

Schwangerenvorsorge zwischen Risiko- und Ressourcenorientierung

Ergebnisse einer Ärztebefragung in Mecklenburg-Vorpommern 2005

K. Bahr, S. Thoms, T. Elkeles

Die Schwangerenvorsorge hat risiko- und präventionsorientierte, aber auch ressourcenstärkende, gesundheitsförderliche Elemente. Wie diese von den Frauenärztinnen und Frauenärzten bewertet werden und welche Aspekte künftig stärker berücksichtigt werden sollten, war einer der Untersuchungsgegenstände bei einer Ärztebefragung in Mecklenburg-Vorpommern.

Bisher überwog in der ärztlichen Schwangerenvorsorge meist die an medizinischen Risiken, u.a. der Frühgeburtlichkeit, orientierte Betrachtungs- und Handlungsweise. Psychische und soziale Risikofaktoren wurden formal in den Risikokatalog der Schwangerenvorsorge aufgenommen. Eine Schwierigkeit dürfte aber oftmals bereits in der Erfassung solcher Probleme bestehen, zumal diese nicht immer offensichtlich sind und somit eine adäquate Erfassung u.a. weitergehende Kommunikation erfordert.

Zudem führt der gesellschaftliche Wandel zum „mündigen Patienten“ auch bei Schwangeren dazu, dass ihr Bedarf an gezielten Informationen und Gesprächen steigt. Um diesem Bedarf einerseits sowie den sozialen Aspekten andererseits stärker gerecht zu werden, sollten vermehrt Elemente und Strategien der Gesundheitsberatung und -förderung in die Arbeit der Schwangerenvorsorge integriert werden, die neben dem frühzeitigen Erkennen und Vermeiden von Risiken gleichzeitig die Ressourcen der Schwangeren stärken (8).

Die Nutzung der Schwangerenvorsorge ist verglichen mit anderen von der gesetzlichen Krankenversicherung angebotenen Vorsorgeleistungen insgesamt relativ gut, wenngleich aus der Literatur auch Unterinanspruchnahmequo-

ten und -frequenzen bei sozialen Risikogruppen bekannt sind (3, 4, 9).

Trotz intensiver Bemühungen zur Senkung von Risiken haben neben Deutschland auch andere vergleichbare Länder seit Mitte der 90er Jahre einen Anstieg der Frühgeburtenrate zu verzeichnen (2). Dabei stellt die Prävention der Frühgeburt die Beteiligten der Schwangerenvorsorge vor die schwierige Aufgabe, sowohl die medizinischen als auch die sozialen Risikofaktoren dieses multikausalen Geschehens (5, 7) adäquat zu berücksichtigen.

Inhalte und Ziele der Erhebung

Im Rahmen eines Lehrforschungsprojekts 2005/06 der Autoren im Master-Studiengang Gesundheitswissenschaften der Hochschule Neubrandenburg zum Thema *Gesundheit und Information in der Schwangerschaft* wurden bzw. werden die Informations- und Beratungsangebote verschiedener Akteure und deren gegenseitige Koordination untersucht. Eine der dabei vorgenommenen Erhebungen ist die hier vorgestellte Ärztebefragung.

In einem ersten Teil der Befragung wurden Informationen zur Durchführung und Bewertung der Schwangerenvorsorge und weiterführender Beratungs- und Versorgungsangebote

eingeholt. In einem zweiten Teil ging es um das Vorsorgeprogramm für eine gesunde Schwangerschaft *BabyCare*, zu welchem im Folgenden noch einige Informationen vorangestellt seien, bevor ausgewählte Ergebnisse vorgestellt werden.

