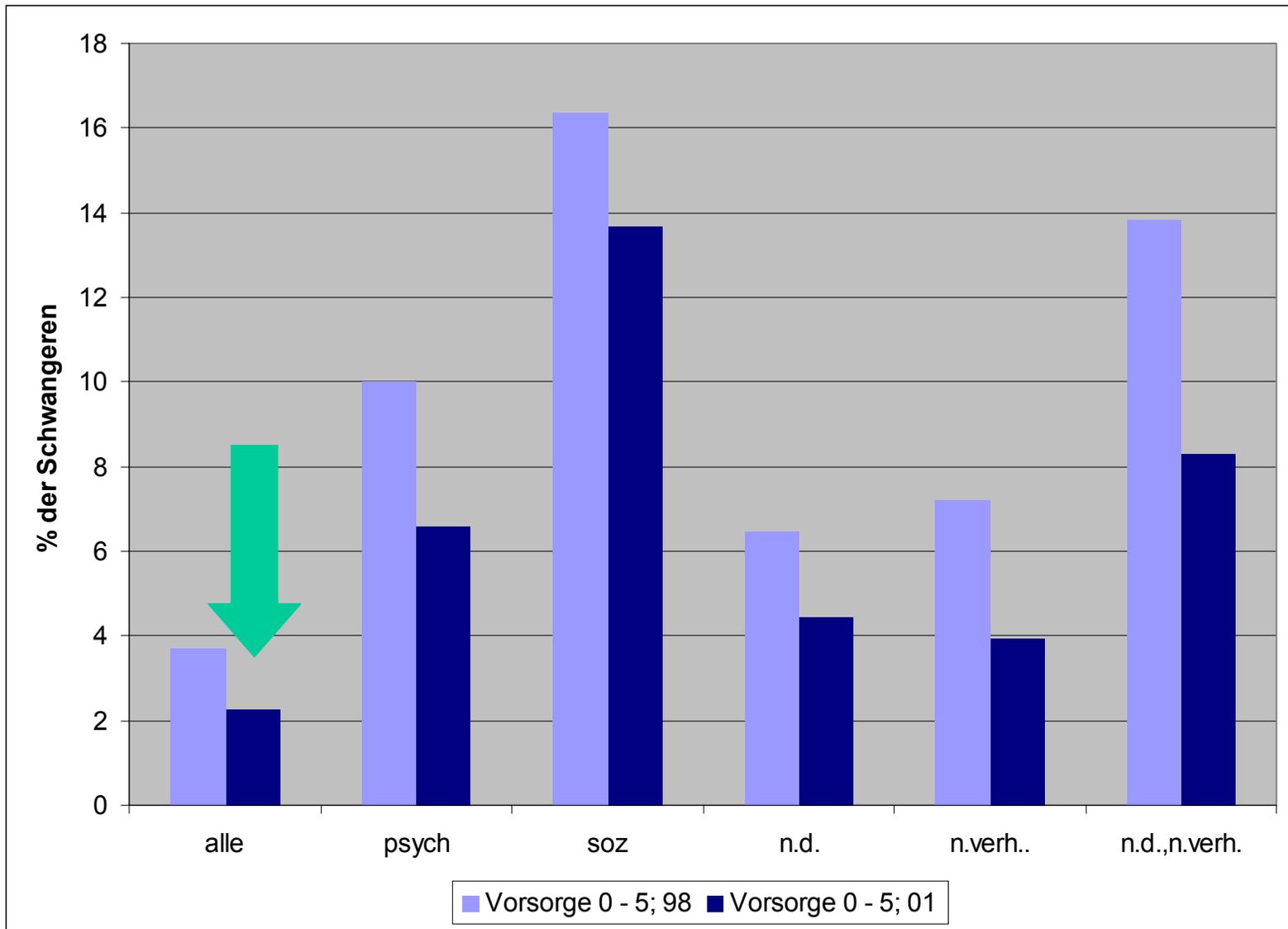


Abbildung 1

Legende zu Abbildung 1

Anteil an Schwangeren mit einer Vorsorgefrequenz <5 1998 und 2001 bei verschiedenen Gruppen von werdenden Müttern:

