

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 112 (2014)
Heft: 3

Artikel: Frühe Gesundheitsförderung durch Hebammen
Autor: Gehweiler, Judith
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949277>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Frühe Gesundheitsförderung durch Hebammen

Familiäre Belastungen, wie Armut, Migrationshintergrund und/oder niedriges Bildungsniveau, können Kinder in ihrer Entwicklung beeinträchtigen. Durch frühe Gesundheitsförderung (FGF) sollen diese Familien dazu befähigt werden, ihren Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Hebammen erscheinen dafür als ideale Akteurinnen, da sie vulnerable Familien bereits in der Schwangerschaft- und kontinuierlich bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes begleiten können. Voraussetzungen dafür sind Erhebungen von bestehenden Risikofaktoren in der Schwangerschaft, ein Gesundheitssystem, das an der Unterstützung der Familien interessiert ist und Hebammen, die für diese Arbeit ausgebildet sind.

.....
Judith Gehweiler, Basel

Die Zeitspanne von Schwangerschaft bis zum Kleinkindalter ist für die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung des Menschen sehr wichtig. Diese früheste Lebensphase wird entscheidend durch die Familie geprägt^[1]. Familiäre Belastungen wie Armut, niedriges Bildungsniveau, häusliche Gewalt oder Drogenabhängigkeit können die Entwicklung des Kindes langfristig beeinträchtigen^[2]. Auch treten während der Schwangerschaft und Geburt unter diesen Umständen häufiger Komplikationen auf^[3]. Die Pisa-Untersuchungen^[4] zeigten, dass Kinder der unteren sozialen Schichten bezüglich ihrer Bildungschancen benachteiligt sind. Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen Kindwohlgefährdung und Gesundheit. Bei Misshandlungserfahrungen und/oder Belastungen wie häusliche Gewalt oder Drogenkonsum der Eltern wurde ein erhöhtes Gesundheitsrisikoverhalten der Kinder im Erwachsenenalter beobachtet^[5].

In der Schweiz hat die Zahl der Familien mit Risikofaktoren in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass in der Schweiz, im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, mit 9,4% ein hoher Anteil von Kinderarmut besteht (Frankreich 7,6%). Die Kinderarmut wird ausgehend von der relativen Armutsgrenze im jeweiligen Land berechnet^[6]. Zudem steigt der Ausländeranteil in der Bevölkerung stetig und ist mit aktuell 22,4% einer der höchsten in Europa^[7].

Gleichzeitig investiert die Schweiz mit 0,32% des Bruttoinlandproduktes wenig in Familien mit Kindern im Alter von null bis fünf Jahren, während beispielsweise Frankreich 1,52% dafür ausgibt^[6]. Die FGF wird im Vergleich mit den anderen OECD-Ländern als mittelmässig eingeschätzt^[8]. Unter anderem weil vulnerable Familien durch bestehende Angebote erst sehr spät oder gar nicht erreicht werden^[9].

FGF in vulnerablen Familien beinhaltet zwei Aspekte. Einerseits geht es darum, bestehende Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrzunehmen und zu reduzieren. Andererseits soll die Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern gefördert werden, damit sie zu einem gesunden Aufwachsen von Kindern beitragen können^[10]. Eltern sind in der Phase der Schwangerschaft und frühen Elternschaft besonders motiviert «gute Eltern» für ihr Kind zu werden und somit ausgesprochen offen für Hilfestellungen durch eine FGF^[11]. Durch eine kontinuierliche Gesundheitsförderung ab der Schwangerschaft können physiologische Lebensprozesse von Anfang an gefördert werden und ein frühzeitiger und nachhaltiger Versorgungszugang zu den Familien aufgebaut werden^[12]. Jedoch sind belastete Familien häufig nicht in der Lage die nötigen Ressourcen zu aktivieren, um Unterstützungsangebote anzunehmen^[13].



Judith Gehweiler dipl. Hebamme BSc,
arbeitet zurzeit im St. Elisabethen Krankenhaus
in Lörrach, Deutschland
judith.gehweiler@gmail.com

Ziel dieser Arbeit war es festzustellen, welche Programme zur FGF in vulnerablen Familien in der Schweiz existieren, ob die Arbeit der Hebammen im Bereich der FGF wirksam ist und ob ein Bedarf für weiterführende Programme besteht.

