

Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg

Psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft

Elisabeth Simoes¹, S. Kunz², M. Bosing-Schwenkglens³, Friedrich W. Schmah⁴

¹Kompetenzzentrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (extern) der MDK-Gemeinschaft (KCQ) beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg, Lahr

²Frauenklinik, Klinikum am Steinberg, Reutlingen

³Geschäftsstelle GeQiK® Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V., Stuttgart

⁴Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Tübingen

psychoneuro 2004; 30 (6): 342–347

Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und geburtshilflichem Outcome. Dabei ist die besondere Gefährdung der Mütter und Kinder aus belasteten Schwangerschaften auch gekoppelt an ein deutliches Defizit bei der Schwangerenvorsorge. Häufigkeit und Entwicklung psychosozialer Risikofaktoren und inwieweit sie aktuell die Inanspruchnahme beeinflussen, wurde anhand der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998–2002 untersucht. Defizite bei der Vorsorge bestehen bei Schwangeren mit psychischer und besonderer sozialer Belastung in der Schwangerschaft, bei unverheirateten Frauen und Ausländerinnen. Bei den beiden letztgenannten Gruppen tendiert die mangelnde Inanspruchnahme rückläufig. Die völlig unzureichende Vorsorge bei psychischer und sozialer Belastung nahm 2002 wieder zu. Es bedarf für diese Zielgruppen spezieller Zuwendung, welche die Teilnahme an der Schwangerenvorsorge fördert, um für Mutter und Kind die Nachteile durch die Folgen unzureichender Inanspruchnahme zu vermeiden.

Der Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und geburtshilflichem Outcome ist vielfach belegt. Die besondere Gefährdung der Mütter und Kinder aus belasteten Schwangerschaften, beispielsweise betreffend erhöhte Sterblichkeit, Mangelgeburten und Frühgeburten, ist auch gekoppelt an ein deutliches Defizit bei der Schwangerenvorsorge. Die Wirksamkeit einer über die ganze Schwangerschaft verteilten und zugleich hochwertigen Überwachung ist gleichfalls nachgewiesen. Die Effizienz für das Neugeborene schlägt sich beispielsweise nach einer Untersuchung von Wulf in einer verminderten Rate neonataler Mortalität nieder. Auch die Frühgeburtenrate und die Verlegungsrate in die Kinderklinik liegen niedriger (23). Frühgeborene generell, und sehr untergewichtige Neugeborene speziell,

zählen zu den mit hohen Gesundheits- und Entwicklungsrisiken behafteten Kindern (12).

Mutterschaftsvorsorge bedeutet begleitende Beratung der Schwangeren, um Gefährdungssituationen zu vermeiden, bzw. Erkrankungen bei Mutter und Fetus rechtzeitig zu erkennen, um sie gegebenenfalls einer Therapie zuzuführen. Das möglichst frühzeitige Erkennen von Risiken soll die Entscheidungsprozesse von schwangerer Frau und Arzt steuern (17). Die Angriffspunkte der Schwangerschaftsvorsorge liegen zum einen im medizinischen und zum anderen im psychosozialen Bereich. Die Vorsorgekonzepte stützen sich auf drei Grundpfeiler: Screening – Diagnostik und Therapie – Information und Beratung. Auch bei psychosozialen Stress-Situationen, genereller Überforderung etc. sollen Beratung und Unterstützung Abhilfe schaffen.

Wie häufig eine schwangere Frau die Vorsorge in Anspruch nimmt, hängt von vielen Faktoren ab. Die psychische Situation der Mutter und soziale Bedingungen spielen dabei eine wesentliche Rolle und unterliegen dem gesellschaftlichen Wandel. Vor diesem Hintergrund greift die vorliegende Arbeit folgende Fragen auf: Inwieweit nehmen psychosoziale Faktoren aktuell Einfluss auf die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorge? Welche Entwicklungstendenzen zeigen sich dabei? Hierzu wurde das Datenmaterial der Perinatalerhebung Baden-Württemberg der Jahre 1998–2002 untersucht, auch mit der Zielsetzung, die Ergebnisse als Grundlage für weitere Maßnahmen im Sinne der Präventivmedizin heranziehen zu können.