psych: Schwangerschaftsanamnese „besondere psychische Belastung“

soz: Schwangerschaftsanamnese „besondere soziale Belastung“

n.d.: Schwangere nicht deutscher Nationalität

n.verh.: unverheiratete Schwangere

n.d.,n.verh.: unverheiratete Schwangere nicht deutscher Nationalität

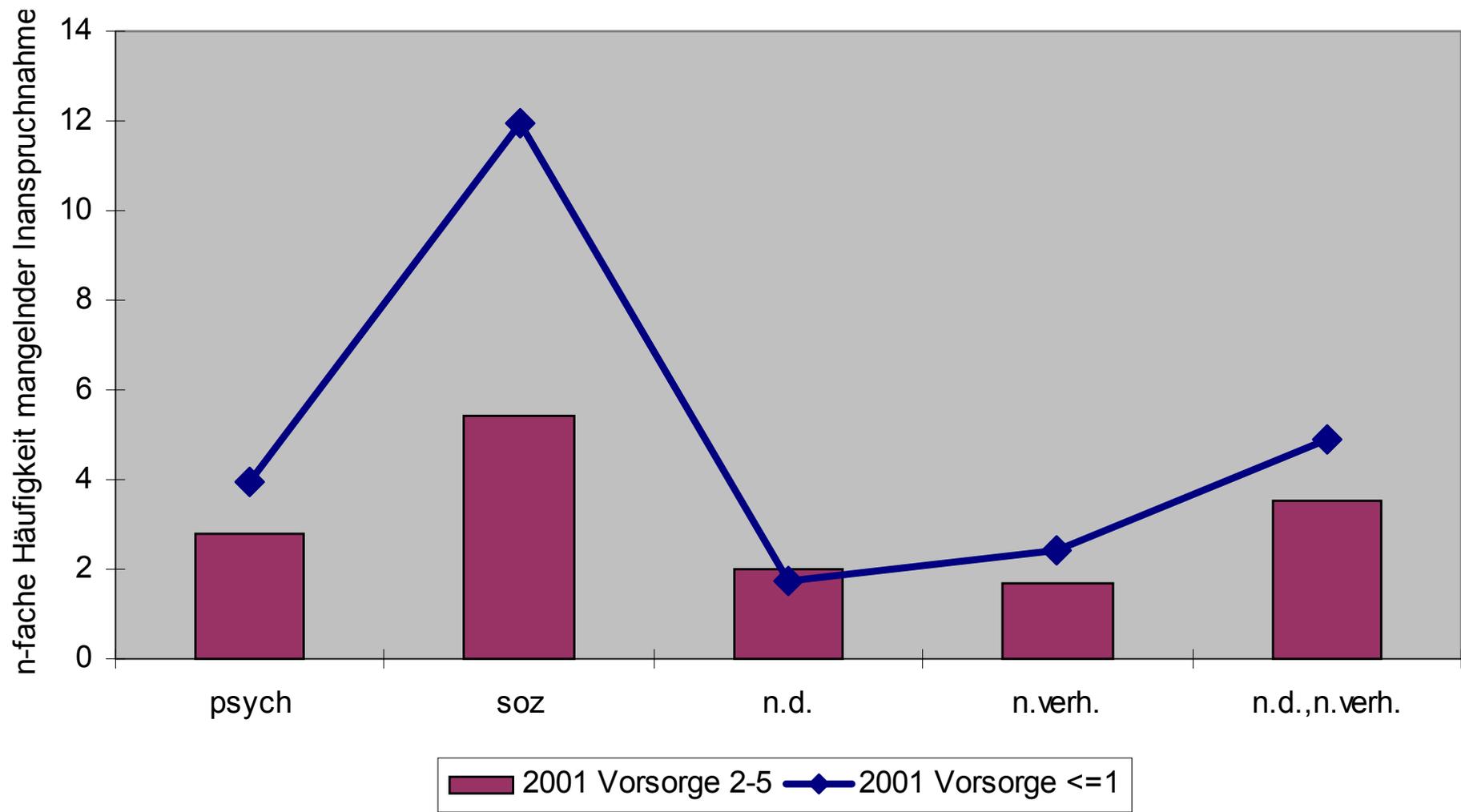


Abbildung 2

Legende zu Abbildung 2

Differenzierung nach Inanspruchnahmefrequenz: mangelnde (2 - 5 Untersuchungen) und völlig unzureichende (≤ 1 Untersuchung) Vorsorge tritt um mehrfaches häufiger als im Gesamtkollektiv bei Vorliegen insbesondere sozialer Risikofaktoren auf.

