



Zugang erschwert? Wochenbett und soziale Benachteiligung

Adobe Stock

Soziale Benachteiligung wirkt sich auf die Gesundheitschancen von Müttern und Neugeborenen aus, deswegen kommt der Wochenbettbetreuung eine grosse Bedeutung zu. Die Literaturreview im Rahmen einer Bachelorthesis hat die Erfahrungen solcher Frauen in der Nutzung des postpartalen Versorgungsangebots erkundet. Wenn Hebammen ungünstige Ausgangsbedingungen erkennen, können sie durch eine professionelle Herangehensweise dazu beitragen, ungünstige Outcomes auszugleichen.

TEXT: PAOLA
ORIGLIA,
ROSINA GLUR,
MARIA TRENKEL

Soziale Benachteiligung wie bspw. Armut, tiefer Bildungsstand und instabile familiäre Verhältnisse stellen nicht nur soziale Belastungen dar, sondern stehen auch mit erhöhten gesundheitlichen Risiken von Müttern und Säuglingen in Zusammenhang (de Graaf et al., 2013). Kommen zusätzliche erschwerende Lebensumstände hinzu wie Isolation, junges Alter, fremde Nationalität und Fremdsprachigkeit, so verschlechtert sich das geburtshilfliche Outcome um ein Vielfaches. Das Phänomen, bei dem verschiedene soziale Merkmale in Wechselwirkung zueinanderstehen und sich in unterschiedlichen Kontexten addieren und verstärken oder reduzieren und abschwächen können, wird Intersektionalität genannt (Yuval-Davis, 2006).

Die gesundheitlichen Probleme, die in der postpartalen Zeit in Erscheinung treten, können das ganze Leben lang persistieren, und Armut und reduzierte Gesundheitschancen können von einer Generation an die

nächste weitergegeben werden (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2018). So beeinflussen sowohl mütterliche als auch kindliche Ernährung in den ersten Lebensjahren die spätere Entwicklung von ernährungsbezogenen Krankheiten, und chronische frühkindliche Stressbelastung wie z. B. fehlende emotionale Zuwendung hat einen negativen Einfluss auf die Stressregulation und somit auf die Entwicklung eines Kindes und begünstigt damit die Entstehung von nicht übertragbaren Krankheiten im ganzen Lebensverlauf (BAG, 2018).

Armut mindert das gesellschaftliche Teilhaben

Armut ist in der Schweiz kein Randphänomen. Im Jahr 2018 waren 7,9 %, also 660 000 Personen der Schweizer Bevölkerung, von Einkommensarmut betroffen und 14,6 % armutsgefährdet (BAG, 2020). Ein Leben unter dem Existenzminimum verringert die gesellschaftliche Teilhabe, d. h. bspw. keine Arbeit finden trotz Bemü-

hungen oder keine ärztliche Behandlung wahrnehmen können trotz Beschwerden. Armutsbetroffene leiden oft auch unter sozialem Ausschluss, d. h. sie fühlen sich öfter einsam, haben weniger soziale Beziehungen und gehen seltener geselligen Aktivitäten nach (Schuwey & Knöpfel, 2014). Eine Datenanalyse des Schweizer Haushaltspansels aus den Jahren 2007 bis 2016 deutet darauf hin, dass im ersten Jahr nach der Geburt etwa 15 % der Mütter in einem von Armut betroffenen Haushalt leben (Coullery et al., 2018).

Als Ursache für die gesundheitliche Chancengleichheit von sozial benachteiligten Menschen wird oft eine geringere Gesundheitskompetenz genannt, aber auch der Zugang und die Ausgestaltung von Versorgungsangeboten scheinen sehr wichtige Faktoren zu sein (Schuwey & Knöpfel, 2014). Paradoxerweise haben gerade diejenigen, die den grössten Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung haben, die höchste Wahrscheinlichkeit, eine unzureichende Versorgung zu erhalten. Dieses von Hart (1971) als «Inverse Care Law» benannte Prinzip gilt heute noch.

Weniger postpartale Betreuung für sozial Benachteiligte

Um genauer zu verstehen, wie sozial benachteiligte Mütter zu postpartalen Versorgungsangeboten finden und wie sie diese nutzen, wurde in einer Bachelorthesis, die Teil eines grösseren Projektes der Forschungsabteilung Geburtshilfe der Berner Fachhochschule war, untersucht. Ausgehend von einem Datensatz von total 12 521 Artikeln aus den Jahren 1998 bis 2018 wurden begünstigende und hemmende Faktoren des Zugangs analysiert. Sechs Studien, je drei aus USA und Grossbritannien, entsprechen den Einschlusskriterien (Bryant et al., 2006; Henderson et al., 2013; Lindquist et al., 2015; Masho et al., 2018; Raleigh et al., 2010a, 2010b; Roman et al., 2017).