Deutschland kennt verbindliche Mutterschaftsrichtlinien, welche die Schwangerenvorsorge regeln. Sie gilt Mutter und Kind gleichermaßen und umfasst derzeit zehn Kontrollen nach Schema. Für den Zeitraum der Schwangerschaft sind bis zum 8. Monat monatlich eine Untersuchung und in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten jeweils zwei Untersuchungen im Abstand von 14 Tagen vorgesehen. Die medizinische Schwangerenvorsorge ist seit 1966 eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung¹.

Material und Methodik der Untersuchung

Perinatalerhebung

Jede Geburt, die in einer Klinik durchgeführt wird, und die dazugehörige Schwangerschaft finden Abbildung in der Perinatalerhebung. Sie zählt zu den ausgedehntesten Erhebungen zur Qualitätssicherung in Deutschland und erfasst über 90% der Geburten des Bundeslandes.

Datenmaterial

Für die vorliegenden Auswertungen wurde von der Arbeitsgruppe Perinatologie in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle für Qualitätssicherung bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (GeQIK® (9)) ein Datenauszug aus der Perinatalerhebung für Baden-Württemberg der Jahre 1998–2002 zur Verfügung gestellt.

Für das Jahr 2002 lagen verwertbare Informationen zu einer Gesamtzahl von 89067 Schwangeren vor, im Jahr 2001 von 88874. Im Jahr 2000 standen Datensätze von 87 297 Schwangeren zur Auswertung zur Verfügung, im Jahr 1998 waren es 103 945, für das Jahr 1999 insgesamt 101 723. Während in den Jahren 1998 und 1999 von einer Erhebung über alle geburtshilflichen Institutionen des Bundeslandes ausgegangen werden konnte, war nach einer Umstellung auf EDV-Erhebung im Jahr 2000 die Anzahl teilnehmender Krankenhäuser zunächst rückläufig, stieg danach jedoch wieder an und umfasste 2002 94% der geburtshilflich tätigen Einrichtungen.

Einflussgrößen

Informationen zur Situation der Mutter stehen aus der Anamnese im Mutterpass zur Verfügung. Neben den Angaben zu vorbestehenden Erkrankungen erstrecken sich diese auch auf die psychosoziale Situation der Mutter. Hiervon wurden in Bezug auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen die Anga-

¹ 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).

ben zu besonderen sozialen und psychischen Belastungen, zum Familienstatus und zur Nationalität ausgewertet. Definitorische Eingrenzungen oder Spezifikationen zur Dokumentation waren für die untersuchten Jahrgänge nicht vorgegeben.

Definition mangelnder Inanspruchnahme

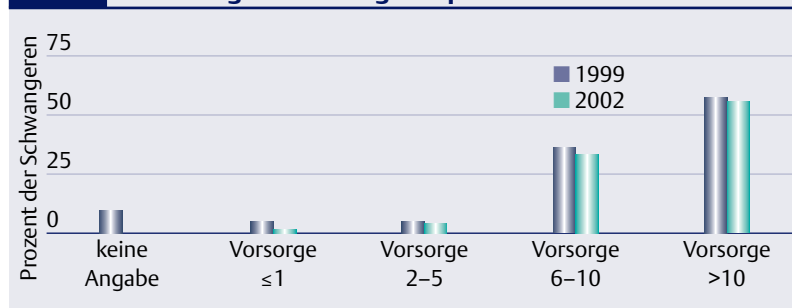
Mangelnde Vorsorge wurde in dieser Untersuchung angenommen bei weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen in einer Schwangerschaft, in Orientierung an aktuellen Studiendesigns der WHO zur Effizi-

Tab. 1 „Besondere psychische Belastung“ und „besondere soziale Belastung“

	Besondere soziale Belastung	Besondere psychische Belastung	Gesamtzahl Schwangere
1998	1,58% n=1650	2,20% n=2295	103 945
1999	1,64% n=1670	2,37% n=2419	101 723
2000	1,17% n=1023	1,80% n=1575	87 297
2001	1,28% n=1142	1,94% n=1721	88 874
2002	1,19% n=1064	1,78% n=1584	89 067

