

3 STUDIENTEILNEHMER UND METHODEN

3.1 Studienland

3.1.1 Allgemeines

Uganda liegt in Ostafrika und grenzt im Norden an den Sudan, im Osten an Kenia, im Süden an Tansania und den Viktoriasee, im Westen an Ruanda und die Demokratische Republik Kongo. Die Gesamtfläche des Landes umfasst 236.000 km² (Vergleich Deutschland: 357.000 km²). In Uganda herrscht tropisches Klima mit einer ersten Trockenzeit von Dezember bis Februar und einer zweiten von Juni bis August (www.myuganda.co.ug, a).

Die Einwohnerzahl beträgt 26,4 Millionen, die Bevölkerungswachstumsrate lag in den Jahren 1993 bis 2003 bei 3,1% pro Jahr. 12,2% der Gesamtbevölkerung leben in Städten, d.h. in Ortschaften mit mehr als 5.000 Einwohnern. Etwa 50% der Bevölkerung ist jünger als 15 Jahre (UN, 2004). Offizielle Sprachen sind Englisch und Luganda, weitere lokale Sprachen und Kiswahili sind im Gebrauch. In Uganda gibt es 20 verschiedene Ethnien (www.myuganda.co.ug, b). Die religiöse Zugehörigkeit verteilt sich zu jeweils 33% auf Katholiken und Protestanten, 18% sind Muslime und 16% bekennen sich zu anderen Religionen. Circa 70% der Bevölkerung, davon 80% Männer und 40% Frauen, sind Alphabeten (UN, 2004), definiert als die Fähigkeit über 15-Jähriger, lesen und schreiben zu können.

Offizielle Währung ist der Uganda Schilling (US\$). Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) beträgt 5,8 Mrd. US\$, das entspricht 236 US\$ pro Kopf. Die Kaufkraftparität lag bei 34,1 US\$ (UN, 2004). Circa 44% der Bevölkerung leben unterhalb der nationalen Armutsgrenze (UN, 2004). Die Landwirtschaft ist der wichtigste Bereich der Wirtschaft Ugandas; 82% aller Beschäftigten sind in diesem Bereich tätig (44% des BIP), fünf Prozent im industriellen Sektor (18% des BIP) und 13% im Dienstleistungsbereich (38% des BIP). Hauptexportprodukt ist Kaffee, weitere sind Fisch, Tee, Gold und Baumwolle.

Uganda ist seit dem 9. Oktober 1962 politisch unabhängig. Derzeitiger Präsident ist Y. Museveni; der Regierungssitz befindet sich in der Hauptstadt Kampala (www.myuganda.co.ug, c).

3.1.2 Gesundheitssystem

Der Anteil des BIP für Ausgaben im Gesundheitssektor Ugandas lag 2001 bei 3,4% (UN, 2004). Der Gesundheitszustand der Bevölkerung kann durch die in Tabelle eins dargestellten Indikatoren beschrieben werden.

Tab. 1: Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustands der Bevölkerung Ugandas

Indikator		Quelle
Lebenserwartung bei Geburt	49 Jahre	UNAIDS, WHO, Epidemiological Fact sheet, 2004
Geburtenrate	50,8/1.000 Einwohner	UNAIDS, WHO, Epidemiological Fact sheet, 2004
Fertilitätsrate	7,1	UNAIDS, WHO, Epidemiological Fact sheet, 2004
Sterberate	15,8/1.000 Einwohner	UNAIDS, WHO, Epidemiological Fact sheet, 2004
Kindersterblichkeit	89/1.000 Lebendgeburten	UNAIDS, WHO, Epidemiological Fact sheet, 2004
Kindersterblichkeit (< 5 Jahre)	147/1.000 Lebendgeburten	UNAIDS, WHO, Epidemiological Fact sheet, 2004
Müttersterblichkeit	880/100.000 Lebendgeburten	UNAIDS, WHO, Epidemiological Fact sheet, 2004
% Geburten in Anwesenheit ausgebildeten Personals	39 (1995-2002)	UN, Human Development Report, 2004
HIV/AIDS Prävalenz (15-49 J.)	4,1%	UNAIDS, Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2004
Frauen mit HIV/AIDS (15-49 J.)	270.000	UNAIDS, Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2004
Kinder mit HIV/AIDS (0-14 J.)	84.000	UNAIDS; WHO, Epidemiological Fact Sheet, 2004
Tuberkuloseinzidenz	550/100.000	UN, Human Development Report, 2004
Malariainzidenz	46/100.000	UN, Human Development Report, 2004
% unterernährte Bevölkerung	19	UN, Human Development Report, 2004
% Zugang zu sauberem Wasser	52	UN, Human Development Report, 2004
% Zugang zu adäquaten sanitären Einrichtungen	79	UN, Human Development Report, 2004
% Zugang zu bezahlbaren essentiellen Medikamenten	50-79	UN, Human Development Report, 2004

