



Bedeutung eines niedrigen sozialen Status während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Konsequenzen für die Hebammenarbeit.

Caroline Dönni
Bernener Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Studiengang Hebamme HF
Bern
2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Begriffsklärung	2
3. Epidemiologie	3
3.1 <i>Armut, Bildung, Beruf und Entlohnung in der Schweiz</i>	3
3.2 <i>Soziodemographische Gruppen</i>	4
4. Ursachen des niedrigen sozialen Status	4
5. Gesundheitliche Folgen des niedrigen sozialen Status	6
5.1 Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand	6
5.2 Sterblichkeit	7
5.3 Stress	8
5.4 Arbeitsbedingungen	9
5.5 Herz-Kreislauf	9
5.6 Ernährung und Übergewicht	10
5.7 Rauchen	10
5.8 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens	11
5.9 Weitere gesundheitliche Belastungen	11
6. Massnahmen zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheiten	13
6.1 <i>Modelle zur Prävention in der Hebammenarbeit</i>	13
6.1.1 Projekt „Erwerbstätig und Schwanger“	13
6.1.2 Projekt „Familienhebammen“	14
6.1.3 Salutogenetisches Modell	14
6.2 <i>Prävention in der Hebammenarbeit</i>	15
6.2.1 Hebammenausbildung	15
6.2.2 Schwangerenvorsorge	16
7. Theorie-Praxis-Bezug	17
7.1 <i>Anamnese</i>	17
7.2 <i>Analyse der Anamnese in der Praxis</i>	18
8. Diskussion	19
9. Fazit	21
<i>Literaturverzeichnis</i>	22
<i>Bibliographie</i>	25
<i>Bildnachweis</i>	26

1. Einleitung

Die Tatsache, dass sozial schlechter gestellte Menschen über eine schlechtere Gesundheit verfügen als Personen in besser gestellten Positionen, wurde mehrfach in verschiedenen Versorgungssystemen und Kulturen nachgewiesen (Babitsch 2005). Ärmere Leute sterben früher und sind häufiger krank (WHO 2003). Auch in der Schweiz, wie in praktisch allen entwickelten Ländern, gibt es trotz des grossen nationalen Wohlstandes soziale Ungleichheiten. Und diese sind in den letzten Jahren gemäss dem Bundesamt für Statistik (2002), trotz einer Erhöhung des durchschnittlichen Haushaltseinkommens, grösser geworden. Betroffen davon sind vor allem kinderreiche Familien, Alleinerziehende, schlecht Ausgebildete und Ausländer, welche in der Schweiz leben. Die Mehrheit der MigrantInnen ist der unteren sozialen Schicht zuzuordnen (Dietschi 2007). Sie weisen deutlich schlechtere Perinataldaten als Schweizerinnen auf und erleiden öfters Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (Büchi et al. 2006). Der Zusammenhang zwischen niedrigem sozialem Status und Komplikationen im Rahmen der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett scheint belegt zu sein. Was jedoch sind die Faktoren, welche zu einem solchen Ergebnis führen? Welche Komplikationen treten vermehrt bei sozial benachteiligten Frauen auf? Und was kann getan werden, damit diese gesundheitliche Ungleichheit vermindert oder vermieden werden kann?

Hebammen betreuen Frauen aus allen Schichten. Wenn man jedoch bedenkt, dass die durchschnittliche Geburtenzahl von Ausländerinnen 1,9 Kinder beträgt im Gegensatz zu 1,3 Kinder bei Schweizerinnen (Gall Azmat 2007) und besser ausgebildete Frauen weniger Kinder zur Welt bringen (Baumberger 2007), kann davon ausgegangen werden, dass man in der Geburtshilfe durchschnittlich vermehrt mit Frauen aus sozial tieferen Schichten konfrontiert ist. Aus diesem Grund ist der Zusammenhang zwischen einem niedrigen sozialen Status und der Zeit rund um die Geburt für jede Hebamme von Bedeutung. Auch sollte Hebammen Wege gezeigt werden, wie mit Frauen in risikobehafteten Lebenslagen gearbeitet werden kann und wie diese unterstützt werden können.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf den Raum Schweiz. Zuerst werden zentrale Begriffe erläutert. Anschliessend werden beschrieben, wie die Lage in der Schweiz ist, in welchen Gruppen vermehrt finanzieller Mangel besteht und worin die Ursachen des niedrigen sozialen Status bestehen. Weiter werden risikoreiche Verhaltensweisen dieser Gruppen herausgearbeitet und der Einfluss dieses Verhaltens auf Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett erörtert. In der Folge wird untersucht, wie die Erkennung und Vermeidung der Risikofaktoren in der Praxis durch die Hebamme momentan passiert. Da die Veränderung der Arbeitsweise für eine umfassendere Betreuung wichtig ist, werden als nächstes Lösungsansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sowie zu Veränderungen in der Praxis aufgeführt. Als Theorie-Praxis-Bezug wird eine Analyse des, in der Praxis verwendeten, Anamnese-Fragebogens anhand der Salutogenese gemacht. Schliesslich werden die gewonnenen Erkenntnisse diskutiert und das Fazit aus der Arbeit gezogen.

2. Begriffsklärung

In der Soziologie wird mit vielen Begriffen gearbeitet, um das Phänomen der sozialen Ungleichheit innerhalb einer Gesellschaft zu beschreiben. Im folgenden Abschnitt werden für die Arbeit zentrale Begriffe beschrieben, was zu einem besseren Verständnis der sozialen Schichtung sowie der vorliegenden Arbeit beitragen soll.

Armut: Armut bedeutet die Unterversorgung in wichtigen Lebensbereichen wie Wohnen, Ernährung, Gesundheit, Bildung, Arbeit, soziale Kontakte. Als arm gelten jene Menschen, die bei Berücksichtigung aller verfügbaren materiellen wie immateriellen Ressourcen eine bestimmte Armutsgrenze unterschreiten (Ernst et al. 2007). Für gewöhnlich wird dabei von den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) oder der Bezugsberechtigung für Ergänzungsleistungen ausgegangen. Wenn das physische und soziokulturelle Existenzminimum (z.B. Ernährung, Wohnen) nicht gesichert werden kann, spricht man von absoluter Armut. Die relative Armut orientiert sich am Durchschnittseinkommen der Gesamtbevölkerung eines Landes und gibt einen Schwellenwert an, ab welchem die Menschen als arm gelten, zum Beispiel liegt in der EU die Armutsgrenze bei 50% des durchschnittlichen Haushaltseinkommens eines Landes.

Tieflohn: Ein Tieflohn ist ein individuelles Erwerbseinkommen, das beim gegebenen Erwerbsumfang unter einer vorgegebenen Schwelle liegt. Als Schwelle wird ein Vollzeitwerbseinkommen von 35'000 Franken netto pro Jahr verwendet (Schweizerischer Arbeitgeberverband 2002).

Soziale Ungleichheit: Gemäss Babitsch (2005) bedeutet „soziale Ungleichheit“ die ungleiche Verteilung von den in einer Gesellschaft als wertvoll betrachteten (materiellen oder anderen) Gütern, klassischerweise Bildung, Beruf, Macht und Einkommen, der ungleiche Zugang zu erstrebenswerten Positionen und die daraus resultierenden ungleichen Lebenschancen von Individuen oder Kollektiven. Einen wichtigen gesellschaftlichen Wert stellt zudem die Gesundheit dar, welcher im Hinblick auf die Chance, ein Leben in Gesundheit zu führen, auch ungleich verteilt ist.

Soziale Schicht: Die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft wird als soziale Schichtung dargestellt (Glaubitz 2006). So bilden Personen mit gemeinsamen sozialstrukturellen Merkmalen eine Schicht (Sozialstruktur der Gesellschaft). Die verschiedenen Schichten bauen hierarchisch aufeinander auf und innerhalb einer Schicht befinden sich viele von der sozialen Stellung her gleiche Akteure. In der Schichtungssoziologie gibt es die verschiedensten Ordnungsmerkmale, nach denen soziale Schichten gebildet werden können. Beispiele sind Beruf, Bildungsstand, politische Meinung, Einkommen und Macht.

Sozialer Status: Gemäss Meyers Lexikon (2007) ist der soziale Status der Grad der sozialen Wertschätzung der Position eines Individuum oder einer Gruppe in der, unter spezifischen Wertgesichtspunkten, entwickelten Rangordnung eines sozialen Systems. Er wird teilweise durch persönliche Eigenschaften bestimmt, meist jedoch durch Merkmale wie Einkommen, Herkunft, Bildung, Beruf sowie Statussymbole (Besitzgegenstände, Titel).

In der vorliegenden Arbeit wird vor allem mit dem Begriff **niedriger sozialer Status** gearbeitet. Damit sind Personen gemeint, welche in der sozialen Schichtung im unteren Bereich angesiedelt werden. Sie haben finanziell weniger Mittel zur Verfügung, haben eine niedrigere Bildung und einen niedrigen beruflichen Status. Auch haben sie in einer Gesellschaft, in welcher Werte wie Einkommen, Beruf und Bildung einen hohen Stellenwert haben, ein niedriges Ansehen.

3. Epidemiologie

3.1 Armut, Bildung, Beruf und Entlohnung in der Schweiz

Finanzielle Lage

Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2007) hat die Anzahl der finanziell minderbemittelten Personen in der Schweiz zwischen 2000 bis 2005 tendenziell abgenommen. Dies widerspiegelt die Konjunktur. Als arm galten 2005 8,5% (im Gegensatz zu 9,1% im Jahr 2000) der schweizerischen Bevölkerung.

Armutsbetroffene Menschen haben in der Schweiz Anrecht auf Sozial- und Ergänzungsleistungen. Sie entsprechen den gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Existenzsicherung und gehören damit zu den Ressourcen armutsbetroffener Frauen (Ernst et al. 2007). Die Sozialversicherungen des Bundes (Alters-, Arbeitslosen- und Invalidenrente) sichern einen Teil des Armutsrisikos ab. Für die zusätzliche Sozialhilfe sind in der Schweiz die Kantone und Gemeinden zuständig. Der Bund hat ein Recht auf Existenzsicherung als gerichtlich durchsetzbares Recht anerkannt. Die neue Bundesverfassung vom Jahre 2000 formuliert ausdrücklich einen individuellen Anspruch auf Hilfe und Betreuung in Notlagen und Mittel, die für ein menschenwürdiges Leben unverzichtbar sind.

Bildung

Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2007a) ist das Ausbildungsniveau der 25-64-jährigen Bevölkerung im Jahr 2007, gemessen an der höchsten abgeschlossenen Ausbildung, wie folgt:

- Keine nachobligatorische Ausbildung: 19,2% der Frauen und 11% der Männer
- Sekundarstufe II: 57,6% der Frauen und 49,5% der Männer
- Höhere Berufsbildung: 6,5% der Frauen und 13,6% der Männer
- Hochschule: 16,7% der Frauen und 25,9% der Männer

Klar ersichtlich ist hierbei das deutlich tiefere Bildungsniveau der Frauen im arbeitsfähigen Alter.

Beruf / Entlöhnung

Im Jahre 2005 sind 72,5% aller Erwerbstätigen der Schweiz dem Tertiärsektor (Dienstleistungen, Service) zuzuordnen, 23,7% dem Sekundärsektor (Industrie und Gewerbe) sowie 3,8% dem Primärsektor (Landwirtschaft). In den verschiedenen Tätigkeitsbereichen verdienen die Arbeitnehmer unterschiedlich viel. So weisen zum Beispiel die Dienstleistungstätigkeiten im Jahr 2006 mit 5928 Franken einen knapp 600 Franken höheren monatlichen Bruttolohn als die Produktionstätigkeiten (5355 Franken) auf. Im gleichen Jahr haben die Frauen über alle Wirtschaftszweige hinweg mit einem durchschnittlichen Lohn mit 4926 Franken im Monat 18,9% weniger verdient als ihre männlichen Kollegen (6076 Franken) (Bundesamt für Statistik 2007b).

3.2 Soziodemografische Gruppen

Menschen, welche einen niedrigen sozialen Status haben, finden sich in jeder Gesellschaft. Die Gründe für ihre Lage können sich jedoch von Land zu Land leicht verändern. Im folgenden Abschnitt werden die sozialen Gruppen beschrieben, in welchen in der Schweiz vermehrt Menschen zu finden sind, welche materiell und ausbildungsmässig schlechter gestellt sind als andere Personen. Falls nicht anders angegeben, sind die folgenden Informationen dem Bundesamt für Statistik (2002) entnommen.

- **Personen in kinderreichen Familien:** Mit wachsender Kinderzahl steigt das Risiko, zur Gruppe der Einkommensschwachen zu gehören. Kinderlose Paare gehören oft zu den Wohlhabenden, während bei Paaren bis zu zwei Kinder 25 von 100 und bei den Paaren mit drei oder mehr Kindern 46 von 100 zu den Einkommensschwachen zählen. Bei kinderreichen Familien trifft man vermehrt auf das traditionelle Familienbild vom erwerbstätigen Mann und der Frau, welche sich um die Familie und den Haushalt kümmert. Ein Einkommen reicht heute oftmals nicht aus, um die hohen Lebenskosten zu decken.
- **Alleinerziehende:** Alleinerziehende gehören vermehrt der unteren sozialen Schicht an und arbeiten oftmals in Tieflohnbranchen.
- **MigrantInnen:** MigrantInnen sind in aller Regel in Bezug auf Bildung, berufliche Stellung sowie Einkommen schlechter gestellt als die schweizerische Bevölkerung. Sozioökonomisch betrachtet zeigt diese Tatsache eine für Migrationsprozesse typische Unterschichtung in der Aufnahmegesellschaft. Zwischen den verschiedenen Gruppen bestehen jedoch deutliche Unterschiede. Leute aus den direkten Nachbarländern der Schweiz finden sich eher in der oberen Mittelschicht bis Oberschicht, wogegen der grösste Teil der Asylsuchenden zur Unter- und untere Mittelschicht gezählt werden.
- **Arbeitsmarktbezogene Faktoren / Branchen:** In den Wirtschaftszweigen Land- und Forstwirtschaft, Gastgewerbe und Privathaushalte sind einkommensschwache Leute stark übervertreten. Auffällig hoch ist der Anteil bei den Selbständigen, unter ihnen sind die Selbständigen ohne Angestellte besonders betroffen. Zu den traditionellen Tieflohnbranchen zählen das Gastgewerbe, der Detailhandel sowie die Reinigungsbranche (Schweizerischer Arbeitgeberverband 2002).
- **Sprachregionen:** Im Mittelland müssen 28% und im Tessin sogar 37% der Leute mit einem niedrigen Einkommen auskommen, im Gegensatz zu 17% in Zürich. In dieser Stadt sind sogar 29% aller Einwohner wohlhabend, während dies im Mittelland 11% und im Tessin 14% sind.
- **Bildungsferne Bevölkerungsschichten:** Die Bildung ist nach wie vor ein entscheidender Faktor in der Einkommensverteilung. 36% aller Leute ohne nachobligatorische Ausbildung leben in einem einkommensschwachen Haushalt, auf der anderen Seite leben 35% der Akademiker in wohlhabenden Verhältnissen.