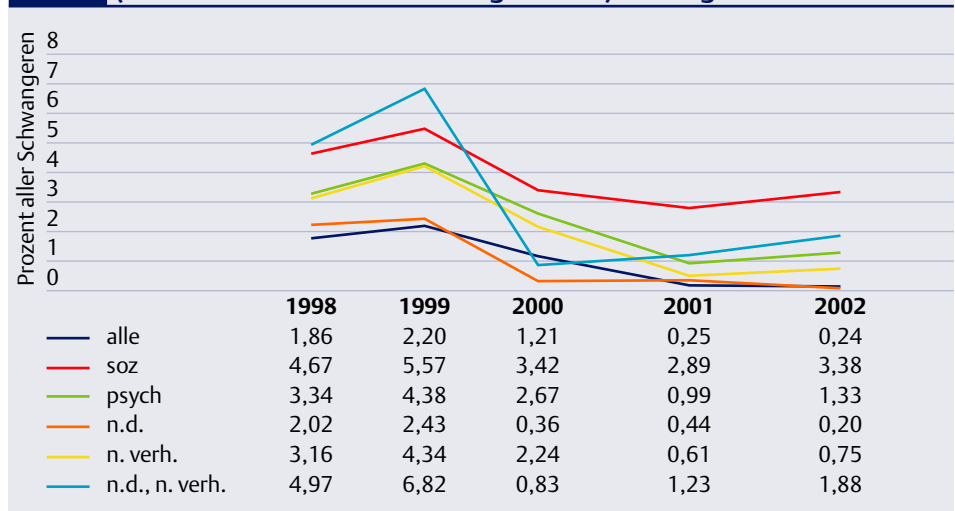
Frauen mit „besonderer psychischer Belastung“ und „besonderer sozialer Belastung“ als Risikofaktoren in der Schwangerschaft (Baden-Württemberg 1998–2002)

Abb. 1 Verteilung der Vorsorgefrequenz im Gesamtkollektiv



Die Mehrzahl der Frauen nimmt in den als Beispiele dargestellten Jahren 1999 und 2002 mehr als zehn Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft in Anspruch

Abb. 2 Psychosoziale Risikofaktoren und völlig unzureichende (≤ 1 Konsultation in der Schwangerschaft) Vorsorge 1998–2002



enz von Vorsorgeprogrammen (2). In verschiedenen Modellen wurden hier fünf bzw. acht Untersuchungen während einer Schwangerschaft als Standard akzeptiert. Die Auswertung ging von völlig unzureichender Vorsorge aus, wenn keine oder nur eine dokumentierte Untersuchung in der gesamten Schwangerschaft vorlag.

Statistik

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

■ Ergebnisse

Entwicklung der psychosozialen Risikofaktoren

Eine psychische oder soziale Belastung als Risikofaktor in der Schwangerschaft wird 2002 seltener angegeben als 1998. Die Rate von Frauen mit besonderen psychischen Belastungen liegt über die letzten drei Jahre etwa in der gleichen Größenordnung und höher als die dokumentierte Rate besonderer sozialer Belastung in der Schwangerschaft. Die Entwicklung der absoluten und prozentualen Werte zeigt Tabelle 1.

Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge

Im Gesamtkollektiv beläuft sich der Prozentsatz schwangerer Frauen, welche die Vorsorge unzureichend in Anspruch nehmen (<5 Untersuchungen), 1998 auf 3,7%, 1999 4,35%, 2000 3,00%, 2001 2,25% und 2002 2,18%. Abbildung 1 zeigt am Beispiel der Jahre 1999 und 2002, wie sich im Gesamtkollektiv

die Schwangeren auf die unterschiedlichen Frequenzgruppen verteilen. Über die Hälfte (Gesamtkollektiv 2002: 58%) der schwangeren Frauen in Baden-Württemberg nimmt Vorsorge über Standard in Anspruch.

Unterschiede bestehen jedoch zwischen verschiedenen Gruppen werdender Mütter, die sich in ihren Risiko- und Einflussfaktoren unterscheiden.

Eine mangelnde Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen wird gegenüber dem Gesamtkollektiv deutlich häufiger in den Gruppen festgestellt, die verschiedene Faktoren von psychosozialer Belastung widerspiegeln.

Völlig unzureichende Schwangerenvorsorge

Betrachtet man die völlig unzureichende Inanspruchnahme (≤ 1 Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft), besteht im Gesamtkollektiv und bei den meisten der untersuchten Gruppen eine insgesamt rückläufige Tendenz bis 2001. Jedoch ist 2002 gegenüber 2001 wieder ein Anstieg der Raten zu verzeichnen (Abb. 2). Diese Tendenz ist am stärksten ausgeprägt für die unverheirateten Ausländerinnen und bereits 2001 gegenüber 2000 zu beobachten.

