



NATIONALES GESUNDHEITSZIEL

Gesundheit rund um die Geburt

Dies stellte das Bundesgesundheitsministerium am 13.02.2017 auf 132 Seiten vor [5]. Es wurde 2013–16 erarbeitet von 30 Personen aus Politik, Selbstverwaltung, Fachverbänden, Patientenselbsthilfeorganisationen und der Wissenschaft. Gesundheitsziele sollen orientierend und koordinierend wirken; dieses ist auch relevant für die Zusammenarbeit von FrauenärztInnen, Kinder- und JugendärztInnen und Hebammen mit jungen Familien sowie für ihr Wirken in den Sozialraum hinein.

Ein gesunder Start ins Leben gelingt besser gut versorgt und bei guten Rahmenbedingungen für Familien. Nur ein breites Bündnis kann dieses Ziel umsetzen, welches in fünf Unterziele gegliedert wurde:

1. Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.
2. Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.
3. Die Bedeutung des Wochenbetts wird anerkannt und gestärkt.
4. Das erste Lebensjahr wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt.
5. Lebenswelten rund um die Geburt werden gesundheitsförderlich gestaltet.
6. Nachfolgend wird jedes dieser Unterziele dargestellt.¹

1. Gesunde Schwangerschaft

Die (künftigen) Mütter sollen zu einem aktiven Lebensstil ermuntert werden. 60% der 18–44-jährigen Frauen bewegen sich weniger als 2,5h in der Woche, in der Schwangerschaft noch weniger. Modera-

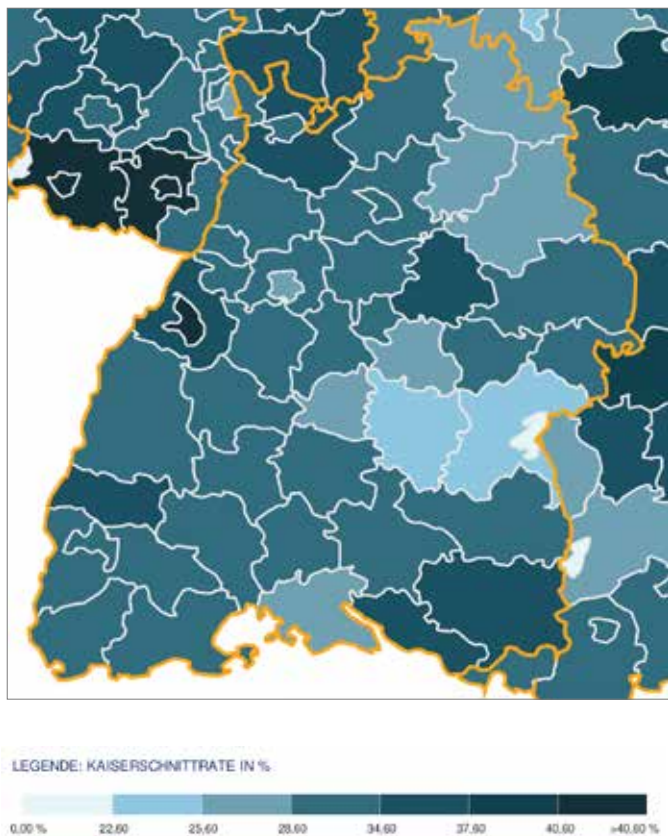
ter Sport wirkt günstig auf den Schwangerschaftsverlauf und senkt die Kaiserschnitttrate.

Die Stillabsicht der Mutter wird am besten schon durch die Beratung vor Geburt gefördert. Der Partner ist hier einzubeziehen, da sich seine Haltung auswirkt.

Schwangerenvorsorgeuntersuchungen sind normalerweise monatlich und ab der 32. SSW 14-tägig vorgesehen oder häufiger je nach Risikokonstellation. 2% der Schwangeren nutzten weniger als 5 Vorsorgeuntersuchungen, 42% hingegen mehr als 11 [1]. Wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat, kann laut Mutterschaftsrichtlinien ein Teil der Vorsorgen auch von einer Hebamme durchgeführt werden [13].² Noch in den 80er Jahren gab es finanzielle Anreize für mehr Beteiligung. Heute hingegen finanzieren 99% der Frauen über die Mutterschaftsrichtlinien hinausgehende individuelle Gesundheitsleistung selber. Dies ist in der frauenärztlichen Versorgung besonders stark ausgeprägt [25]. Werdende Eltern werden dabei auch mit zahlreichen Optionen der Pränataldiagnostik konfrontiert und müssen entscheiden, wie sie ggf. mit einem auffälligen Befund umgehen. Einigen nützt dies, andere verunsichert es, die Schwangerschaft potentiell infrage gestellt zu sehen. Vor dem Hintergrund rasch weiterentwickelter Verfahren wird es immer komplexer, hier individuell, verständlich und nichtdirektiv so zu beraten, dass man gleichzeitig nicht verängstigt in einer Zeit, die man früher „guter Hoffnung sein“ nannte. 2014 wurde bei knapp 35% der Schwangeren im Mutterpass dokumentiert, dass bei Ihnen „mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind zu rechnen“ sei [1]. Hierbei handelt es sich oft um Risiken, die unveränderbar bestehen.

² Elternverbände fordern, dass ärztlicherseits fair zu dieser Möglichkeit informiert werde [20].