Die Ergebnisse der Review bestätigen, dass sozial benachteiligte Frauen – und zwar mit steigendem sozialem Gradienten – gegenüber Frauen aus stabilen sozialen Verhältnissen weniger postpartale Betreuung erhielten. Deutlich traf dies auf die Frauen zu, die schon die Schwangerschaftsvorsorge schlecht wahrgenommen hatten. Auch Frauen ethnischer Minderheiten hatten weniger postpartale Konsultationen durch Hebammen als weisse US-amerikanische

Frauen und erhielten insgesamt signifikant weniger Hilfe. Eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine postpartale Betreuung hatten Frauen mit Schwangerschaftskomplikationen und solche, die in der Schwangerschaft mehrheitlich in einer staatlichen anstatt einer privaten Gesundheitsinstitution betreut wurden.

Als Ursache für die gesundheitliche Chancengleichheit von sozial benachteiligten Menschen wird oft eine geringere Gesundheitskompetenz genannt, aber auch der Zugang und die Ausgestaltung von Versorgungsangeboten scheinen sehr wichtige Faktoren zu sein.

Durchs Wochenbett leiten

Die analysierten Studien zeigten, dass sich das Einbinden von sozial benachteiligten Frauen in die postpartale Mutterschaftsbetreuung als ungenügend erwies, z. B. meldeten sich die Mütter bei Rückbildungspro-

blemen bei der Notfallabteilung, weil sie orientierungslos waren, oder sie berichteten, dass sie die Vielfalt der Angebote überforderte. Auch praktische Fragen, z. B. einen Termin zu planen, die Kinder und das Zuhause für den Besuch herzurichten sowie den Transport zu organisieren, wurden als Stressor und Herausforderung empfunden und senkten die Wahrscheinlichkeit für die Teilnahme an einem postpartalen Besuch. Demgegenüber erwiesen sich die Kontinuität der Betreuung und die Art des Betreuungsmodells als begünstigende Faktoren für einen guten Zugang. Hilfestellungen wie eine telefonische Erinnerung an den Termin wirkten sich begünstigend auf das Wahrnehmen von postnatalen Konsultationen aus.

Die untersuchten Frauen schienen also von Kontinuität und zusätzlichen Hilfestellungen zu profitieren, um die Betreuungsangebote angemessen wahrzunehmen. Ein höchst fragmentiertes geburtshilfliches Betreuungskontinuum und mangelnde kontinuierliche Betreuung sind auch in der Schweiz eine Tatsache (König & Pehlke-Milde, 2010). Die Gefahr, dass die Betreuungskette nach Entlassung von der Klinik oder nach der ambulanten Wochenbettpflege durch die Hebamme abbricht, ist hier gegeben. Frauen müssen gut durchs Wochenbett geleitet werden, um einen besseren Zugang zur ihnen zustehenden Betreuung zu erhalten, sei es durch sorgfältig geplante Übergaben an weitere Dienste oder mit aufmerksamen praktischen Hilfestellungen.



Adobe Stock

Unzureichende Erklärungen und mangelnder Aufbau der Patientenbeziehung führen zu fehlendem Vertrauen, beeinträchtigen die informierte Wahl und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine Non-Compliance.

Angst vor Geringschätzung

Ferner zeigten die Daten, dass Schwierigkeiten, die Gesundheitsfachperson zu verstehen, ein negativer Einflussfaktor auf die Nutzung des postpartalen Angebotes war. Probleme in der Kommunikation führten zu einer als schlecht wahrgenommenen Betreuungsqualität. Für die Mütter konnte es schwierig und kraftaufreibend sein, Gesundheitsprobleme zu formulieren. Sie gaben an, dass ihre Fragen von den Fachpersonen manchmal nicht beantwortet wurden oder dass sie zu wenige oder für sie nicht verständliche Informationen erhielten. Zwar hatten die Frauen während der ganzen Mutterschaft das Bedürfnis, sich aktiv in ihre Betreuung einzubringen. Aber den Frauen machte Angst, von den Fachpersonen als hilfsbedürftig und als unfähige Mütter abgestempelt zu werden, und sie fürchteten, dadurch ihre Kinder verlieren zu können. Deshalb gaben sie lieber vor, keine Hilfe zu benötigen. Wenn Frauen psychische Probleme hatten, war es für sie noch schwerer, Hilfe anzunehmen, und sie mussten in vielen Fällen durch das Fachpersonal mehrmals dazu aufgefordert werden, bis sie sich auf eine Behandlung einlassen konnten.

