



Berner Fachhochschule  
► Gesundheit



# Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE

## Projektbericht

Paola Origlia Ikhilor<sup>1</sup> MSc  
Gabriele Hasenberg<sup>2</sup> MSc  
Elisabeth Kurth<sup>3,4</sup> PhD  
Barbara Stocker Kalberer<sup>5</sup> MSc  
Eva Cignacco<sup>1</sup> PD, PhD  
Jessica Pehlke-Milde<sup>2</sup> PhD

<sup>1</sup> Berner Fachhochschule, Angewandte Forschung & Entwicklung, Disziplin Geburtshilfe

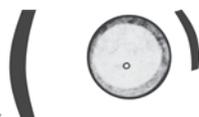
<sup>2</sup> Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammen, Forschungsgruppe Hebammenwissenschaft

<sup>3</sup> Swiss Tropical and Public Health Institute

<sup>4</sup> FamilyStart beider Basel

<sup>5</sup> Schweizerischer Hebammenverband

Bern, 06. Juli 2017



# Zusammenfassung

## Hintergrund

Knapp die Hälfte der in der Schweiz lebenden Ausländerinnen und Ausländer sind Frauen; diese Migrantinnen machen ein gutes Zehntel der Gesamtbevölkerung in der Schweiz aus. In dieser Gruppe treten im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung häufiger sozioökonomische Benachteiligungen auf. Unterschiede manifestieren sich auch im Gesundheitszustand. Schwangere Migrantinnen und ihre Familien erfahren eine Mehrfachbelastung, einerseits durch veränderte Lebensbedingungen und Integrationsanforderungen, andererseits durch die physischen, psychischen und sozialen Anpassungsprozesse in der Schwangerschaft. Schwangere Migrantinnen und Mütter haben gegenüber einheimischen Schwangeren einen schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand. So kommen beispielsweise Müttersterblichkeit, postpartale Depressionen, Kaiserschnittgeburten und Verlegungen von Neugeborenen auf die Neonatologie häufiger vor. Einerseits erweist sich, dass Migrantinnen eher einen erschwerten Zugang zu perinatalen Versorgungsangeboten haben, andererseits scheint die Inanspruchnahme der Angebote von migrationspezifischen Faktoren wie dem Aufenthaltsstatus oder der Nationalität abhängig zu sein. Die fehlenden Sprachkompetenzen scheinen also einen wesentlichen Einfluss auf diese Unterschiede zu haben.

Die Betreuungspfade von Migrantinnen der ständigen Wohnbevölkerung und von Migrantinnen aus dem Asylbereich unterscheiden sich grundsätzlich. Im asylrechtlichen Status (Aufenthaltsbewilligung N, F oder S), werden Frauen über die kantonalen Behörden im Hausarztmodell krankenversichert, während sich Frauen mit ausländerrechtlichem Status (Bewilligungen B oder C) weitgehend selbstständig im Gesundheitswesen orientieren. Es bestehen keine etablierten Systeme, welche diese Frauen gezielt unterstützen. Diese unterschiedlichen Voraussetzungen sollten in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt werden. Bei der Auswahl der Untersuchungspopulation wurde darauf geachtet, dass Nutzerinnen vertreten waren, die unter ausländerrechtlichem bzw. asylrechtlichem Status in die Schweiz eingewandert waren.

Als Repräsentantinnen der ständigen Wohnbevölkerung mit ausländerrechtlichem Status wurden Albanisch sprechende Migrantinnen ausgewählt. Darunter finden sich oft Frauen, die im Rahmen des Familiennachzugs in die Schweiz einreisen. Im Jahr 2015 stammten gemäss den Statistiken des Bundes Personen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz (Ausländerausweis B oder C), die keine der Landesprachen sprechen, der Häufigkeit nach aus Portugal, dem Kosovo, Spanien, Serbien, der Türkei und Mazedonien. In Albanien, Mazedonien, Südserbien und im Kosovo wird die albanische Sprache gesprochen. Sie repräsentiert die in der Schweiz von Personen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung am häufigsten gesprochene und interkulturell gedolmetschte Sprache. In der Schweiz erscheint es für Kosovo-Albanerinnen schwierig, sich im diversifizierten Gesundheitsversorgungsangebot zurechtzufinden. Sie greifen eher auf medizinische Angebote zurück als auf Gesundheitsleistungen, die von Hebammen angeboten werden (wie z. B. Geburtsvorbereitungskurse oder Stillberatung).

Als Repräsentantinnen jener Frauen, die als Asylsuchende in die Schweiz einreisten, wurden eritreische Migrantinnen ausgewählt. Seit mehreren Jahren werden die meisten Asylgesuche in der Schweiz von eritreischen Staatsbürgerinnen und -bürgern gestellt (fast 10 000 Eritreerinnen und Eritreer ersuchten 2015 in der Schweiz um Asyl). Die seit Jahren von allen Sprachen am häufigsten interkulturell gedolmetschte Sprache ist Tigrinya, das in Eritrea und im Norden Äthiopiens gesprochen wird. Es ist davon auszugehen, dass immigrierte Eritreerinnen wenig mit dem schweizerischen System der gesundheitlichen Grundversorgung, der Mutterschaftsbetreuung oder dem Hausarztssystem, in dem sie durch die Behörden im Rahmen des Asylverfahrens krankenversichert werden, vertraut sind.