¹ Die Fußnoten enthalten mehr persönliche Anmerkungen.



Das Nationale Gesundheitsziel rund um die Geburt fokussiert auf acht Risikofelder, die vermieden oder aktiv abgemildert werden können:

1. Adipositas und Schwangerschaftsdiabetes: Zu Beginn der Schwangerschaft waren 2014 21% der Mütter übergewichtig (BMI > 25kg/m²) und 14% waren adipös (BMI > 30kg/m²). 4,5% hatten einen Schwangerschaftsdiabetes. Zum Vergleich: 2003 lagen die entsprechenden Zahlen noch bei 16% (Übergewicht), 8% (Adipositas) und 2% (Schwangerschaftsdiabetes).
2. Nikotin: 7% der Schwangeren rauchen (2001:13%), verstärkt in bestimmten sozialen Gruppen. Das Risiko für Früh- und Totgeburten und plötzlichen Kindstod steigt.
3. Alkohol: Etwa 2000–4000 Neugeborene werden jährlich in Deutschland mit einem fetalen Alkoholsyndrom (FAS) geboren. (Inzidenz: 270-540/100.000). Die fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) mit emotionalen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen wie Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Schulproblemen ist häufiger. Dennoch nehmen ca. 14% der Schwangeren zumindest gelegentlich Alkohol zu sich und zwar am häufigsten Frauen mit höherem Sozialstatus ohne Migrationshintergrund [2].
4. Arzneimittel: Für individuell risikoadaptierte Arzneitherapie ist www.embryotox.de hilfreich.
5. Nahrungsergänzung ist für Folsäure und ggf. Jod evidenzbasiert. Weiteres (z.B. Eisen, Magnesium, Vitamin B12 oder Vitamin D) ist abhängig vom konkreten Bedarf und ersetzt nicht gesunde Ernährung und gesunden Lebensstil. Die (langfristige) Überdosierung einzelner Nährstoffe kann auch gesundheitsschädlich wirken und sollten nur mit ärztlicher Rücksprache eingenommen werden.

6. Prävention, Diagnostik und Therapie (drohender) Frühgeburten: In Deutschland werden 0,6% der Kinder <28. SSW, 0,9% in der 28.-32.SSW und 7,3% in der 32.-37. SSW geboren, zusammen genommen sind dies 8,5% [1]. Japan, Schweden und Finnland kommen auf Werte unter 6%. Einer Geburt vor der 37. SSW vorzubeugen ist ein WHO-Ziel [30]. Rauchen, Untergewicht und Adipositas der Schwangeren, Feinstaubbelastung und belastende berufliche Situationen erhöhen vermeidbar das Frühgeburtsrisiko. Die 20% Kinder, die in der 37.-38. SSW geboren werden, bezeichnen wir zwar auch als „Reifgeborene“, aber auch sie haben gesundheitliche Nachteile gegenüber den Kindern ab der 39+0 SSW [21].
7. Infektionen: Bereits vor einer Schwangerschaft sollten Impfungen überprüft und evt. ergänzt werden. Die Empfehlungen zur Vermeidung einer Infektion mit Cytomegalieviren, Toxoplasmen und Listerien sollten beachtet werden.
8. Frauen mit belasteten Lebensumständen sowie psychische Belastungen und Erkrankungen: Die ärztliche Schwangerenvorsorge umfasst auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote sowie weitere Leistungsansprüche für Eltern und Kind (SGB V §24d): Dies gilt z.B. für Frauen mit Migrationshintergrund mit schlechten Deutschkenntnissen oder ohne legalen Aufenthaltsstatus, Frauen in prekären Lebenssituationen oder in Gewaltbeziehungen, minderjährige Schwangere oder illegale Drogen konsumierende Schwangere. Ängste und Depressionen etc. treten auch in der Schwangerschaft auf und beeinträchtigen ihren Verlauf. Auch körperliche Schwangerschaftskomplikationen haben oft psychosomatische Anteile. Ferner wirkt sich mütterlicher Stress negativ auf den Fötus aus und beeinträchtigt dessen spätere kognitive, motorische und emotionale Entwicklung. Eine gut vernetzte Versorgung hat das Ziel, erhöhte Bedarfe zu identifizieren und ihnen zu begegnen. Dabei kann eine zu starke Risikoorientierung aber auch zu einer Entmutigung von Frauen beitragen und ihr Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit schwächen.

Insgesamt wurden konkrete Maßnahmen vorgeschlagen [5] um folgende sieben Teilziele für die Schwangerschaft umzusetzen:

1. Gesundheitliche Ressourcen, Kompetenzen sowie Wohlbefinden stärken.
2. Evidenzbasierte Grundlagen zu Information, Beratung und Versorgung entwickeln und einheitlich in der Praxis einsetzen.
3. Belastungen und Risiken identifizieren und verringern.
4. Den Anteil der Frauen erhöhen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit auf schädliche Substanzen wie Alkohol und Tabak verzichten.³
5. Frühgeburtenrate senken.
6. Besondere Unterstützungsbedarfe identifizieren und spezifische Angebote entwickeln und vermitteln.
7. Die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine kontinuierliche Betreuung.

