

# Welche Faktoren umfasst eine «soziale Geburtshilfe»?

Dieser Artikel basiert auf dem Referat, das Adja J. M. Waelput anlässlich des Integrationsdialogs der Tripartiten Agglomerationskonferenz (TAK) «Aufwachsen – gesund ins Leben starten» am 4. Mai in Bern hielt. Es widmet sich der Frage, wie die Rahmenbedingungen für eine gute körperliche, seelische und soziale Entwicklung im frühen Kindesalter verbessert werden können – und zwar für alle Kinder, unabhängig von ihrer Herkunft.

Adja J. M. Waelput

Ungleichheiten in der Gesundheit starten früh, nämlich schon in den ersten drei Schwangerschaftswochen (SSW) und sogar vor der Empfängnis. Eine suboptimale Gesundheit bei der Geburt kann langfristige Auswirkungen für Kinder, deren Familien sowie nachfolgende Generationen haben. Die perinatale Gesundheit (von der 28. SSW bis zum 7. Lebensjahr) ist aufgrund ihrer Folgen für Individuen, die Gesellschaft und zukünftige Generationen ein Kernthema in der öffentlichen Gesundheit (Barker et al., 2013; Steegers et al., 2016). Sogar zwischen und innerhalb verschiedener Länder mit hohem Einkommen können erhebliche (perinatale) Gesundheitsungleichheiten festgestellt werden.

## Höhere Risiken in benachteiligten Stadtteilen

In ihren «Gesundheitsberichten» zeigte Euro-Peristat die Ungleichheiten innerhalb der EU bei perinatalen Mortalitätsraten auf. In den Niederlanden war diese Rate höher als in den meisten anderen europäischen Ländern (Euro-Peristat, 2008). Darauf folgende Studien zeigten, dass sich die perinatale Mortalität und Morbidität in niederländischen Städten stark zwischen den Gebieten und Stadtvierteln unterscheidet (De Graaf et al., 2008). Die grössten Risiken für suboptimale Gesundheit bei der Geburt konnte in benachteiligten Stadtteilen beobachtet werden. Überraschenderweise war der Effekt dort im Vergleich zu anderen Wohnorten bei Frauen aus westlichen Ländern am deutlichsten (De Graaf et al., 2008).

Medizinische, soziale und sozioökonomische Aspekte spielen eine wichtige Rolle in der Gesundheit sowie in Gesundheitsungleichheit und verstärken sich untereinander. In benachteiligten Stadtteilen sind Risikofaktoren für negative Geburtsergebnisse wie Frühgeburten und «Small for Gestational Age» (untergewichtige oder zu kleine Neugeborene) häufiger als in nicht benachteiligten Gebieten. Diese Risikofaktoren stehen oft in Verbindung mit Armut, einem niedrigen sozioökonomischen Status oder psychischen Belastungen. Weitere Faktoren sind eine geringe Gesundheitskompetenz und mangelnder Zugang zu sozialen Einrichtungen, medizinischer Versorgung und anderen Unterstützungsmassnahmen.

## Neuer und umfassender Ansatz nötig

Ein Teil dieser Risikofaktoren ist beeinflussbar. Dazu gehören Rauchen, Alkoholkonsum, Drogenmissbrauch, Fettleibigkeit, Mangelernährung, ungenügende Zufuhr von Folsäure sowie berufsbedingte Exposition (Goedhart et al., 2008; Timmermans et al., 2011; Vos et al., 2014; Steegers et al., 2016).

Diese Ergebnisse verlangen einen neuen, umfassenden Ansatz, der die Wichtigkeit der Gesundheitsversorgung vor der Empfängnis und vor der Geburt für die Gesundheit von Neugeborenen und der zukünftigen öffentlichen Gesundheit in den Fokus stellt. Eine Forschungsgruppe des Erasmus Medical Centre Rotterdam hat in benachteiligten Gemeinden Projekte zur Perinatal- und Kindergesundheit mit Fokus auf die Gesundheit um den Zeitpunkt der Empfängnis, Risikobeurteilung und Risikoreduktion vor und während der Schwangerschaft sowie für Neugeborene eingeführt. Ausgangspunkte dieser Projekte sind erstens interprofessionelle Kollaboration zwischen Fachleuten aus den Sektoren Soziales, öffentliche Gesundheit und kurative Gesundheitsversorgung und zweitens das

Autorin



**Adja J. M. Waelput, MA**, ist Programmdirektorin von «Healthy Pregnancy 4 All» am Erasmus Medical Centre Rotterdam. Sie ist ausgebildete Hebamme und hat einen Abschluss in Sozialwissenschaften. Sie war Mitarbeiterin der Royal Dutch Organisation of Midwives und Forscherin am RIVM, dem Nationalen Institut für Öffentliche Gesundheit und Umwelt.

a.waelput@erasmusmc.nl

Zugehen auf gefährdete Bevölkerungsgruppen, d. h. solche mit einem niedrigerem Bildungsstand oder mit einem Migrationshintergrund.