Die perinatale Versorgung in der Schweiz zeichnet sich generell durch eine hohe Fragmentierung aus, woraus Folgeprobleme wie die fehlende oder ungenügende Übermittlung von gesundheitsrelevanten Daten an weiterführende Betreuungsdienste entstehen. Allophone Migrantinnen sind aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse nicht in der Lage, diese Informationsdefizite selber auszugleichen.

In den vergangenen Jahren wurde kontinuierlich in perinatale Versorgungsangebote investiert, die spezifisch für Migrantinnen konzipiert sind. Da diese Angebote heterogen und in den Kantonen un-

terschiedlich ausgestaltet sind, verbleiben aber Lücken in der geburtshilflichen Versorgung. Obwohl Informationsmöglichkeiten bereitstehen, gelingt insbesondere allophonen Migrantinnen der Zugang oft nicht und sie können wenig von den Angeboten profitieren. Schulungsangebote zu transkultureller Kompetenz für Gesundheitsfachpersonal wurden von den Aus- und Weiterbildungsanbietern gezielt gefördert. Mehrsprachig übersetztes Informationsmaterial steht zur Verfügung und das Beratungsangebot zur perinatalen Gesundheit wurde verbessert. Inwiefern diese Angebote von den Fachpersonen eingesetzt werden, bleibt hingegen offen.

In der Regelversorgung steht freischaffend tätigen Hebammen aufgrund der fehlenden Finanzierung kein professionelles Dolmetschangebot zur Verfügung. Obwohl bekannt ist, dass sich interkulturelles Dolmetschen im Spital positiv auf die Gesundheit von Patienten und Patientinnen auswirkt und sich die Anzahl der interkulturell gedolmetschten Vor-Ort-Einsätze zwischen 2006 und 2010 fast verdoppelt hat, sind Ad-hoc-Übersetzungen, meist durch den (Ehe-)Partner, in der Praxis üblich. Dies kann bei sensiblen Themen (z. B. Stillen, Sexualität, Empfängnisverhütung) zu Falschübersetzungen und Missverständnissen führen.

### **Ziele der Studie**

Die vorliegende Studie hat das Ziel,

- kommunikative Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung bzw. bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett allophoner Migrantinnen aus den verschiedenen Perspektiven von Nutzerinnen, Fachpersonen sowie interkulturellen Dolmetschenden<sup>1</sup> zu beschreiben und
- priorisierte Empfehlungen zuhanden von Fachgesellschaften zur Verbesserung der Qualität und der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, für eine barrierefreie und transkulturelle Verständigung zwischen Fachpersonen und Nutzerinnen sowie für eine effektive Koordination zwischen den betreuenden Diensten zu formulieren.

### **Methode**

In einem qualitativen explorativen Studiendesign wurden die folgenden Fragestellungen untersucht:

- Welche Erfahrungen machen allophone Migrantinnen mit dem Beratungs- und Betreuungsangebot rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett?
- Welche Erfahrungen machen Fachpersonen mit der Informationsvermittlung und Verständigung bei der Beratung und Behandlung rund um die Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, wenn Sprachbarrieren vorliegen?
- Wie erleben interkulturelle Dolmetschende die Kommunikation in der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung von allophonen Migrantinnen?

Eine quantitative Analyse von Protokollen telefonisch gedolmetschter Beratungsgespräche von Hebammen des Netzwerks FamilyStart beider Basel in der häuslichen Wochenbettnachsorge ergänzte die Perspektive der Fachpersonen.

#### *Qualitativer Teil*

Zur Datenerhebung wurden zwei Fokusgruppeninterviews mit Gesundheitsfachpersonen (Hebammen, Pflegefachfrauen, Mütterberaterinnen, Ärztinnen), ein Fokusgruppeninterview mit Migrantinnen tigrinischer Muttersprache sowie zwei Einzel- und ein Doppelinterview mit Migrantinnen albanischer Muttersprache durchgeführt, sowie je zwei Einzelinterviews mit Dolmetschenden für Albanisch bzw. Tigrinya. Ergänzend dazu wurden Protokolle telefonisch gedolmetschter Beratungsgespräche von Hebammen in der häuslichen Wochenbettnachsorge quantitativ ausgewertet.

Die Einschlusskriterien für die Nutzerinnen waren die folgenden: Muttersprache Tigrinya oder Albanisch, geringe oder keine Deutschkenntnisse und bis zu einem Jahr vorher erfolgte Geburt eines gesunden Neugeborenen in der Schweiz. Die Teilnehmerinnen wurden in verschiedenen Deutschschweizer Kantonen über Spitäler, Fachverbände, freiberufliche Fachpersonen, Institutionen und Vermitt-

<sup>1</sup> In vorliegendem Text wird der Begriff «Dolmetschende» für ausgebildete, interkulturelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher benutzt.

lungsstellen sowie Schlüsselpersonen in den untersuchten Sprachgruppen kontaktiert und rekrutiert. Sie wurden in ihrer Sprache informiert und über die Studie aufgeklärt. Einschlusskriterien für die teilnehmenden Dolmetschenden waren Erfahrung sowohl mit dem Dolmetschen vor Ort als auch am Telefon. Die Fachpersonen mussten mindestens ein Jahr Berufserfahrung in der Betreuung allophoner Migrantinnen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zu einem Jahr nach der Geburt aufweisen.

Die Datenerhebung schliesslich basierte auf semistrukturierten Interviewleitfäden, die der jeweiligen Untersuchungsgruppe angepasst wurden. Die im Anschluss an die Transkription der Interviews folgende Datenauswertung folgte dem Verfahren der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) und wurde im gesamten Forschungsteam in mehreren ganztägigen Analyseworkshops durchgeführt.

#### *Quantitativer Teil*

Die Protokolle der telefonisch gedolmetschten Beratungsgespräche wurden zwischen Oktober 2013 und März 2016 erstellt. Die in den Protokollen erhobenen Daten bezogen sich auf demografische Angaben zur Nutzerin, Angaben zum Ziel und zum Inhalt des Gesprächs, zu dessen Auswirkungen, Nutzen und aufgetretenen Schwierigkeiten. Zudem wurden Angaben zum Herkunftsland der Frau, zur gedolmetschten Sprache und zur Gesprächsdauer erfasst und ausgewertet. Alle Angaben wurden als Multiple-Choice-Auswahl gemacht ausser der Einschätzung zum Gesamtnutzen des Gesprächs, die als Visual-Analog-Scale erfasst wurde. Die deskriptive Datenanalyse erfolgte mittels Microsoft-Excel 2010.

### **Ergebnisse**

#### *Qualitativer Teil: Interviews*

Die Stichprobe der Nutzerinnen umfasste sechs eritreische Mütter, mit denen ein Fokusgruppeninterview in Tigrinya geführt wurde, sowie vier Albanisch sprechende Mütter, mit denen ein Doppelinterview und zwei Einzelinterviews in Albanisch geführt wurden. Die Stichprobe der Fachpersonen setzte sich aus 22 Personen zusammen, die als Hebammen, Mütterberaterinnen, Pflegefachfrauen, Gynäkologinnen und Pädiaterinnen Erfahrung bei der geburtshilflichen Betreuung allophoner Migrantinnen hatten. Die Daten der Fachpersonen wurden in zwei Fokusgruppeninterviews erhoben. Die Stichprobe der interkulturell Dolmetschenden umfasste jeweils zwei Personen, die Erfahrung im Dolmetschen vor Ort und am Telefon in Albanisch bzw. Tigrinya aufwiesen.

**Tabelle:** Ergebnismatrix mit Synthese

<b>Dimensionen</b>	<b>Nutzerinnen</b>	<b>Fachpersonen</b>	<b>Dolmetschende</b>	<b>Synthese</b>
Lebensumstände und Versorgungssystem	Sich orientieren im hochdifferenzierten Gesundheitssystem	Die anderen Lebenswelten verstehen wollen	Verständnis für die belastende Lebenssituation haben	Herausforderung, die jeweils andere Welt zu verstehen
Beziehungen und Interaktionen	Das Beziehungsgeschehen zwischen sich und den Fachpersonen spüren	Bei der Verständigung Abstriche machen	Widersprüchliche Erwartungen von Nutzerinnen und Fachpersonen erleben	Sich um das Verstehen bemühen und oft nicht vom Gleichen sprechen
Passung der Gesundheitsangebote	Objekt von Entscheidungen sein	Zwischen sich arrangieren und alles geben	Ohne Dolmetschen geht's nicht	Übergestülpte Gesundheitsleistungen

Die verschiedenen Perspektiven wurden separat ausgewertet. Jede Perspektive wies Ergebnisse auf, die in die drei Dimensionen: Lebensumstände und Versorgungssystem, Beziehungen und Interaktionen sowie Passung der Gesundheitsangebote eingeordnet werden konnten (siehe Tabelle).

### *Perspektive Nutzerinnen*

Die Systemkenntnisse der Nutzerinnen im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheitsversorgung in der Schweiz waren oft unzureichend und es gelang mit ungenügenden Sprachkenntnissen schlecht, sich im komplex organisierten, fragmentierten und ausdifferenzierten Gesundheitssystem zu orientieren und zu erkennen, welche Personen für ihre jeweiligen Anliegen anzusprechen sind.

Die Nutzerinnen erlebten ein Gefälle in der Beziehungsgestaltung zwischen sich und den Fachpersonen. Sie machten vor allem dann, wenn die Gespräche nicht gedolmetscht wurden, immer wieder die Erfahrung, wesentliche Dinge nicht erklärt zu bekommen bzw. sie nicht zu verstehen und fühlten sich der Beziehung zu den Fachpersonen als von ihnen abhängig. Die allophonen Migrantinnen sahen sich wiederholt mit diskriminierenden Äusserungen konfrontiert.

Dem Informationsbedarf der Nutzerinnen wurde nicht immer adäquat begegnet, so dass sie sich als Objekt fremder Entscheidungen empfinden konnten. Nicht verstehen und sich nicht in Entscheidungen einbezogen zu fühlen, löste ein Spektrum negativer Gefühle aus, das von grosser Sorge hin bis hin zu existenzbedrohender Angst reichte. Dies war insbesondere in Notfallsituationen vorherrschend. Informationsdefizite in solchen Situationen wurden auch durch nachträgliche Erklärung nicht immer ausgeglichen. Ausdrücklich forderten die Nutzerinnen den Beizug von Dolmetschenden.

### *Perspektive Fachpersonen*

Die Fachpersonen drückten das Bedürfnis aus, die spezifische Lebenswelt ihrer Klientinnen verstehen zu wollen. Dieses resultierte aus ihrem professionellen Auftrag und war gleichermassen auch Ausdruck ihrer persönlichen Werthaltung gegenüber den migrierten Frauen und Familien. Sie identifizierten vielfältige soziale Probleme und Herausforderungen, die die Nutzerinnen gesundheitlich belasteten und sie bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsleitungen beeinträchtigten. Ungenügende Sprachkenntnisse bei Nutzerinnen, die schon lange in der Schweiz wohnten, konnten bei den Fachpersonen Unverständnis auslösen.

Die Fachpersonen konnten, von gedolmetschten Gesprächen abgesehen, aufgrund fehlender Verständigungsmöglichkeiten einen Teil ihrer Beratungs- und Informationsleistungen nicht erbringen und insbesondere in komplexen Situationen nicht die nötige Unterstützung anbieten. Alternativ zu professionell gedolmetschten Gesprächen wurden Ad-hoc-Dolmetschende eingesetzt und Broschüren und Bilder verwendet, ausserdem wurde mit Händen und Füssen kommuniziert, im Wissen darum, dass diese Vorgehensweisen oft ungenügend waren. Selbst wenn die sprachliche Verständigung gewährleistet war, konnten unterschiedliche kulturelle Referenzsysteme dazu führen, dass bei der Verständigung Abstriche gemacht wurden.

Im Bemühen, eine möglichst gute Betreuung anzubieten befanden sich die Fachpersonen zwischen den Extremen, alles einzusetzen, was ihnen möglich war und der Notwendigkeit, sich bei fehlender Verfügbarkeit von Dolmetschenden arrangieren zu müssen. Auf der Grundlage eines erhöhten Einsatzes war durchaus eine Verständigung möglich. Das Ziel, die Betreuung bedürfnisorientiert zu gestalten, konnte dabei aber kaum erreicht werden. Insbesondere die erschwerte Verständigung in Notfallsituationen stellte für die Fachpersonen eine ausgeprägte Belastung dar.

### *Perspektive Dolmetschende*

Die Dolmetschenden hatten aufgrund ihrer Kenntnisse über die Bedingungen im Heimatland der Nutzerinnen und aufgrund ihrer eigenen Integrationsgeschichte in der Schweiz grosses Verständnis für die vielfältigen Belastungen, die die Nutzerinnen in ihrer Lebenssituation erlebten, insbesondere im Zusammenhang mit dem Aufenthaltsstatus. Sie werteten die Angehörigen der Nutzerinnen als wichtige Ressource.

Die Dolmetschenden nahmen die Erwartungen, die die Nutzerinnen und Fachpersonen an das gemeinsame Gespräch hatten, als widersprüchlich war. Die Ziele, die die Fachpersonen verfolgten konnten den Erwartungen der Nutzerinnen zuwiderlaufen. Dies zeigte sich für die Dolmetschenden darin, dass sie bei den Frauen oft den Wunsch erkannten, mehr über ihre Sorgen und Probleme zu sprechen, während die Fachpersonen bestrebt waren, möglichst viele Fachinformationen abzugeben und Ent-

scheidungen treffen zu können. Die Dolmetschenden sahen sich selber in einer neutralen Rolle, setzten manchmal aber auch aktive Impulse bei der transkulturellen Vermittlung.

Es braucht konsequent verfügbare Dolmetschdienste, damit Gesundheitsleitungen nutzbar werden und Fachpersonen diese Leistungen zielführend erbringen können. Die Dolmetschenden lieferten Hinweise darauf, was es für eine verbesserte Verständigung braucht. Beispielsweise sollten die Gespräche einfacher gestaltet und inhaltlich nicht überfrachtet werden, ausserdem sei es wichtig, sich genügend Zeit dafür zu nehmen. Im Vordergrund sollten dabei die für die Nutzerin unmittelbar relevanten Themen stehen. Das Dolmetschen vor Ort wird dabei vor allem bei komplexen oder intimen Themen den Telefondolmetschen vorgezogen, welches vor allem für kurze Informationen geeignet sei.

#### *Quantitativer Teil: Analyse der telefonisch gedolmetschten Beratungsgespräche*

Die Protokolle der telefonisch gedolmetschten Beratungsgespräche von Hebammen in der Wochenbettbetreuung wurden quantitativ ausgewertet. Die daraus resultierenden Ergebnisse wurden in die Darstellung der Perspektive der Fachpersonen integriert. Während der 30 Monate dauernden Evaluationsphase nutzten nur 10 von 29 der für den Beizug des Telefondolmetschdienstes geschulten Hebammen den für sie kostenfreien Telefondolmetschdienst. Sie zogen diesen in verschiedenen Bereichen des ambulanten Wochenbettbesuches hinzu, insbesondere zur Erfassung der Anliegen der Klientin und um Informationen abzugeben. Inhaltlich waren die somatische Gesundheit von Mutter und Kind und das Stillen die wichtigsten Themen. Die psychosoziale Situation der Familie und die Gesundheitsversorgung wurden deutlich seltener genannt. Gefragt nach den positiven Auswirkungen des Beizugs des Telefondolmetschdienstes wurde am häufigsten geantwortet, dass die Klientinnen dadurch ihre Fragen und Anliegen äussern konnten und die Erklärungen verstanden hätten. In einigen Fällen beschrieben Hebammen, wie durch das Telefondolmetschen die Gesundheitskompetenz und die Zufriedenheit der Klientinnen positiv beeinflusst worden sei. Von Schwierigkeiten beim Beizug des Telefondolmetschdienstes wurde seltener berichtet. Die genannte Kritik galt vor allem dem zusätzlichen Zeitaufwand, der Qualität der Telefonverbindung und der Professionalität der Übersetzung. Die Hebammen schätzten den Nutzen des Telefondolmetschdienstes für die Betreuungsqualität mit 7,4 von 10 möglichen Punkten ein. Demnach scheint der Beizug des Telefondolmetschdienstes in der häuslichen Hebammenbetreuung durch das Überbrücken von Sprachbarrieren die Betreuungsqualität zu erhöhen.

#### **Synthese der Ergebnisse**

Die Triangulation der Perspektiven ergab in einigen Punkten ein übereinstimmendes Bild, andere zeigten deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung von kommunikativen Barrieren.

#### *Herausforderung, die jeweils andere Welt zu verstehen*

Die Lebenssituation der Nutzerinnen wirkte sich stark auf die Kommunikation mit den Fachpersonen aus. Die Erwartungen der Nutzerinnen konnten sich individuell sowie durch die kulturelle Prägung deutlich von den Vorstellungen und Gewohnheiten der Fachpersonen unterscheiden. Kamen noch schwierige soziale Verhältnisse und ein unsicherer Aufenthaltsstatus dazu, stellte die kommunikative Situation besonders hohe Anforderungen an die Fachpersonen.

Die mangelnde Kenntnis des schweizerischen Gesundheitssystems erschwerte es den Nutzerinnen zu erkennen, mit welchen Anliegen sie sich an die Fachpersonen wenden konnten. Den Dolmetschenden gelang es aufgrund ihrer Kenntnisse des Herkunftslandes manchmal besser, die Anliegen der Nutzerinnen einzuordnen und sie konnten die Ziele der Fachpersonen aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen mit dem hiesigen Wertesystem manchmal besser verstehen. Sie erkannten dadurch eher, welche Informationen den Nutzerinnen in ihrer Situation fehlten. Manchmal standen aber auch soziale Probleme im Vordergrund, zu deren Lösung die Fachpersonen und die Dolmetschenden kaum einen Beitrag leisten konnten.

Die Angehörigen waren für die allophonen Migrantinnen eine grosse Hilfe und eine Stütze, insbesondere in Bezug auf die neue Situation – geprägt von der Mutterschaft und der unbekanntem Umgebung – in der die Frauen sich befanden. Die Angehörigen wurden von den Fachpersonen über den Einsatz als Ad-hoc-Dolmetschende hinaus aber selten in die Betreuung involviert und ihr Potenzial wurde zu wenig genutzt.

### *Sich um das Verstehen bemühen und oft nicht vom Gleichen sprechen*

Die Fachpersonen unternahmen grosse Anstrengungen zur Verständigung und ihre Bemühungen wurden von den Nutzerinnen wertgeschätzt. Häufig reichte der Einsatz aber ohne das Hinzuziehen von Dolmetschenden nicht aus, um angemessen aufzuklären und die Nutzerinnen zu einer selbstbestimmten und informierten Entscheidung zu befähigen. Betroffene Migrantinnen erlebten sich in solchen Situationen (häufig Notfallsituationen) als ohnmächtig und den Entscheidungen der Fachpersonen ausgeliefert. Sie erhielten manchmal auch im Nachhinein keine Erklärung, wenn Massnahmen wie ein Notfallkaiserschnitt, eine vorzeitige Schwangerschaftsbeendigung oder unerwünschte Dammschnitte ohne ihr Einverständnis durchgeführt wurden.