2. Physiologische Geburt

Bei einer physiologischen Geburt werden keine oder möglichst wenige, gut begründete Interventionen durchgeführt [8]. Dies stärkt die körperliche Gesundheit und die subjektive Lebensqualität von Mutter und Kind. Hierbei hilft ein frauenzentriertes Betreuungskonzept,

³ Persönliche Erfahrung: Viele Raucherinnen pausieren tatsächlich während einer Schwangerschaft das Rauchen und sagen dann bei der U3, dass sie gar nicht mehr so sehr Lust auf Zigaretten gehabt hätte. Einige machen dann nach der Schwangerschaft eine Ehrenrunde auf dem Weg zur Nichtraucherin, da sie wieder verstärkte Lust auf Zigaretten bekommen. Es lohnt sich, dies anzusprechen. >>

bei dem soziale, emotionale, körperliche, psychosoziale, spirituelle und kulturelle Bedürfnisse und Erwartungen der Frauen einbezogen werden und ihre Expertise anerkannt wird, eigene Entscheidungen treffen zu können und selbstbestimmt zu fühlen. Erleichtert wird dies durch eine kontinuierliche 1:1 Betreuung rund um die Geburt. Dies war früher in der außerklinischen Geburtshilfe die Regel und ist heute in den Abläufen eines Klinikkreißsaales zur Ausnahme geworden. Aber es entängstigt und macht so Geburten weniger traumatisch und interventionsärmer. Ferner wirkt es sich positiv auf den Aufbau einer tragfähigen Bindung zum Kind aus [16].⁴ Etwa 98% aller Geburten in Deutschland finden in einem ärztlich geleiteten Kreißsaal statt. Es gibt insgesamt neben der Hausgeburthilfe und den Geburtshäusern in Deutschland 16 Hebammengeführte Kreißsäle an Kliniken, drei davon in Baden-Württemberg (Herrenberg, Ludwigsburg und Stuttgart Bad-Cannstadt), die ärztlich geführte Kreißsäle ergänzen und mit ihnen kooperieren. Von den Geburten in ärztlich geführten Kreißsälen waren 2014 62% Spontangeburt, 6% fanden mit Hilfe einer Sauglocke oder Zange statt, 32% waren Kaiserschnitte. Die häufigsten Indikationen für einen Kaiserschnitt waren zu 28% ein vorangegangener Kaiserschnitt (oder andere Gebärmutteroperation), zu 21% ein pathologisches CTG, zu 11% eine protharhierte Geburt bzw. Geburtsstillstand, und zu 9% ein relatives Missverhältnis. Die Kaiserschnittquote hat sich seit 1994 fast verdoppelt und sie ist regional und von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich [17]. Laut WHO verbessere nur eine Sectiorate bis zu 10%-15% die Mortalität, eine höhere Sectiorate habe zunehmend unklare und wahrscheinlich negative Auswirkungen für die Gesundheit auf Populationsebene.

Um eine physiologische Geburt zur fördern, werden konkrete Maßnahmen [5] für folgende drei Teilziele vorgeschlagen:

1. Eine interventionsarme Geburt wird gefördert.
2. Es werden Belastungen, Risiken und besondere Unterstützungsbedarfe identifiziert und hierfür spezifische Angebote entwickelt.
3. Die an der Geburt beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine möglichst kontinuierliche Betreuung.

Tabelle 1: Kaiserschnittquoten in ausgewählten Ländern der EU

Angaben in Prozent, absteigend nach der Rate 2009 sortiert

	2009	2005	2000	1995	1990
Italien	38,1	38,2	33,3	26,1	20,8
Portugal	35,2	34,0	27,7	24,2	10,4
Luxemburg	31,3	-	18,8	-	-
Deutschland	30,3	26,7	20,9	17,2	15,7
Österreich	28,8	24,4	17,3	12,4	18,6
Irland	26,4	26,2	21,4	13,4	10,5
Spanien	24,9	25,0	21,5	18,8	14,7
Großbritannien	23,2	22,1	20,0	16,2	11,3
Dänemark	21,4	19,7	15,1	12,6	12,6
Schweden	16,7*	16,9	14,9	11,4	14,2
Finnland	15,7	16,3	15,8	15,6	13,5
Niederlande	14,3*	13,6	11,9	8,6	7,5
Belgien	-	-	-	13,4	10,4
Frankreich	-	-	17,2	15,0	14,0
Griechenland	-	-	-	-	24,0

Anmerkung: * keine Daten verfügbar; ** Daten beziehen sich auf 2008 (beste verfügbare Daten)

Quelle: WHO Euro Health for All Database (2011), eigene Darstellung (Wolp 2012)

⁴ Daher sollten sich Kinder- und Jugendärzte dieser Forderung von Elternverbänden [20] anschließen.

3. Wochenbett

Evt. Geburtsverletzungen heilen, die Mutter erholt sich, schwangerschaftsbedingte körperliche Veränderungen bilden sich zurück, Milchfluss und Stillen beginnen. Es entsteht eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind, das Kind äußert zunehmend differenziert seine Bedürfnisse.