### Von der Empfängnis bis zur Kindergesundheit

In Rotterdam, der zweitgrössten Stadt der Niederlande, wurde «Ready for a Baby» (2008–2012) eingeführt, um die perinatale Gesundheit in Rotterdam und insbesondere in benachteiligten Stadtteilen zu verbessern. Das umfassende Programm, das vom Zeitraum rund um die Empfängnis bis zu präventiver Kindergesundheit reicht, besteht aus Projekten, die auf der Regelversorgung in der geburtshilflichen Versorgungskette basieren und von mehreren nicht medizinischen Massnahmen begleitet werden (Denkta et al., 2012).

Innerhalb des Programms wurden neue Interventionen entwickelt. Dazu gehören die systematische Risikobeurteilung von medizinischen und nicht medizinischen Risikofaktoren im Rahmen des Projekts «Rotterdam Reproductive Risk Reduction» sowie die massgeschneiderte Prävention in der integrierten Versorgung. Diese massgeschneiderte Pflege besteht aus multidisziplinären Behandlungsbereichen und multidisziplinären Beratungen (Van Veen et al., 2015; Vos et al., 2015). Basierend auf dem Peer-Gruppen-Ansatz wurden sogenannte Peers eingestellt und ausgebildet, welche die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen in sozial benachteiligten Stadtteilen erreichen und deren niedrige Gesundheitskompetenz im Bereich der Fortpflanzung verbessern sollten (Peters et al., 2014).

### «Healthy Pregnancy 4 All»

2011 wurde das Programm «Healthy Pregnancy 4 All» (HP4All-1) in 14 Stadtbezirken mit überdurchschnittlich hohen Raten an negativen perinatalen Outcomes (Denktaş et al., 2014) eingeführt. HP4All-1 (2011–2014) fokussierte auf die Betreuung der Frauen vor der Schwangerschaft und auf vorgeburtliche Risikobeurteilung. Für die Implementierung der Betreuungsmassnahmen wurden verschiedene Strategien verwendet, darunter auch der Peer-to-Peer-Ansatz in Zusammenarbeit mit Pädagoginnen und Pädagogen im Bereich der Gesundheit vor der Empfängnis (Van Voorst et al., 2015).

### Interdisziplinarität ist die Lösung

Im Folgeprojekt «Healthy Pregnancy 4 All 2» (HP4All-2) wurde der Fokus aus HP4All-1 ausgeweitet, es umfasst neu auch die nachgeburtliche Zeit und die frühe Kindheit. Das Projekt HP4All-2 (2014–2017) fokussiert auf die Risikobeurteilung und Risikoselektion, gefolgt von multidisziplinärer und massgeschneiderter Betreuung der Mütter und Neugeborenen. Diese Betreuung und Beratung findet jeweils in der Zeit zwischen zwei Schwangerschaften statt und richtet sich an Frauen, die von nachteiligen Geburtoutcomes bedroht sind, und an Neugeborene unter acht Wochen. Diese integrierte Betreuung geht über die separaten Bereiche der Geburtsbegleitung, Schwangerschaftsbetreuung und präventiven Kindergesundheitsversorgung hinaus.

Die Zeit unmittelbar vor der Empfängnis und das erste Trimester einer Schwangerschaft sind für die perinatale Gesundheit und die Gesundheit im späteren Leben grundlegend. Ebenso wichtig ist es, den Einfluss von Risikofaktoren auf die vor- und nachgeburtliche Gesundheit anzuerkennen. Die beschriebenen Programme haben zum Bewusstsein beigetragen, dass Gesundheitsungleichheiten bei der Geburt existieren und dass diese nur bereichsübergreifend bzw. interdisziplinär angegangen und verkleinert werden können.

Das Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz trägt mit dem Projekt «Feed und Dialog Frühe Kindheit» zur Umsetzung des TAK-Integrationsdialogs bei, indem es rund um das Themenfeld «Frühe Kindheit – Integration – Gesundheit und Armutsbekämpfung» informiert und sensibilisiert.

### Literatur

- Barker, D. J. (2007) The origins of the developmental origins theory. «J Intern Med»; 261(15):412–7.
- Denktaş, S. et al. (2012) An urban perinatal health programme of strategies to improve perinatal health. «Matern Child Health J»; 16(8):1553–8.
- Denktaş, S. et al. (2014) Design and outline of the Healthy Pregnancy 4 All study. «BMC Pregnancy Childbirth»; 14:253.
- Euro-Peristat project in collaboration with SCPE. Eurocat and EuroNeoNet (2008) «European Perinatal Health Report». Leiden/Parijs: TNO Quality of Life/Inserm.
- Goedhart, G. et al. (2008) Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk profile. «BJOG»; 115(6):710–719.
- Peters, I. A. et al. (2014) Reproductive health peer education for multicultural target groups. «Journal for Multicultural Education»; 3:162–178.
- Timmermans, S. et al. (2011) Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. «Eur J Epidemiol»; 26(2):165–80.
- Van Veen, M. J. et al. (2015) Feasibility and reliability of a newly developed antenatal risk score card in routine care. «Midwifery»; 31(1):147–154.
- Vos, A. A. et al. (2015) Effectiveness of score card-based antenatal risk selection, care pathways, and multidisciplinary consultation in the Healthy Pregnancy 4 All study (HP4ALL): study protocol for a cluster randomized controlled trial. «Trials»; 16:8.
- Vos, A. A. et al. (2014) Deprived neighborhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. «Acta Obstet Gynecol Scand»; 93(8):727–740.