Auch in regulären Betreuungssituationen sahen die Fachpersonen manchmal keine Möglichkeit, Bedürfnisse und Erwartungen der Nutzerinnen in Erfahrung zu bringen und ihr Angebot daran auszurichten. Die Situation schien durch nonverbale Kommunikation zwar im Hinblick auf den Kommunikationsprozess nicht befriedigend gelöst worden zu sein, aber im Resultat, wenn Mutter und Kind gesund nach Hause gehen konnten, doch zu einem angemessenen Ergebnis geführt zu haben. In der Regel erfuhren die Fachpersonen nichts von später auftretenden Problemen oder den nachhaltig schlechten Erinnerungen, die die Nutzerinnen an die perinatale Betreuung hatten.

Die Dolmetschenden nahmen wahr, dass die Fachpersonen oft bestrebt waren, möglichst viele Fachinformationen abzugeben, während die Frauen den Wunsch hatten, mehr über ihre Sorgen sprechen zu können. Die Nutzerinnen fühlten sich dabei in einer unterlegenen Position, in der sie ihre Bedürfnisse und Anliegen nicht zu äussern und deren Berücksichtigung auch nicht einzufordern wagten.

Die Dolmetschenden konnten widersprüchliche Erwartungen überbrücken indem sie z. B. vermittelten, warum eine Fachperson eine Frage stellte (z. B. zur Beschneidung), oder indem sie erklärten, warum eine Nutzerin die Fragen möglicherweise nicht richtig verstand oder sie nicht beantworten wollte. Telefonisches Dolmetschen wurde dabei vor allem für einfache Informationsübermittlung als geeignet bewertet. Für komplexe und intime Themen sei das Vor-Ort-Dolmetschen besser geeignet.

### *Übergestülpte Gesundheitsleistungen*

Das reproduktive Versorgungsangebot im Schweizer Gesundheitssystem machte in manchen Situationen den Anschein, wenig bedürfnisorientiert zu sein. Die befragten Migrantinnen wertschätzten die Bemühungen der Fachpersonen. Einige wünschten sich aber manchmal eine weniger invasive geburtshilfliche Begleitung, die den natürlichen Prozessen mehr Raum gelassen hätte. Medizinische Leistungen, wie z. B. die pränatale Diagnostik, erschienen nicht immer mit dem Wertesystem der befragten Migrantinnen vereinbar, so dass detaillierte Information und Aufklärung als Zumutung wahrgenommen werden konnten.

Trotz des grossen Engagements der Fachpersonen kam es insbesondere in Notfallsituationen zu Abstrichen bei der Aufklärungspflicht und die Verantwortlichen waren im Dilemma zwischen der Anforderung, eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, und ihrer beruflichen Pflicht, alle zur Sicherheit von Mutter und Kind notwendigen Massnahmen unverzüglich zu ergreifen. Dies konnte dazu führen, dass betroffene Nutzerinnen sich den Entscheidungen der Fachpersonen ausgeliefert fühlten. Sie erinnerten sich noch lange an diese Erlebnisse und erhielten manchmal auch im Nachhinein keine Erklärung für einschneidende Massnahmen wie einen Notfallkaiserschnitt, eine vorzeitige Schwangerschaftsbeendigung oder unerwünschte Dammschnitte. Die Fachpersonen erfuhren nicht, dass diese Erlebnisse für die Nutzerinnen nachhaltig problematisch bleiben konnten und Vorbehalte gegenüber den Gesundheitsversorgungsangeboten auslösten.

Bei einem punktuellen Hinzuziehen von Dolmetschenden war die Tendenz zu beobachten, dass viele Informationen in kurzer Zeit vermittelt wurden. Dies konnte dazu führen, dass die Nutzerinnen überfordert waren und die Informationen kaum genutzt werden konnten. Diese vermeintlich bestmögliche Nutzung von Dolmetschenden verfehlte somit ihr Ziel.

Ein ähnliches Informationsüberangebot zeigte sich bei Nutzerinnen, die bereits eigene Sprachkompetenzen entwickelt hatten. Es fiel ihnen oft besonders schwer, Relevantes von Nichtrelevantem zu unterscheiden, und die Fachpersonen trauten ihnen eher zu viel zu.

Das Hinzuziehen von Dolmetschenden wurde aus allen Perspektiven und am stärksten von den Nutzerinnen selber als Schlüssel zu einer Kommunikation eingefordert, die auf sprachliches und kulturelles Verständnis aufbaut. Allerdings legen die Ergebnisse dieser Studie nahe, dass Dolmetschende zu selten hinzugezogen werden und dass die Verfügbarkeit von Dolmetschleistungen ungenügend ist. Gesundheitsfördernde, edukative oder präventive Betreuungsziele in der Arbeit mit allophonen Migrantinnen können nur dann verfolgt und erreicht werden, wenn Dolmetschende verfügbar sind und die entsprechenden Angebote ausgebaut werden.