Das von einem interdisziplinären Team entwickelte Programm *BabyCare* soll einen Beitrag zur Senkung der Frühgeburtenrate leisten. In dem Programm werden Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung sowie der allgemeinen Gesundheitsförderung und Ressourcenstärkung mit Maßnahmen zur Senkung von Risikofaktoren verbunden (5). Es wurde auf dem III. Internationalen Symposium Infektionskrankheiten der Schwangeren und des Neugeborenen im September 2000 in Rostock/Warnemünde offiziell der Ärzteschaft vorgestellt.

Mittels einer Arztinformativbroschüre wurden im Herbst 2000 alle Mitglieder vom Berufsverband der Frauenärzte über das von ihm empfohlene *BabyCare*-Programm informiert. Seit diesem Zeitpunkt können Frauenärzte die Programmunterlagen für von ihnen betreute Schwangere anfordern. Bei der Akzeptanz der Ärzteschaft kam Mecklenburg-Vorpommern zumindest anfangs eine Vorreiterrolle zu.

Etwa die Hälfte der in Deutschland ansässigen 250 Krankenkassen kooperiert heute mit *BabyCare*. Es existieren mehrere Formen der Zusammenarbeit. So gibt etwa die AOK Mecklenburg-Vorpommern die schriftlichen Programmunterlagen (Handbuch etc.) kostenfrei an die Versicherten ab (Kostenübernahme), andere Kassen erstatten die (relativ geringen) Kosten. Seit Anfang 2004

wurden 1.473 Programme an AOK-Versicherte und 259 Programme an Versicherte anderer Kassen ausgegeben. Die Zahl der Lebendgeburten betrug im Jahr 2004 in Mecklenburg-Vorpommern 13.045 (10).

Eine Evaluation hinsichtlich des Effekts auf die Frühgeborenenrate zeigte, dass Teilnehmerinnen von *Baby-Care* eine statistisch signifikante, um mehr als 20% geringere Frühgeburtenrate aufwiesen als die herangezogene Vergleichspopulation (6).

Daten und Methoden

Zum Zeitpunkt der Befragung (im Oktober 2005) gab es in Mecklenburg-Vorpommern 184 niedergelassene Frauenärztinnen und -ärzte, deren Praxisangebot die Leistung der Schwangerenvorsorge einschloss. Als Erhebungsinstrument wurde ein Fragebogen entwickelt, der an alle niedergelassenen Frauenärztinnen und -ärzte in diesem Bundesland postalisch verschickt wurde. 75 Adressaten sandten die Fragebögen ausgefüllt zurück; somit betrug die Ausschöpfungsquote 40,8%. Die Daten wurden EDV-gestützt erfasst und mit Hilfe des Statistikprogrammpakets SPSS ausgewertet. Signifikanzprüfungen von Zusammenhängen wurden mit dem Mann-Whitney-U-Test bzw. mit dem Test nach Kruskal und Wallis durchgeführt.

Ergebnisse zur allgemeinen Schwangerenvorsorge

54,7% (n=41) der Befragten schätzten das Problem der steigenden Frühgeburtenrate als groß bzw. sehr groß ein (s. Abb. 1). Weitere 44% (n=33) stuften die Frühgeburtenprävalenz in Deutschland nur als mittleres bis kleineres Problem ein.

Etwa 90% der teilnehmenden Frauenärztinnen und -ärzte schätzten die Aussagekraft des Risikokatalogs sowohl bezüglich der psychischen als auch der sozialen Belastungen von Schwangeren als mittelmäßig bis

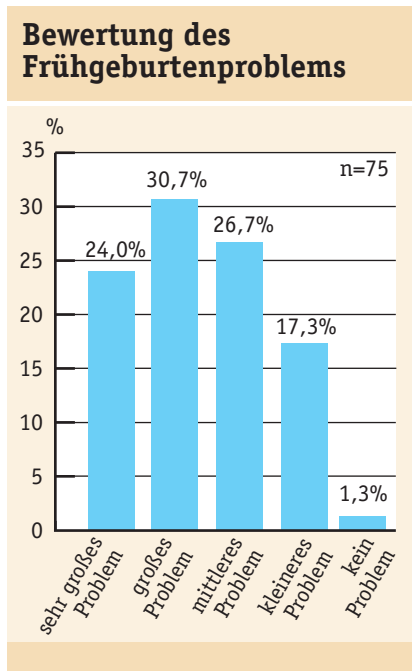


Abb. 1: 54,7% der Antwortenden sahen in der steigenden Frühgeburtenrate ein großes bzw. sehr großes Problem.