Dass Kommunikation essenziell für den Behandlungserfolg ist, ist keine neue Erkenntnis. Dass Frauen mit einem tiefen sozialen Status im Vergleich zu anderen Frauen verstärkt unter einer ungünstigen Kommunikation leiden, muss hingegen hervorgehoben werden. Die kommunikative Kompetenz ei-

ner Gesundheitsfachperson steht in Wechselwirkung mit der Compliance der betreuten Person und beeinflusst deren Zufriedenheit (Zolnierek & DiMatteo, 2009). Unzureichende Erklärungen und mangelnder Aufbau der Patientenbeziehung führen zu fehlendem Vertrauen, beeinträchtigen die informierte Wahl und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine Non-Compliance (Gorenoi et al., 2007). Auch andere Studien bestätigen, dass Frauen mit niedrigem sozialem Status manchmal den medizinischen Jargon nicht verstehen, wenig oder widersprüchliche Informationen erhalten oder das Gefühl haben, Informationen würden ihnen vorenthalten. Dabei fühlen sie sich oft

nicht sicher genug, um nachzufragen oder sich in die eigene Behandlung einzubringen, weil sie nicht als dumm dastehen wollen oder fürchten, dass man ihnen ihr mangelndes Wissen vorhält. Den Fachpersonen gelingt oft nicht, sie durch eine selbstkompetente Gestaltung der Schwangerschaft zu leiten (Ebert et al., 2014; Origlia et al., 2017).

Das Anderssein überwinden

Die Frauen berichteten in den Studienergebnissen von einer stereotypisierenden und wertenden Haltung der Fachpersonen aufgrund ihres Versicherungsstatus, ihrer Ethnizität und/oder ihres sozioökonomischen Status. Diskriminierung wurde in Zusammenhang gebracht mit nonverbalen Äusserungen, abweisender Betreuung, wenig Informationen oder langen Wartezeiten. Eine Studie zeigte, dass gegenüber den weissen Frauen alle asiatischen Frauen und alle Frauen nicht weisser Ethnizitäten während ihrer Hospitalisation weniger oft das Gefühl hatten, immer mit Freundlichkeit behandelt zu werden.

Postpartale Hausbesuche wurden von Afroamerikanerinnen hingegen als sehr positiv beschrieben, wenn sie durch Fachpersonen mit der gleichen Abstammung durchgeführt wurden, denn so fand eine Begegnung auf Augenhöhe statt und es entstand die Möglichkeit, Gefühle kundzutun.

Auch andere internationale und nationale Studien haben Diskriminierung als Problem in der geburtshilflichen Versorgung identi-

AUTORINNEN



Paola Origlia, MSc, stv. Leiterin Masterstudiengang Hebammen, Berner Fachhochschule Gesundheit, Forschungsschwerpunkt perinatale Gesundheit bei sozialer Benachteiligung.



Rosina Glur, Studentin Hebamme BSc im Abschlusspraktikum (Zusatzmodul B) im Lindenhofspital, Bern.



Maria Trenkel, Studentin Hebamme BSc im Abschlusspraktikum (Zusatzmodul B) in der Mutterschaftspause.

fiziert (Origlia Ikhilior et al., 2019; Origlia et al., 2017). Diskriminierung wird meistens aufgrund von Rasse verstanden, aber auch andere Eigenschaften wie Armut, sehr junges oder für Mütter eher vorgeschrittenes Alter, hohe Parität, andere Lebensentwürfe, alternative Lebensweisen können Anlass zu Diskriminierung geben. Meist ist es die Er-

fahrung von Anderssein, die zu abgrenzendem Verhalten führt. Die Sensibilisierung von möglichem, auch unbeabsichtigtem diskriminierendem Verhalten und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Anderssein ist eine Frage der Diversitätskompetenz (Soom Ammann, 2017).

Fazit: Worauf sollen die Bemühungen liegen?

Diese Review arbeitete konkrete Bereiche heraus, die bei Frauen mit niedrigem sozialem Status den Zugang zur postnatalen Versorgung erschweren können. Für Hebammen ist es wichtig, zu wissen, dass die soziale Situation von Frauen und Familien in Zusammenhang mit dem Zugang und der Versorgungsqualität steht, da sie soziale Interaktionen färbt und damit die Erfahrungen von Frauen mit der Gesundheitsversorgung prägt. Wenn auch die wissenschaftlich belegten Zusammenhänge von Chancenungleichheit und niedrigem sozialem Status

abstrakt erscheinen mögen, legen die Ergebnisse dieser Review Bereiche offen, bei denen Hebammen konkrete Unterstützung bieten können und so Gesundheitsgewinne für alle erzielen können.