4. Ursachen des niedrigen sozialen Status

Als Hauptgrund für einen niedrigen sozialen Status sind ungenügende finanzielle Mittel anzusehen, was sich jedoch in Wechselwirkung mit Bildung und beruflichem Status befindet. Babitsch (2005) beschreibt, dass die Phänomene, die Merkmale sozialer Differenzierung sein können, nicht als einzeln anzusehen sind. Es sind miteinander verknüpfte Phänomene, welche sich gegenseitig bedingen und verstärken können. Vor allem die Kumul-

lation der verschiedenen Benachteiligungen erhöht das Armutsrisiko. Frauen und MigrantInnen sind, was das Armutsrisiko betrifft, als Risikogruppen anzusehen.

- **Bildungsniveau:** Gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) wird die Gefahr, in die Armut abzurutschen, entscheidend durch das Ausbildungsniveau bestimmt. Besonders Personen, welche höchstens eine Anlehre gemacht haben, sind gefährdet. Wie Ernst et al. (2007) schreiben, haben Frauen in der Bildung in den vergangenen Jahren massiv aufgeholt. Dennoch sind sie durchschnittlich schlechter gebildet als Männer. Bei den MigrantInnen ist das Bildungsniveau, mit Ausnahme von der deutschen, österreichischen und französischen Gruppe, gesamthaft eher tief (Dietschi 2007).
- **Teilzeitarbeit:** Mehr als 50% aller Frauen arbeiten Teilzeit, bei den Männern sind es 12%.
- **Löhne:** Frauen verdienen, wie unter dem Kapitel 4.1 beschrieben, deutlich weniger als Männer. Zudem arbeiten sie deutlich häufiger zu Niedriglöhnen von max. 3'000 Franken pro Monat (15% der vollzeiterwerbstätigen Frauen gegenüber 2,7% bei den Männern) (Ernst et al. 2007). Die meisten MigrantInnen, mit Ausnahme der Asylsuchenden, sind erwerbstätig, eine deutliche Mehrheit von ihnen als Angestellte in Tieflohnbranchen wie Bau- und Gastgewerbe, in der Industrie oder anderen Gewerben (Dietschi 2007).
- **Unbezahlte Arbeit:** Frauen leisten viel mehr unbezahlte Arbeit als Männer. Diese Tatsache hat zur Folge, dass viele Familienfrauen von ihrem Partner finanziell abhängig werden (Ernst et al. 2007).
- **Altersvorsorge:** Frauen unterbrechen häufiger ihre Berufslaufbahn, sind teilzeiterwerbstätig und arbeiten in der Tieflohnbranche. Diese Faktoren führen zu geringern Renten- und Sozialversicherungsleistungen, besonders bei alleinstehenden Frauen (Ernst et al. 2007).
- **Familie:** Über 80% aller Alleinerziehenden sind Frauen. Vielfach kommen finanzielle Probleme auch in Zweit- oder Drittfamilien vor, wenn Unterhaltszahlungen an die Erstfamilie getätigt werden müssen (Ernst et al. 2007).
- **Hohe Mieten:** Ein wichtiger Armutsfaktor bleiben hohe Mieten für grössere Familien (Ernst et al. 2007).
- **Nationalität:** Die Schweiz ist ein Immigrationsland. Im Dezember 2003, als das Gesundheitsverhalten von MigrantInnen durch Eckert et al. (2004) untersucht wurde, betrug die Zahl der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung 1,47 Millionen Personen sowie zusätzlich 65'000 Asylsuchende. Ein grosser Teil der befragten MigrantInnen hat schlechte bis sehr schlechte Sprachkenntnisse in der von ihnen am besten beherrschten Landessprache. Das Nicht-Beherrschen der Landessprache ist oftmals für sozial benachteiligte, schlecht integrierte Personen charakteristisch (Gabadinho u. Wanner 2007). AusländerInnen sind häufiger von Armut betroffen als SchweizerInnen (Ernst et al. 2007) und die Mehrheit von ihnen ist der unteren sozialen Schicht zuzuordnen (Dietschi 2007).
- **Familiensolidarität:** Gemäss Szydlík (2002) hängt das Ausmass der privaten Unterstützungsleistungen innerhalb einer Familie stark von den Ressourcen der Eltern ab. Die willkommene Familiensolidarität führt zur unwillkommenen Stabilisierung und Verschärfung sozialer Ungleichheit. Wo grössere Ressourcen vorhanden sind, fallen auch grössere Unterstützungsleistungen an. Während der Kindheit bestimmen die Eltern beispielsweise stark über die Lebensqualität ihrer Kinder. Sie entscheiden unter anderem über die Umgebung, in der das Kind aufwächst, wie viel Wert auf das Lesen von Büchern gelegt wird, welche Kleidung angezogen wird und wie die Ferien verbracht werden, was wiederum einen Einfluss auf das Ansehen, welches die Kinder durch andere erfahren, hat. Eine der wichtigsten Entscheidungen fällt bei der Auswahl der Schule. Mit dieser Entscheidung wird nicht nur die unmittelbare schulische Laufbahn festgelegt, sondern auch lebenslange Ungleichheiten. Nachhaltig hängen von dieser Entscheidung Beruf, Einkommen, Prestige, Karriere, Beschäftigungsbedingungen, Partnerwahl und Gesundheit ab. Auch im Erwachsenenleben können Kinder aus finanziell besser gestellten Familien durch Zahlungen, Schenkungen und Erbschaften Vorteile haben. Somit reproduziert und vergrössert Familiensolidarität die ohnehin vorhandene soziale Ungleichheit. Die Chance für Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien in eine höhere Schicht aufzusteigen, ist eher klein.

5. Gesundheitliche Folgen des niedrigen sozialen Status

Maschewsky-Schneider (1997) schreibt, dass der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit vielfach untersucht und belegt worden ist. Es bestehen soziale Unterschiede im Hinblick auf die Mortalität und Morbidität für die meisten Krankheitsursachen. Leute aus einer sozial niedrigen Schicht haben eine kürzere Lebenserwartung verglichen mit Personen aus höheren Schichten. Schuld daran sind materielle und psychosoziale Unterschiede (WHO 2003). Nachteile für Menschen aus der unteren sozialen Schicht können vielfältig sein, so beispielsweise weniger familiäre Unterstützung, schlechtere Ausbildung während der Jugend, unsichere und schlechtere Arbeitsbedingungen und schlechte Wohnsituation. Ein wichtiger Punkt sind mangelhafte finanzielle Mittel. Ist genug Geld vorhanden, kann man sich eine gesunde Ernährung, eine warme, trockene, hygienische, ruhige Wohnlage sowie Zeit zur Erholung und Ferien leisten. Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2002) geben die Einkommensschwachen im Vergleich zu den Wohlhabenden halb so viel für Güter und Dienstleistungen aus. Dass sie sich bei den dauerhaften Konsumgütern sowie bei den Freizeitaktivitäten einschränken, überrascht nicht. Es stimmt jedoch nachdenklich, dass sie aus finanziellen Gründen weniger Gäste einladen und beim Ausgehen sparen, was negative Konsequenzen auf das soziale Netz hat. Das soziale Umfeld ist relevant für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Auch bei den Grundbedürfnissen besteht ein deutlicher Unterschied zwischen Einkommensschwachen und Wohlhabenden: Es wird bei der ärztlichen Pflege (14,5% bei den Einkommensschwachen zu 4,8% bei den Wohlhabenden) und bei der Nahrung (6,6% zu 1,8%) gespart. Dies könnte eine schlechtere medizinische Versorgung und eine ungesunde Ernährung zur Folge haben.

Diese Unterschiede sind auch rund um die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu beobachten. Schon im Jahre 1945 fand Dugald Baird, ein schottischer Gynäkologe und Geburtshelfer, den Zusammenhang zwischen einem niedrigen sozialen Status und der hohen Rate an Früh- und Todgeburten (Nybo u. Mortensen 2006). Auch heute ist dieser Zusammenhang unbestritten.

Im folgenden Kapitel werden die häufigsten belegten Auswirkungen des niedrigen sozialen Status auf die Gesundheit der Menschen in entwickelten Ländern beschrieben. Daran folgend werden die in der Literatur gefundenen Auswirkungen zum jeweiligen Thema während der Zeit der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beschrieben. Unter dem Kapitel 6.1.9 werden weitere gesundheitliche Auswirkungen beschrieben, zu welchen keine Literatur zur allgemeinen Situation oder zur Situation rund um die Geburt gefunden wurde.

5.1. Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand

Es zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Gruppen. Angehörige einer unteren sozialen Schicht fühlen sich durchschnittlich weniger gesund und haben öfters Arzttermine als besser gestellte Personen. Es ist gemäss Ernst et al. (2007) auch bekannt, dass Frauen mehr gesundheitliche Beschwerden haben als Männer und sie ihre Gesundheit als weniger gut einschätzen. In der schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahre 2002 kam man zum Ergebnis, dass fast ein Viertel der Frauen mit lediglich obligatorischer Schulbildung (24%) ein chronisches, gesundheitliches Problem haben im Gegensatz zu Frauen mit Ausbildungen auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe (rund 16%). Der Unterschied zwischen Männern (16%) und Frauen ist auffallend gross. Die häufigsten Beschwerden sind Kreuz- und Rückenschmerzen sowie Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Bezüglich psychischer Probleme bestehen ebenfalls Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen, die Unterschiede sind jedoch kleiner als bei den physischen Problemen.

Viele Indikatoren der gesundheitlichen Lage lassen auf eine schlechtere Gesundheit der Immigrationsbevölkerung im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung schliessen (Eckert et al. 2004). Da in den Migrationsgruppen der Anteil der jüngeren und tendenziell gesünderen Personen höher ausfällt als unter der schweizerischen Bevölkerung, ist diese Problematik verstärkt. Die eigene Gesundheit bewerten MigrantInnen weniger häufig als die schweizerischen Befragten als „gut“ oder „sehr gut“, mit Ausnahme der Personen aus Deutschland, Österreich und Frankreich. Auch die Ergebnisse zur „psychischen Ausgeglichenheit“ fallen bei der Migrationsbevölkerung schlechter aus als bei den Schweizern. Hierbei haben die schlechtesten Werte erneut die Asylsuchenden, sie deklarieren besonders häufig eine schlechte subjektive Gesundheit und eine schlechte psychische Ausgeglichenheit (Gabadinho u. Wanner 2007).

Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (2007) macht Migration per se nicht krank, jedoch zeigen verschiedene sozialepidemiologische Indikatoren, dass MigrantInnen besonders risikobehaftet sind. Besonders in den Berei-

chen der reproduktiven Gesundheit, der Zahngesundheit, der berufsbedingten Beschwerden, der sexuell übertragbaren, parasitären oder infektiösen Krankheiten und der psychischen Gesundheit bestehen Probleme. Die Ursachen und Erklärungen für die Beeinträchtigung der gesundheitlichen Chancengleichheit sind im Wesentlichen auf drei Faktoren zurückzuführen:

- Materielle und psychosoziale Belastungen durch eine ungünstige sozioökonomische Lage, belastende Arbeitsbedingungen und ein unsicherer Aufenthaltsstatus. Eventuell kann die Migrationserfahrung auch die Gesundheit beeinträchtigen.
- Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen: Personen mit Migrationshintergrund haben ein tendenziell höheres Risikoverhalten in Bezug auf die eigene Gesundheit (Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht, zu wenig Bewegung). Sie sind über das Gesundheitssystem schlechter informiert und nutzen Gesundheitsförderungsangebote weniger.
- Gestaltung des Gesundheitssystems: Das schweizerische Gesundheitssystem ist noch zu wenig migrationsgerecht. Es bestehen Defizite hinsichtlich der Zugänglichkeit und der Adäquatheit des Leistungsangebotes, der transkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals sowie des Einsatzes von interkultureller Übersetzung.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Im Bereich der Reproduktion der Migrantinnen ist von Bollini u. Wanner (2006) zu entnehmen, dass verschiedene Studien nachgewiesen haben, dass Schwangerschaftsindikatoren bei Migrantinnen besser ausfallen, wenn das Einwanderungsland über eine angemessene Integrationspolitik verfügt. Es wird belegt, dass türkische, srilankische und afrikanische Frauen im Vergleich zu Schweizerinnen ein erhöhtes Risiko für einen ungünstigen Schwangerschaftsausgang haben. Handelt es sich bei den Migrantinnen um Asylbewerberinnen oder Flüchtlinge, ist deren Lage im Gegensatz zu Migrantinnen mit einem festen Wohnsitz im jeweiligen Land noch erschwerter.