Jede Frau, die geboren hat, hat Anspruch auf tägliche Besuche einer Hebamme in den ersten zehn Tagen nach der Geburt, weitere Hebammenbetreuung bis zum Ende der zwölften Woche nach der Geburt sowie auf zusätzliche Unterstützung bei auftretenden Problemen bis zum Ende der neunten Lebensmonats. Die Hebamme achtet auf die Rückbildungsprozesse, berät beim Stillen und ist erste Ansprechpartnerin bei Wundheilungsstörungen und anderen Problemen. Zu ihren Leistungen gehören auch die Beratung zum Umgang mit dem Kind, die Förderung des Bindungsaufbaus, die Anleitung zur Säuglingspflege sowie zur Versorgung des Säuglings (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach 134a SGB V vom 25.09.2015). Insbesondere Erstgeborenen führen zu einer familiär „kritischen Lebensphase“: Viele Eltern profitieren von Unterstützung, frühzeitig familiäre Rituale zu entwickeln („Doing family“). Auch hier gilt, dass Beratende balancieren müssen zwischen Ermutigung und Stärkung der Eigenressourcen der Familien sowie Hilfsangeboten psychologischer, medizinischer und sozialer Art. Eine gute Betreuung im Wochenbett trägt – z. B. durch die Förderung intuitiver Elternkompetenzen – wesentlich dazu bei Probleme wie Stillschwierigkeiten, exzessives Schreien des Kindes und Überlastungen abzumildern. Besonders herausfordernd ist es, früh diejenigen Mütter zu erkennen, die einsam oder psychisch krank sind oder sich aus anderen Gründen nicht selber Unterstützung organisieren können. Ihnen muss man rasch und niedrigschwellig helfen. Falls Familien einen ungesunden Lebensstil pflegen ist dies einerseits problematisch für das Kind, andererseits sind Eltern motiviert, ihren Lebensstil zu ändern. Hierbei sollte man ihnen helfen.

Säuglinge sollen nach Möglichkeit in den ersten vier bis sechs Monaten voll gestillt werden. Sie haben dann seltener Durchfallerkrankungen, Mittelohrentzündungen und Zahnfehlstellungen, Adipositas, allergische Erkrankungen oder plötzlichen Kindstod; die Mutter bekommt seltener Brustkrebs, Eierstockkrebs und Diabetes mellitus Typ 2.5 In Deutschland werden kurz nach der Geburt 72-97% der Kinder gestillt. Laut KIGGS-Studie wurden aber nur 34% der Kinder mit 4 Monaten noch voll gestillt so wie empfohlen und 18% mit 6 Monaten. Von 1990 bis 2001 nahm das Stillen zu, stagnierte bis 2013 und ist seither wieder rückläufig. Ein zuverlässiges Stillmonitoring gibt es in Deutschland nicht [29]. Deutlich ist aber in Studien und in der täglichen Erfahrung, dass der Stillerfolg mit Stress jeglicher Art zurückgeht (niedriger Sozialstatus, Interventionen bei der Geburt, Frühgeburtlichkeit, medizinische, psychische oder soziale Probleme nach der Geburt). Eine qualitativ gute, individuelle Stillberatung der Mütter (und Väter!) schon vor der Geburt und eine gute Stillförderung in der Geburtsklinik entscheidet mit darüber, ob das Stillen auch langfristig gelingt. Letzteres wird in den babyfreundlichen Geburtskliniken umgesetzt, in denen in Deutschland 20% der Säuglinge auf die Welt kommen. Gelingt das Stillen nicht oder entscheidet sich die Mutter dagegen, so muss dies respektiert werden. Dies gilt insbesondere, wenn nicht gelingendes Stillen selber zum stillverhindernden Stress wird und in eine Fütter- und Gedeihstörung mündet.

⁵ Wahrscheinlich kann durch Verbesserung des Stillens in Deutschland bei vergleichbarem Aufwand mehr Krankheitslast vermieden werden, als durch so manches Impfprogramm. Es sei daran erinnert, dass eine (von ehemals vier) Pneumokokkenimpfungen für einen Jahrgang die Öffentlichkeit in etwa so viel kostet wie der jährlichen Etat der Bundesinitiative Frühe Hilfen [22]. Auf die vierte Pneumokokkenimpfung wird seit 2015 verzichtet bei gleichbleibender Wirksamkeit des Impfprogrammes.

Ein Viertel bis ein Drittel der Frauen leiden in den ersten sechs Monaten unter Beschwerden im Zusammenhang mit einer Kaiserschnitt- oder Damnaht, ein Viertel der Frauen berichtet über negatives Geburtserleben; dies ist insbesondere nach einem Kaiserschnitt der Fall [24]. Ist die Geburt von Geburtskomplikationen, Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit oder extremen Schmerzen überschattet gewesen, ist das Risiko für postpartale Depressionen erhöht und der Bindungsaufbau zum Kind beeinträchtigt. Auch trägt dies zu einer Entscheidung gegen weitere Kinder bei. Frauen wünschen sich oft Nachgespräche zu ihrem Geburtserleben, auch wenn dies bisher selten stattfindet.

Postpartal depressiv sind in Deutschland 8% der Frauen drei Wochen nach Geburt und 5% der Frauen 3 Monate nach Geburt. Dies beeinflusst hochgradig die Mutter-Kind-Beziehung und belastet die ganze Familie. Nur 40-60% der erkrankten Frauen sprechen über ihre Beschwerden. Eine diagnostische Hilfe ist die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, siehe Anhang). Es gibt aber auch noch zu wenige spezifische Behandlungsangebote. Unter den Vätern finden sich 10% mit Anzeichen von Depressionen. Besonders unterstützt werden müssen Eltern, die ein behindertes Kind geboren haben oder für ein frühgeborenes Baby sorgen. Eine regelmäßige Hebammenbetreuung und eine kompetente Stillberatung mindert postpartale Depressionen und erhöht die Sicherheit in der Mutterrolle und im Umgang mit dem Neugeborenen [6].