Methode

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in relevanten Datenbanken und Websites durchgeführt. Die gefundene Literatur wurde kriterienorientiert ausgewählt, analysiert und auf ihre Qualität hin überprüft. Von primärem Interesse waren Ergebnisse bezüglich bestehender Förderungsprogramme, sowie die Bedeutung der Programme für die mütterliche und kindliche Gesundheit.

Ergebnisse

Frühe Gesundheitsförderung in der Schweiz

Eine Übersicht über bestehende familienunterstützende Angebote zur Frühförderung in vulnerablen Familien ist in den «Kennzahlen zur Sozialhilfe in Schweizer Städten»^[14] zu finden. Diese Hilfen setzen erst nach der Geburt an (Mütter- und Väterberatung, Edulina, Miges Balu) oder in den ersten Lebensjahren der Kinder an (Schritt:weise, HIPPY, Spiki). Die Angebote basieren auf Komm-Strukturen (Mütter- und Väterberatung, Spiki, Miges Balu, Edulina), das heisst Eltern müssen die Angebote aktiv aufsuchen, richten sich jeweils an eine spezifische Bevölkerungsschicht (Miges Balu, Edulina, HIPPY, KOFA, AUF) wie zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund, und sind mit Ausnahme der Mütter- und Väterberatung nicht in der ganzen Schweiz vorhanden. Ausserdem wurden die Angebote primär in urbanen Regionen und in der Deutschschweiz lanciert^[15].

Wirksamkeit der frühen Gesundheitsförderung

Über die Literaturrecherche wurden insgesamt zehn Forschungsarbeiten, davon acht Studien, eine Literaturreview und eine Leitlinie gefunden, welche die Auswirkungen einer kontinuierlichen familienunterstützenden Betreuung ab der Schwangerschaft bis in die ersten Lebensjahre des Kindes, untersuchten^[16–24,13]. Acht Studien^[25–31] wurden wegen methodischer Mängel nicht in die Analyse mit einbezogen. In den Forschungsarbeiten kamen unterschiedliche Berufsgruppen (Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter/Pädagogen und Hebammen) sowie speziell geschulte Laien zum Einsatz. Alle Interventionen beinhalteten die Betreuung bereits während der Schwangerschaft, wiesen jedoch Unterschiede in der Dauer der Betreuung (ab der Schwangerschaft bis spätestens zum dritten Lebensjahre des Kindes) und der Schulung der Betreuungspersonen auf.

Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen zur frühen Gesundheitsförderung können wie folgt zusammengefasst werden:

- Es zeigten sich signifikant positive Auswirkungen auf die kindliche Gesundheit und Entwicklung^[17,22,24], die mütterliche Fürsorge und Gesundheit^[16,17,22–24], die Familieninteraktion^[16], die Eltern-Kind-Beziehung^[16–18,24] und die Verbesserung der Vernetzung mit anderen Gesundheitsdiensten oder im sozialen Bereich^[16–18,21].

Une promotion de la santé dès le plus jeune âge peut être assurée par les sages-femmes

Un travail de bachelor – réalisé en 2012 à la HES bernoise – a conduit Judith Gehweiler à s'interroger sur les possibilités de promotion de la santé dès le plus jeune âge auprès des familles vulnérables. Le nombre de familles à risques a nettement augmenté en Suisse. Comparé aux autres pays européens, nos enfants connaissent un fort taux de pauvreté: 9,4% (contre 7,6% en France). Le pourcentage d'étrangers y est aussi le plus fort d'Europe: 22,4%.

Une revue de la littérature réalisée par l'auteure démontre les nombreux effets positifs d'une promotion de la santé démarrant le plus tôt possible. Judith Gehweiler conclut que:

- La promotion de la santé devrait être initiée dès la grossesse.
- Les facteurs de risque devraient être repérés chez toutes les femmes.
- Des offres de sensibilisation facilement accessibles devraient être proposées.
- Les sages-femmes devraient être formées et impliquées dans ces actions de prévention.

Le PDF du texte (en allemand) peut être téléchargé sur: www.gesundheit.bfh.ch > Hebamme > Publikationen

- Es konnten signifikante positive Langzeitauswirkungen bezüglich der schulischen Leistungen, die Reduktion des Suchtmittelkonsums und einer geringeren Wahrscheinlichkeit wegen Straftaten verhaftet zu werden, festgestellt werden^[19,20].
- Eine kontinuierliche Betreuung ab der Schwangerschaft fördert eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Frau und Familienbegleiter/in und erhöht damit die Wirksamkeit der Intervention^[21,17].
- Von den Interventionen profitierten vor allem Familien mit vielen Risikofaktoren^[17,19,20,22].