5.2 Sterblichkeit

Die WHO (2003) schreibt, dass in den unteren sozialen Schichten in allen Gesellschaften die Lebenserwartung kürzer ist und die meisten Krankheiten häufiger auftreten. Jedoch ist dieses Phänomen nicht nur für die Armen gültig, sondern zieht sich durch die ganze Gesellschaft. So sind zum Beispiel auch Leute aus der Mittelklasse mehr gefährdet für Krankheiten als Leute in der Oberschicht. Auch Maschewsky-Schneider (1997) schreibt, dass Studien in den USA, UK und Skandinavien ergeben haben, dass die Verringerung der Mortalität in den hochentwickelten Industrienationen zugunsten den oberen und zuungunsten der unteren Sozialschichten stattgefunden hat.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Gemäss Ernst et al. (2007) ist die Säuglings- und Kindersterblichkeit in der Schweiz sehr tief. Trotzdem lassen sich diesbezüglich Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Gruppen feststellen. Bei ledigen, geschiedenen oder verwitweten Frauen ist das Risiko einer Totgeburt oder für den Säuglingstod höher als bei verheirateten Frauen. Es werden auch Zusammenhänge zwischen niedrigem sozialem Status und den schlechteren perinatalen Daten festgestellt. Auch Studien zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz belegen Ähnliches: Ein niedriger sozialer Status geht mit einer schlechteren vorgeburtlichen Versorgung, höherer Sterblichkeitsraten und mehr Komplikationen einher. Als Gründe hierfür werden ein schlechterer Zugang zu den Gesundheitsdiensten sowie auch eine geringere Inanspruchnahme präventiver Leistungen wie zum Beispiel Ultraschalluntersuchungen und Geburtsvorbereitungskurse angenommen.

Joseph et al. (2007) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit in den Gruppen mit niedrigem Einkommen 5x höher ist als in der Gruppe mit hohem Einkommen. Auch Santos-Eggimann u. Paccaud (1993) beschreiben, dass die Säuglingssterblichkeit von biologischen, sozioökonomischen, zeitlichen und geographischen Faktoren abhängig ist. So haben ein äusserst hohes oder junges Alter der Mutter, grosse Zahl von Schwangerschaften, die Staatsangehörigkeit der Mutter, ihr Zivilstand sowie ihre durch den Beruf des Vaters definierte soziale Schicht Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit. Büchi (2006) schreibt, dass die Rate an perinatalen Todesfällen bei Migrantinnen 5,3%, bei Schweizerinnen 4,6% beträgt. Für die Todesfälle verantwortlich sind zum grössten Teil ein geringes Geburtsgewicht sowie Missbildungen.

Nach wie vor ist die Ursache des plötzlichen Kindstod (SIDS) unklar. Hinweise sprechen für ein multifaktorielles Geschehen. Zu den prädisponierenden Faktoren gehören Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht, mütterli-

ches Rauchen in und nach der Schwangerschaft, niedriger sozioökonomischer Status, niedrige Schulbildung, sehr junge Mütter, wenig oder keine Schwangerschaftskontrollen sowie allein stehende Mütter. Dem Stillen wird ein protektiver Effekt zugeschrieben (Ghelfi 2007).

5.3 Stress

Stress oder Belastungserleben entsteht dann, wenn eine Person die psychischen oder sozialen Anforderungen als Übersteigerung ihrer Handlungsmöglichkeiten wahrnimmt (Reichert 1993). Meist sind damit verschiedene Stressreaktionen verbunden, wie emotionale (negative Emotionen wie Angst, Depression), verhaltensmässige (ziellose Aktivität) oder physiologische Reaktionen (Erregung des autonomen Nervensystems). Kann die Belastung nicht angemessen verarbeitet werden und bestehen die Stressreaktionen fort, kann dies längerfristig zu psychischen und körperlichen Störungen führen. Die Anfälligkeit für Stress ist gemäss Rosenbaum und Covino (2005) individuell und reflektiert die biologischen, genetischen und umweltbezogenen Risiko- und Bewältigungsfaktoren.

Die WHO (2003) schreibt, dass Ängste, Unsicherheit, schlechtes Selbstbewusstsein, soziale Isolation sowie Kontrollverlust über Arbeits- und Familienleben bei Menschen Stress auslösen und schwerwiegende Folgen auf die Gesundheit haben können. Solche Faktoren kumulieren sich während eines Lebens und erhöhen die Gefahr für mentale Krankheiten und einen verfrühten Tod. Je tiefer die Leute in der Hierarchie in entwickelten Ländern leben, desto verbreiteter sind diese Risikofaktoren. Nicht nur die Psyche wird davon betroffen, sondern auch die physische Gesundheit. In Stresssituationen reagiert unser Körper mit der Ausschüttung von Stresshormonen. Obwohl der urbane Stress heute von den Menschen nicht mehr eine physikalische Aktivität fordert, reagiert der Körper noch gleich. In Stresssituationen wird Energie abgezogen zulasten von physiologischen Prozessen. Für eine kurze Dauer ist dies nicht von Bedeutung, ist der Stress jedoch konstant, wird der Mensch anfällig für Infektionen, Diabetes, Bluthochdruck, Herzversagen, Schlaganfälle, Depressionen und Aggressionen.

Diskussionsrunden mit Migrantinnen haben ergeben, dass diese Frauen mit vielerlei Stresssituationen konfrontiert sind, deren Schweregrad je nach Nationalität und Dauer des Aufenthaltes variieren kann (Ernst et al. 2007). Der Stress steht in Zusammenhang mit schwierigen Lebenssituationen, ungenügender Kommunikation mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens (was in Extremfällen zu einer stark eingeschränkten Gesundheitsversorgung führen kann) sowie die Wahrnehmung von Rassismus und Diskriminierung.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Mütterlicher Stress verschiedenster Art wird in der sozialwissenschaftlichen oder epidemiologischen Literatur oft mit Frühgeburtlichkeit assoziiert. Ob dieser Zusammenhang besteht, ist gemäss Reime (2006) rückblickend schwer zu beantworten. Zu Stresssituationen zählen stressreiche Lebensereignisse (Tod eines Angehörigen, Arbeitsplatzverlust, Trennungen), Arbeitsplatzbelastungen (Zeitdruck und langes Stehen) oder das Erleben von (sexueller) Gewalt in der Partnerschaft. Zudem spielen der Level an Depression und Ängstlichkeit sowie fehlende Unterstützung im Umfeld der Frau eine Rolle für ihre Vulnerabilität. In den Forschungsarbeiten kommen die Autoren jedoch zu uneinheitlichen Ergebnissen. Gewisse Studien fanden Zusammenhänge zwischen Stress und Frühgeburtlichkeit, andere fanden diese Zusammenhänge nicht. Eventuell können die uneinheitlichen Ergebnisse dadurch erklärt werden, dass in den Studien jeweils verschiedene Konzepte von Stress beschrieben wurde. Einmal wurde nach schwerwiegenden Ereignissen gefragt, in einer anderen Studie nach alltäglichen Ärgernissen oder chronischer Belastung.

Spätling u. Schneider (2004) berichten über verschiedene Ätiologien der Frühgeburtlichkeit. Gemäss ihnen haben neuere Untersuchungen gezeigt, dass Frauen mit vorzeitigen Wehen neben einer höheren „tension anxiety“ und „depression dejection“ auch kürzere Schwangerschaftsdauer und geringeres Geburtsgewicht der Kinder aufweisen.

Weiter scheint es, dass chronischer Stress und Stresshormone eine Immunsuppression bewirken. Das heisst, dass Frauen, welche einem hohen Stresslevel ausgesetzt sind, anfälliger für Infektionen sind, welche wiederum eine Frühgeburt auslösen können. Ein anderer Ansatz ist die erhöhte Frühgeburtlichkeit durch den chronischen Stress eines negativen Selbstbildes. Dieses Bild beinhaltet das depressive Gefühl hinsichtlich der aktuellen Lebenslage und Hoffnungslosigkeit bezogen auf Änderungsmöglichkeiten in der Zukunft.

Gemäss Ernst et al. (2007) haben Diskussionen mit Migrantinnen gezeigt, dass diese oft unter ungeeigneter Arbeit während der Schwangerschaft leiden und dies ein Grund für Stresssituationen sein kann.

5.4 Arbeitsbedingungen

Die Erwerbsarbeit kann einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit von Frauen aus niedrigen sozialen Schichten haben (Ernst et al. 2007). Sie sichert nicht nur den Lebensunterhalt, sondern strukturiert den Alltag und verschafft Anerkennung. Die positiven Seiten der Erwerbsarbeit kommen jedoch nur zum Tragen, wenn am Arbeitsplatz Rücksicht auf die besondere Situation der mehrfach belasteten Familienfrauen genommen wird. Sind diese positiven Voraussetzungen nicht gegeben, kann die Erwerbsarbeit als grosse Belastung erlebt werden oder erfolgt unfreiwillig. Mittel- und langfristig sehr belastend für die Gesundheit sind schlechte, prekäre Arbeitsbedingungen, welchen viele Arbeitnehmerinnen vor allem in den Niedriglohnbranchen ausgesetzt sind. Unter prekären Arbeitsbedingungen wird Arbeit auf Abruf, kurzfristige Einsätze oder ganzheitlich unregelmäßige Schwarzarbeitsverhältnisse verstanden, die grosse Unsicherheiten bezüglich des Einkommens zur Folge haben. Viele im Tieflohnssektor beschäftigte Frauen haben unfreiwillig kleine, dafür mehrere Teilpensen, was eine Belastung sein kann. Meistens können sie damit kein ausreichendes Einkommen verdienen. Auch die Organisation von externer Kinderbetreuung, welche Geld, Organisation und Zeit erfordert, kann als stressreich empfunden werden.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Der berufliche Status geht oft mit dem sozialen Status einher, erklärt aber auch oft das Arbeitsumfeld: so können Frauen während ihrer Arbeit physikalischen, chemischen oder biologischen Substanzen ausgesetzt sein, welche direkt oder über die Luft schädlich sein können (Nybo u. Mortensen 2006). Lärm, schweres Tragen, Fließbandarbeit, monotone Bewegungen, Schichtarbeit und lange Arbeitszeiten können zu Anspannung und Erschöpfung führen. Diese Einflüsse können für den Feten schädlich sein. Auch kann beruflicher Stress eine Veränderung im Hormonhaushalt bewirken, was einen negativen Einfluss auf die Schwangerschaftsdauer und das Geburtsgewicht der Kinder haben kann.

5.5 Herz-Kreislauf-System

Maschewsky-Schneider (1997) zitiert zahlreiche Studien, in denen belegt wird, dass Personen aus sozial niedrigen Schichten ein erhöhtes Risiko für ischämische Herzkrankheiten und kardiovaskuläre Krankheiten haben. Bei der nationalen Surveydaten der Bundesrepublik Deutschland Anfang der 90er-Jahre zeigte sich, dass Frauen aus unteren Schichten eine ungünstigere Blutdruck-Situation haben. Es lässt sich eine kontinuierliche Zunahme der unkontrollierten sowie der kontrollierten Hypertonie mit der Abnahme der sozialen Schicht beobachten. Betreffend Cholesterin haben Frauen aus oberen Schichten mit Abstand die besten Werte und einen höheren Spiegel des protektiven HDL-Cholesterins, wogegen die Hypercholesterinämie vermehrt in den unteren Schichten zu finden ist. Die in den Studien diskutierten psychosozialen Risikofaktoren für den Zusammenhang von Herz-Kreislaufkrankungen und der sozialen Lage sind soziale Isolation, Bewältigungshandeln, berufliche Belastung, Ärger und Feindseligkeit.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Joseph et al. (2007) kamen in ihrer Studie zum Ergebnis, dass hypertensive Schwangerschaftserkrankungen öfters bei Frauen aus den tieferen Einkommensschichten auftritt.

5.6 Ernährung und Übergewicht

Maschewsky-Schneider (1997), Paeratakul et al. (2002) und Ball et al. (2005) schreiben, dass das Durchschnittsgewicht (BMI), das Übergewicht ($BMI \geq 25$) sowie das schwere Übergewicht ($BMI \geq 30$) mit Abnahme der sozialen Schicht kontinuierlich zunimmt. Frauen in besser gestelltem Umfeld zeigen einen Trend zu gesünderer Ernährung, d.h. weniger Fleisch und Wurst und häufiger frisches Gemüse. Wie Monteiro et al. (2004) schreiben, war vor 1989 vor allem die soziale Elite übergewichtsgefährdet. Dies hat sich in neueren Studien nicht mehr bestätigt, im Gegenteil. Vielmehr ist Übergewicht zu einem Problem der tieferen Einkommensklassen geworden. Dies wird auch sichtbar in Entwicklungsländern, deren Rate der Übergewichtigen in den unteren Einkommensklassen kontinuierlich mit dem Nationaleinkommen zunimmt. Adipöse Personen sind vermehrt gefährdet für Diabetes, Hypertonie, Herzerkrankungen und hohe Cholesterinspiegel, unabhängig von Geschlecht, Rasse und sozioökonomi-

schem Status. Jedoch sind die Zusammenhänge komplex, da der soziale Status das Gewicht beeinflussen kann, Adipositas kann andererseits den sozialen Status beeinflussen oder gemeinsame Faktoren können Gewicht und Status beeinflussen (Paeratakul et al. 2002).

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Joseph et al. (2007) kam in einer Studie mit 92'914 Teilnehmerinnen zum Schluss, dass Frauen aus den tieferen Einkommenschichten vermehrt ein Schwangerschaftsgewicht von mehr als 75kg hatten und dass die Inzidenz an Gestationsdiabetes signifikant höher war als bei den Frauen mit höherem Einkommen. Ronge (2006) fasst eine Studie zusammen, in welcher der Zusammenhang zwischen einem hohen Bodymass-Index (BMI) vor der Schwangerschaft und fetalem Tod (Totgeburt, Spontanabort) untersucht wird. Die Studie beschreibt, dass adipöse Frauen (BMI ≥ 30) im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen von der 14. Schwangerschaftswoche ein signifikant erhöhtes Risiko für fetale Todesfälle haben. Das Risiko steigt bei Diabetes, Präeklampsie und hypertensiven Erkrankungen. Auch Bung (2004) schreibt, dass übermässige Gewichtszunahme die Ausbildung von Stoffwechselstörungen wie Gestationsdiabetes, das Auftreten von Präeklampsie und Frühgeburten sowie zahlreiche mechanische Probleme subpartu begünstigt. Im MIDIRS (2005) wird eine Studie von Andreasen et al. (2004) beschrieben, welche die Komplikationen adipöser Frauen in der Schwangerschaft und unter der Geburt erörterte. Dazu gehören ein erhöhtes Thromboserisiko in der Schwangerschaft, vermehrt Einleitungen, frühe Amniotomie, Kopf-Becken-Missverhältnis, Sectio sowie perioperative Morbidität. Bei den Neugeborenen gehören Makrosomie, Schulterdystokie, später fetaler Tod sowie angeborene Fehlbildungen, speziell Neuraltuben-Defekte zu den Komplikationen. Auch leiden Neugeborene adipöser Frauen signifikant öfters unter einer Azidose (pH $< 7,10$), werden öfters intubiert und haben häufiger einen 1-min-Apgar < 8 (Stepan et al. 2006). Betreffend Fehlbildungen haben Waller et al. (2007) nachgewiesen, dass Adipositas und Übergewicht mit bedeutend mehr Fällen von Spina bifida, Herzfehlern, anorektaler Atresie, Hypospadien und Hernien einhergeht.