Obzwar die absolute Häufigkeit völlig unzureichender Vorsorge für die Gruppe psychisch belasteter Schwangeren zwischen 1998 und 2002 sank, entwickelte sich das Verhältnis der Rate gegenüber dem Gesamtkollektiv seit 2000 zu Ungunsten des belasteten Kollektivs. Noch deutlicher zeigt sich diese Entwick-

lung für die Gruppe mit besonderer sozialer Belastung (Abb. 3).

Mangelnde Vorsorge

Mit Bezug auf mangelnde Vorsorgefrequenz (2–5 Konsultationen) differenziert, ergab sich die in Abbildung 4 dargestellte Entwicklung. Für die Gruppe von Schwangeren mit besonderer psychischer Belastung beispielsweise bleibt das anteilige Verhältnis mangelnder Vorsorge im Vergleich zum Gesamtkollektiv über die Jahre unverändert etwa dreifach so hoch. Auch das Quotenverhältnis der anderen Gruppen zum Gesamtkollektiv zeigt wenig Änderung über den beobachteten Zeitraum. Es fällt besonders ungünstig für die Gruppe mit sozialen Belastungen aus. Etwa doppelt so hoch wie für das Gesamtkollektiv belaufen sich die Prozentsätze für Ausländerinnen.

Vorsorge über Standard

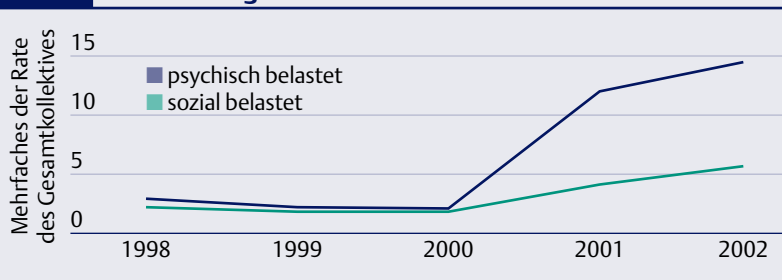
Eine Vorsorge über Standard (>10 Untersuchungen) kommt über die Jahre – tendenziell weitgehend unverändert – im Vergleich zum Gesamtkollektiv den Schwangeren mit psychosozialer Belastung, unverheirateten und Schwangeren nicht deutscher Nationalität in vermindertem Umfang zugute (z.B. Jahr 2001: Gesamtkollektiv: 58%, Schwangere mit psychischer Belastung: 53%, Schwangere mit besonderer sozialer Belastung 38%, Ausländerinnen 48%, unverheiratete Schwangere 53%, unverheiratete Ausländerinnen 42%).

■ Diskussion

Outcome und psychosoziale Faktoren

Belastete Schwangerschaften, etwa durch sozialen oder psychischen Stress, stellen ein somatisches Risiko für Mutter und Kind dar (4). Aus der Gruppe der anamnestischen Risiken mit dem höchsten relativen Mortalitätsrisiko in der Bayerischen Perinatalerhebung sind die Risiken „besondere psychische und soziale Belastung“ gestiegen: zwischen 1987 und 1997 haben die psychischen und sozialen Belastungen als Risikofaktoren von 2,5% auf 3,2% zugenommen (19). In Baden-Württemberg liegt der prozentuale Anteil

Abb. 3 Entwicklung 1998–2002



Verhältnis der Raten völlig unzureichender Inanspruchnahme (≤ 1 Konsultation in der Schwangerschaft) bei den belasteten Kollektiven gegenüber dem Gesamtkollektiv

über den gesamten untersuchten Zeitraum niedriger.

Durch Interviews über psychosoziale Probleme bei 108 Schwangeren zeigte Engström (7), dass emotional sehr belastete Frauen eine größere Gefahr laufen, ungezielte Wehen zu erleiden und dadurch eine fetale Bedrohung herbeizuführen, als nicht so stark belastete Frauen. Als psychosoziale Belastung nannte er die illegitime Schwangerschaft neben Berufstätigkeit, Konflikten zwischen Partnern oder Eltern sowie schlechte Anpassung an die Schwangerschaft und Angst vor der Schwangerschaft und Entbindung. Zu den sozial bedeutsamen Faktoren für Schwangerschaft und Geburt zählen neben Alter, Anzahl vorangegangener Schwangerschaften und Familienstand außerdem der sozialökonomische Status.