Sechs bis acht Wochen nach der Geburt findet routinemäßig eine frauenärztliche Nachuntersuchung statt, die nahezu alle Wöchnerinnen in Anspruch nehmen. Zu diesem Zeitpunkt können sich Frauenärztinnen und Frauenärzte sehr gut ein Bild davon machen, ob Frauen mit den veränderten Lebensbedingungen gut zurechtkommen oder welche Unterstützung noch benötigt wird. Hierzu soll in den Arztpraxen spezifisches Informationsmaterial vorhanden sein und regionale Ansprechpersonen und deren spezifisches Angebot gezielt bekannt gemacht werden. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes sollte in regionalen Kooperationen darauf hingearbeitet werden, dass eine Rückmeldekultur zwischen den Gesundheitsberufen und Frühen Hilfen bzw. der Kinder- und Jugendhilfe entsteht, um eine nachhaltige Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Es werden zur Förderung der Gesundheit im Wochenbett konkrete Maßnahmen [5] für folgende fünf Teilziele vorgeschlagen:

1. Die Bedeutung des Wochenbettes anerkennen. Vorhandene Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden der Eltern zur Bildung einer Familie stärken.
2. Den Anteil stillender Frauen und die Stilldauer erhöhen.
3. Komplikationen und Belastungen im Wochenbett frühzeitig erkennen und/oder vermeiden.
4. Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung frühzeitig erkennen und mithilfe spezifischer Maßnahmen auffangen.
5. Bessere Zusammenarbeit bei Kinderschutz und frühen Hilfen gewährleisten.

4. Erstes Lebensjahr

Eltern können bis zu drei Jahren Elternzeit nehmen; im ersten Lebensjahr ist dies durch das Elterngeld finanziell gefördert. Eltern sind jetzt empfänglicher als sonst für Anregungen zu einem gesunden Leben. Ihr Umfeld sollte so gestaltet werden, dass gemäß der Ottawa-Charta der WHO der gesunde Weg die einfachere Wahl wird („Make the healthier way the easier choice“) [12].

Wo die natürlichen Netzwerke (Familienangehörige, Freundeskreis und Nachbarschaft) nicht mehr tragen, unterstützen Elterncafés, Elternnetzwerke, Familienzentren, Familienbildungsangebote oder familienbegleitende Hilfen. Wegen der Vielfalt und Unübersichtlich-

keit dieser Angebote fällt den Eltern die Auswahl oft schwer. Daher besteht das Risiko einer Überversorgung von Familien mit höherem Sozialstatus und der Unterversorgung sozial belasteter Familien (ggf. mit Sprachbarrieren). Verhältnisprävention in Richtung gesundheitsfördernder Kommunen und Einrichtungen und so installierte „Präventionsketten“ wirken vor diesem Hintergrund oft zielgerichteter als individuelle Verhaltensprävention. Daher setzt nicht nur das Präventionsgesetz vor allem auf niedrigschwellige Verhältnisprävention [15], [19].

Die Bedeutung der Impfprophylaxe dürfte bewusst sein.

Die rasche kariöse Zerstörung vor allem der oberen Schneidezähne tritt dann auf, wenn die Säuglinge nicht rechtzeitig gelernt haben, ohne unterstützendes Trinken an der Brust oder Flasche einzuschlafen. Sie beeinträchtigt das Kind in seiner gesamten Entwicklung. Insofern sollten Nuckelflaschen nicht zur Beruhigung gegeben werden und nachts nicht zur Selbstbedienung bereitstehen. Sobald das Kind frei sitzen kann, sollte es aus einem offenen Becher trinken lernen.⁶ Rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr werden lebenslange Ernährungsvorlieben und -gewohnheiten und die diesbezügliche Gesundheit geprägt. Eine ausgewogene Ernährung soll gefördert werden. Aber mindestens genauso ist es wichtig ist es, jetzt eine gute Sensibilität gegenüber Hunger-, Appetit- und Sättigungsgefühlen zu fördern sowie die gemeinschaftliche Freude am Essen und ein vielfältiges Geschmackserlebnis.

Unfälle sind seit 2010 der zweithäufigste Grund für stationäre Aufnahmen im Säuglings- und Kleinkindesalter [9]. Die vorausschauende Beratung zu alterstypischen Unfällen ist obligater Bestandteil aller U-Untersuchungen [14]. Auch Vernachlässigung und Gewalt („Schütteltrauma“ etc.) sind wichtige Gefahrenpotenziale für Säuglinge aber auch für die Biographien der sie versorgenden Eltern. Die Achtsamkeit und Wahrnehmungsfähigkeit der Eltern soll gestärkt und Überforderung vorgebeugt werden. Das Ziel ist Kinderschutz durch eine gedeihförderliche gesellschaftliche Atmosphäre in gegenseitiger Unterstützung. Daher ist gerade in diesem Gebiet eine zunehmend geübte interprofessionelle Zusammenarbeit über die Säulen der Sozialgesetzgebung und Ministerien hinweg unabdingbar.