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Uganda erfolgt auf verschiedenen Ebenen. In entlegenen Gebieten sind Gesundheitszentren Anlaufpunkte für medizinische Versorgung. Sie werden abhängig von personeller und technischer Ausstattung in drei Kategorien unterteilt.

In einem Gesundheitszentrum II werden Schwangerenvorsorge, Immunisierung und eine einfache Form der ambulanten Versorgung (outpatient care) angeboten. Es ist mit einer Krankenschwester, einer Hebamme und zwei Pflegeassistenten besetzt.

Ein Gesundheitszentrum III sollte Schwangerenvorsorge, Impfungen, Hausbesuche und stationäre Aufenthalte für kurze Zeiträume anbieten. Es sollte mit einem „Clinical Officer“, der die Patientenversorgung nach dreijähriger Ausbildung leitet und schwierige Fälle einem Arzt vorstellt, mit einer Krankenschwester, zwei Hebammen, einem Pflegeassistenten, einem Gesundheitsassistenten, einem Laborassistenten und einem Datenbeauftragten besetzt sein.

Ein Gesundheitszentrum IV ist definitionsgemäß am besten ausgestattet und hat ein größeres Einzugsgebiet. Zusätzlich zu den genannten Diensten eines Gesundheitszentrums III sollte es die chirurgische Versorgung und die Überwachung aller unterstellten Gesundheitszentren eines Distrikts sicherstellen und personell entsprechend ausgestattet sein.

Weiterführende Krankenversorgung in öffentlichen Einrichtungen wird in den Distriktkrankenhäusern sowie in höchster Instanz, dem Universitätsklinikum in Kampala geleistet.

3.2 Studiengebiet

Das Studiengebiet befindet sich in den Distrikten Kabarole, Kyenjojo und Kamwenge in Westuganda. Der Kabarole Distrikt ist 1.844 km² groß und hat circa 361.000 Einwohner. Östlich daran grenzt der Kyenjojo Distrikt mit einer Fläche von 4.000 km² und 381.000 Einwohnern. Südlich von beiden liegt der Kamwenge Distrikt mit ungefähr 267.000 Einwohnern.

Für die drei Distrikte wurden 2001 folgende Indikatoren erhoben:

Frauen 15-49 Jahre	218.500
Schwangere pro Jahr	52.630
Nutzerrate Schwangerenvorsorge	80%
Institutionelle Geburten	20% (10.526)
Sterberate 1. Lebensjahr	86/1.000 Geburten
Sterberate 1.-5. Lebensjahr	129/1.000 Geburten
HIV-Prävalenz Schwangere (alle Altersgruppen)	13,7%

Ausgewählte Einrichtungen in den Distrikten Kabarole und Kamwenge ermittelten eine HIV-Prävalenz unter Schwangeren von 18,3% und 12,4% (District Health Reports 2002; 2003).

Die größten ethnischen Gruppen in Westuganda sind die Batooro, Bakiga und die Banjankole. Einzelne Personen dieser Ethnien werden als Mutooro, Mukiga und Munjankole bezeichnet.

3.3 Interventionsstandorte

PMTCT Interventionsstandorte waren zwei städtische und zwei ländliche Einrichtungen.

Die urbanen Standorte waren das Buhinga Distrikt Krankenhaus und das Virika Missionskrankenhaus in Fort Portal, Kabarole Distrikt. Diese Institutionen hatten eine Kapazität von 400 Betten (Buhinga Distrikt Krankenhaus 300, Virika Missionskrankenhaus 100). Jährlich suchten ca. 4.000 Schwangere das Buhinga Krankenhaus zur Vorsorge auf und es wurden etwa 2.000 Geburten pro Jahr durchgeführt. Neun Hebammen waren in der Schwangerenvorsorge sowie im Kreißaal tätig. Das Virika Missionskrankenhaus beschäftigte in diesem Bereich ebenfalls neun Hebammen; pro Jahr wurden dort circa 2.000 Schwangere betreut und 1.300 entbunden.