Die Begründungsstrukturen der Diskrepanz in der Sterblichkeit ehelicher und nicht ehelicher Säuglinge waren im deutschsprachigen Raum Gegenstand der Forschung insbesondere in den 70er- und 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts (5, 18, 22). Die Ergebnisse und Erklärungsversuche gehen in die verschiedensten Richtungen, da die Frühgeburtlichkeit und Übersterblichkeit bei nicht ehelichen Kindern offenbar das Resultat einer multifaktoriellen Pathogenese darstellen. Betont wird der „Sozialstress“ (8). Häufig wird eine Ambivalenz zur Schwangerschaft angetroffen. Gestosen werden als Reaktion auf den durch die Ambivalenz entstehenden Stress gedeutet und eine Parallele zur essentiellen Hypertonie gezogen, die ebenfalls den Stress als Ursache hat. Mc Donald bezeichnet nach einem ausgiebigen Literaturvergleich die Angst als den zentralen Faktor für die psychogenen Geburtskomplikationen. Die Angst, gemessen durch psychologische Tests (z. B. Manifest anxiety scale) und physiologische Untersuchungen (Herzfrequenz, Blutdruck) steht in positiver Korrelation zu den Geburtskomplikationen (15).

Einer Einflussnahme leichter zugänglich als Stress- und Angstbelastung während der Schwangerschaft ist der Zusammenhang ungünstigen Outcomes mit unzureichender Schwangerenvorsorge.

Psychosoziale Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme

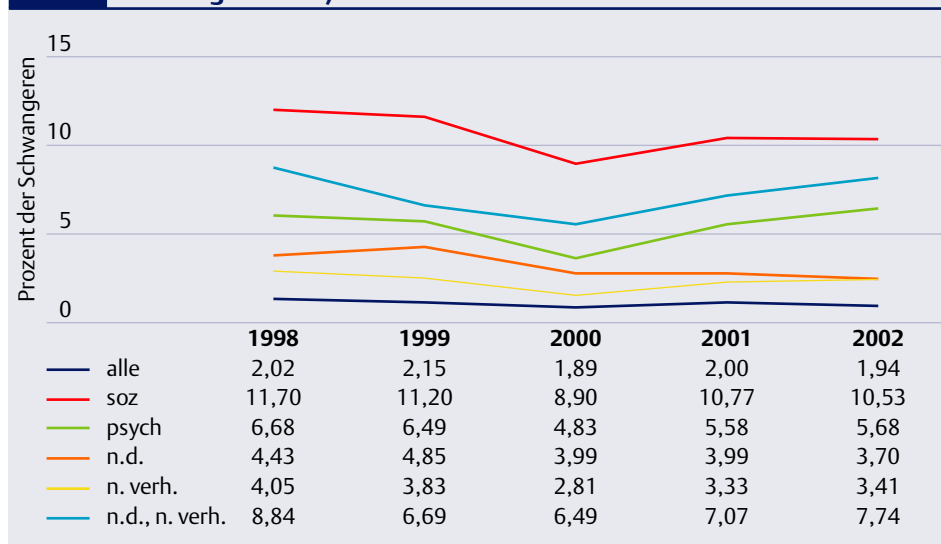
Die psychosoziale Relevanz des Vorsorgekonzepts – die über die ausschließlich medizinische Kontrolle hinausgeht – verdeutlichen die Ergebnisse einer Studie von Sikorski et al. (21). Nach entsprechender Randomisierung wurden Schwangere entweder nach einem herkömmlichen oder neuen Programm mit einer reduzierten Zahl von Untersuchungen betreut. Das Modell entwickelte sich allerdings so, dass letztlich zwischen den Kollektiven lediglich eine geringe Frequenzdifferenz (im Mittel 10,8 versus 8,6 Konsultationen) auf relativ hohem Niveau bestand (sämtlich mehr als 5 Kontrollen), so dass sich gemessen an medizinischen Parametern wie Hypertonie, Frühgeburtlichkeit, mütterliche oder perinatale Morbidität kein signifikanter Unterschied fand. Dennoch schlug sich bereits diese geringe Frequenzdifferenz im Zufriedenheitsgrad der Frauen nieder. Bei einer reduzierten Anzahl von Untersuchungen wurde häufiger das Gefühl geäußert, die Anliegen nicht genügend vorbringen zu können. Es bestanden vermehrt Ängste bezüglich des Wachstums und der normalen Entwicklung des Kindes und nach der Geburt Ängste vor Überforderung im Umgang mit dem Neugeborenen. Die Befriedi-

gung der Bedürfnisse im psychosozialen Bereich war in der Gruppe mit der reduzierten Anzahl von Kontrollen schlechter.