Weniger Säuglinge versterben die ohne diagnostizierte Ursache unerwartet im Bett. Die üblichen Empfehlungen (Schlafen in Rückenlage, mit passender Temperatur, im Elterschlafzimmer in einer Nichtraucherumgebung und Stillen) korrelieren hiermit.

Frühgeborene insbesondere unter <1000g Geburtsgewicht haben ein deutlich erhöhtes Risiko für neurologische Langzeitmorbidität: 10%-15% entwickeln eine Zerebralparese, 20-30% eine Lernstörung, 15-20% eine Hyperaktivität, 1-3% sind blind oder taub. Solche Probleme sollten früh erkannt und die entsprechenden Familien unterstützt werden. Für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder stellt die interdisziplinäre Frühförderung spezifische Angebote zur Verfügung [28].

⁶ Man sollte Eltern aktiv nach Nuckelflaschen im Bett fragen und offensiv diesbezüglich aufklären. Gelingt das Einschlafen nur mit einer Nuckelflasche, wird immer der letzte schützende Speichel weggespült. Das Einschlafen muss daher am besten vor dem Zahndurchbruch unabhängig vom trinken gelernt werden und zu diesem Lernprozess sollten möglichst oft Erfahrungsgelegenheiten gegeben werden, z.B. durch die Gelegenheit für ein „Bäuerchen“ zwischen Mahlzeit und Einschlafen (und später dann durch Zähneputzen). Auch das Durchschlafen ist ein nächtliches Wiedereinschlafen ohne dass die Eltern das merken. Da die Beratung zur frühkindlichen Regulation nicht zu den Kernkompetenzen eines Zahnarztes gehört, helfen diesbezüglich auch die vielen Ankreuzfelder „Verweis zum Zahnarzt“ in dem neuen U-Heft ab der U5 nicht weiter sondern nur eine Versorgungslücke für Familien rund um die Geburt, die genug Zeit für Gespräche lässt.

Schwerwiegende Regulationsstörungen (Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen) sind mit einer Prävalenz von ca. 20% häufig, bei der Hälfte dieser Kinder chronifiziert dies. Die neuen Kinderrichtlinien sieht Fragen und Beratung zum Umgang mit Schreiverhalten in den Früherkennungsuntersuchungen vor. Zur Unterstützung gibt es lokale Angebote aus der Kinder- und Jugendhilfe. Deren Ausbau und finanzielle Sicherung ist wünschenswert.

Das Gesundheitssystem bietet vielfältige Zugangswege auch zu sonst nur schwer erreichbaren, belasteten Familien. Bis zur U6 nehmen 95% aller Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen teil. Die Kinder- und Jugendhilfe kann gerade diesen Eltern Hilfen zur Bewältigung ihrer Lebenssituation anbieten. Aber un-abgestimmte Übergänge oder widersprüchliche Informationen sind hier verunsichernd. Mit den frühen Hilfen soll diesem Missstand systematisch begegnet werden. Eine besondere Herausforderung ist es noch immer, Akteure und Akteurinnen des Gesundheitswesens des Gesundheitswesens in den Informationsfluss und die Netzwerkarbeit einzubinden. Der ÖGD ist in 80% der Netzwerke Frühe Hilfen vertreten, freiberufliche Gesundheitsberufe in ca. zwei Dritteln der Netzwerke. Als modellhaft wird das baden-württembergische Projekt der „Interprofessionellen Qualitätszirkel“ angesehen [27].

Es werden zur Förderung der Gesundheit im ersten Lebensjahr konkrete Maßnahmen [5] für folgende fünf Teilziele vorgeschlagen:

1. Gesundheitliche Ressourcen und Kompetenzen sowie das Wohlbefinden von Eltern und Kind stärken
2. Bindung zwischen Eltern und Kind stabilisieren.
3. Komplikationen, Belastungen und Risiken für Familien im 1. Lebensjahr identifizieren und verringern.
4. Familien, die aufgrund besonderer Lebenssituationen einen erhöhten Förderbedarf haben, erhalten passgenaue und schnelle Unterstützung.
5. Die beteiligten Akteure arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine bedarfsgerechte Betreuung

5. Lebenswelten

Für ein gesundheitsförderliches Umfeld wesentlich sind Verhältnisse, die Wohlbefinden und Freude auf den Familienzuwachs fördern. Familien brauchen politische Rahmenbedingungen, die ihr Zusammenwachsen fördern („Doing family“), und die Vereinbarung der unterschiedlichen Bedürfnisse der Familienmitglieder flexibel ermöglichen. Vor allem Familien in belasteten Lebenssituationen – Z.B. aufgrund von Armut [23]– sind häufiger von Zukunftsängsten betroffen, die sich negativ auf das werdende Leben und die Beziehung zum Kind auswirken. Für das Armutsrisiko von Kindern und Familien ist vor allem eine Nicht- oder Wenigerbeteiligung an der Erwerbsarbeit entscheidend. Um dies zu vermeiden, setzt die derzeitige Gesellschaftspolitik auf eine frühe KiTa-Betreuung.⁷

Auch am Arbeitsplatz und während der Ausbildung bedarf es eines familienfreundlichen Umfeldes das sich durch Wertschätzung und Achtsamkeit gegenüber den besonderen Lebensphasen Schwangerschaft und Stillzeit auszeichnet. Eltern sollte ein flexibler Wiedereinstieg in das Erwerbsleben ermöglicht werden.