niedrig ein. Hinsichtlich der sozialen Belastungen wurde dabei insgesamt noch weniger Aussagekraft gesehen. Weniger als 10% hielten die Aussagekraft des Risikokatalogs hier für hoch oder sehr hoch (s. Abb. 2).

Der Bedarf an ergänzenden psychosozialen Beratungsprogrammen wurde

von 49,3% (n=37) der Befragten als hoch oder sehr hoch eingeschätzt; nur 21,7% (n=16) sahen einen niedrigen oder sehr niedrigen Bedarf. Auch hielten 44% (n=33) der Teilnehmenden die reguläre Schwangerenvorsorge ergänzende Beratungsprogramme für sinnvoll bzw. sehr sinnvoll. Lediglich 20% (n=15) stuften diese als weniger sinnvoll oder nicht sinnvoll ein (s. Abb. 3 auf S. 906). Allerdings ging eine niedrige Bewertung der Aussagekraft des Risikokatalogs nicht mit einer höheren Bewertung des Bedarfs an ergänzenden psychosozialen Beratungsangeboten einher (psychische Belastungen: $\chi^2=6,070$, $p=0,194$; soziale Belastungen: $\chi^2=4,768$, $p=0,312$).

Am Beispiel einer – kurz im Fragebogen vorgestellten – Modellpraxis in Bremen ging es bei einer weiteren Frage um die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Schwangerenvorsorge. Die Besonderheit der Bremer Modellpraxis bestand darin, dass die Betreuung schwangerer Frauen gemeinsam von einer Frauenärztin, einer Hebamme und einer freiberuflichen Psychologin durchgeführt wurde, um auf diese Art eine Kontinuität in der Behandlungskette sicherzustellen.

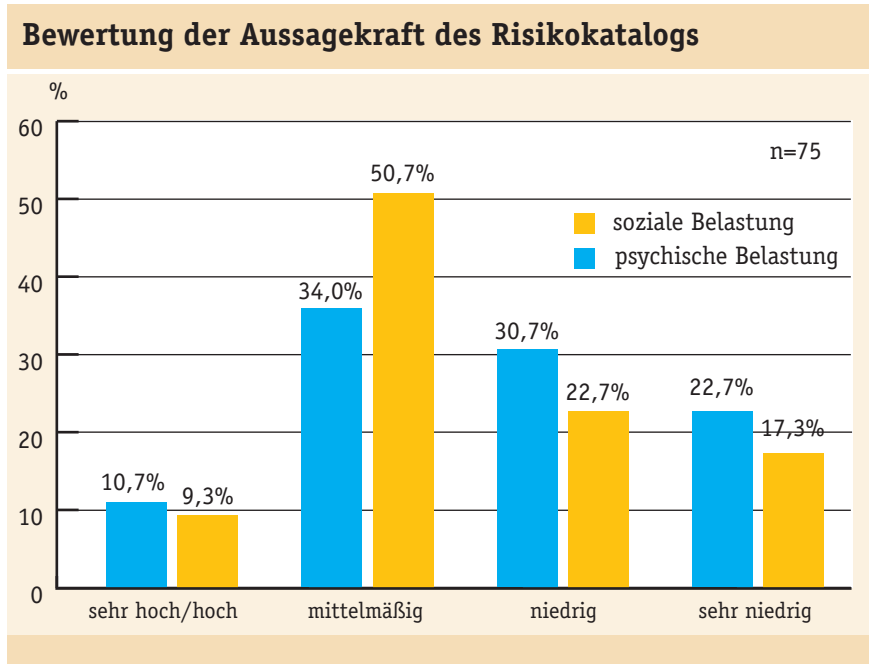


Abb. 2: Die Aussagekraft des Risikokatalogs hinsichtlich sozialer und psychischer Belastungen wurde von den meisten Antwortenden als weniger hoch eingestuft.