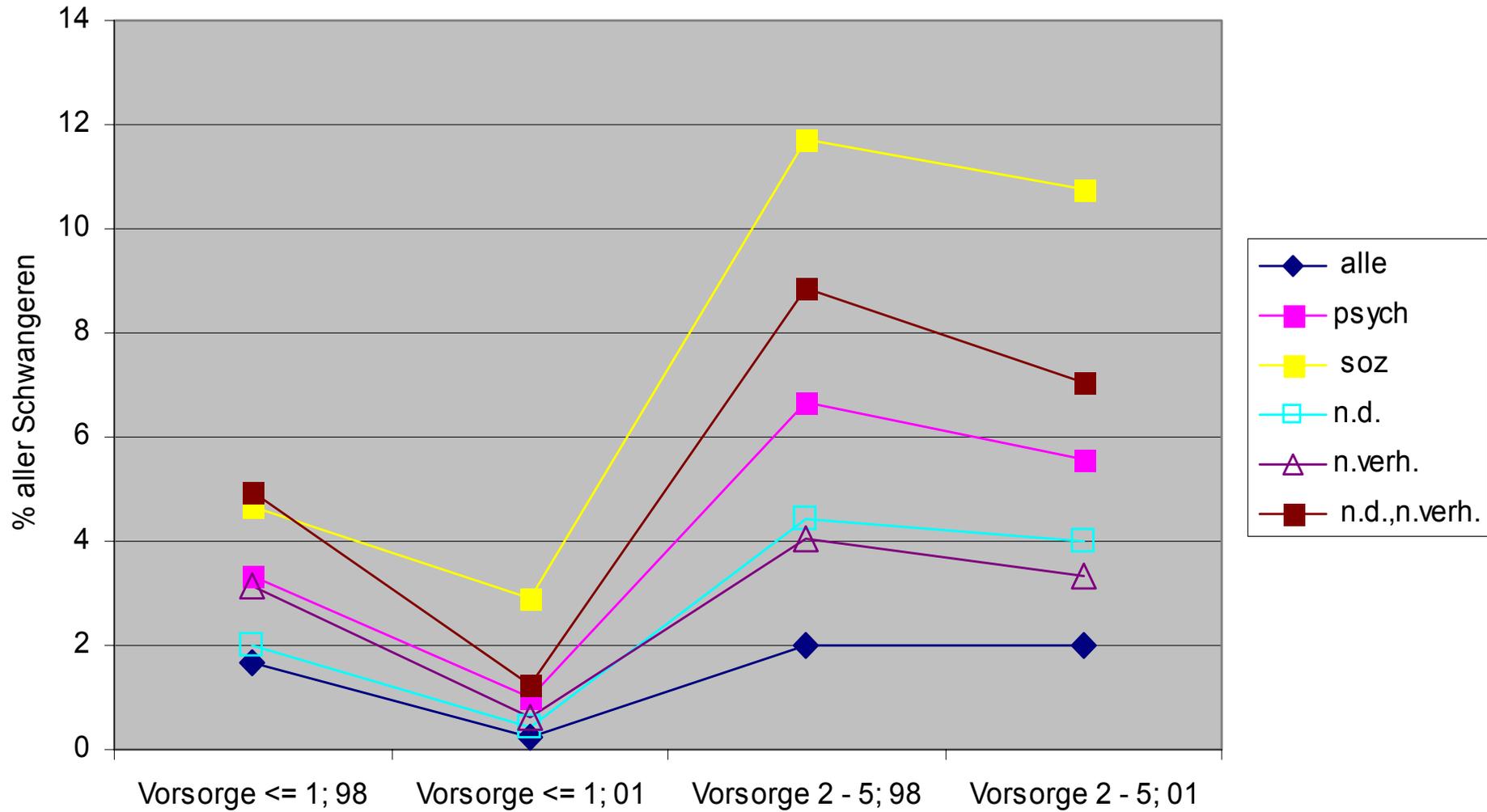


Abbildung 3

Legende zu Abbildung 3

Entwicklung mangelnder und völlig unzureichender Inanspruchnahme im Gesamtkollektiv und bei verschiedenen Gruppen von Schwangeren zwischen 1998 und 2001