Es werden zur Verbesserung der Lebenswelten rund um die Geburt konkrete Maßnahmen [5] für folgende sieben Teilziele vorgeschlagen:

1. Transparenz und Vernetzung der Hilfestrukturen gewährleisten.
2. Präventionsketten flächendeckend aufbauen.
3. Die kommunalen Räume familienfreundlich ausgestalten.
4. Die Arbeitswelt familienfreundlich gestalten.
5. Rahmenbedingungen für eine ausgewogene Ernährung und Bewegung schaffen.
6. Sozial benachteiligte Familien mit ihren besonderen Bedarfen erkennen und mit ihnen gemeinsam Zukunftsperspektiven entwickeln und umsetzen.
7. Gesundheits- und Sozialforschung rund um die Geburt ausbauen und Wissenstransfer verbessern

Als mitverantwortlich für die Umsetzung dieser Ziele werden eigentlich alle angesehen: Z.B. das Familienministerium und das Gesundheitsministerium des Bundes, die BZgA, die Familien-, Gesundheits- und Kultusministerien der Länder, die Kinder- und Jugendhilfe, der ÖGD, die psychosozialen Beratungsstellen, die Schulen, die Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, die SPZs, die Kammern und Verbände der Gesundheitsberufe, die Jobcenter, kommunale Beratungsstellen und Ämter (z.B. Sozialämter), die Kommunalen Gesundheitskonferenzen, die Landesgesundheitskonferenzen, die Netzwerke für frühe Hilfen, Krankenkassen, die Selbsthilfe, die Suchthilfe, Forschungseinrichtungen, Geburtskliniken und –häuser, Familienzentren, der G-BA, das IQTiG...

Till Reckert

⁷ Für das Elternsein gilt nach wie vor: Es ist das größte Ehrenamt der Republik, viel Ehre und viel Amt. Von dem unausbleiblichen Spagat zwischen den Anforderungen an Arbeitnehmer und einem zuverlässigen „Doing family“ sind vor allem Alleinerziehende betroffen, die daher das größte Armutsrisiko haben (verschärft durch moderne Unterhaltsregelungen). Aber auch sonst wird die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nie einfach sein [11], [26]. Langzeiterfahrene, in Schreiambulanzen tätige Psychotherapeutinnen empfehlen, das familiäre Leben zu entschleunigen [18]. Das Elterngeld (mit ca. 5 Milliarden Euro 83% der Transferzahlungen des Bundesfamilienministeriums) wurde als Entgeldersatzleistung 2007 so konstruiert, dass es erwerbsmäßig privilegierteren Eltern mehr zugute kommt, damit auch sie wieder Kinder bekommen. Bedürftigere wie Bezieher von Arbeitslosengeld II, Studenten und gering Verdienende wurden verglichen mit dem Erziehungsgeld deutlich benachteiligt ([https://de.wikipedia.org/wiki/Elterngeld_\(Deutschland\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Elterngeld_(Deutschland))).

Auch in die KiTa-Betreuung wird viel investiert: Zwischen 2007 und 2014 sind die Kosten um 80% auf 23,7 Milliarden Euro gestiegen, insbesondere durch den KiTa-Ausbau für unter Dreijährige. Doch deren Qualität und Stellenschlüssel lassen oft zu wünschen übrig (wobei Baden-Württemberg noch am besten dasteht) [3]. Nach Ansicht einiger Entwicklungspsychologen ist der massive U3-Kinderkrippenausbau gesundheitlich nicht nachhaltig [4], [10]. In der Praxis zerschellt der Traum von der doppelten Vollberufstätigkeit mit kleinen Kindern oft im ersten KiTa-Winter auf dem Boden der Infektrealität.

Anhang:**Fragebogen zur PPD-Selbsteinschätzung
(Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale, nach [7])**

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten sieben Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen.

I. Ich konnte lachen und die schöne Seite des Lebens sehen.

- [0] So wie immer.
[1] Nicht ganz so wie immer.
[2] Deutlich weniger als früher
[3] Überhaupt nicht

II. Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen.

- [0] So wie immer.
[1] Etwas weniger als sonst.
[2] Deutlich weniger als früher.
[3] Kaum.

III. Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn etwas schief ging.

- [3] Ja, meistens.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, nicht sehr oft.
[0] Nein, niemals.

IV. Ich war aus unerfindlichen Gründen ängstlich oder besorgt.

- [0] Nein, gar nicht.
[1] Selten.
[2] Ja, gelegentlich.
[3] Ja, sehr oft.

V. Ich erschrak leicht oder geriet grundlos in Panik.

- [3] Ja, sehr häufig.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, kaum.
[0] Nein, überhaupt nicht.

VI. Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert

- [3] Ja, meistens konnte ich die Situationen nicht meistern.
[2] Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst.
[1] Nein, meistens konnte ich die Situation meistern.
[0] Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer.

VII. Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte.

- [3] Ja, meistens.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, nicht sehr häufig.
[0] Nein, gar nicht.

VIII. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.

- [3] Ja, meistens.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, nicht sehr häufig.
[0] Nein, gar nicht.

IX. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste.

- [3] Ja, die ganze Zeit.
[2] Ja, sehr häufig.
[1] Nur gelegentlich.
[0] Nein, nie.