Bewertung des Bedarfs an ergänzenden Beratungsprogrammen

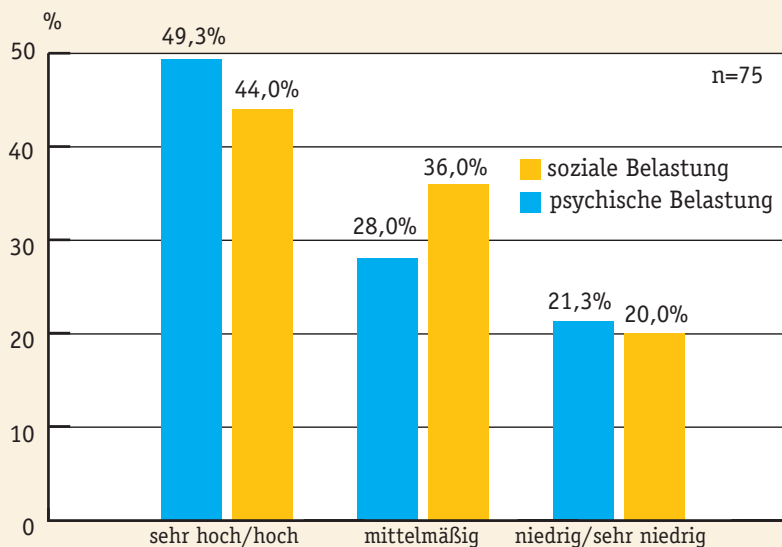


Abb. 3: Rund die Hälfte der Antwortenden sah einen erheblichen Bedarf an ergänzenden Beratungsprogrammen.

17,3% der Befragten (n=13) schätzten dieses Projekt als sehr sinnvoll oder sinnvoll, 33,3% als teilweise sinnvoll ein. 48% der Frauenärztinnen und -ärzte meinten, dass dieses

Bewertung des Bremer Modellprojekts

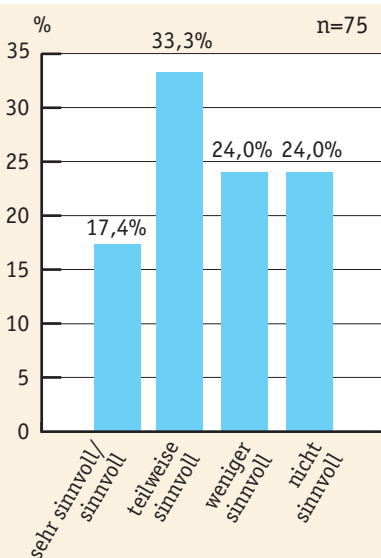


Abb. 4: Über die Zusammenarbeit von Frauenärzten mit Hebammen und Psychologen, wie sie im Bremer Modellprojekt durchgeführt wird, waren die Meinungen geteilt.

Projekt weniger sinnvoll bzw. nicht sinnvoll sei (s. Abb. 4). Teilnehmende, die zusätzliche Beratungsprogramme befürworteten, bewerteten die Zusammenarbeit in Modellprojekten auch signifikant besser als Teilnehmende, die solche Programme für weniger oder nicht sinnvoll hielten ($\chi^2=13,652$, $p=0,008$).

Ergebnisse zum BabyCare-Programm

87,9% der befragten Frauenärztinnen und -ärzte in Mecklenburg-Vorpommern war das *BabyCare*-Programm bekannt. Davon nutzten 45,3% (n=34) das Programm in ihrer Praxis, 21,3% (n=16) hatten es in der Vergangenheit genutzt. 21,3% hatten davon gehört, ohne es zu nutzen, 10,7% kannten es nicht (s. Abb. 5).