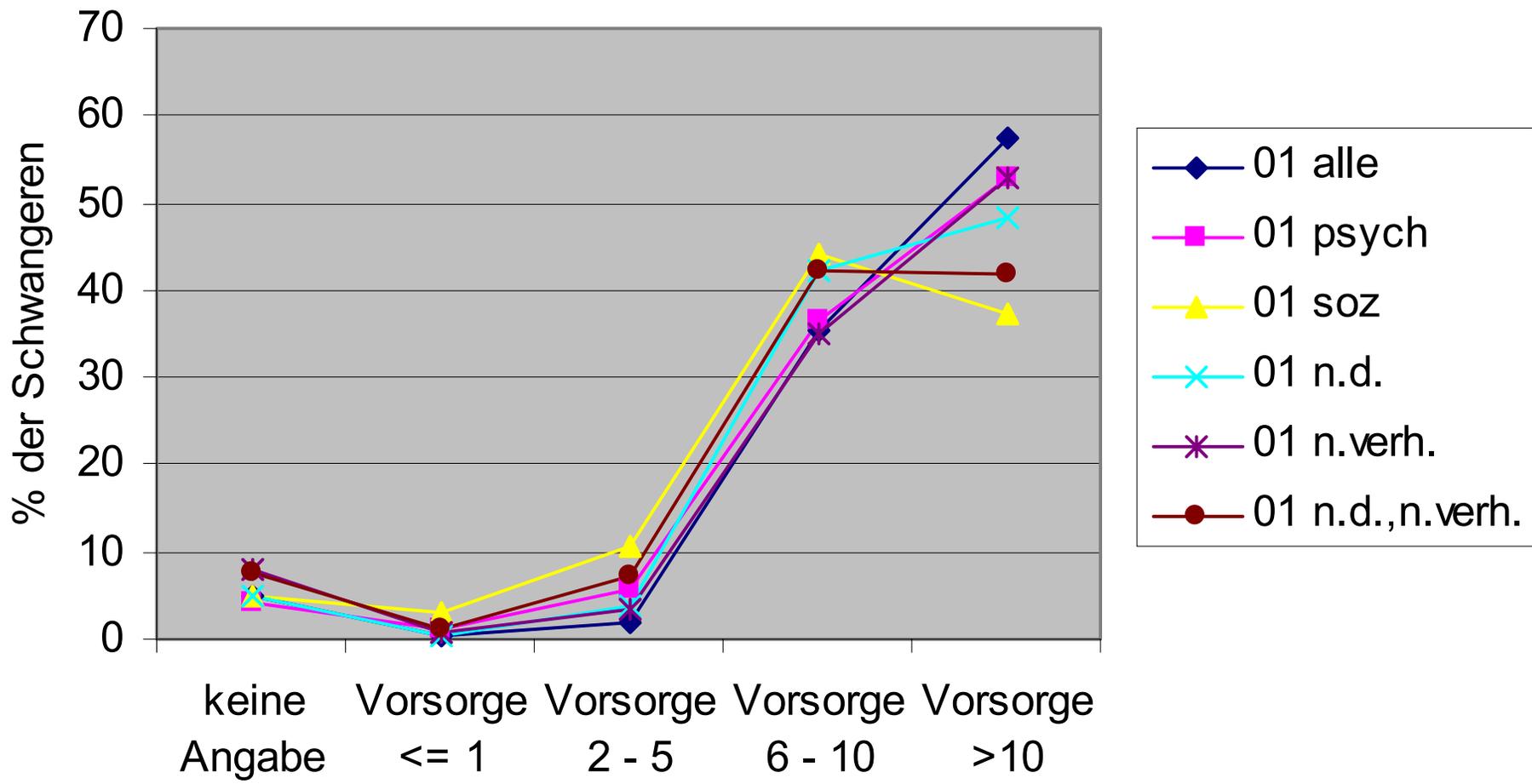


Abbildung 4

Legende zu Abbildung 4

Bei der Inanspruchnahme über Standard liegen 2001 alle hier gesondert betrachteten Gruppen von Schwangeren in ihrem Anteil unterhalb des Niveaus des Gesamtkollektives.