Die ländlichen Standorte in Kyenjojo, Kyenjojo Distrikt und in Rukunyu, Kamwenge Distrikt, waren Gesundheitszentren. Im Kyenjojo Gesundheitszentrum III wurden von drei Hebammen jährlich circa 2.000 Schwangere betreut und etwa 400 Geburten durchgeführt. In das Rukunyu Gesundheitszentrum IV kamen etwa 2.000 Frauen jährlich zur Schwangerenvorsorge, die Geburtenzahl lag um 340 pro Jahr. Vier Hebammen waren im Bereich der Schwangerenversorgung beschäftigt.

An allen Standorten wurde als einer der ersten Schritte der Implementierung des PMTCT-Programms unentgeltliche HIV-Beratung und -Testung für Schwangere und deren Partner eingeführt. In allen beschriebenen Einrichtungen, mit Ausnahme des Virika Missionskrankenhauses, konnten die Dienste der Gesundheitsvorsorge, Behandlung und Entbindung unentgeltlich in Anspruch genommen werden.

3.4 Auswahl der Schwangeren der Studienpopulation

Die Untersuchung wurde im Zeitraum von Juli 2002 bis September 2003 in vier öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Westuganda durchgeführt. Ausführliche Daten wurden bei jeder dritten sich vorstellenden Schwangeren erhoben. Diese Frauen bilden die Studienpopulation.

3.5 Ablauf der Schwangerenvorsorge

Die Schwangerenvorsorgesprechstunde lief grundsätzlich wie nachfolgend geschildert ab.

3.5.1 HIV-Beratung und -Testung

Wenn sich eine Zahl von etwa zehn Frauen eingefunden hatte, wurde diese Gruppe zu einem für die Schwangerschaft, Entbindung oder Säuglingspflege relevantes Thema beraten. Dazu gehörten die Bedeutung von HIV in der Schwangerschaft, Mutter-Kind Übertragung von HIV und das Angebot der kostenlosen HIV-Beratung und -Testung. Die Möglichkeit für HIV-positive Frauen, unentgeltlich an dem NVP-basierten Programm zur Reduktion der HIV Mutter-Kind Übertragung teilzunehmen, wurde vorgestellt. Für diejenigen, die sich zum HIV-Test entschieden, folgte eine Einzelberatung. Hier wurden die Frauen auf das Testergebnis vorbereitet, indem der Umgang mit einem positiven Testergebnis vermittelt und Konsequenzen eines negativen Testergebnisses (Schutz vor Neuinfektion) besprochen wurden.

Die Blutabnahme erfolgte nach schriftlicher Einverständniserklärung der Schwangeren. Dazu wurde ein Vacutainersystem mit unpräparierten Röhrchen (Becton Dickinson, NJ, USA) verwendet und mit dem aktuellen Datum und der Identifikationsnummer der Person versehen. Ein Abschnitt mit der Identifikationsnummer musste vorgelegt werden, um das HIV-Testergebnis zu erhalten.

Alle Laboruntersuchungen wurden von entsprechend ausgebildetem Personal durchgeführt. Zur Bestimmung des HIV-Status wurden folgende Tests in der genannten Reihenfolge angewendet:

1. Determine HIV-1/2/0 (Abbott Laboratories, Abbott Parks, Illinois, USA), Sensitivität 97,9-100%, Spezifität 99,6-100%;
2. Unigold HIV-1/2 (Trinity Biotech, Bray, Wicklow, Ireland), Sensitivität 98,6-99,8%, Spezifität 99,6-100%;
3. Hema-Strip HIV-1/2 Test (Saliva Diagnostic Systems, New York, USA), Sensitivität 98,8-99,6%, Spezifität 99,9-100%.

Der Testalgorithmus folgte dem WHO-Standard. Der erste Test mit hoher Sensitivität wurde als Suchtest eingesetzt. Fiel dieser positiv aus, wurde zur Bestätigung der zweite Test mit einer hohen Spezifität angewendet. Bei diskordanten Ergebnissen wurde der dritte zur Verfügung stehende HIV-Test durchgeführt.