Tiefer gehende Analysen zeigten, dass vor allem die Befragten, die die in Deutschland steigende Frühgeburtenrate als sehr großes bzw. großes Problem bewertet hatten, das *BabyCare*-Programm in ihrer Praxis nutzten (s. Abb. 6).

Ergänzende Beratungsprogramme hielten ca. 80% der *BabyCare*-Nutzer für sehr bis teilweise sinnvoll. Auch das skizzierte Bremer Modellprojekt wurde von den *BabyCare*-Nutzern unter den Antwortenden tendenziell am positivsten bewertet. Etwa 75% (n=25) der *BabyCare*-Nutzer sahen einen sehr hohen bis mittleren Bedarf an ergänzenden Beratungsprogrammen, die ihren Schwerpunkt auf psychosoziale Risikofaktoren legen. Unter den Frauenärztinnen und -ärzten in Mecklenburg-Vorpommern geht demnach die Nutzung des *BabyCare*-Programms mit einer insgesamt aufgeschlosseneren Haltung gegenüber ergänzenden Beratungsprogrammen in der Schwangerenvorsorge einher.

Die Frauenärztinnen und -ärzte wurden auch danach gefragt, welche Gründe sie vermuteten, die die Schwangere an der Teilnahme am *BabyCare*-Programm hindern könnten. Am häufigsten genannt wurde dabei eine „mangelnde Bereitschaft, für die Teilnahme an dem Programm selbstständig finanziell aufzukommen“, eine „mangelnde Bereitschaft,

Kenntnis und Nutzung des BabyCare-Programms

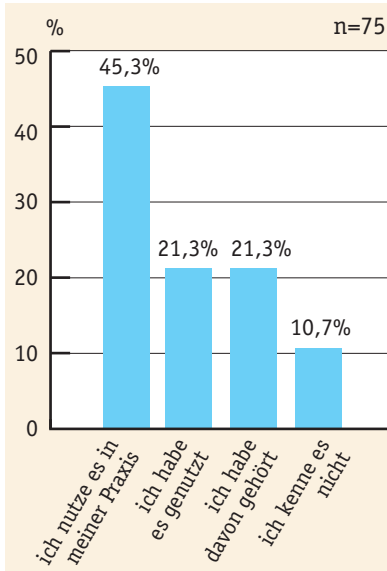


Abb. 5: Rund zwei Drittel der Antwortenden nutzten *BabyCare* zum Zeitpunkt der Befragung oder hatten dies in der Vergangenheit getan.