### **Stärken und Limitationen der Studie**

Eine Stärke dieser Studie ist, dass die Kommunikationsbarrieren bei allophonen Migrantinnen erstmals aus verschiedenen Perspektiven untersucht wurden und dass dabei auch die Sichtweise der Migrantinnen selber einbezogen wurde. Durch den Prozess des Peer-Reviews bei der Datenanalyse sind die Resultate breit abgestützt. In der insgesamt grossen Stichprobe der Studie war die Gruppe der Nutzerinnen mit sechs Tigrinya und vier Albanisch sprechenden Migrantinnen klein. Es sind nur bedingt Rückschlüsse auf Migrantinnen anderer Herkunft möglich.

Aufgrund des schwierigen Zugangs zu den Nutzerinnen waren Erweiterungen der Einschlusskriterien notwendig, z. B. nahm eine Frau teil, die nicht eindeutig als allophon bezeichnet werden konnte. Bei den eritreischen Nutzerinnen hatte die Anwesenheit der Dolmetschenden, mit denen einzelne Frauen im Rahmen der perinatalen Betreuung in Kontakt standen, möglicherweise einen Einfluss auf die Antworten. Bei den teilnehmenden Fachpersonen muss davon ausgegangen werden, dass sie ein eher grosses Interesse und eine hohe Sensibilität für das untersuchte Thema aufwiesen.

Die Stärke der quantitativen Auswertung telefonisch gedolmetschter Gesprächsprotokolle in der häuslichen Wochenbettbetreuung liegt einerseits in der Ergänzung der Perspektive von Fachpersonen, andererseits stellt die Beschränkung auf die Berufsgruppe der Hebammen und die ausschliesslich ambulante Wochenbettbetreuung hier auch eine Limitation dar.

### **Empfehlungen**

Diese Studie gibt Anhaltspunkte, welche Bereiche der geburtshilflichen Versorgung der besonderen Aufmerksamkeit und Verbesserung bedürfen. Die folgenden Empfehlungen richten sich an unterschiedliche Akteure des Gesundheitswesens und können auf unterschiedlichen Ebenen umgesetzt werden

#### **1. Allophone Migrantinnen brauchen Unterstützung, um sich im Gesundheitssystem zu orientieren.**

Sich in einem hochkomplexen Gesundheits- und Sozialsystem orientieren zu können, ist anspruchsvoll. Ein verbesserter Zugang zu den geburtshilflichen Angeboten geht mit Kenntnissen über das Versorgungssystem, dessen Leistungen und Leistungserbringer einher.

Um diese Kenntnisse zu erwerben und zu vertiefen, eignet sich der Austausch mit Multiplikatorinnen, zu denen Migrantinnen Vertrauen haben und denen sie im Alltag begegnen. Multiplikatorinnen sollten von Hebammen zu den Angeboten rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett geschult werden.

Der Spracherwerb ist aus Sicht allophoner Migrantinnen eine Voraussetzung, um Systemkenntnisse zu erwerben. Integrationsfachstellen sollten Möglichkeiten schaffen und fördern, die es Müttern mit kleinen Kindern erlauben, die lokale Sprache zu erlernen.

Integrationsfachstellen sollten allen neu ankommenden Frauen (unabhängig von einer aktuellen Schwangerschaft) spezifische Informationen zur reproduktiven Gesundheit, zur frühen Kindheit und zum Versorgungssystem abgeben. Informationsmaterial können Broschüren (wie z. B. bereits bestehendes Material von migesplus.ch), Apps, Bild- und Videomaterial sein. Diese sollten in den wichtigsten Sprachen angeboten werden und in einfacher Sprache verfasst sein. Die Vorteile und die Verfügbarkeit neuer Medien sollten dabei genutzt werden. Ausserdem sind für wenig alphabetisierte Zielgruppen audiovisuelle Informationsmittel speziell geeignet.

Fachpersonen sollten den Migrantinnen im Betreuungsprozess solche Informationen und Materialien ebenfalls zur Verfügung stellen.

## **2. Die reproduktive Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen bedarf einer genaueren Analyse.**

Asylsuchende und Flüchtlinge stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Neben ausgeprägten Kommunikationsbarrieren bedeuten mangelnde Eigenressourcen, eine fehlende Privatsphäre und ungenügende Betreuungskontinuität Probleme für eine zukunftsorientierte Gesundheitsförderung und -bildung von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen. Die Fachpersonen brauchen mehr Spielraum und Unterstützung, damit sie ihre Leistungen unter den erschwerten Bedingungen erbringen können. Die adäquate geburtshilfliche Versorgung von Asylsuchenden muss über die Notfallversorgung hinausgehen und auch präventive Angebote umfassen. Dafür müssen von der Politik die rechtlichen Bedingungen geschaffen werden. Das SEM und die Kantone sollten im Rahmen ihrer Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden aktiv präventive Angebote zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit vorsehen.