Im Gegensatz zu Adipositas kann aber auch ein schlechter Ernährungszustand gravierende Folgen während der Schwangerschaft haben. So kann gemäss Spätling u. Schneider (2004) der Ernährungszustand der Mutter sowohl auf die Schwangerschaftsdauer wie aufs Geburtsgewicht des Kindes einen Einfluss haben. Ein niedriges Gewicht vor der Schwangerschaft als Indikator für eine langfristig schlechte Ernährung ist interessanterweise stärker mit Frühgeburtslichkeit als mit einer intrauterinen Mangelentwicklung assoziiert. Bei untergewichtigen Frauen wurden keine erhöhten oder erniedrigten Risiken für fetale Fehlbildungen nachgewiesen, abgesehen von einem minimal erhöhten Risiko für Lippen- und Gaumenspalten.

5.7 Rauchen

Die Prävalenz des Rauchens nimmt, wie Maschewsky-Schneider (1997) und Huch (2004) schreiben, mit Abnahme der sozialen Schicht kontinuierlich zu. Dagegen nimmt der Anteil der ehemaligen Raucherinnen mit der sozialen Schicht ab. Es wird damit ein hoher Konsum der Frauen in den unteren sozialen Schichten aufgezeigt. Auch lässt sich bei den Frauen aus unteren sozialen Schichten im Vergleich zu Frauen in höheren Schichten ein höherer Tageskonsum an Zigaretten verzeichnen. Hinsichtlich der Lebenslage von Raucherinnen, ehemaligen und Nie-Raucherinnen zeigen sich Unterschiede: Die ehemaligen Raucherinnen haben eine bessere berufliche, soziale und finanzielle Situation als die zwei anderen Gruppen. Betreffend der familiären Situation gleichen sich die ehemaligen und Nie-Raucherinnen. Sie leben häufiger in grösseren Familien und mit festen Partnern zusammen und sind zu einem grösseren Anteil als Raucherinnen nicht erwerbstätig. Somit ist ihre familiäre Einbindung stärker. Bezogen auf die berufliche Situation geben Raucherinnen eine grössere Belastung als die Nie- und ehemaligen Raucherinnen an. Beim Tabakrauchen weisen gewisse Migrationsgruppen eine stark erhöhte Raucherquote auf (Türken), wogegen bei anderen Gruppen (Tamilen) die Quote deutlich kleiner im Gegensatz zur schweizerischen Bevölkerung ist (Eckert et al. 2004).

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Die Auswirkungen des Rauchens vor oder während der Schwangerschaft wurden vielfach untersucht (Huch 2004, Joseph et al. 2007). Rauchen ist ein gesicherter Risikofaktor für den frühen Verlust der Schwangerschaft oder Störungen während dieser Zeit. Auch erhöht sich durchs Rauchen der Prozentsatz von vorzeitigem Plazentalösungen, Plazenta prävia und vorzeitigem Blasensprung. Diese Komplikationen können ihrerseits die Frühgeburtsraten und die Rate an perinataler Mortalität erhöhen. Der grösste Negativeffekt des Rauchens ist eine dosisabhängige Geburtsgewichtverminderung. Zahlreiche Untersuchungen und Studien haben diesen Effekt bestätigt. Das Geburtsgewicht ist übereinstimmend im Durchschnitt 200-350g tiefer bei Kindern, deren Mütter in

der Schwangerschaft geraucht haben. Diese Übereinstimmung lässt sich in verschiedenen Kulturen, Ländern und Rassen nachweisen. Mielck (2000) zitiert eine Studie, welche belegt, dass rauchende Eltern mit höherer Schulbildung während einer Schwangerschaft eher bereit sind mit dem Rauchen aufzuhören, als rauchende Eltern mit niedriger Schulbildung.

5.8 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

Die Arbeit von Ernst et al. (2007) untersuchte, ob sich der schlechtere Gesundheitszustand von Frauen mit tiefem Bildungsniveau auch auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens auswirkt. Es hat sich gezeigt, dass Frauen mit einem niedrigen sozialen Status trotz ihres durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustandes nicht häufiger ärztliche Behandlungen in Anspruch nehmen als besser gestellte Frauen. Diese Tatsache ist unerwartet, es bleibt jedoch unklar, ob Frauen aus tieferen sozialen Schichten weniger ärztliche Leistungen fordern oder ob ÄrztInnen diesen Personen weniger Leistungen verordnen. Jedoch haben Erhebungen bei armutsbetroffenen Frauen gezeigt, dass diese den Gang in die Arztpraxis aus unterschiedlichen Gründen meiden. Aus Aussagen wird deutlich, dass viele mangelndes Vertrauen in die Ärzte haben und ein ärztlicher Besuch oft keine Erleichterung in der beschwerlichen Alltagssituation bringt. Vielfach können sich Frauen mit Mehrbelastungen bezüglich Kinderbetreuung und Hausarbeit keine Erleichterung verschaffen und Förderung und Pflege der eigenen Gesundheit bzw. Schonung aus zeitlichen und finanziellen Gründen können sie sich nicht leisten. Bei den Migrantinnen zeigt sich ein uneinheitliches Bild (Eckert et al. 2004). Gewisse Migrationsgruppen nehmen die Leistungen niedergelassener Ärzte vermehrt in Anspruch, bei anderen Gruppen lässt sich diese Aussage nicht machen. Auffällig niedrig sind jedoch die Frauenarztbesuche bei tamilischen und albanischen Frauen. Bei der Spitalinanspruchnahme ist das Bild eindeutig, sie ist unter der Migrationsbevölkerung stark erhöht. Bei den Vorsorgeuntersuchungen wie Blutdruck-, Blutzucker- oder Cholesterinmessungen sowie Prostata-, Brust- und Gebärmutterhalsuntersuchungen zeigt sich, dass die Migrationsbevölkerung die Angebote deutlich weniger in Anspruch nimmt als die schweizerische Bevölkerung.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Es gibt internationale Evidenzen, dass sozioökonomische Faktoren im Zusammenhang mit später Aufnahme der Schwangerschaftskontrollen und verminderter Zahl der Kontrollen stehen (Rowe u. Garcia 2003). Frauen aus unteren sozialen Schichten scheinen später die erste Vorsorgeuntersuchung und generell weniger Kontrollen zu haben als besser gestellte Frauen. Auch Schücking (2002) schreibt zur Lage in Deutschland, dass weit überwiegend deutsche und besser ausgebildete Frauen die Schwangerschaftsvorsorge intensiv nutzen, während das eigentliche Risikoklientel unterdurchschnittlich Gebrauch davon macht. Büchi et al. (2006) schreibt, dass Migrantinnen infolge einer Reihe von Hindernissen die Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft erst spät aufnehmen und deshalb ungenügend auf die Geburt vorbereitet werden. Die verminderte Zahl oder das Ausbleiben der Schwangerschaftskontrollen kann einen direkten Einfluss auf den Ausgang der Schwangerschaft haben, wie Humphrey u. Keating (2004) schreiben. Sie belegen in ihrer Studie aus Australien, dass Frauen, welche die Vorsorge nicht wahrnahmen, öfters Frühgeburten und postpartale Blutungen hatten. Ihre Kinder waren öfters untergewichtig, hatten öfters einen 5-min-APGAR von <5 und starben häufiger perinatal. Maschewsky-Schneider (1997) zitiert Studien, in denen belegt wird, dass Personen aus niedrigen sozialen Schichten weniger Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern in Anspruch nehmen.

5.9 Weitere gesundheitliche Belastungen

Anämie: Die Hauptgründe für das Auftreten einer Eisenmangelanämie in der Schwangerschaft sind gemäss Breymann (2004) ein vor bestehender Eisenmangel, sozioökonomische Faktoren wie Alter, Herkunft, Ernährungsgewohnheiten und Rassenzugehörigkeit. Ein schlechter Ernährungszustand ist darum ein Risikofaktor für eine Eisenmangelanämie. Wie Bodnar et al. (2001) herausgefunden haben, ist die Prävalenz einer postpartalen Anämie unter Frauen mit niedrigem Einkommen erhöht (bis 48% bei niedrigem Einkommen im Gegensatz zu 27% bei normalem Einkommen). Der stärkste Voraussagewert hatte eine pränatale Anämie gefolgt von mütterlicher Adipositas, Mehrlingsgeburten sowie Nicht-Stillen.

Bewegung: Wie Ernst et al. (2007) schreiben, zeigen Statistiken zum Gesundheitsverhalten deutlich, dass sich Angehörige unterer sozialer Schichten ausserhalb der Berufsarbeit kaum körperlich betätigen. Auch Maschewsky-Schneider (1997) zitiert Ergebnisse von Studien, in denen belegt wird, dass der Anteil der Frauen,

welche keinen Sport treiben, in der Oberschicht am niedrigsten ist (33,8%) und in den unteren sozialen Schichten auf das Doppelte (66,9%) ansteigt. Es lässt sich auch sagen, dass die Quote der Sportabstinenten in der Migrationsbevölkerung erhöht ist, besonders auffällig ist, dass Migrantinnen deutlich weniger Sport treiben als Migranten.

Familie und soziales Netz: Zwischen dem sozialen Netz und der Gesundheit einer Person gibt es verschiedene Zusammenhänge (Meyer u. Suter 1993). Das soziale Netz wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus, namentlich als soziale Unterstützung in kritischen Lebensphasen, andererseits kann die Gesundheit durch akute oder chronische Belastungen im sozialen Netz beeinträchtigt werden. Generell ist das primäre Netz, insbesondere die Familie, relevant für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Im Bericht von Ernst et al. (2007) zeigt sich, dass das knappe Budget und die ständige Anspannung die Partnerschaften von Frauen aus niedrigen sozialen Schichten belasten.

Geburtsmodus: Joseph et al. (2007) fanden heraus, dass die Rate an Einleitungen und Kaiserschnitten bei Frauen mit niedrigem Einkommen, im Gegensatz zu Frauen mit höherem Einkommen, erhöht ist.

Infektionskrankheiten: Verschiedene in der Schweiz durchgeführte Untersuchungen zur Gesundheitssituation von MigrantInnen haben gezeigt, dass bestimmte MigrantInnengruppen vermehrt von HIV/Aids, Tuberkulose, Hepatitis, Malaria und sexuell übertragbaren Krankheiten betroffen sind (Bundesamt für Gesundheit 2007).

Medikamentenkonsum: Ernst et al. (2007) beschreiben in ihrer Erhebung zur Frauengesundheit der Schweiz, dass Frauen mit weniger hohen Schulabschlüssen im Vergleich mit Frauen mit einem höheren Schulabschluss viel häufiger Medikamente zu sich nehmen. In den letzten 7 Tagen vor der Erhebung hätten mehr als ein Fünftel der Befragten mit lediglich obligatorischem Schulabschluss mehrmals oder täglich Schlaf- oder Schmerzmittel konsumiert. Auch der Medikamentenkonsum in einigen ausländischen Bevölkerungsgruppen ist gegenüber der schweizerischen Bevölkerung auffällig erhöht.

Small for gestational age: Joseph et al. (2007) kamen in ihrer Studie zum Schluss, dass die Rate von small for gestational age (Geburtsgewicht < 10. Perzentile) geborenen Kindern von Müttern in der tieferen Einkommensklassen gegenüber Frauen mit mehr Familieneinkommen, signifikant, um 81%, erhöht ist.

Stillen: In entwickelten Ländern hat ein höherer sozialer Status einen positiven Einfluss auf die Stilldauer, während in Entwicklungsländern der Einfluss umgekehrt ist (Haku 2007). Auch Schücking (2002) schreibt, dass in Stilluntersuchungen die besser ausgebildeten Frauen beim Stillen öfters vertreten sind als schlechter ausgebildete.

Teenager-Schwangerschaften: Wie Schmidt et al. (2006) schreiben, ist die soziale Benachteiligung (durch niedrige Schulbildung, Arbeitslosigkeit und/oder fehlendem Ausbildungsplatz) ein zentraler Faktor, wenn Jugendliche schwanger werden. Im Vergleich zu besser gestellten Jugendlichen tragen sozial benachteiligte Jugendliche ungeplante Schwangerschaften besonders häufig aus. Auch Mead et al. (2005) schreiben, dass Jugendliche aus tieferen sozialen Schichten ein zehnfach erhöhtes Risiko für Teenager-Schwangerschaften aufweisen.

Verhütung und Schwangerschaftsabbruch: Schweizer Studien haben herausgefunden, dass Migrantinnen öfters mangelhaft Schwangerschaften verhüten und vermehrt Schwangerschaftsabbrüche vornehmen (Bundesamt für Gesundheit 2007).

Vorzeitiger Blasensprung: In zahlreichen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass ein früher vorzeitiger Blasensprung gehäuft in niedrigen sozioökonomischen Schichten auftritt (Egarter u. Reisenberger 2004). Der Grund hierfür scheint ein Summationseffekt zahlreicher einzelner Risikofaktoren wie niedrige Schulbildung, mangelhafte hygienische Verhältnisse sowie schlechte Ernährung (BMI >27 oder Mangelernährung) zu sein.