Nutzung des *BabyCare*-Programms nach Bewertung des Frühgeburtenproblems

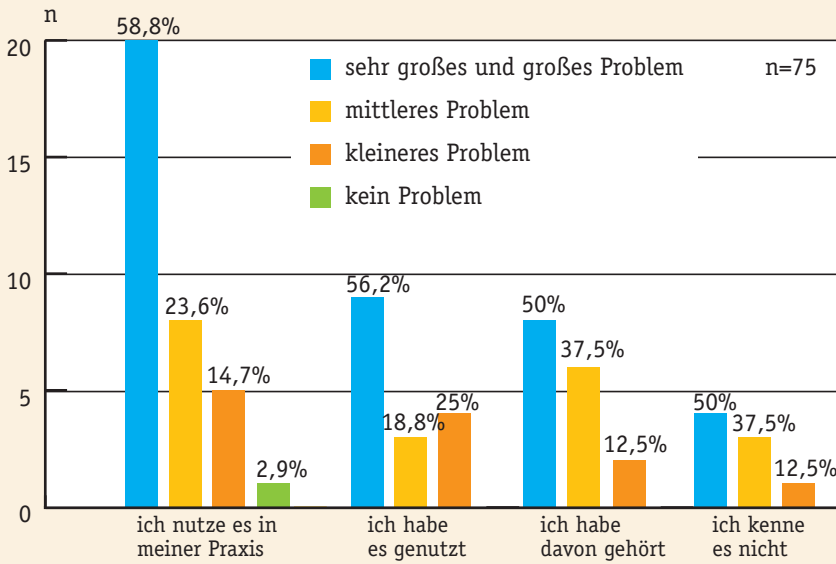


Abb. 6: Das *BabyCare*-Programm wurde insbesondere von den Frauenärzten genutzt, die Frühgeburten als ein großes/sehr großes Problem einschätzten.

für die Teilnahme an dem Programm im Vorfeld zu zahlen, um die Kosten erst später von der Krankenkasse erstattet zu bekommen“, die „Umständlichkeit des Ausfüllens eines Fragebogens“ sowie „ausreichende bereits bestehende allgemeine und expertengeleitete Informationsangebote zum Thema Schwangerschaft und Geburt“. Deutlich wurde, dass die Befragten Hinderungsgründe Schwangerer für die Teilnahme am *BabyCare*-Programm eher nicht in einer mangelnden Qualität des Programms selbst begründet sahen. Vielmehr neigten die Teilnehmenden dazu, andere Umstände wie z.B. Fragen der Kosten-erstattung bzw. -übernahme oder ein vermutetes Unvermögen seitens der Schwangeren, den *BabyCare*-Fragebogen auszufüllen, als Gründe für mangelnde Teilnahmebereitschaft zu vermuten.

Insgesamt wurde das *BabyCare*-Programm von den Befragten mit einer durchschnittlichen Note von 2,9 bewertet. Bei den Befragten, die das Frühgeburtenproblem als groß oder sehr groß eingeschätzt hatten, fiel die Bewertung mit einer Durch-

schnittsnote von 2,8 etwas besser aus. Teilnehmende, die die steigende Frühgeburtenrate als mittleres bzw. kleineres Problem bewertet hatten, vergaben im Durchschnitt die Note 3,1 bzw. 3,0. Mit der Note 2,7 wurde das Programm von denjenigen bewer-

tet, die den Bedarf an ergänzenden generellen sowie psychosozialen Beratungsprogrammen als hoch oder sehr hoch bewertet hatten (s. Abb. 7).

Gleiches gilt für die Bewertung des Bremer Modellprojekts. Befragte, die eine solche Kooperationsform als sinnvoll oder sehr sinnvoll ansahen, bewerteten das *BabyCare*-Programm mit einer Durchschnittsnote von 2,5. Die Beurteilung, dass das Bremer Projekt nicht sinnvoll sei, ging dagegen mit einer Durchschnittsnote von 3,7 für das *BabyCare*-Programm einher.

Abschließend waren die Teilnehmer aufgefordert, eigene Anregungen oder kritische Anmerkungen zum *BabyCare*-Projekt zu äußern. Dabei zeigte sich, dass die Inhalte und Ziele des Programms von den niedergelassenen Frauenärzten in Mecklenburg-Vorpommern positiv bewertet wurden. Jedoch war aus kritischen schriftlichen Anmerkungen (und einigen während der telefonischen Nachfassaktion) häufig ein genereller Unmut gegenüber Krankenkassen ersichtlich. (Diese finanzierten weitergehende Angebote wie *BabyCare*, übernahmen jedoch nicht

Benotung des *BabyCare*-Programms nach Bewertung des Bedarfs an ergänzenden Beratungsangeboten