Das Beratungsgespräch nach dem HIV-Test wurde, wenn nicht anders von der Schwangeren gewünscht, als Einzelgespräch durchgeführt. Es diente sowohl der Mitteilung als auch der Besprechung von Konsequenzen des Testergebnisses. Allen Schwangeren wurde geraten, ihren Partner von einem HIV-Test zu überzeugen. Schwangere mit negativem Testergebnis wurden zu verschiedenen Möglichkeiten beraten, sich vor einer HIV-Infektion zu schützen. In diesem Zusammenhang wurden auch Kondome kostenlos verteilt. HIV-positiven Frauen wurden die medikamentöse Intervention mit NVP und weitere Maßnahmen zur Reduktion der Mutter-Kind Übertragung von HIV angeboten. Schwangere mit positivem Testergebnis erhielten eine Beratung zu den in 1.3 beschriebenen Möglichkeiten der Säuglingsernährung.

Jede Teilnehmerin hatte die Möglichkeit, das PMTCT-Programm an jedem beliebigen Punkt zu verlassen. Die vertrauliche Behandlung aller Informationen wurde gewährleistet.

3.5.2 Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge

Alle Untersuchungen wurden von Hebammen ausgeführt. Dazu gehörten Messung des Blutdrucks nach Riva-Rocci, Wiegen und manuelle geburtshilfliche Untersuchung der Schwangeren durch die vier Leopoldschen Handgriffe. Die kindlichen Herztöne wurden mit dem Hörrohr nach Pinard auskultiert. Routinemäßig wurde eine Syphilis- und Malariadiagnostik (Blutausstrich) durchgeführt. Ein Ikterus wurde durch die Beurteilung beider Skleren bzw. Konjunktiven festgestellt. Zur Anämiediagnostik wurden die Konjunktiven sowie Haut und Schleimhäute untersucht.

Eine Zyanose wurde durch Beurteilung der Lippenfarbe sowie Durchblutung des Ohrläppchens nach Massage festgestellt. Durch Inspektion und Palpation, d.h. Daumendruck für vier bis fünf Sekunden gegen ein Widerlager (Schienbein), konnten Ödeme diagnostiziert werden. Dehydratation wurde durch Beurteilung des Hautturgors durch Palpation festgestellt. Lymphknotenvergrößerungen wurden durch Palpation submandibulär, nuchal, zervikal, axillär und inguinal diagnostiziert. Temperaturen $>37,5^{\circ}\text{C}$ axillär wurden als erhöhte Temperatur definiert.

Den Kriterien der WHO zur klinischen Stadieneinteilung folgend wurden HIV-assoziierte Symptome definiert (WHO, 2005):

Lymphadenopathie	geschwollene bzw. vergrößerte Lymphknoten $>1\text{cm}$, in zwei oder mehr nicht benachbarten Körperregionen, außer inguinale Lymphknoten, ohne bekannte Ursache (Stadium I)
Gewichtsverlust	unfreiwilliger Verlust von mehr als zehn Prozent des Ausgangsgewichts, sichtbare Abnahme im Gesicht, an den Extremitäten und der Hüfte (Stadium III)
Temperaturerhöhung	$>37,5^{\circ}\text{C}$ axillär, länger als einen Monat
Herpes Zoster	kleine, schmerzhaft, flüssigkeitsgefüllte Bläschen im Versorgungsgebiet eines Nerven, die nicht auf die andere Körperhälfte übergreifen (Stadium II)
Pneumonie	Temperaturerhöhung mit Luftnot, schnelle und schwere Atmung, atemabhängiger Brustschmerz, Ansprechen auf Antibiotika (Stadium IV)
Chronische Diarrhö	dünne oder wässrige Stühle dreimal täglich oder häufiger, länger als einen Monat (Stadium III)
Chronischer Husten	Husten, der länger als drei Monate anhält, Hinweis auf Tuberkulose (Stadium II)
Tuberkulose	chronischer produktiver Husten, Luftnot, Gewichtsverlust, erhöhte Temperatur, Nachtschweiß, Fatigue, kein Ansprechen auf Standardantibiotika, positive Ziehl-Neelsen-Färbung (Stadium II)
Exantheme	(seborrhische Dermatitis) juckende, schuppige Effloreszenzen, v.a. an Kopfhaut, Gesicht, Körperstamm, Perineum (Stadium II)
Orale Candidiasis	persistierende weiße weiche Beläge der Mundschleimhaut, die leicht abgetragen werden können (pseudomembranös) oder rote

	schmerzhafte Flecken auf Zunge oder am Gaumen (erythematös), (Stadium III)
Kaposi Sarkom	typische Effloreszenzen der Haut oder Schleimhaut, die anfangs flach durch eine rötlich-bläuliche Farbe gekennzeichnet sind und sich in Knoten entwickeln (Stadium IV)