6. Massnahmen zur Verminderung der gesundheitlichen Ungleichheiten

Während des 20. Jahrhunderts haben sich das Krankheitsspektrum und die Todesursachen verändert. Bis ins 19. Jahrhundert waren Infektionen die Hauptursachen für Erkrankungen und einen frühzeitigen Tod. Heute sind es Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, welche für verlorene Lebensjahre hauptverantwortlich sind. Die Zunahme von chronischen und nicht-übertragbaren Krankheiten (wie Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs oder Übergewicht) sowie psychischen Störungen (wie Depression) hat zu einer Sensibilisierung der Gesundheitspolitik für die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung geführt. Nur wenn diese stärker in der Gesundheitspolitik und in der Gesundheitsvorsorge verankert werden, können die rasch ansteigenden Gesundheitskosten gedämpft werden. Sie haben jedoch nicht nur positive Auswirkungen auf die Gesundheitskosten, sondern fördern auch die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Einzelnen, fördern die Leistungsfähigkeit der Menschen und tragen so zu einer arbeitsfähigen Bevölkerung bei.

Der Staat betreibt Gesundheitsförderung beispielsweise mittels Kampagne gegen das Rauchen oder zur Verhütung von AIDS. Das Konzept der Gesundheitsförderung zielt darauf ab, dass der Mensch befähigt wird, seine Gesundheit verbessern zu können (Leibundgut-Fischer u. von Greyerz, 2007). Wichtig dabei ist die Erkenntnis, dass Gesundheit nicht alleine aus den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, dem persönlichen Lebensstil und den biologisch-genetischen Voraussetzungen resultiert. Auch Lebensbedingungen wie Frieden, sozialer Status, Bildung, Beschäftigung, Einkommen, Wohnen und die Umwelt sind entscheidend für die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Menschen.

Ein wichtiger Punkt ist die Gesundheitsförderung von Frauen mit einem niedrigen sozialen Status. Es wird davon ausgegangen, dass die gesundheitliche Belastung dieser Frauen im Allgemeinen erheblich höher ist als in den anderen Bevölkerungsgruppen. Die Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen gilt jedoch als schwieriges Handlungsfeld. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Oft sind sozial benachteiligte Gruppen schwer zu erreichen oder die Lebenswelt derjenigen, welche die Gesundheitsförderungsmassnahmen planen oder durchführen, entspricht nicht der der sozial benachteiligten Personen. Das kann zu falschen Hoffnungen oder Erwartungen führen.

6.1 Modelle zur Prävention in der Hebammenarbeit

In entwickelten Ländern wurde die Wichtigkeit der Schwangerenvorsorge erkannt und Projekte zur Gesundheitsförderung für Schwangere und Mütter wurden geschaffen. In der Folge werden zwei Projekte vorgestellt und bewertet. Anschliessend wird das Salutogenetische Modell, ein hilfreiches Konzept in der Hebammenarbeit, erläutert.

6.1.1 Projekt: „Erwerbstätig und Schwanger“

Dieses Projekt ist im Rahmen der Informations- und Beratungsarbeit der damaligen Gewerkschaft für Industrie, Gewerbe und Dienstleistungen SMUV (seit Januar 2005 Unia) entstanden. Schwangere Frauen und Mütter haben oft weitergehende Rechte als kinderlose Arbeitnehmer und brauchen in diesem Bereich spezifische Informationen. Es wurde von der Gewerkschaft ein geeignetes Mittel gesucht, wie gezielt Frauen auf ihre Rechte aufmerksam gemacht werden können. Das Ziel des Projektes ist es, verschiedene Mittel zur Information und Beratung zur Verfügung zu stellen, damit Frauen am Arbeitsplatz ihre Rechte wahrnehmen, ihre Gesundheit und die des ungeborenen Kindes schützen sowie finanziell und zeitlich nicht in grosse Bedrängnis geraten. Die Leitsätze des Projektes lauten:

- Schwangerschaft ist keine Krankheit.
- Die Geburt des Kindes soll ein freudiges Ereignis sein.
- Kinder sind kein Grund, Eltern in finanzielle und zeitliche Not zu bringen.

Mit dem Projekt werden Arbeitnehmerinnen in der ganzen Schweiz angesprochen. Es werden auch Männer miteinbezogen, da diese zunehmend ihre Familienpflichten wahrnehmen wollen und deshalb über ihre Rechte auch informiert sein müssen. Der Kursinhalt beinhaltet die Information über das Arbeitsrecht sowie über den Schutz der Mutter und des Kindes. Den Kursteilnehmenden werden weiter Hinweise für Beratungsstellen abgegeben (Ernst et al. 2007).

Beurteilung: Es ist als vorbildlich zu werten, dass Probleme im Arbeitsumfeld, mit welchen Schwangere konfrontiert sein können, angesprochen und zu eliminieren versucht werden. Den Frauen werden ihre Rechte aufgezeigt und sie werden ermutigt, für diese einzustehen. Somit werden die Frauen bestärkt, für ihre Situation Verantwortung zu übernehmen. Die Selbstbestimmung und Autonomie der Frauen wird gefördert. Es ist sinnvoll, über zeitliche und finanzielle Ressourcen zu sprechen, damit Frauen und/oder die Familien Strategien entwickeln können, wie mit der neuen Situation am Besten umzugehen ist. Auch die Information über Beratungsstellen ist vorteilhaft und kann eine grosse Stütze für die Schwangeren sein. Aus der Kursausschreibung ist nicht ersichtlich, wer den Kurs leitet. Handelt es sich um eine Juristin oder um eine Hebamme? Je nachdem hat dies auf den Kursinhalt einen grossen Einfluss. Eine gute Möglichkeit wäre beispielsweise eine Kooperation beider Berufszweige, so könnten möglichst viele Fragen und Bedürfnisse abgedeckt werden. Weiter ist unklar, wie die Frauen erreicht werden. Passiert dies über den Arbeitgeber oder über Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschaftsberatungsstellen und Spitäler? Verschiedene Arten, die Frauen zu erreichen, erscheint als günstig, da Frauen aus allen Schichten und Migrantinnen angesprochen werden sollen.

6.1.2 Projekt: „Familienhebammen“

In Deutschland gibt es so genannte Familienhebammen. Sie betreuen schwangere Frauen, Mütter und Kinder, welche besonderen gesundheitlichen und/oder psychosozialen Risiken ausgesetzt sind, bis zum vollendeten 1. Lebensjahr. Typische Klienten und Problemkonstellationen sind Alkohol- und Drogenabhängige, chronisch Kranke, Frühgeborene, gestörte Mutter-Kind-Bindung, minderjährige Mütter, psychosoziale Problemstellungen (Partnerprobleme, Straffälligkeit, Verdacht auf Kindsmisshandlung, totes oder behindertes Kind), regelwidrige Schwangerschaften sowie sozial Benachteiligte (Sozialhilfeempfänger, Asylbewerber, kinderreiche Familien, Analphabeten). Die Begleitung und Betreuung findet normalerweise im vertrauten häuslichen Bereich statt. Die Tätigkeiten der Hebamme sind die allgemeinen Leistungen einer Hebamme wie Schwangerschaftsbetreuung, Geburtsbegleitung, Wochenbettbetreuung, Nachsorge und Stillberatung, vor allem im Bereich der Hilfe zur Selbsthilfe. Auch werden Dienste wie Jugendamt, Beratungsstellen, Sozialamt, Schwangerschaftsberatungsstellen, Ärzte und Psychologen vermittelt. Die Familienhebamme arbeitet eng mit Institutionen und medizinischen Diensten sowie karitativen Einrichtungen zusammen. Die Hebammen werden speziell geschult, was eine effektivere und effizientere Betreuung, als im herkömmlichen Gesundheitssystem, zur Folge hat. Das Ziel ist es, alle Frauen möglichst frühzeitig in der Schwangerschaft, spätestens jedoch nach der Geburt des Kindes, mit dem Modellangebot zu erreichen. Bei sozialen und medizinischen Problemen soll eine intensive Betreuung während der Schwangerschaft und während des 1. Lebensjahrs garantiert werden und die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge und Früherkennungsuntersuchungen bei den Kindern beim gesamten Zielklientel zu verbessern. Weiter soll auf die Verhaltensweisen der Frauen eine positive Einwirkung stattfinden, die Umsetzung ärztlicher Ratschläge unterstützt und eine enge Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung beteiligten sozialen und medizinischen Institutionen verwirklicht werden (Bund Deutscher Hebammen 2007).

Beurteilung: Beim Familienhebammenmodell in Deutschland handelt es sich um ein gross angelegtes, intensives Projekt, welches an die betreuenden Hebammen hohe Ansprüche stellt. Sie müssen im medizinischen, sozialen, psychologischen und rechtlichen Bereich gut ausgebildet sein, damit sie die zu betreuenden Klientinnen und deren Familien bestmöglich begleiten können. Das Projekt wird dem vermehrten Anspruch an langfristiger Betreuung gerecht, welche bei den heutigen Lebensformen (Einzelhaushalte, urbane Lebenssituation mit wenig Kontakt zu Nachbarschaft) von gewissen Bevölkerungsgruppen vermehrt benötigt wird. Die Familienhebamme arbeitet in ihrem Umfeld in den 6 Funktionen des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV): 1. Selbständige Betreuung von gesunden Frauen und Neugeborenen von der Empfängnis an bis nach der Geburt, 2. Betreuung von Frauen und Kindern in Risiko- und Krisensituationen in Zusammenarbeit mit Spezialisten, 3. Erfassen des familiären und gesellschaftlichen Umfeldes und Erkennen von Krisensituationen, 4. Förderung der Gesundheit von Frau, Kind und Familie, 5. Verantwortung für die Organisation ihrer Arbeit sowie aktives Mitglied verschiedener Strukturen, 6. Förderung der Qualität und der Effizienz der Berufsausübung und Beteiligung an der Entwicklung des Berufs. Somit decken die Familienhebammen das ganze Spektrum der Hebammenarbeit ab. In der Schweiz gibt es noch keine konkreten Pläne für ein ähnliches Projekt – obwohl es als durchaus sinnvoll angesehen werden kann.

6.1.3 Salutogenetisches Modell nach A. Antonovsky

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1924-1994) hat die Erklärung von Gesundheit und Krankheit in Frage gestellt. Die wichtige Frage ist gemäss ihm nicht „Was macht krank?“ sondern „Was hält den Menschen trotz

Risiken und Belastungen gesund?“. Damit hat er eine grosse Wende in der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit eingeleitet (Leibundgut-Fischer u. von Greyerz 2007). Gemäss Heine u. Schewior-Popp (2004) besitzt nach dem Modell von Antonovsky jeder Mensch ein Kontinuum von Gesundheit und Krankheit. Dieses ist einem kontinuierlichen und dynamischen Prozess der Wechselwirkung zwischen einer Vielzahl belastender und risikoreicher als auch entlastender und schützender Einflussfaktoren unterworfen. Somit ist eine exakte Trennung von den Zuständen Gesundheit und Krankheit nicht möglich. Das Modell besteht aus drei wesentlichen Komponenten: der Umgang mit Stressoren, generalisierten Widerstandsressourcen und dem Kohärenzgefühl. So genannte Stressoren sind im menschlichen Leben immer präsent und bewirken bei Konfrontationen einen Spannungszustand. Ob das Ergebnis pathologisch, neutral oder gesund sein wird, hängt von der Angemessenheit der Spannungsverarbeitung ab. Dem gegenüber stehen die Widerstandsressourcen. Sie können wie die Stressoren verschiedenen Bereichen zugeordnet werden und stellen bei den Menschen, welche über sie verfügen, ein Arsenal von Strategien dar, mit welchen sie Spannungen, Problemen und Stresssituationen begegnen können. Sie sind im Zusammenhang mit einer sinnvollen und positiven Stressverarbeitung wesentliche Faktoren für die Gesundheitserhaltung und für die erfolgreiche Krisenbewältigung. Das Auseinandersetzen mit diesen Faktoren und damit das Sinnfinden über längere Zeit hinweg führt beim jeweiligen Menschen zur Entwicklung des so genannten Kohärenzgefühls. Es ist die Bereitschaft und Fähigkeit, Dinge erklären und Zusammenhänge sehen zu können. Das Kohärenzgefühl stellt in der Salutogenese die wesentlichste der drei Komponenten dar und besteht selber aus drei Grundelementen: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Menschen mit einem hohen Mass an Verstehbarkeit können stressbesetzte Stimulationen einordnen und erklären. Die Handhabbarkeit bedeutet, dass der Mensch die auf ihn zukommenden Schwierigkeiten als lösbar einschätzt. Bedeutsamkeit ist die wichtigste Komponente. Dabei werden Ereignisse, welche als bedeutsam anerkannt werden, tendenziell als Herausforderung angesehen und als wichtig genug, dafür emotional zu investieren und sich zu engagieren. Eine Person kann somit Sinn in einzelnen Teilaspekten eines stressbesetzten Ereignisses finden.

Beurteilung: Das Salutogenetische Modell stellt eine deutliche Alternative zum klassischen, pathologisch-orientierten Erklärungsansatz von Gesundheit und Krankheit dar. Besonders in der Hebammenarbeit, wo die Gesundheitsförderung der Frau und ihrem ganzen Umfeld stattfindet, findet das Modell Relevanz. In der individuellen Ermittlung der Widerstandsressourcen und Stressoren wird das Kohärenzgefühl erfasst und gestärkt. Die Frauen werden ermutigt, Bewältigungsstrategien zu suchen, um die Gesundheit von ihnen und ihrer Familie zu schützen und zu fördern.

6.2 Prävention in der Hebammenarbeit

Als Hebamme geht es in der Prävention von gesundheitlicher Ungleichheit von Frauen aus niedrigen sozialen Schichten darum, das Risikokollektiv zu erkennen und die in Kapitel 6 genannten Komplikationen bestmöglich zu vermeiden. Im folgenden Abschnitt werden in zwei Bereichen der Hebammenarbeit Förderungsmassnahmen aufgeführt, mit denen dazu beigetragen werden kann, die Betreuung von Frauen aus niedrigen sozialen Schichten zu verbessern. Sie können einfach und kostengünstig umgesetzt werden.