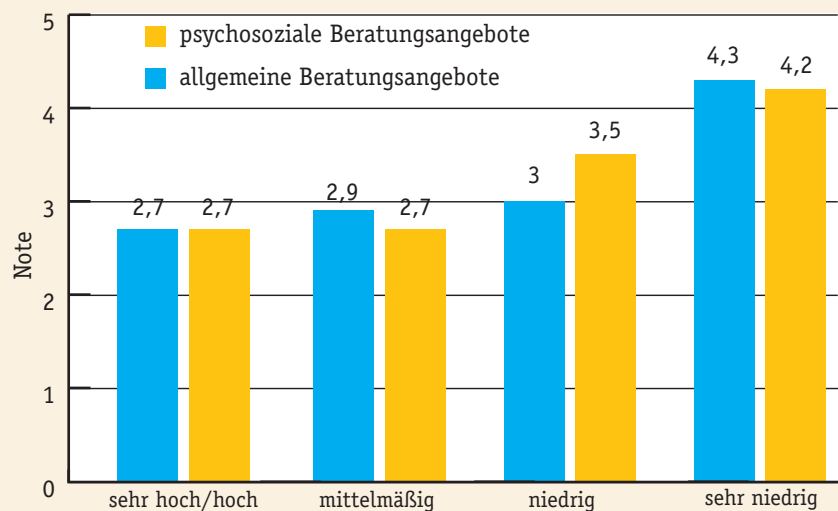


Abb. 7: Befragte, die einen hohen Bedarf an ergänzenden Beratungsangeboten sahen, bewerteten das *BabyCare*-Programm im Durchschnitt besser als solche, die den Bedarf als eher gering einschätzten.

die Kosten für medizinisch notwendige Untersuchungen in der Schwangerschaft u.ä.). Die weitere Implementation von *BabyCare* schien so bei einer Reihe von Frauenärzten an Grenzen der Programmakzeptanz zu stoßen, die jedoch nicht in dessen Inhalten, sondern wohl eher in einem anderweitig bestehenden Spannungsverhältnis bei bzw. zwischen der Ärzteschaft und Krankenkassen begründet liegen dürften.

Diskussion

Unseres Wissens erstmalig in Deutschland konnte mit der Untersuchung in Mecklenburg-Vorpommern 2005 festgestellt werden, dass Frauenärztinnen und -ärzte mehrheitlich Schwachstellen im System der Schwangerenvorsorge wahrnehmen (weniger als 10% Zustimmung zu der Aussage, der Risikokatalog sei bei psychischen und sozialen Belastungen aussagekräftig) und auch ergänzende Beratungsprogramme befürworten.

Die im Vergleich zur Einschätzung des Bedarfs an Beratungsprogrammen tendenziell eher zurückhaltende Zustimmung zum Kooperations-typ Modellpraxis könnte darauf zurückzuführen sein, dass es bei einigen Frauenärztinnen und -ärzten besondere Gründe für eine solche Zurückhaltung gibt. Diesen könnte z.B. im Rahmen des Lehrforschungsprojekts, weiterführender Qualifizierungs- oder sonstiger Forschungsarbeit nachgegangen werden, etwa mittels qualitativer Interviews. Hier könnte z.B. gefragt werden, ob es etwa auch Befürchtungen gibt, die Grenzen ehemals klar definierter Aufgabenbereiche könnten verschwimmen und dabei auch der Organisations- und Kommunikationsaufwand steigen.

Mehrheitlich maßen die Befragten dem *BabyCare*-Programm kein Potenzial zur Senkung der Frühgeburtenrate bei. Möglicherweise sind hier die bisher vorliegenden positiven Evaluationsergebnisse (6) noch nicht ausrei-

chend diffundiert. Auch könnte es sein, dass zwar der Einfluss medizinischer Risikofaktoren auf das Frühgeburtsengeschehen ausreichend bekannt ist, jedoch der Einfluss sozialer Risiken und deren Reduzierung (3) jedenfalls im Kontext erfolgreicher Assoziationen zum Risikobegriff nicht immer unmittelbar ins Bewusstsein gelangt. Das zeigt zumindest die Lehrpraxis bei medizinisch vorsektoralisierten Berufsgruppen.