Der Anteil der sozial Unterprivilegierten liegt in der Gruppe mit weniger intensiver Betreuung höher. 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 (10). Andererseits kann gezeigt werden, dass der Nutzeffekt der Schwangerenvorsorge bei sozialökonomisch schlecht gestellten Schwangeren am größten ist (16). Hierbei spielen die in der Studie von Sikorski et al. herausgestellten Faktoren eine bedeutsame Rolle (21).

Bereits eine Auswertung der Perinatalerhebung in Bayern der Jahre 1980–1981 wies darauf hin, dass die Faktoren welche die Frühzeitigkeit der Schwangerschaftsüberwachung positiv beeinflussten, auch zu einer lückenloseren Inanspruchnahme führten und umgekehrt. Erstge-

Abb. 4 Psychosoziale Risikofaktoren und Entwicklung bei mangelnder Inanspruchnahme der Vorsorge (2–5 Konsultationen in der Schwangerschaft)



bärende unter 16 Jahren, Mehrgebärende, Alleinstehende und Ausländerinnen vernachlässigten häufig die Vorsorge. Im Vergleich dazu kamen finnische Frauen im gleichen Zeitraum früher zur ersten Untersuchung, wurden wesentlich häufiger überwacht und verzeichneten öfter einen stationären Aufenthalt während der Schwangerschaft – bei besserem perinatalen Outcome. Die Rate von Frauen, die 10 und mehr Untersuchungen in der Schwangerschaft erhielten, lag in Helsinki 1981 bei 91,5 %, in der Region München bei 60,1 % und in den untersuchten Jahren in Baden-Württemberg noch darunter. Der Hintergrund sind unterschiedliche Vorsorgeschemata, wobei das finnische Programm ähnlich wie in England und Kanada bereits ab der 30. Woche kürzere Untersuchungsintervalle und ab der 36. Woche eine wöchentliche Untersuchung vorsieht (20).

Alleinstehende Schwangere und nicht berufstätige Mehrgebärende beginnen sehr spät mit der Schwangerschaftsüberwachung und versäumen häufig die routinemäßigen Untersuchungen. 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 (3). Tatsächlich bestätigte eine Untersuchung von Heinrichs über 200 Schwangere der Frauenklinik des Klinikums Charlotenburg in der Zeit von Juni 1974 bis Januar 1976 die Beobachtung, dass ledige Schwangere viel seltener zu Vorsorgeuntersuchungen gingen als verheiratete (11). Im Freiburger Persönlichkeitsinventar zeigte sich für dieses Berliner Kollektiv bei den unverheirateten Frauen eine höhere Anzahl mit psychosomatischer Störbarkeit, mit emotionaler Unreife, mit Selbstunsicherheit und mit Verslossenheit. Depressive und selbstunsichere Stimmungslagen waren bei ledigen Müttern signifikant häufiger.

Die Gefährdung besteht auch weiterhin

Gruppenspezifische Barrieren, persönliche Probleme und individuelle Belastungen tragen offenbar dazu bei, dass selbst bei einem ausreichenden Angebot durch das Gesundheitswesen nicht in jedem Einzelfall eine frühzeitige und ausreichende Betreuung erfolgt (14).

Die aktuellen Zahlen ergeben nur partiell eine Verbesserung gegenüber der Situation vor fünf Jahren bzw. eine Änderung der Tendenz gegenüber der bayerischen Auswertung von Perinataldaten vor 20 Jahren. Die Ergebnisse weisen weiterhin die Risikokollektive Ausländerinnen (insbesondere unverheiratete) und (psycho)sozial belastete Schwangere aus und mahnen somit Handlungskonzepte an.