6.2.1 Hebammenausbildung

Die Ausbildung zur Hebamme umfasst ein breites, anspruchsvolles Programm, welches in 3 Jahren den Schülerinnen vermittelt wird. Aus Zeitgründen ist es nicht möglich, alle Aspekte der Hebammenarbeit gleich intensiv abzudecken. Gerade aber in Bezug auf sozial benachteiligte Frauen ist die Ausbildung mangelhaft. Beispielsweise schreibt Schücking (2002), dass die Vorsorgenden kompetent genug sein müssen, häufige Probleme wie Nikotin- und Alkoholabusus zu erkennen und reduzieren zu können. Jedoch ist das Thema Rauchen und Alkoholismus nicht im obligatorischen Curriculum der Ausbildung vorgesehen. So sind Hebammen oft mit Raucherinnen konfrontiert, können sie aber nicht fachkompetent zum Rauchstopp oder Rauchverhalten beraten. Auch das Thema des niedrigen sozialen Status, Armut und niedrige Schulbildung und die Folgen dessen werden nicht abgedeckt. Wenn man jedoch das Klientel der zukünftigen Hebammen bedenkt, wäre es nötig, diese Probleme zu thematisieren und den Hebammen Lösungswege aufzuzeigen, wie diese Frauen bestmöglich unterstützt werden können. Bei der Umstellung der Ausbildung auf Fachhochschulniveau besteht jedoch die Chance, dass diese Themen durch mehr Unterrichtsstunden behandelt werden.

6.2.2 Schwangerenvorsorge

Die Schwangerenvorsorge steht in der Schweiz allen Frauen zur Verfügung. Sie hat einen präventiven Faktor in der Gesundheitsversorgung und nimmt eine wichtige Aufgabe in der psychischen und physischen Vorbereitung des Paares auf die Geburt und ihre zukünftige Elternrolle wahr. Die Schwangerschaftsvorsorge soll Gesundheitsförderung der Schwangeren, des Kindes und des Familienumfeldes sein und gehört zur primären Prävention. In der Vorsorge sollen regelwidrige Entwicklungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erkannt und vermieden werden, allgemeine Massnahmen zur Stabilisierung der Lebensumstände und zum Abbau von Ängsten und Unsicherheiten durch umfassende Informationen erreicht werden (Spätling u. Schneider 2004). Der wiederholte Kontakt zwischen der Schwangeren und der Hebamme/Arzt schafft eine Vertrauenssituation, welche neben einer besseren Patientenzufriedenheit auch die Akzeptanz und Teilnahme am Vorsorgeprogramm fördert (Vieweg 2004).

Die Aufklärung und Information über physiologische und mögliche pathologische Veränderungen im körperlichen sowie psychischen Bereich sind zentrale Bestandteile in der Schwangerschaftsvorsorge und wichtiger Inhalt jeder Schwangerschaftskontrolle. So konnten zum Beispiel durch ein Präventionsprogramm in Frankreich, welches Wissen über die Abläufe der normalen Schwangerschaft und wesentliche Symptome bzw. Folgen einer Frühgeburt als wichtigen Bestandteil der Schwangerschaftskontrolle beinhaltete, die Frühgeborenenrate deutlich gesenkt werden (Bung 2004). Ein wichtiger Punkt in der Vorsorge ist auch der Mutterschutz, welcher gesetzlich verankert ist. Die betreuende Hebamme bzw. Arzt sollte die Schwangere über die wichtigsten Inhalte des Mutterschutzgesetzes aufklären. Dieses berücksichtigt eine Vielzahl von Faktoren, die z.B. mit einer Frühgeburt in Verbindung stehen, wie langes Stehen, Fließband- und Nachtarbeit und das Heben von schweren Lasten. Auch die Beratung einer angepassten Lebensführung in der Schwangerschaft gehört mit dazu. Betreffend Ernährung wird zum Beispiel vom American College of Obstetrics and Gynecology ein Risikokollektiv beschrieben, bei welchem vermehrt auf die Umsetzung der Ernährungsratschläge geachtet werden muss (Bung 2004). Dazu gehören auch Schwangere aus einem sozioökonomisch ungünstigen Milieu. Hebammen sind in einer idealen Position, Schwangere betreffend Ernährung zu beraten. Die Frauen brauchen Hilfestellungen, welche Nahrungsmittel gesund und welche zu unterlassen sind, um ihrem Baby den bestmöglichen Start ins Leben zu geben. Weiter müssen Themen wie Genussmittelkonsum, Hygiene und Sexualverhalten diskutiert werden. Schwangere Frauen sind gewöhnlich offen für Anregungen, da sie die Verantwortung für ihr Kind tragen. Als evidenzbasiert nützlich in der Schwangerschaft haben sich unterstützende Massnahmen (insbesondere verhaltensmodifikatorische Strategien) zur Rauchentwöhnung erwiesen (Stahl 2000). Einen wahrscheinlich positiven Einfluss haben die soziale Unterstützung von allen Frauen und eine nach Möglichkeit finanzielle Unterstützung von bedürftigen Frauen. Santos-Eggimann u. Paccaud (1993) empfehlen sogar, die Schwangeren über ihre Möglichkeit, das Gewicht des Säuglings zu beeinflussen, zu informieren (z.B. ausgewogene Ernährung, nicht rauchen) und somit einen direkten Einfluss auf die Sterblichkeit sowie die Erkrankungshäufigkeit zu nehmen.

Die Vorsorge der Schwangeren ist elementar. Gerade sozial benachteiligte Frauen könnten von ihr profitieren durch Ratschläge und Informationen der Fachperson und die eventuelle Verweisung an andere Stellen. Leider nimmt das persönliche Gespräch oftmals einen kleinen Teil ein, im Vordergrund stehen die zweifellos wichtigen Untersuchungen rund um das physische Wohlbefinden von Mutter und des Ungeborenen. Jedoch kommt man den wirklichen Problemen erst im Gespräch mittels detaillierter Fragen auf den Grund. Die Fragen zur Gesundheitsgeschichte der Frau, der so genannten Anamnese, bleiben häufig an der Oberfläche. Um problematische Umstände, welche Komplikationen in Rahmen der Schwangerschaft, Geburt, des Wochenbettes und eigentlich der ganzen Familienzeit begünstigen können, ist es wichtig, die Frau über ihre Lebenssituation zu befragen. Dazu gehören Fragen zum familiären Einkommen, zur Arbeitssituation der Frau und des Partners, zur Kinderbetreuung, zum Stresslevel, zur Ernährung und zur Paarbeziehung.

7. Theorie-Praxis-Bezug

7.1 Anamnese

Die Hebamme ist nicht in der Lage, den Status von Frauen zu verbessern, für mehr Einkommen und Bildung zu sorgen. Ihre Aufgabe ist es in der Arbeit mit Frauen mit einem niedrigen sozialen Status, das Risikoklientel zu erfassen, um nötige Schritte für die Vermeidung von Komplikationen in die Wege zu leiten. Die Erfassung sollte anhand der Anamnese der Frau geschehen. Das griechische Wort „Anamnese“ bedeutet „Erinnerung“ und liefert Fakten, Empfindungen und Interpretationen. Das Ziel der Anamnese ist die Informationssammlung zur Diagnostik, die Prävention durch Früherkennung von Störungen und Prognose- und Therapiebestimmung. Höfer (2005) schreibt, dass jede Hebamme im Rahmen der ersten Vorsorgeuntersuchung eine **ausführliche** Anamnese vorzunehmen hat. Alle erfragten Punkte und Ergebnisse müssen dokumentiert werden, da sie im Falle einer juristischen Auseinandersetzung eine besondere Bedeutung haben. Hebammen müssen sich bei jedem Gespräch auf die Situation der Frau einstellen und eine **persönliche Checkliste** führen, damit alle Punkte für eine vollständige Anamnese erhalten werden. Für die psychosoziale Anamnese, die zentrale Anamnese für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit, empfiehlt Höfer folgende Informationen zu erfragen:

- Wie wurde der bisherige Verlauf der Schwangerschaft erlebt?
- Welche psychosozialen Veränderungen sind durch die Schwangerschaft aufgetreten?
- Sind Veränderungen im Zusammenleben (Partner, Kinder) aufgetreten und wie waren frühere Erfahrungen diesbezüglich bei Schwangerschaften und nach Geburten?
- Gibt es Belastungen durch Familie, Beruf, Ausbildungen, Tätigkeiten und Zeiten?
- Wie ist die finanzielle und soziale Absicherung?
- Besteht eine chemische Belastung (z.B. am Arbeitsort, Renovierung der Wohnung)?

7.2 Analyse der Anamnese in der Praxis

Wie sieht die Umsetzung der im Kapitel 8.1 genannten Vorgaben einer Anamneseerhebung in der Praxis aus? Werden Widerstandsressourcen und Stressoren der Frau gemäss den Vorgaben der Literatur erfragt? Welches Instrument haben die BefragterInnen zur Verfügung, damit die Erfragung wichtiger Punkte auch tatsächlich erfolgt?

Damit auf diese Fragen Antworten gefunden und Empfehlungen für die Praxis abgegeben werden können, werden zwei Anamnesebogen miteinander verglichen. Der erste ist der Personalienfragebogen des SHV, welcher online verfügbar ist. Der Zweite ist der Fragebogen eines Schweizer Kantonsspitals, welcher in dieser Form verwendet wird. Es wird mit Hilfe des Salutogenetischen Modells gearbeitet. Dieses eignet sich für die Erfassungen von psychosozialen und weiteren Risiken optimal. Es wird analysiert, ob die möglichen Widerstandsressourcen und Stressoren erfragt werden. Das Ziel der Analyse ist es, zu prüfen, wie viele der kritischen Punkte, in welchen die Frauen Widerstandsressourcen oder Stressoren aufweisen, tatsächlich auf dem Fragebogen aufgeführt sind. Nur die schriftliche Aufführung dieser Punkte sichert ein Erfragen von Hebammen- bzw. Arztseite her. Andernfalls wird es möglicherweise vergessen oder die Wichtigkeit dieser Fragen wird nicht erkannt.

In der folgenden Tabelle sind in der ersten Spalte die kritischen Punkte für verschiedene Bereiche aufgeführt. Die Stichwörter können gleichzeitig Widerstandsressourcen oder Stressoren sein. Beispielsweise kann unter dem Punkt „Ernährung“ ersichtlich werden, dass die Frau sich vollwertig und gesund ernährt, andererseits kann eine ungesunde erfasst werden. Die zu überprüfenden Punkte haben einen gewissen Vorhersagewert für Komplikationen, welche bei Frauen mit einem niedrigen sozialen Status vermehrt auftreten. Mehrere Punkte versuchen beispielsweise das Problem der vermehrten Stresssituationen dieser Frauen und ihren Umgang damit zu erfassen. Dies ist wichtig, um das Kohärenzgefühl der Frauen zu beurteilen.

In der zweiten Spalte wurde der Anamnesebogen des SHV analysiert, in der dritten der des Kantonsspitals. Findet sich ein Häkchen (✓) in der Spalte, wird dieser Punkt erfragt. Bei einem Fragezeichen (?) wird der Punkt ansatzweise erfragt, aber nicht im Detail wie in der Aufstellung. Befindet sich ein Kreuz (✗) im Feld, wurde dieser Punkt überhaupt nicht erfragt. Die Punkteverteilung ist wie folgend: ✓ = 1 Punkt / ? = ½ Punkt / ✗ = kein Punkt.

Widerstandsressourcen / Stressoren	Anamnesebogen SHV	Anamnesebogen Kantonsspital
Körperlich		
- Körperliches Befinden (subjektive Einschätzung)	✗	✗
- Krankheiten / Infektionen / Allergien	✓	✓
- Operationen	✓	✓
- Müdigkeit / Erschöpfung	✗	✗
- Ruhezeit / Schlafverhalten	✓	✗
- Sport / Bewegung	✓	✗
- Ernährung / Trinkverhalten	✓	✗
- Ausscheidung	✓	✗
- Arbeitsbelastungen (Stehen, Schichten, Nacharbeit)	?	✗
- Umgang mit Schmerzen	✗	✗
Psychisch		
- Befindlichkeit	?	✗
- Stabilität / Ausgeglichenheit	✗	✗
- Erkrankungen / Probleme	✓	✗
- Umgang mit Problemen / Ärgernissen	✓	✗
- Bewältigungsstrategien während emotionalen Tiefs	?	✗
- Umgang mit Schwangerschaft	✓	✗
- Erleben vorheriger Schwangerschaften & Geburten	✓	✗
- Ängste betreffend Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, neue Rolle als Mutter	✓	✗
- Gewalt- / Missbraucherfahrungen	✓	✗
Biochemisch		
- Tabak, Alkohol, Drogen	✓	✓
- Therapie-/Gesprächswunsch	✓	✗
- Medikamente	✓	✓
- Gifte (Farben, Dämpfe etc.)	✗	✗
- Partner: Tabak, Alkohol, Drogen, Medikamente, Gifte	✗	✗
Physikalisch		
- Wohnungsverhältnisse (Raumangebot, Wasser, Heizung, Grünfläche etc.)	✗	✓
- Ruhe / Lärm	✗	✗
Spirituell		
- Religion	✗	✓
- Stellenwert des Glaubens	✗	✗
- Gelebte Bräuche	✗	✗
Sozial		
- Beziehungssituation (Form, Stabilität, Dauer)	?	?
- Familiensituation (Beziehung mit Eltern und Geschwister)	?	✗
- Unterstützung in schwierigen Lebenslagen	✗	✗
- Freundeskreis	✗	✗
- Migration (Dauer des Aufenthaltes in CH, Aufenthaltsstatus, Integration)	✗	✗
- Beherrschung der gesprochenen Landessprache	✗	✗
- Partner: Nationalität, Aufenthaltsdauer und -status	?	✗
- Einstellung des Umfelds gegenüber der Schwangerschaft	✗	✗
- Kinderbetreuung postpartal	✗	✗
- Fremdplatzierte Kinder	✗	✗
Ökonomisch		
- Einschätzung der finanziellen Lage (Einkommen, Schulden, finanzielle Planung für Kind)	✗	?
- Arbeitssituation momentan/postpartal	✓	✗
- Finanzielle Unterstützung von extern	✗	✗
Kulturell		
- Kultureller Hintergrund/Lebensweise	✗	✗
- Gelebte Bräuche	✗	✗
- Bedeutung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in jeweiliger Kultur (falls Migrationshintergrund)	✗	✗
Gesellschaftlich		
- Integration in Gesellschaft (Vereine, Partei etc.)	✗	✗
- Rassismus	✗	✗
Mögliche Punktzahl: 57	Erreichte Punktzahl:	
		19
		7

8. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wird offensichtlich, dass Frauen in der Schweiz betreffend Bildung und Entlohnung benachteiligt sind. Sie haben im Vergleich mit Männern eine schlechtere Bildung, verdienen für die gleiche Arbeit bedeutend weniger Lohn und leisten mehr Familien- und unbezahlte Arbeit. Dies führt zu einem grösseren Risiko für das weibliche Geschlecht, der Gruppe der Menschen mit einem niedrigen sozialen Status anzugehören. Handelt es sich bei den Frauen um Migrantinnen, ist die Situation noch problematischer.