X. Ich hatte den Gedanken, mir selber etwas anzutun.

- [3] Ja, recht häufig.
[2] Gelegentlich.
[1] Kaum jemals.
[0] Niemals.

>> Bei einer Gesamtpunktzahl von 12 und darüber liegt die Vermutung nahe, dass Sie an einer postpartalen Depression leiden.

Literatur

- AQUA-Institut GmbH (2015) Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2014. 16/1 - Geburts-hilfe. Qualitätsindikatoren.
- Bergmann KE, Bergmann RL, Ellert U, Dudenhausen JW (2007) Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50:670–676. doi: 10.1007/s00103-007-0228-4
- Bertelsmann Stiftung (2015) Trotz positivem Trend: zu wenig Personal in Kitas. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/august/trotz-positivem-trend-zu-wenig-personal-in-kitas/>. Zugegriffen: 01. April 2017
- Böhm (2013) Wenn Kleinkinder chronisch gestresst sind. Pädiatrie hautnah 25 (S1):16–18.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017) Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt. 132.
- Chaput KH, Nettel-Aguirre A, Musto R et al (2016) Breastfeeding difficulties and supports and risk of postpartum depression in a cohort of women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study. CMAJ Open 4:E103–E109. doi: 10.9778/cmajo.20150009
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 150:782–786.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Verbund Hebammenforschung (2014) Auszug aus der abschließenden Veröffentlichung zum Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Hochschule Osnabrück, Osnabrück
- Ellsäßer G (2014) Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2012. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Garner AS, Shonkoff JP, Siegel BS et al (2012) Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. Pediatrics 129:e224–e231. doi: 10.1542/peds.2011-2662
- Garsoffky S, Sembach B (2014) Die Alles ist möglich-Lüge: Wieso Familie und Beruf nicht zu vereinbaren sind, 3. Aufl. Pantheon Verlag, München
- Geene R, Rosenbrock R (2012) Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und Familien. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln, S 46–75
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung).
- Gold C, Lehmann F (2012) Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C (2013) Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- Kolip P, Nolting H-D, Zich K (2012) Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten - Entwicklung und regionale Verteilung. Bertelsmann Stiftung
- Löbner I (2016) Gelassene Eltern-Glückliche Kinder: Mit mehr Leichtigkeit und Entspannung durch die ersten sechs Lebensjahre. Fischer & Gann
- Nationale Präventionskonferenz (2016) Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V.
- Netzwerk Elterninitiativen für Geburtskultur (2016) Grundsatzpapier der Elterninitiativen für Geburtskultur auf der Basis der Kasseler Erklärung zur Reform der Geburtskultur vom 10. Oktober 2015, Ergänzungen 1.2.3.2016.
- Poets CF, Wallwiener D, Vetter K (2012) Zwei bis sechs Wochen zu früh geboren – Risiken für das weitere Leben. Dtsch Arztebl 109:721–726.
- Reckert T (2014) Kurzmeldung - Halbzeit bei den frühen Hilfen. PädNetzS Info 2014/5:27.
- Reckert T (2016) Kinderarmut im ersten Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg. PädNetzS Info 2016/4:6–8.
- Schäfers R (2011) Subjektive Gesundheitseinschätzung gesunder Frauen nach der Geburt eines Kindes. Monsenstein und Vannerdat, Münster
- Schäfers R, Kolip P (2015) Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? Verlag Bertelsmann Stiftung
- Stadler R (2014) Vater, Mutter, Staat: Das Märchen vom Segen der Ganztagsbetreuung - Wie Politik und Wirtschaft die Familie zerstören. Ludwig Buchverlag, München
- Suder J (2014) Belastete Familien brauchen Frühe Hilfen. PädNetzS Info 2014/4:16–17.
- Suder J, Reckert T (2014) Interdisziplinäre Frühförderung - Die neue Landesrahmenvereinbarung. PädNetzS Info 2014/4:12–15.
- Weissenborn A, Abou-Dakn M, Bergmann R et al (2016) Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht. Das Gesundheitswesen 78:695–707. doi: 10.1055/s-0035-1555946
- WHO (2012) Born too soon. The global action report on preterm birth. Genf



in Kooperation
mit:



und:



Eltern bekommen wieder mehr Kinder in unserem Land!

Finden Sie noch die notwendige Betreuung? Sagen Sie es unserer Landesregierung:

Eine Elternbefragung in Baden-Württemberg vom 1.-30.6.2017 anlässlich der U6

	Ja	Nein	Weiß nicht
1.) Bekamen Sie bei einer Frauenärztin/ einem Frauenarzt Termine zur Schwangerenvorsorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Hatten Sie eine Hebamme gesucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Fanden Sie eine Hebamme für die Betreuung vor der Geburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Konnten Sie an Ihrem Wunschgeburtsort gebären?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Waren Sie an Ihrem Geburtsort gut betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Fanden Sie eine Hebamme für die Betreuung nach der Geburt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig:

1. Praxisstempel einfügen, Bögen dann kopieren
2. Bögen vom 1.-30.6.2017 allen Eltern zur U6 vorlegen.
3. Ausgefüllte Bögen bis zum 20.7.2017 gesammelt eintüten und zurücksenden an:

Dr. med. Till Reckert,
Lederstraße 120
72764 Reutlingen

Rückfragen unter
till.reckert@icloud.com

Praxisstempel: