

Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Tübingen (Ärztliche Direktorin Universitätsprofessorin Dr. med. Monika A. Rieger)¹, Frauenklinik, Klinikum am Steinenberg, Reutlingen², Institut für Frauengesundheit Baden-Württemberg am Universitätsklinikum Tübingen, Universitätsfrauenklinik (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Dr. hc. mult. Diethelm Wallwiener)³

Der leise Confounder – Armut macht krank

Gesundheitliche Ungleichheit in der geburtshilflichen Versorgung

E. Simoes^{1,3}, S.K. Kunz²

(eingegangen am 19.09.2011, angenommen am 24.10.2011)

Herrn Professor Dr. med. F. W. Schmahl zum 75. Geburtstag in Hochachtung gewidmet

Abstract/Zusammenfassung

The silent confounder – poverty causes illness Health inequality in obstetric care

Publications with empirical findings on health inequality have become more frequent in recent years, but an analysis of health inequality in the various fields of medicine is still lacking. Focussed on the utilization of antenatal care, the present study has investigated whether differences in preventive behaviour exist between social groups and whether such differences affect the frequency and severity of complications. The database was the Baden-Wuerttemberg perinatal survey (556,948 births, 1998–2003). Appropriate use of antenatal care leads to significant advantages in the outcome for the mother and the newborn child. Inadequate use of antenatal care was encountered significantly more frequently in psychosocially disadvantaged pregnancies. Pregnant women with particular social disadvantages had the highest increase in risk compared with that for the overall group of pregnant women [RR 11.69 (95% CI 8.77–15.58)]. Lack of utilization of antenatal care had detrimental effects on psychosocially disadvantaged groups and collectives with lower levels of education. Analysis of puerperal complications and caesarean deliveries showed an increase in maternal

risk, especially for certain groups. Group-specific barriers and disadvantages seem to persist and prevent adequate care being provided in individual cases even though standardized medical care is available. The identification of disparities provides access points for intervention.

Keywords: health inequality – perinatal data – antenatal care

Der leise Confounder – Armut macht krank Gesundheitliche Ungleichheit in der geburtshilflichen Versorgung

Publikationen mit empirischen Ergebnissen zu gesundheitlichen Ungleichheiten haben in den letzten Jahren an Häufigkeit zugenommen, dennoch fehlen Analysen der Ungleichheitsproblematik in den verschiedenen Versorgungsbereichen der Medizin. Anhand der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorge ging die Untersuchung der Frage nach, ob sich Unterschiede im Vorsorgeverhalten zwischen sozialen Gruppen erkennen lassen und Effekte auf Häufigkeit und Ausmaß von Komplikationen zeigen. Zugrunde lagen die Perinataldaten von Baden-Württemberg (556 948 Geburten, 1998–2003). Angemes-

sene Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge führt zu signifikanten Vorteilen beim Outcome von Mutter und Neugeborenem. Unzureichende Vorsorge war bei psychosozial belasteten Schwangerschaften signifikant häufiger als im Gesamtkollektiv anzutreffen. Für Schwangere mit besonderer sozialer Belastung ergab sich die höchste Risikoerhöhung gegenüber dem Gesamtkollektiv [RR 11,69 (95% CI 8,77–15,58)]. Das Inanspruchnahmeverhalten entwickelte sich zu Ungunsten psychosozial belasteter und Kollektive mit ungünstigerem Bildungsprofil. Analysen zu Wochenbettkomplikationen und Kaiserschnittentbindungen ergaben Anhalt für eine Zunahme des mütterlichen Risikos, insbesondere für bestimmte Kollektive. Gruppenspezifische Barrieren und Belastungen tragen offenbar dazu bei, dass selbst bei einem standardisierten Versorgungsangebot nicht in jedem Einzelfall eine ausreichende Betreuung erfolgt. Die Identifikation von Ungleichheiten schafft Ansatzpunkte für Interventionen.

Schlüsselwörter: Gesundheitliche Ungleichheit – Perinataldaten – Schwangerenvorsorge

Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2011; 46: 629–635

► Einleitung

Das Versorgungsnetz des Gesundheitswesens setzt sich aus medizinischen, sozialen und ökonomischen Komponenten zusammen. Die Komplexität erfordert, dass neben Ge-

sundheitspolitik, Kostenträgern, ärztlicher Selbstverwaltung und ärztlichen Berufsverbänden auch Forschung und Wissenschaft darum bemüht sind, dieses System zielgerichtet und ergebnisorientiert zu gestalten und weiter zu entwickeln (Memorandum

zur Versorgungsforschung in Deutschland 2003). Dahinter steht das gesundheitspolitische Ziel, dass alle Menschen unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten sollen, gesund zu bleiben