Die oben genannten, statistisch belegten Ausführungen weisen auf einen grossen Handlungsbedarf hin. Die Ergebnisse der Verteilung der Risikofaktoren in Studien zeigen für alle Risikofaktoren einen starken sozialen Gradienten. Die Situation ist in der Oberschicht am günstigsten und nimmt mit der sozialen Schicht deutlich ab. Es ist bewiesen, dass schlechter gestellte Menschen öfters krank sind und früher sterben als besser gestellte Menschen. Sie sind vermehrt stressreichen Situationen ausgesetzt, haben schlechtere Arbeitsbedingungen, bewegen sich weniger, haben öfters ein ungesundes Ernährungsverhalten und leiden deswegen öfters unter Übergewicht mit all seinen Folgekrankheiten. Leute aus einer niedrigen sozialen Schicht rauchen häufiger und mehr, nehmen weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und konsumieren mehr Medikamente. Dies alles lässt auf eine bedeutend schlechtere Gesundheit von Personen aus niedrigen sozialen Schichten schliessen. Studien belegen zudem, dass sich die Situation verschärft: Für Frauen aus den oberen Schichten hat sich die Situation in den letzten Jahrzehnten verbessert, während sie sich für die Frauen aus den unteren Schichten verschlechtert hat.

Sind Schwangere oder junge Familien von einem niedrigen sozialen Status betroffen, zeigen sich die gleichen Schwierigkeiten wie im vorhergehenden Absatz, jedoch mit zusätzlichen geburtshilflichen Problemen. Sie sind vermehrt gefährdet für einen schlechten Schwangerschaftsausgang. So ist die Inzidenz an perinatalen Todesfällen, niedrigen Geburtsgewichten, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, Gestationsdiabetes, mechanischen Komplikationen unter der Geburt, Thrombosen während der Schwangerschaft, Sectios, fetalen Missbildungen und schlechter Adaptation des Neugeborenen, Störungen während der Frühschwangerschaft, vorzeitige Plazentalösungen, Plazenta prävia und vorzeitigem Blasensprung erhöht.

Die Rate an Frühgeborenen von Müttern mit einem tiefen sozialen Status ist höher als bei besser gestellten Bevölkerungsgruppen. Die Ursachen dafür sind vielfältig, so spielen chronischer Stress, ein negatives Selbstbild verbunden mit Hoffnungslosigkeit, Infektionen sowie ein früher vorzeitiger Blasensprung, welcher bei Schwangeren mit schlechter Schulbildung, mangelhafter Ernährung und schlechter Hygiene öfters auftritt, eine wichtige Rolle.

Auch leiden Frauen mit einem niedrigen sozialen Status häufiger unter Anämien und damit unter Allgemeinsymptomen wie Herzklopfen, Belastungsdyspnoe, reduzierter Leistungsfähigkeit und Schwäche. Bei starker Anämie können Frühgeburtslichkeit und intrauterine Wachstumsretardierung die Folge sein. Im Wochenbett kann durch die Anämie das Risiko für Fieber und Endometritis erhöht sein. Auch gibt es einen Zusammenhang zwischen einer Eisenmangelanämie und verminderter Milchmenge. Frauen aus niedrigen Schichten stillen weniger häufig. Dies könnte einen Zusammenhang mit der höheren Prävalenz des Rauchens in diesen Schichten haben, da Rauchen die Milchmenge vermindert. Auch übergewichtige oder adipöse Frauen, welche man in tieferen sozialen Schichten häufiger findet, tendieren dazu, nicht zu stillen. Langes Stillen hat für das Neugeborene viele positive Auswirkungen: der Infektionsschutz und die intellektuelle Entwicklung werden gefördert, das Risiko für atopische Erkrankungen (Ekzem, Neurodermitis, allergische Rhinitis, allergisches Asthma), Diabetes Mellitus Typ 1, Multiple Sklerose und Zahnfehlstellungen werden vermindert. Für die Mutter hat das Stillen positive Auswirkungen auf die Rückbildung und damit auf das Anämierisiko, auf den Gewichtsverlust und auf die Wahrscheinlichkeit, an einem Mamma- oder Endometrium-CA zu erkranken.

Wichtige Gründe für die vermehrten Komplikationen sind mangelnde finanziellen Mittel, schlechtere Bildung und das soziale Umfeld, welches die Entwicklung und das Leben eines Menschen stark beeinflusst. Diese Konstellationen führen zu einer schlechteren Gesundheit in diesen Schichten, namentlich zu mehr Übergewicht, mehr Herz- und Kreislauferkrankungen, höhere Raucherrate, aber auch mehr stressreiche Situationen. Die Zusammenhänge sind jedoch komplex, so ist es auch möglich, dass eine Folge des niedrigen sozialen Status Grund für diesen ist.

Beunruhigend ist, dass Frauen aus tiefen sozialen Schichten weniger Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft und des Säuglingsalters in Anspruch nehmen. Die Frauen können nicht auf erste Anzeichen von Komplikationen, wie beispielsweise vorzeitige Kontraktionen, aufmerksam gemacht werden und die Wissensvermittlung über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett passiert mangelhaft. Abweichungen werden so erst spät oder gar nicht erkannt. Die Gründe für weniger Vorsorgeuntersuchungen können eine schlechtere Einbindung dieser Frauen, das Nicht-Erkennen der Wichtigkeit, psychosoziale Probleme oder aber auch negative Erfahrungen mit den Behandelnden sein. Vor allem der letzte Punkt ist erschreckend, wurde aber in Gesprächen mit betroffenen Frauen, vor allem Migrantinnen, erfasst. Dieser Mangel muss in den Vorsorgeeinrichtungen behoben werden, so dass alle sozialen Gruppen und Nationen eine gleichberechtigte Versorgung und Vorsorge erhalten, wie dies in unserem Recht festgelegt ist. Es muss sichergestellt werden, dass alle Frauen einen guten Zugang zum Gesundheitswesen haben und sich der Wichtigkeit der Vorsorge, vor allem in der Schwangerschaft, bewusst sind. Frauen sollen ermuntert und motiviert werden, die Gesundheit von ihnen und ihrer Familie zu schützen und zu fördern mittels Vorsorge, gesunder Ernährung, Suchtmittelverzicht, Bewegung und Stressabbau. Dies bringt für die Familie eine bessere Lebensqualität und weniger Kosten.

Studien haben gezeigt, dass die Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Frauen wegen der unterschiedlichen Lebenssituation der Intervenierenden und den Frauen schwierig ist. Somit ist das erste Gebot für alle Förderungsmassnahmen für sozial Benachteiligte, dass sich die Intervenierenden mit der Lebenslage der Betroffenen vertraut machen und gemeinsam mit ihnen an den zu erreichenden Verbesserungen arbeiten. Gesundheitliches Ungleichgewicht lässt sich nicht effizient mit Massnahmen abbauen, welche die ganze Bevölkerung betreffen. Meistens werden solche Botschaften gerade von denjenigen gehört, welche sich gesundheitsförderndem Verhalten bereits bewusst sind. Gleichzeitig reagieren sozial weniger gut gestellte Leute auf Appelle häufig mit Ablehnung, was die Ungleichheiten zementiert und eventuell sogar verstärkt. Weiter sollten Gesundheitsförderungsangebote für sozial Benachteiligte eine breite Perspektive haben, denn nicht nur strukturelle Veränderungen wie rauchfreie Arbeitsräume oder gesundes Schuhwerk in Fabriken führen zu besserer Gesundheit. So sind es auch Budgetberatungen, Selbsthilfegruppen, gemeinsame Aktivitäten im Quartier, eine gezielte Weiterbildung, eine Arbeitsstelle oder erfreuliche Sozialkontakte, welche einen wesentlichen Betrag zu besserem Wohlbefinden leisten können.

Es sollten vermehrt Projekte wie „Erwerbstätig und schwanger“ für Schwangere zur Verfügung stehen. Die Information darüber soll unter anderem durch die Hebamme in der Schwangerenvorsorge passieren, da auf diesem Weg viele Frauen erreicht werden können. Das Familienhebammenprojekt scheint eine sehr gute und effiziente Möglichkeit zu sein, Frauen und Familien mit niedrigem sozialem Status bestmöglich zu betreuen. Der positive Einfluss durch die Betreuung der Hebamme auf problematische Situationen passiert während einer längeren Zeit und hat damit wahrscheinlich auch ein besseres Ergebnis. Ein ähnliches Projekt, in der Zusammenarbeit mit der Mütter-Väter-Beratung, wäre in der Schweiz denkbar und könnte gesundheitliche Ungleichheiten vermindern.

Bei der Analyse der zwei Anamnesefragbogen wird die niedrige Punktzahl der erfragten kritischen Punkte ersichtlich. Beim SHV waren dies 19 Punkte von möglichen 57, bei der Anamnese des Kantonsspitals lediglich 9 Punkte. Dies ist als mangelhaft zu werten. Es muss gesagt werden, dass sich die Praxis nicht an die Vorgaben der Literatur betreffend Anamneseerhebung hält. Vorstellbar ist, dass man sich der Wichtigkeit der ausführlichen Anamneseerhebung nicht bewusst ist. Die Antworten der Frauen geben der erfahrenen Fragerin Anhaltspunkte zu den wichtigsten Widerstandsressourcen, Stressoren und zum Kohärenzgefühl der Frau. Für sie wird es möglich sein, das Risiko von sozioökonomisch-bedingten Komplikationen abzuschätzen und weiterführende Betreuung zu erwägen, falls dies nötig ist. So zum Beispiel der Einbezug des Sozialdienstes bei finanziellen Problemen, des Rechtsdienstes bei ungünstigen Arbeitsbedingungen, die Vermittlung von Rauchentwöhnungsprogrammen, Ernährungsberatung, Familienhilfe, etc. Werden aber mangelhafte Situationen nicht erfragt, muss davon ausgegangen werden, dass die Probleme dieser Frauen nicht erkannt werden. Es wird ein detaillierter Fragebogen zur Aufnahme der persönlichen Anamnese der Frauen verlangt, welcher die kritischen Punkte, unter denen vor allem Frauen aus mit einem niedrigen sozialen Status leiden, beinhaltet. Daraus ersichtlich sollten auch die weiteren Massnahmen und Verweisungen an andere Stellen sein, so beispielsweise ob erfragt wurde, ob die Frau an einem Rauchentwöhnungsprogramm teilnehmen will und was diesbezüglich in die Wege geleitet wurde.

Mit einer spezifischen und angepassten Gesundheitsförderung und Prävention bei Frauen mit niedrigem sozialem Status können sehr viele Komplikationen bei ihnen und den Neugeborenen vermieden oder verringert werden. Da immer noch oftmals die Frau für die Ernährung und die Kinderbetreuung zuständig ist, ist der Einfluss sogar noch weitreichender und kann positive Auswirkungen auf die gesamte Familie haben. Die teilweise enorm

hohen Kosten für die Betreuung von Frühgeborenen, kranken Kindern, Spitalaufenthalte der Frauen und Medikamente können langfristig durch gezielte Prävention, Vorsorge und Wissensvermittlung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gesenkt werden.

9. Fazit

Bei der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit handelt es sich um ein gesellschaftliches Problem. Die Chancengleichheit zwischen den verschiedenen sozialen Gruppen erreichen zu wollen, ist ein ambitioniertes, politisches Ziel, welches nicht nur durch Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden kann. Es bedarf hierbei der Unterstützung der Wirtschaft, des Bildungs- und Sozialwesens.

Was jedoch Hebammen tun können und müssen, ist Frauen in der gesamten Zeit der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus niedrigen sozialen Schichten bestmöglich zu unterstützen. Während dieser Zeit ist eine gute Vorsorge besonders wichtig, um die Gesundheit von Mutter und Kind sicherzustellen und zu fördern. Eine gute Betreuung setzt voraus, dass die Problemlage der Frau erkannt wird. Dafür müssen die Frauen detailliert über ihre Lebenssituation befragt werden. Dies erfordert Mut von den Befragten, ist jedoch angesichts der gesundheitlichen und bestmöglichen Betreuung während der Schwangerschaft eine Bedingung. Problematische Umstände während der Schwangerschaft können sich durch ungünstige Situationen verstärken, so beispielsweise das Stressempfinden der Frau. Gerade während der vulnerablen Zeit der Schwangerschaft ist eine Frau oftmals bereit, Veränderungen in ihrem Leben zum Wohle des Kindes auf sich zu nehmen. Gerade in dieser Zeit kann die Hebamme der Frau als Stütze zur Seite stehen und sie an andere Stellen weitervermitteln, wenn dies nötig ist. Hebammen müssen besser auf das Thema der vermehrten Komplikationen von Frauen aus niedrigen sozialen Schichten geschult werden. Die wichtigsten Punkte sind hierbei, die risikobehafteten Frauen und die möglichen Komplikationen zu erkennen und zu wissen, wie diesen Frauen geholfen werden kann und wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit organisiert werden kann.