Abhängig von der Verfügbarkeit verabreichten die Hebammen Eisen- und Folsäurepräparate, sowie Fansidar® (Pyrimethamin+Sulfadoxin) bei mikroskopisch diagnostizierter Malaria.

3.5.3 Entbindung und NVP-Verabreichung

In Woche 34 der Schwangerschaft erhielten die Schwangeren die NVP-Tablette und Anweisungen zur richtigen Einnahme. Allen Schwangeren wurde geraten, zur Entbindung in die Einrichtung zu kommen. Sollten sie dies aus verschiedenen Gründen (Entfernung, fehlender Transport, schneller Geburtsverlauf) nicht schaffen, sollten sie selbst bei Einsetzen der Wehen die NVP-Tablette einnehmen und sich mit dem Neugeborenen innerhalb von 72 Stunden nach Geburt in einem der Interventionsstandorte einfinden. Schwangeren, die zur Entbindung in eine der Einrichtungen kamen und NVP noch nicht genommen hatten, wurde die Tablette von medizinischem Personal verabreicht. Neugeborene erhielten NVP-Sirup entsprechend den in 1.4.3.3 genannten Empfehlungen.

3.6 Dokumentation

Spezielle Dokumentationsbögen wurden zur Datenerhebung während der Schwangerenvorsorge und Entbindung entwickelt (siehe Anhang).

Der Dokumentationsbogen zur Schwangerenvorsorge enthielt vier Teile: soziodemographische Angaben, Anamnese und Untersuchungsbefunde, geburtshilfliche Anamnese und HIV-Beratung und -Testung.

Der erste Teil erfasste folgende Angaben:

- Name, Vorname, Wohnort
- Ethnische Zugehörigkeit (Mutooro, Mukiga, Munjankole, andere)
- Religionszugehörigkeit (protestantisch, katholisch, muslimisch, andere)
- Alter absolutes Alter in Jahren
- Familienstand (verheiratet, allein stehend, Partnerschaft, verwitwet, geschieden)
- Beschäftigung (Hausfrau, Bäuerin, Geschäftsfrau, andere)
- Schulbildung (keine, Dauer des Schulbesuchs)

Zur Dokumentation der Anamnese und Untersuchungsbefunde wurden Messwerte wie Blutdruck, Temperatur und Gewicht in die Dokumentationsbögen eingetragen. Ergebnisse der Laboruntersuchungen (Hämoglobin, Syphilisserologie, Malariadiagnostik) konnten entweder eingetragen oder durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens als „nicht durchgeführt“ festgehalten werden. Untersuchungsbefunde (Ikterus, Anämie, Zyanose, Ödeme, Dehydratation, Lymphknotenvergrößerung) wurden bei Vorhandensein durch Ankreuzen dokumentiert. Erfragte HIV-assoziierte Erkrankungen und Symptome (Lymphadenopathie, Abnahme von mehr als zehn Prozent des Ausgangsgewichts, Temperaturerhöhung länger als einen Monat, Herpes Zoster, Pneumonie, chronische Diarrhö, chronischer Husten, Tuberkulose, Exantheme, orale Candidiasis, Kaposi Sarkom) oder andere wurden bei Vorhandensein durch Ankreuzen festgehalten. Eine Überweisung zur weiteren Behandlung konnte durch Ankreuzen von „Ja“ oder „Nein“ und die Verdachtsdiagnose in einem vorgesehenen Feld angegeben werden.

Die Dokumentation der geburtshilflichen Anamnese erfolgte durch Eintragung der Zahl der Schwangerschaften und Geburten, der Zahl der lebenden und verstorbenen Kinder, des Orts der Entbindung des letzten Kindes, des ersten Tags der letzten Menstruation, des voraussichtlichen Entbindungstermins, des Gestationsalters, der Zahl bisheriger Vorsorgeuntersuchungen, des

Zeitpunkts und Orts des ersten Vorsorgebesuchs der aktuellen Schwangerschaft in dafür vorgesehene Felder und durch Ankreuzen.