Die Bemühungen sollten sich auf die Kontinuität der Betreuung, eine empowernde Kommunikation und eine Sensibilisierung für potenziell diskriminierendes Verhalten konzentrieren. Ausserdem braucht es in der postnatalen Zeit eine Intensivierung der interdisziplinären Zusammenarbeit, um eine familienzentrierte Versorgung zu sichern. Aktuelle Forschungsvorhaben setzen gerade die so wichtige «Familienzentrierte Vernetzung in der Schweiz» in den Fokus (Hafen & Magistretti, 2019). ◉

Dieser Artikel beruht auf der Bachelorthesis «Erfahrungen in der Nutzung des postpartalen Versorgungsangebots durch sozial benachteiligte Frauen: ein Literaturreview» von Rosina Glur und Maria Trenkel (2019), die sie zum Abschluss des Bachelorstudiums an der Berner Fachhochschule Gesundheit eingereicht haben.

Für Hebammen ist es wichtig, zu wissen, dass die soziale Situation von Frauen und Familien in Zusammenhang mit dem Zugang und der Versorgungsqualität steht, da sie soziale Interaktionen färbt und damit die Erfahrungen von Frauen mit der Gesundheitsversorgung prägt.

Literatur

- Bryant, A. S., Haas, J. S., McElrath, T. F. & McCormick, M. C. (2006)** Predictors of compliance with the postpartum visit among women living in healthy start project areas. *Maternal and Child Health Journal*; 10(6), 511–516.
- Coullery, P., Oesch, T. & Alder, M. (2018)** Arm und krank – ein Leben lang? Eine koordinierte Gesamtpolitik für die Förderung gleicher Gesundheitschancen. *Social Impact*; Nr. 5. BFH-Zentrum Soziale Sicherheit.
- De Graaf, J. P., Steegers, E. A. & Bonsel, G. J. (2013)** Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol*; 25(2), 98–108.
- Ebert, L., Bellchambers, H., Ferguson, A. & Browne, J. (2014)** Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. *Women Birth*; 27(2), 132–137.
- Gorenoi, V., Schönermark, M. P. & Hagen, A. (2007)** Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.
- Hafen, M. & Magistretti, C. M. (2019)** Frühe Gesundheitsförderung: Vorstudie «Familienzentrierte Vernetzung in der Schweiz». Hochschule Luzern. www.hslu.ch
- Hart, J. (1971)** The Inverse Care Law. *The Lancet*; 297 (7696), 405–412.
- Henderson, J., Gao, H. Y. & Redshaw, M. (2013)** Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 13.
- König, C. & Pehlke-Milde, J. (2010)** Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 122(12), 1610–1617.
- Lindquist, A., Kurinczuk, J. J., Redshaw, M. & Knight, M. (2015)** Experiences, utilisation and outcomes of maternity care in England among women from different socio-economic groups: findings from the 2010 National Maternity Survey. *BJOG-International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 122(12), 1610–1617.
- Masho, S. W., Cha, S., Karjane, N., McGee, E., Charles, R., Hines, L. & Kornstein, S. G. (2018)** Correlates of Postpartum Visits Among Medicaid Recipients: An Analysis Using Claims Data from a Managed Care Organization. *Journal of Womens Health*; 27(6), 836–843.
- Origlia Ikhilior, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J. & Cignacco, E. (2019)** Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *J Adv Nurs*.
- Origlia, P., Jevitt, C., Sayn-Wittgenstein, F. Z. & Cignacco, E. (2017)** Experiences of Antenatal Care Among Women Who Are Socioeconomically Deprived in High-Income Industrialized Countries: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health*.
- Raleigh, V. S., Hussey, D., Seccombe, I. & Hallt, K. (2010)** Ethnic and social inequalities in women's experience of maternity care in England: results of a national survey. *J R Soc Med*; 103(5), 188–198.
- Roman, L. A., Raffo, J. E., Dertz, K., Agee, B., Evans, D., Penninga, K., Pierce, T., Cunningham, B. & VanderMeulen, P. (2017)** Understanding Perspectives of African American Medicaid-Insured Women on the Process of Perinatal Care: An Opportunity for Systems Improvement. *Maternal and Child Health Journal*; 21, 81–92.
- Schuwey, C. & Knöpfel, C. (2014)** Neues Handbuch Armut in der Schweiz. Caritas-Verlag.
- Soom Ammann, E. (2017)** Vom professionellen Umgang mit Diversität. *SuchtMagazin*; (5), 6–11.
- Zolnierek, K. B. H. & DiMatteo, M. R. (2009)** Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. A Meta-Analysis. *Medical Care*; 47(8), 826–834.