Die Vorsorge der physiologischen Schwangerschaft durch die Hebamme und bei abweichendem Verlauf in Zusammenarbeit mit der Gynäkologin/dem Gynäkologen stellt eine umfassende Betreuung der Frauen sicher. Die Vorsorgetermine beinhalten zwei wichtige und sich ergänzende Teile: nämlich die körperlichen Untersuchungen der Frau und des Kindes sowie der psychische, emotionale Teil. Beide Teile sollten als gleich wichtig angesehen werden und beiden sollte die gleiche Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit soll verbessert werden, damit Frauen, falls nötig, von verschiedenen Stellen Unterstützung erhalten können.

Migrantinnen, besonders Asylbewerberinnen, leiden überdurchschnittlich unter den schwierigen Lebensbedingungen, welche sie in der Schweiz antreffen. Fachpersonen in sozial- und gesundheitspolitischen Bereichen müssen die Problematik in ihrer Vielschichtigkeit betrachten. Projekte und politische Prozesse müssen über die Regelung zur Existenzsicherung hinausgehen. Dolmetscherdienste sollen vermehrt zum Einsatz kommen, da die optimale Betreuung gerade bei bedürftigen Frauen oft an der sprachlichen Verständigung scheitert.

Um eine Verringerung der sozialen Ungleichheit von Frauen zu erreichen, muss beim Ausbildungsstand, der Vermittlung der Landessprache, der Erwerbsbeteiligung, dem Lohnniveau sowie am traditionellen Rollen- und Familienbild angesetzt werden. Gesundheitsprojekte und –Programme zur Förderung und Prävention sollen diese Zusammenhänge einbeziehen. Erst wenn die grundlegenden Bedürfnisse der eigenen Familie gedeckt sind, haben die Frauen die Möglichkeit, sich um ihre eigene Gesundheit zu kümmern.

Literaturverzeichnis

- Andreasen KR, Andersen ML, Schantz AL 2004 Obesity in pregnancy *MIDIRS Midwifery Digest* 15:1 S 51
- Babitsch B 2005 *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit* Verlag Huber, Bern
- Ball K, Mishra G 2005 Whose socioeconomic status influences a woman's obesity risk: her mother's, her father's or her own? *International Journal of Epidemiology* 35 S 131-138
- Baumberger E 2007 Kindermangel, Kinderreichtum [online] *St. Galler Tagblatt* Verfügbar unter: <http://www.tagblatt.ch/index.php?artikelxml=1379485&ressort=tagblattheute/frontseite&jahr=2007&ressortcode=&ms=hauptseite> [Zugegriffen 10.11.2007]
- Blincoe A 2005 A guide to healthy eating during pregnancy *British Journal of Midwifery* 13:3 S 172-175
- Bodnar L, Scanlon K, Freedman D, Siega-Riz A.-M., Cogswell M 2001 High prevalence of postpartum anemia among low-income women in the United States *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 185(2) S 438-443
- Bollini P, Wanner P 2006 Santé reproductive des collectivités migrantes *Forschung Migration und Gesundheit – Im Rahmen der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002-2007* Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Breyman C R 2004 Anämie In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl. Springer, Berlin S 322-333
- Büchi S, Cignacco E, Lüthi D, Spirig R 2006 Bedürfnisse und Erwartungen von tamilischen Frauen in der Schwangerenvorsorge eine Schweizer Universitätsspitals *Pflege* 19:5 S295-302
- Bund Deutscher Hebammen e.V. *Familienhebammen* [online] Verfügbar unter: <http://www.bdh.de/index.php?id=159> [Zugegriffen 10.11.2007]
- Bundesamt für Gesundheit 2007 *Strategie Migration und Gesundheit (Phase 2 2008-2013)* Dienst Migration BAG, Bern
- Bundesamt für Statistik 2002 *Wohlstand und Wohlbefinden – Lebensstandart und soziale Benachteiligung in der Schweiz Neuchâtel*
- Bundesamt für Statistik 2007a [online] *Bildungsstand* Verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/01/key/blank/01.html> [Zugegriffen 11.1.2008]
- Bundesamt für Statistik 2007b [online] *Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2006* Verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/22/publ.Document.102384.pdf> [Zugegriffen 11.1.2008]
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure“ Band 22, BZgA, Köln 2003
- Bung P 2004 Schwangerschaft und Ernährung In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl. Springer, Berlin S 224-237
- Dietschi I 2007 Gesundheitssituation und Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung *Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“* Bundesamt für Gesundheit BAG S 10-28

- Eckert J, Rommel A, Weilandt C 2004 *Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) 2004*
- Egarter C, Reisenberger K 2004 Früher vorzeitiger Blasensprung In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl. Springer, Berlin S 480-488
- Ernst M-L, von Greyerz S, Leibundgut-Fischer E, Tschannen P 2007 Grundlagen In: Von Greyerz S, Leibundgut-Fischer E, Ernst M.-L., Tschannen P (Hrsg) *Frauenarmut, Arbeit und Gesundheit – Ein Praxis-Handbuch* Bundesamt für Gesundheit, Bern S13-25
- Gabadinho A, Wanner P 2007 Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Migrationsbevölkerung *Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“* Bundesamt für Gesundheit BAG S 29-58
- Gall Azmat R 2007 Einleitung *Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“* Bundesamt für Gesundheit BAG S 7-9
- Ghelfi D 2007 Risikofaktoren SIDS [online] *Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie* Verfügbar unter: <http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/quiz/quiz20-ge.htm> [Zugegriffen: 10.11.2007]
- Glaubitz J 2006 Soziale Schichten [online] *ver.di Bildung + Beratung* Verfügbar unter: http://www.verdi-bub.de/wirtschafts_abc/archiv/soziale_schichten [Zugegriffen: 20.11.2007]
- Haku M 2007 Breastfeeding: factors associated with the continuation of breastfeeding, the current situation in Japan, and recommendations for further research *The Journal of Medical Investigation* 54 S 224-235
- Heine F, Schewior-Popp S 2004 Gesundheit und Krankheit In: Kellnhauser E, Schewior-Popp S, Sitzmann F, Geissner U, Gümmer M, Ullrich L (Hrsg) *Thiemes Pflege* 10. Auflage Thieme Verlag, Stuttgart S 26-33
- Höfer S 2005 Schwangerenvorsorge In: Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) *Hebammenkunde* 3. Auflage Hippokrates Verlag, Stuttgart S 131-138
- Huch R 2004 Lebensführung in der Schwangerschaft In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl. Springer, Berlin S 203-221
- Humphrey M, Keating S 2004 Lack of antenatal care in far north Queensland *MIDIRS Midwifery Digest* 14:1 S 186
- Joseph K.S., Liston R, Dodds L, Dahlgren L, Allen A 2007 Socioeconomic status and perinatal outcomes in a setting with universal access to essential health care services *Canadian Medical Association Journal* 177(6) S 583-590
- Leibundgut-Fischer E, von Greyer S 2007 Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte In: Von Greyerz S, Leibundgut-Fischer E, Ernst M.-L., Tschannen P (Hrsg) *Frauenarmut, Arbeit und Gesundheit – Ein Praxis-Handbuch* Bundesamt für Gesundheit, Bern S 27-35
- Maschewsky-Schneider U 1997 *Frauen sind anders krank* Juventa Verlag, München
- McLeish J 2005 Maternity experiences of asylum seekers in England *British Journal of Midwifery* 13:12 S 782-785
- Mead M, Brooks F, Windle K, Kukielka M, Boyd D 2005 Evaluation of a midwifery support service for pregnant teenagers *British Journal of Midwifery* 13:12 S 762-766
- Meyer P, Suter C 1993 Soziale Netze und Unterstützung In: Weiss W (Hrsg) *Gesundheit der Schweiz* 1. Aufl. Seismo Verlag, Zürich S 194-209

- Meyers Lexikon 2007 [online] *Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG* Verfügbar unter: <http://lexikon.meyers.de/meyers/Status> [Zugegriffen: 11.1.2008]
- Mielck A 2000 *Soziale Ungleichheit und Gesundheit* 1. Auflage Hans Huber, Bern
- Monteiro C, Moura E, Conde W, Popkin B 2004 *Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review* WHO
- Nybo A-M, Mortensen L 2006 Socioeconomic inequality in birth outcomes: What do the indicators tell us, and where do we find the data? *Canadian Medical Association Journal* 174(10) S 1429-1430
- Paeratakul S, Lovejoy JC, Ryan DH, Bray GA 2002 The relation of gender, race and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of US adults *International Journal of Obesity* 26 S 1205-1210
- Reicherters M 1993 Umgang mit psychosozialen Belastungen In: Weiss W (Hrsg) *Gesundheit der Schweiz* 1. Aufl. Seismo Verlag, Zürich S 183-193
- Reime B 2006 Führt Stress zu Frühgeburten? *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* 6 S 10-13
- Ronge R 2006 Adipositas der Mutter gefährdet Leben des Fetus *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 66
- Rosenbaum J, Covino J 2005 Stress and Resilience: Implications for Depression and Anxiety *Medscape Psychiatry & Mental Health* 10(2)
- Rowe R, Garcia J 2003 Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom – a systematic review *MIDIRS Midwifery Digest* 14:1 S 185-186
- Santos-Eggimann B, Paccaud F 1993 Mutter und Kind In: Weiss W (Hrsg.) *Gesundheit in der Schweiz* 1. Aufl. Bundesamt für Gesundheitswesen Seismo Verlag, Zürich
- Schmidt G, Thoss E, Matthiesen S, Weiser S, Block K, Mix S 2006 Jugendschwangerschaften in Deutschland – Ergebnisse einer Studie mit 1801 schwangeren Frauen unter 18 Jahre *Zeitschrift für Sexualforschung* 4:19 S 334-358
- Schücking B 2002 Generative Gesundheit von Frauen In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich* 1. Aufl. Hans Huber Verlag, Bern S 225-238
- Schweizerischer Arbeitgeberverband 2002 *Arbeit und Armut*
- Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2003 *Arm trotz Erwerbstätigkeit – Working Poor in der Schweiz* Bundesamt für Statistik, Neuchâtel
- Spätling L, Schneider H 2004 Frühgeburt: pränatale und intrapartale Aspekte In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl. Springer, Berlin S 453-477
- Stahl K 2000 Übersicht über die derzeit verfügbaren Evidenzen zur Schwangerenbetreuung durch die Hebamme *Die Hebamme* 1 S 18-20
- Stepan H, Scheithauer S, Dornhöfer N, Krämer T, Faber R 2006 Obesity as an obstetric risk factor: Does it matter in a perinatal center? *Obesity* 14:5 S 770-773
- Szydlik M 2002 *Familie – Lebenslauf – Ungleichheit* Politik und Zeitgeschichte S 22-23
- Viehweg B 2004 Schwangerenvorsorge In: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (Hrsg) *Die Geburtshilfe* 2. Aufl. Springer, Berlin S 184-199

Von Greyerz S, Leibundgut-Fischer E, Ernst M.-L., Tschannen P 2007 „Frauenarmut, Arbeit und Gesundheit – Ein Praxis-Handbuch“ Bundesamt für Gesundheit BAG

Waller K, Shaw G, Rasmussen S, Hobbs C, Canfield M, Siega-Riz A-M, Gallaway S, Correa A 2007 Pregnancy Obesity as a risk factor for structural birth defects *Archive of Paediatrics & Adolescent Medicine* 161 (8) S 745-750

WHO 2003 *Social determinants of health - The solid facts* World Health Organization, Copenhagen

Bibliographie

Ayerle G, Kethler U, Krapp C, Lohmann S 2005 Which components are important aspects of well-being in pregnancy? An empirical panorama view *MIDIRS* 15:2 S 187-193

Baldaszi E, Wimmer-Puchinger B 2006 Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen in Österreich *Österreichische Hebammenzeitschrift* 03 S14-16

Bernhart M, Kastenhuber J 2006 Rauchen in der Schwangerschaft – Was können wir tun? *Österreichische Hebammenzeitung* 5 S 7-9

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003 *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte* BZgA, Köln

Burgess S, Propper C, Wilson D *Will more choice improve outcomes in education and health care? The evidence from economic research* The Center for market and public organisation, Bristol

De Wall S 2002 Drei Modelle der Schwangerenvorsorge durch Hebammen *Die Hebamme* 1 S 22-29

Fell DB, Dodds L, Joseph KS 2006 Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy *MIDIRS* 16:2 S 198

Harling M, Wlecklik 2004 Möglichkeiten der Raucherprävention durch Hebammen *Die Hebamme* 17 S 111-116

Holzgreve W, Hösli I, Lapaire O 2006 Prävention von Frühgeburten *Der Gynäkologe* 39 S 293-296

Kramer M 1998 Maternal nutrition, pregnancy outcome and public health policy *Canadian Medical Association* 159 (6) S 663-665

Kramer M 2003 The Epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview *The Journal of Nutrition* 133:5 S 1592-1596

Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Jaunin L, Borghini A, Ansermet F 2004 Prematurity, maternal stress and mother-child interactions *Early Human Development* 79 S 145-158

Papiernik E, Goffinet F 2004 Prevention of preterm births, the French experience *Clinical Obstetrics and Gynecology* 47:4 S 755-767

Santelli J, Lowry R, Brener N, Robin L 2000 The Association of Sexual Behaviors with Socioeconomic Status, Family Structure and Race/Ethnicity Among US Adolescents *American Journal of Public Health* Vol. 90 No. 10 S 1582-1588

Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen 2002 *Gesundheitsziele für die Schweiz*

Stahl K 2000 Evidenzbasiertes Arbeiten in der Schwangerenbetreuung durch die Hebammen *Die Hebamme* 1 S 11-17

Terzioglu N, Feige A 2004 Aufklärung, Verständnishorizont und Compliance bei Migrantinnen *Die Hebamme* 18 S 171-175

Wood G 2006 No place to call a home – Exploring the health inequalities for homeless mothers and their families *MIDIRS* 16:2 S 151-155

Wood T, Watts K 2005 Challenges of caring for homeless pregnant women *British Journal of Midwifery* 13:3 S 138-145

Bildnachweis

Titelbild:

[online] Verfügbar unter: <http://www.claudiahuebl.de/galerie/Holz/DSCF0095cs.jpg> [Zugegriffen: 24.1.2008]