Bedeutung für die Schweiz

In der Zeitspanne der Schwangerschaft und Geburt haben in der Regel alle Frauen Kontakt zu Gesundheitsdiensten. Dadurch können vulnerable Frauen bzw. Familien früh erreicht werden. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass ihre Gefährdung erkannt wird. In allen analysierten Forschungsarbeiten wurde dafür ein Assessment mit unterschiedlichen Screeningmethoden durchgeführt. In der Schweiz ist dies nicht üblich. Bestehende Instrumente, wie die salutogenetisch ausgerichtete Gesundheitsgeschichte der Berner Fachhochschule könnten dafür genutzt werden. Auch im aktuellen Konzept der Erziehungs- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern «Frühe Förderung im Kanton Bern» wird gefordert, die Früherkennung von Risikofaktoren bei Frauen und Familien zu verbessern^[32].

Beginnt die frühe Gesundheitsförderung bereits in der Schwangerschaft kann langfristig betreut und eine vertrauensvolle Beziehung zum Klientel aufgebaut werden. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention auch wirksam ist^[17,23,24].

In drei Studien^[17,23,24] konnte nachgewiesen werden, dass Hebammen in der frühen Gesundheitsförderung wirksam arbeiten können. Die Vorteile der Berufsgruppe scheinen darin zu liegen, dass sie die geburtshilfliche und psychosoziale Betreuung verknüpfen und dadurch einen intensiveren Kontakt aufbauen können, einen leichteren Zugang zu den Betroffenen haben und die Betreuung durch Hebammen als weniger stigmatisierend erlebt wird^[33,29]. Zudem erscheint der Einsatz der Hebammen in der frühen Gesundheitsförderung naheliegend, da sie medizinische Hilfe und Betreuung während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett, wie auch danach, als Kassenleistung abrechnen können.

Konsequenzen für die Praxis

- FGF sollte bereits in der Schwangerschaft ansetzen
- Risikofaktoren bei allen Frauen erheben
- Es sollen niederschwellige aufsuchende Angebote im Rahmen der FGF angeboten werden
- Hebammen sind für FGF auszubilden und einzusetzen

Dieser Artikel beruht auf meiner Bachelor-Thesis «Frühe Gesundheitsförderung in vulnerablen Familien – ein neues Handlungsfeld für Hebammen in der Schweiz?», 2012, die zum Abschluss des Hebammenstudiums an der Berner Fachhochschule geschrieben wurde.

Verfügbar unter:

www.gesundheit.bfh.ch › Hebamme › Publikationen

Literatur

- 1 Hafen M (2010) Frühe Förderung als Prävention – eine theoretische Verantwortung. Suchtmagazin, 4, 4–13.
- 2 Schneider E (2008) Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Frankfurt am Main: Mabuse.
- 3 Teixeira JMA, Fisk NM, Glove V (1998) Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *British Medical Journal*, 318, 153–157.
- 4 Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2009) Pisa Results: Overcoming social Backround. OECD. www.oecd.org/pisa/pisa-products, besucht am 16. Februar 2013.
- 5 Felitti VJ (2002) The relationship between adverse childhood experiences and adult health: turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6, 44–47.
- 6 Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2011) Doing better for families. OECD. www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/doing-better-for-families_9789264098732-en, besucht am 7. Februar 2013.
- 7 Bundesamt für Statistik (2012) Multikultur: Ausländer, Ausländerinnen in der Schweiz. www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/forum-schule/them/02/03a.html, besucht am 10. Juli 2012.
- 8 Stamm M, Reinwand V, Burger K, Schmid K, Viehauser M & Muheim V (2009) Frühkindliche Bildung in der Schweiz. Grundlagenstudie im Auftrag der UNESCO-Kommission Schweiz. Universität Fribourg, Department für Erziehungswissenschaften, Fribourg.
- 9 Regierungsrat Kanton Luzern (2011) Frühe Förderung. www.stadt Luzern.ch, besucht am 6. April 2012.
- 10 Nationales Zentrum früher Hilfen (2012) Startseite. www.fruehehilfen.de/nationales-zentrum-fruehehilfen-nzfh/, besucht am 10. April 2012.
- 11 Staschke B (2003) 20 Jahre Familienhebammen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 3, 48–53.
- 12 Sayn-Wittgenstein zF (2008) Vortrag: Was bringt die Zukunft? Visionen für Familienhebammen. www.barmbekbasch.he-hosting.de/einrichtung/kifaz/familienhebammen-tagung-392008, besucht 19. April 2012.
- 13 Erziehungsdepartement Kanton Schaffhausen (2011) Leitlinie Frühe Förderung. Handlungsempfehlung für eine wirkungsvolle Familienpolitik zur frühen Kindheit Kanton Schaffhausen. www.netzwerk-kinderbetreuung.ch, besucht am 6. April 2012.
- 14 Salzgeber R (2009) Kennzahlen zur Sozialhilfe in Schweizer Städten. Sozialamt, St. Gallen.
- 15 Stern S & Tassinari S, Walther W, North N & Iten R (2012) Situationsanalyse zur frühen Förderung in kleinen und mittleren Städten der Schweiz. Zürich: Jacobs Foundation.
- 16 De la Rosa IA, Perry J & Johnson V (2009) Benefits of Increased Home-Visitation Services. *Family and Community Health*, 32(1), 58–75.
- 17 Ayerle GM, Makowsky K & Schücking BA (2011) Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: Continuous care by qualified family Midwives (Electronic version). *Midwifery*, 4, 469–77.
- 18 Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C & Stewart-Brown (2006) Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomized controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood*, 92, 229–233.
- 19 Eckenrode J, Campa M, Luckey DW, Henderson CR, Cole R, Kitzmann H, et al. (2010) Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youth. *Archive of Pediatric & Adolescence*, 164 (1), 9–15.
- 20 Kitzmann HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoletto KJ, et al. (2010) Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Children. *Archive of Pediatric & Adolescence*, 164 (5), 412–418.
- 21 Homer CSE, Fourerur MJ, Allende T, Pekin F, Caplice S & Catling-Paull C (2011) «It's more than just having a baby». Women's experiences of a maternity service for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander families. *Midwifery*, 28 (4), 449–455.
- 22 Kemp L, Harris E, McMahon, C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, et al. (2011) Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 96, 533–540.
- 23 Kurtz V, Brand T & Jungmann T (2010) Förderung der kindlichen Entwicklung durch Frühe Hilfen? Prävention und Gesundheitsfürsorge, 4 (5), 347–352.
- 24 McNaughton DB (2004) Nurse Home Visits to Maternal-Child Clients: A Review of Intervention Research. *Public Health Nursing*, 21 (3), 207–219.
- 25 Turnbull C & Osborn DA (2012) Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <http://onlinelibrary.wiley.com>, besucht am 10. Juni 2012.
- 26 Makowsky K & Schücking B (2010) Familienhebammen: Subjektive Auswirkungen auf die kindliche und mütterliche Gesundheit aus der Perspektive begleiteter Mütter. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1080–1088.
- 27 Jungmann T, Kutz V, Brand T, Sierau S & Kitzling von K (2010) Präventionsziel Kindergesundheits im Rahmen des Modellprojektes «Pro Kind». *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1180–1187.
- 28 Günther I (2009) Welche nachhaltigen Wirkungen hat die Betreuung durch eine Familienhebamme? *Die Hebamme*, 22, 244–249.
- 29 Renner I (2010) Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1048–1055.
- 30 Macdonald G, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M & Abbot J (2007) Home-based support for disadvantaged teenage mothers. *The Cochrane Library*, Issue 4.
- 31 Russel BS, Britner PA & Woolard JL (2007) The Promise of Primary Prevention Home Visiting Programs: A Review of Potential Outcomes. *The Haworth Press*, 34 (1/2), 129–147.
- 32 Felder G, Thoenen O & Schläppli S (2012) Konzept Frühe Förderung im Kanton Bern. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. www.be.ch/portal/de/index/mediencenter/medienmitteilungen, besucht am 1. Juli 2012.
- 33 Helmig E (2007) Frühe Hilfen – eine Chance für die Prävention! *Berliner Forum Gewaltprävention* Nr. 35. www.berlin.de/lb/lkbgg/praeventionstag/2007/index.html, besucht am 6. Juni 2012.