Lediglich die Situation der unverheirateten deutschen Mutter verbesserte sich in Bezug auf die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge in den letzten Jahren. Die Außenseiterposition hat sich offenbar im Rahmen des gesellschaftlichen Wandels relativiert. Bereits 1977 beschreibt Heinrichs hinsichtlich der Schichtzugehörigkeit lediger Mütter eine Doppelgipfeligkeit: Besonders viele Frauen waren unterprivilegierten Sozialschichten zugehörig, gepaart mit schlechtem Bildungs- und Einkommensniveau. Andererseits fanden sich überdurchschnittlich viele Frauen mit hohem Ausbildungsstand und gutem Einkommen, die ohne Heiratsabsicht in stabiler Beziehung lebten. Die aus den Berliner Ergebnissen mit Blick auf die erstgenannte Gruppe formulierten Schlussfolgerungen markieren den Ansatzpunkt weiterer Einflussnahme: „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“ (11).

Eine Studie anhand hessischer Perinataldaten wies darauf hin, dass

Risikofaktoren im Mutterpass und in der Perinatalerhebung eher unterrepräsentiert sind (13). Die dennoch recht konstante Anzahl an Schwangeren, für die in der Baden-Württembergischen Erhebung psychische und soziale Risikofaktoren bestehen, ist ein Grund mehr, diesen Kollektiven weitere Aufmerksamkeit zu widmen.

Das Muster der „aufgehenden Schere“ (Abb. 3) bei den Raten unzureichender Inanspruchnahme für die Gruppen sozialer und psychisch belasteter Schwangeren im Verhältnis zum Gesamtkollektiv, veranschaulicht eine Gefahr: Werden Anstrengungen zur Gesundheitsförderung nicht speziell auf die belastete oder unterprivilegierte Zielgruppe ausgerichtet, besteht die Tendenz, dass sich Ungleichheiten verstärken. Die Förderung wird mehr von den Gruppen in Anspruch genommen, welche Ressourcen haben, darauf leichter anzusprechen (1).

Hier gilt es, durch bewusste Ausrichtung („Targetting“) der Stützung auf die Bedürfnisse der gefährdeten Kollektive dieser Entwicklung gegenzusteuern.

■ Schlussfolgerungen

Die Schwangerschaftsüberwachung ist darauf ausgerichtet, frühzeitig eine Risikoschwangerschaft zu erkennen oder auszuschließen, indem sowohl medizinische als auch psychosoziale und präventiv informative Aspekte berücksichtigt werden.

Wie häufig eine schwangere Frau die Vorsorge in Anspruch nimmt, hat Einfluss auf die Morbidität von Mutter und Kind. Schwangere, welche die Überwachung frühzeitig und regelmäßig wahrnehmen, haben eine geringere kindliche Morbiditäts- und Mortalitätsrate zu erwarten. Da Faktoren, die Frauen zu einem späteren Erscheinen verlassen, auch eine lückenhaftere Wahrnehmung der Untersuchungen nach sich ziehen, müssen hieraus Konsequenzen für ein engmaschigeres Führen der betroffenen Schwangeren gezogen werden.

Durch eine intensive Betreuung von Schwangeren, die psychisch und sozial belastete Frauen und die

schwächeren Sozialgruppen besonders und bereits früh in der Schwangerschaft anspricht, könnten diese Unterschiede weitgehend ausgeglichen werden (6).

Danksagung

Wir danken den weiteren Mitgliedern der Arbeitsgruppe Perinatalogie in Baden-Württemberg, Herrn Prof. Dr. med. Mickan, Vertreter der Ärztekammer Baden-Württemberg, Frau Dr. med. Staudt-Grauer, Vertreterin des MDK Baden-Württemberg, Herrn Prof. Dr. Simon und Herrn Dr. med. Roll, Vertreter der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, für die Überlassung der Daten zur Auswertung sowie die Beratung und Diskussion bei der Bewertung der Ergebnisse.

Wir danken Herrn Dr. Ralf Münnich, Wirtschaftswissenschaftliches Seminar der Universität Tübingen, Abteilung Statistik, Ökonometrie und Unternehmensforschung, für die Beratung in statistischen Fragen.

Wir danken Frau Haederle und Frau Hübsch, GeQIK®, für die Unterstützung bei der Erstellung der Auswertungen.