Zur Dokumentation der Durchführung der HIV-Beratung und -Testung wurde einerseits die Entscheidung der Schwangeren (Beratungsgespräch vor dem HIV-Test, HIV-Test, Beratungsgespräch nach dem HIV-Test) und andererseits die Durchführung von Seiten des Personals (Blutabnahme, Testergebnismitteilung) durch Ankreuzen von „Ja“ oder „Nein“ festgehalten. Gründe für die nicht stattgefundene Testergebnismitteilung konnten sowohl angekreuzt als auch beschrieben werden. Eine Dokumentation des Testergebnisses wurde in kodierter Form vorgenommen. Im Beratungsgespräch nach dem HIV-Test besprochene Themen (Beschwerden der Schwangeren, Säuglingsernährung, Familienplanung) konnten durch Ankreuzen oder in einem dafür vorgesehenen Feld angegeben werden.

Die Ausgabe von NVP in Schwangerschaftswoche 34 wurde vermerkt oder Gründe für die Ablehnung dokumentiert. Nach Vervollständigung wurde jeder Fragebogen mit Datum und von der Hebamme, die die Daten erhoben und die Untersuchungen durchgeführt hatte, unterschrieben.

Die Dokumentation der NVP-Einnahme erfolgte auf den Fragebögen zur Entbindung (s. Anhang). Die Einnahme konnte durch Ankreuzen von „Ja“ oder „Nein“ angegeben werden. Die Verabreichung durch das Krankenhauspersonal oder durch die Schwangere selbst wurde mit Datum und Uhrzeit dokumentiert. War der genaue Zeitpunkt der Einnahme nicht eruierbar, konnten Schätzungen (eine, sechs und zwölf Stunden vor der Entbindung) angekreuzt werden. Die NVP-Gabe an das Neugeborene wurde mit Menge, Datum und Uhrzeit dokumentiert. Eine zweite NVP-Gabe an das Neugeborene konnte ebenfalls mit Menge, Datum und Uhrzeit dokumentiert werden. Gründe für die ausgebliebene Verabreichung konnten eingetragen werden.

Parallel zu den Dokumentationsbögen wurde eine Eingabemaske für das Microsoft Access Programm entwickelt und die Daten eingegeben.

3.7 Statistische Methoden

Die Datenbanken wurden in Microsoft Access angelegt und mit SPSS (Statistical Program for Social Sciences, Version 11.0) und Epi-Info (Version 6.0) analysiert. Zum Vergleich soziodemographischer und anamnestischer Angaben von Schwangeren, die sich für oder gegen die HIV-

Beratung und -Testung und die NVP-Einnahme entschieden, wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet.

Folgende Gruppen wurden zur statistischen Analyse gebildet:

Soziodemographischer Hintergrund:

- | | |
|---------------------------|------------------------------------|
| ▪ Alter (Jahre) | 24 und jünger, 25 und älter |
| ▪ Ethnische Zugehörigkeit | Batooro, Bakiga, andere |
| ▪ Schulbesuch (Jahre) | 0, 1-4, 5-7, >7 |
| ▪ Religion | protestantisch, katholisch, andere |
| ▪ Familienstand | verheiratet, anderer |
| ▪ Beschäftigung | Hausfrau, Bäuerin, andere |

Untersuchung und HIV- Anamnese:

- | | |
|----------------------------------|---------|
| ▪ Aktuelle Beschwerden/ Symptome | |
| HIV-assoziiertes Erkrankungen | ja,nein |

Schwangerschaftsanamnese:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| ▪ Zahl bisheriger Schwangerschaften | 0-2, 3 und mehr |
| ▪ Zahl bisher gestorbener Kinder | 0, 1 und mehr |
| ▪ Ort der letzten Entbindung | zu Hause, Gesundheitseinrichtung |
| ▪ Zahl bisheriger Vorsorgebesuche | 0, mind. 1 |

Ein logistisches Regressionsmodell wurde erstellt, um einen Vorhersagewert hinsichtlich der Entscheidung der Schwangeren anhand der adjustierten Odds Ratio (OR) zu ermitteln.

In allen Analysen wurde ein Signifikanzniveau p von 0,05 gewählt und ein Konfidenzintervall (KI) von 95% verwendet.