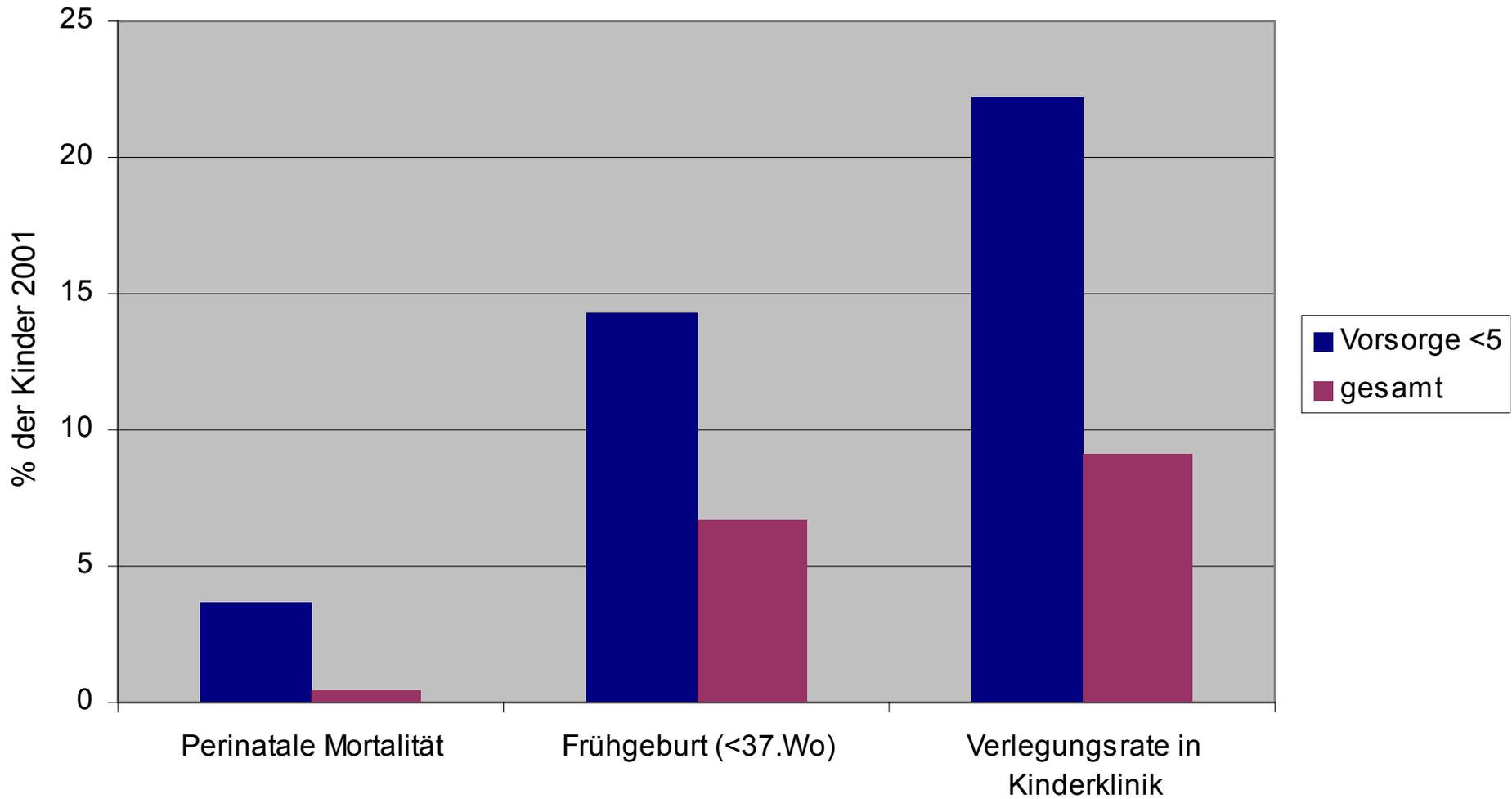


Abbildung 5

Legende zu Abbildung 5

Mangelnde Vorsorge und kindliche Outcome – Parameter (Gesamtkollektiv 2001 N = 90246; Kinder von Müttern mit einer Vorsorgefrequenz unter 5 n= 1191).