Dass das *BabyCare*-Programm die Voraussetzungen zur Gesundheitsförderung erfülle, wurde von der Mehrzahl der Teilnehmenden so gesehen. Ebenfalls betrachtete die Mehrzahl der Frauenärztinnen und -ärzte dieses Programm als sinnvolle Ergänzung zur Schwangerenvorsorge.

Ein Programm wie *BabyCare* findet jedoch – wie generell Ansätze der Gesundheitsförderung – häufig nur unterproportional Zugang zu Personengruppen mit sozialen Risiken. Hier könnten Frauenärztinnen und Frauenärzte durchaus eine bedeutende Beratungsrolle gerade auch für solche Gruppen von Schwangeren übernehmen und damit weitere Chancen zur Senkung von Risiken einerseits, der Frühgeburtenrate andererseits erschließen.

Die Ergebnisse des hier auszugsweise vorgestellten Untersuchungsteils weisen insgesamt darauf hin, dass bei der Beratung und Versorgung Schwangerer psychische und soziale Aspekte noch stärker berücksichtigt werden sollten, um die Eigenkompetenz der Frauen zu steigern, sie adäquat auf dem Weg in eine neue soziale Rolle zu begleiten sowie die zielgruppenspezifische wie auch individuelle Betreuung optimieren zu können. Alle Beteiligten könnten damit zu einer stärker ressourcenorientierten Schwangerenvorsorge beitragen.

Danksagung

Der AOK Mecklenburg-Vorpommern sei für die Projekt-Unterstützung ge-

dankt, ohne welche diese Befragung nicht realisierbar gewesen wäre.

Literatur

1. Bauer E, Grimm M, Hauffe U: Eine multidisziplinäre Frauen-Gesundheits-Praxis. Ein sich entwickelndes Modell in Bremen. In: Fedor-Freybergh PG (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Saphir, Älvsjö, 1987, 321–331.
2. Bergmann RL, Dudenhausen JW: Prädiktion und Prävention der Frühgeburt. Gynäkologie 36 (2003) 391–402.
3. Elkeles T, Frank M, Korporal J: Frühgeburtslichkeit und Schwangerenvorsorge. Z Geburtshilfskunde Schwangerenvorsorge 194 (1990) 22–28.
4. Elkeles, T: Die Bedeutung risikospezifischer Versorgungsangebote bei der Entwicklung der Säuglingssterblichkeit. Forum Gesundheitswissenschaften 3 (1992) Nr. 1, 8–27.
5. Friese K, Dudenhausen J, Schäfer A, Elkeles T et al.: Risikofaktoren der Frühgeburtslichkeit in Deutschland und ihre Bedeutung für die primäre und sekundäre Prävention der Frühgeburt. Gesundheitswesen 65 (2003) 477–485.
6. Friese K, Kirschner W: Das *BabyCare*-Projekt. Konzept, erste Ergebnisse und Erfolgskriterien. Gynäkologie 36 (2003) 403–412.
7. Holzmann C, Bullen B, Fisher R et al. and the Prematurity Study Group: Pregnancy outcomes and community health: the POUCH study of preterm delivery. Paediatric Perinatal Epidemiol 15 (2001) 136–158.
8. Rauchfuß M: Ressourcenorientierte Interventionen in der Schwangerschaft. Zentralbl Gynäkol 123 (2001) 102–110.
9. Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkglens M et al.: Psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft. Psychoneuro 30 (2004) 342–347.
10. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Mecklenburg-Vorpommern 2004. Teil 1 – Kreisergebnisse. 2005. URL: http://www.statistik-mv.de/berichte/a_a-i_/a133k_/2004/daten/a133k-2004-00.pdf Stand: 26.7.2006.



Für die Autoren

Prof. Dr. Thomas Elkeles
Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit und Pflege
Brodaer Straße 2
17033 Neubrandenburg