Psychosocial risk factors in pregnancy – Study based on the perinatal survey data of the German state of Baden-Württemberg

Studies assess the association between psychosocial factors and pregnancy outcome. Morbidity of mother and child is also dependant on the utilization of prenatal care. Frequency, development and in how far psychosocial risk factors affect utilization of prenatal care at present, was studied, based on data of the perinatal survey in Baden-Württemberg 1998–2002.

Deficiencies in standard antenatal care were found for pregnancies with psychic and social risk factors, for unmarried women and foreigners, the tendency being decreasing for the two last mentioned groups. Insufficient attendance increased in the groups with psychic and social handicap in 2002. These collectives at risk need specific attendance to prevent mother and child from the detrimental effects of insufficient prenatal care.

Keywords:

perinatal survey data – psychosocial risk factors – maternal risk – prenatal care.

Literatur

1. Adler NE, Newmann K. Socioeconomic disparities in health pathways and policies. *Health Affairs* 2002; 21(2): 60–76
2. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, Lumbiganon P, Farnot U, Bersgjo P, WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357(9268): 1565–1570
3. Coe B, Blum M. The out-of-wedlock pregnancy. *Obstet Gynec* 1972; 807–812
4. Davids PD, Rosengren WR. Social stability and psychological adjustment during pregnancy. *Psychosom Med* 1962; 24: 579–583
5. Derron M. Unterschiede in der Frühsterblichkeit zwischen ehelichen und außerehelichen Kindern. *Sozial- und Praeventivmedizin* 1974; 19: 115–124
6. Donalson PJ, Billy IOG. The impact of prenatal care on birth weight. *Med Care* 1984; 22: 1977
7. Engström L. A prospective study of the relationship between psycho-social factors and course of pregnancy and delivery. *Journal of Psychosommatial Research* 1964; 8: 151–155
8. Franke F, Harmsen H. Die gesundheitliche Situation unehelicher Kinder. *Münchner Medizinische Wochenschrift* 1967; 43: 2258–2264
9. Geschäftsstelle für Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (GeQIK®), Stuttgart, www.geqik.de
10. Greenberg RS. The impact of prenatal care in different social groups. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145: 797–801
11. 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
12. Hoyme UB, Möller U, Saling E. Ergebnisse und mögliche Konsequenzen der Thüringer Frühgeburtenvermeidungsaktion 2000. *Geburtsh Frauenh* 2002; 62: 257–263
13. 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
14. Lukesch H. Sozialmedizinische Aspekte der Frühgeburtlichkeit. In: Künzel W, Wulf KH (Hrsg.) *Geburt II. Klinik der Frauenheilkunde* Band 7. 3. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1997: 110–126
15. McDonald RL. Role of emotional factors in obstetric complications: A Review. *Psychosommatial Medicine* 1968; 30: 222–237
16. 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
17. Ratzel R. Auswirkungen der Effizienzbewertung der Untersuchungen in der Schwangerschaft auf die Aufklärung. *Gynäkologe* 1969; 29: 590–593

18. Schär M, Mörgeli S. Mögliche Ursachen der unterschiedlichen Sterblichkeit von Säuglingen lediger und verheirateter Mütter. *Zeitschrift für Praeventivmedizin* 1969; 14: 79–82
19. Seelbach-Göbel B, Wulf KH. Der Indikationswandel zur operativen Entbindung. *Gynäkologe* 1998; 31: 724–733
20. Selbmann H.K. Teilnahme an der Schwangerschaftsüberwachung in Bayern und Meßwerte ihrer Effektivität. *Geburtsh Frauenheilk* 1984; 44: 345–350
21. 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
22. Tulzer W, Wancura I. Beeinflussung der Frühgeburtlichkeit durch soziale Faktoren. *Archiv Kinderheilkunde* 1971; 183:338–347
23. Wulf K-H. Schwangerenvorsorge – Inanspruchnahme und Effektivität. *Dt. Ärzteblatt* 1992; 89: 3215

Kontaktadresse:

Dr. med. Elisabeth Simoes
Kompetenzzentrum Qualitätssicherung/
Qualitätsmanagement (extern)
der MDK-Gemeinschaft beim
MDK Baden-Württemberg
Ahornweg 2
77933 Lahr
Tel.: 07821/938178
Fax: 07821/938295
E-Mail: e.simoes@mdkbw.de