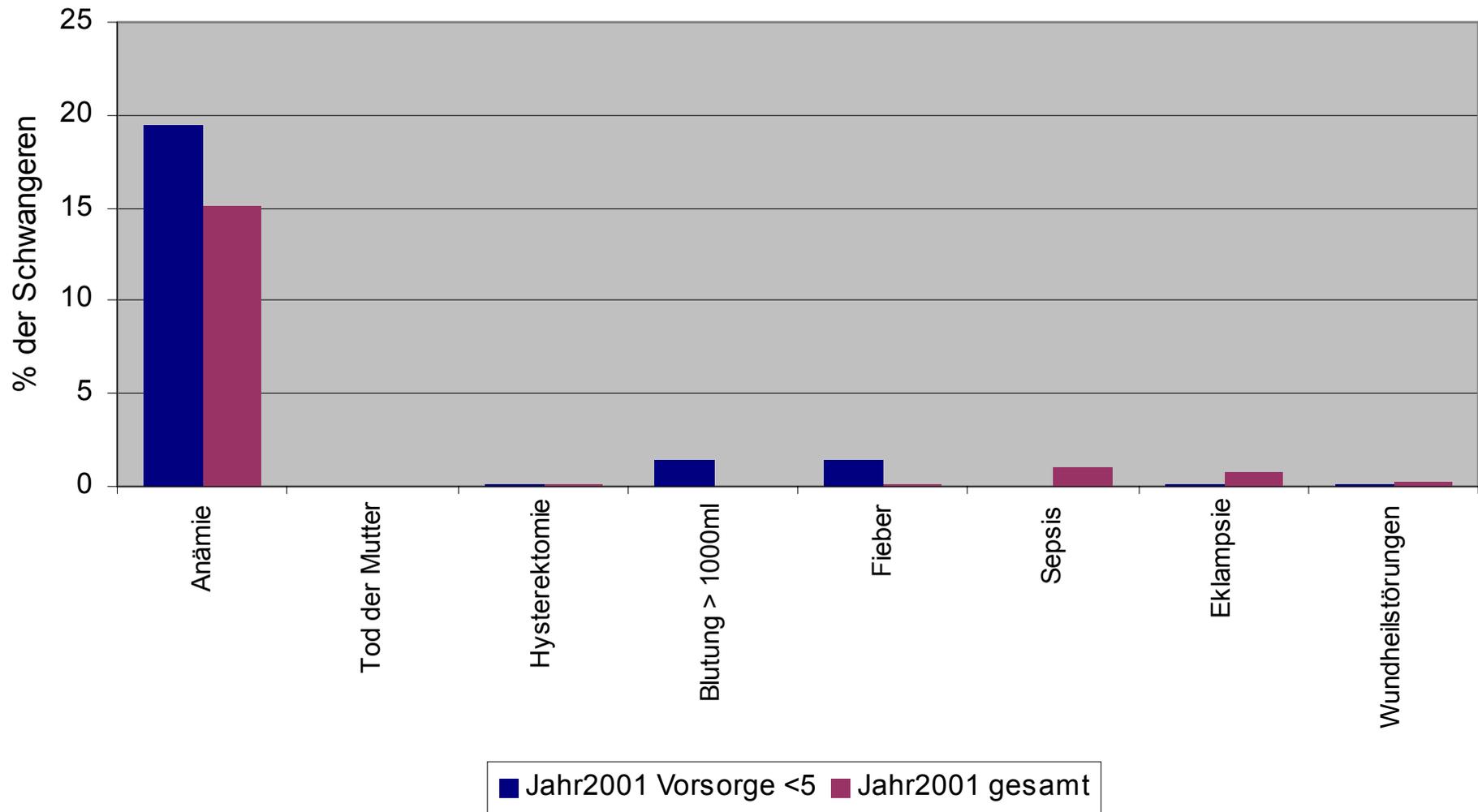


Abbildung 6

Legende zu Abbildung 6

Mangelnde Vorsorge und mütterliche Komplikationen im Wochenbett 2001
(Gesamtkollektiv der Schwangeren 2001 N = 88874; Schwangere mit einer
Vorsorgefrequenz unter 5 n = 1191)