Die Situation im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von geburtshilflichen Leistungen in den Asylunterkünften der Schweiz ist nicht schlüssig geklärt. Eine genauere Analyse der geburtshilflichen Versorgung von Asylsuchenden ist nötig.

## **3. Interkulturelles Dolmetschen in der geburtshilflichen Versorgung muss geregelt und gesichert sein.**

Um Sprachbarrieren adäquat zu begegnen und um eine bedarfsgerechte Beratung und Behandlung zu ermöglichen, braucht es qualifizierte Dolmetschleistungen. Nur durch eine gesicherte Verständigung kann die rechtlich erforderliche informierte Einwilligung in die Behandlung bei den allophonen Migrantinnen eingeholt werden. Interkulturelles Dolmetschen sollte in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgenommen werden und muss in allen Kantonen flächendeckend und gleichermassen für stationäre und ambulante Bereiche verfügbar sein.

In erster Linie ist die Politik gefordert, Rahmenbedingungen für ein «Recht auf Verständigung» zu schaffen. Fachgesellschaften und -verbände im Gesundheits- und Medizinbereich sind gefordert, die Umsetzung dieser Empfehlung zu unterstützen. Bis die politischen Weichen gestellt sind, braucht es Übergangslösungen. Während die Gesundheitsinstitutionen aufgefordert sind, aktiv nach Finanzierungsmöglichkeiten zu suchen, sollten Kantone, Gemeinden oder Non-Profit-Organisationen Dolmetschleistungen unbürokratisch entgelten.

## **4. Das bereits bestehende Angebot von Dolmetschleistungen vor Ort und am Telefon muss aufrechterhalten bzw. optimiert werden.**

Das Dolmetschen in den Spitälern sollte weiterhin eingesetzt werden. Je komplexer, intimer und emotional belastender die Gesprächsinhalte sind, desto eher sollte das Vor-Ort-Dolmetschen dem Telefondolmetschen vorgezogen werden. Ferner sollten Kontinuität und der Vertrauensaufbau zu den Dolmetschenden durch strukturelle Massnahmen sichergestellt werden (z. B. fixe Sprechstundenzeiten von Dolmetschenden). Gespräche sollten nicht inhaltlich überfrachtet werden, weil sie dann die Nutzerinnen überfordern und letztlich kontraproduktiv sein können.

Telefondolmetschen stellt für kurze, einfache Informationen, das Ermitteln von Anliegen und das Beantworten von Fragen eine nützliche Alternative dar, die kurzfristig jederzeit verfügbar ist. Dies hat sich im spitalinternen und spitalexternen Setting bereits bewährt. In Notfallsituationen kann Telefondolmetschen sowohl hilfreich als auch problematisch sein, da ein Notfall per se mit hoher Komplexität und emotionaler Belastung verbunden ist.

In Schulungen können sowohl Fachpersonen als auch Dolmetschende gleichermassen auf die Herausforderungen eines Dialogs vorbereitet werden. Die Dachorganisation für das interkulturelle Dolmetschen und die Vermittlungsstellen können mit gezielten interdisziplinären Weiterbildungen die Qualität der Dienste fördern, indem neben gesprächstechnischen auch medizinische Themen vertieft werden. Ferner sollte das System der Vermittlung von Telefondolmetschenden so optimiert werden, dass die Vermittlungsdauer verkürzt wird.

Der Einsatz von Videodolmetschdiensten sollte geprüft werden, da diese Methode gegenüber dem Telefon das Potential hat, die Verständigung durch die zusätzliche Vermittlung von nonverbaler Kommunikation zu erleichtern.

#### **5. Transkulturelle Kompetenz, als Teil der professionellen Kompetenz, muss von den Fachpersonen erworben und kontinuierlich weiterentwickelt werden.**

Fachpersonen sollten fähig sein, individuelle Lebenswelten der Migrantinnen und deren Familien situations- und kontextbezogen zu erfassen um eine angepasste Betreuung anzubieten.

In allen Ausbildungscurricula von Berufsgruppen, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, muss der Erwerb transkultureller Kompetenzen verankert sein. In interdisziplinären Lernsettings sollen alle Beteiligten auf eine zielführende Zusammenarbeit vorbereitet werden. Weiterbildungen müssen angeboten werden, damit transkulturelle Kompetenzen kontinuierlich weiterentwickelt werden können.

Für die kontinuierliche Reflexion des Betreuungsprozesses im interprofessionellen Team bzw. im Praxisalltag sollten Rahmenbedingungen und Gelegenheiten geschaffen werden, z. B. durch Intervision, Fallbesprechungen und Qualitätszirkel. Dabei sollte das Ziel auch darin bestehen, alle Beteiligten für diskriminierendes Verhalten zu sensibilisieren.

Indikatoren einer transkulturellen Kompetenz sollten in die regulären Qualitätsprozesse integriert werden und auch in Leitlinien und Qualitätsstandards der Institutionen erscheinen.

#### **6. Fachpersonen brauchen Unterstützung und Kompetenzen für die Beratung von allophenen Migrantinnen.**

Fachpersonen müssen bei fehlender Verfügbarkeit von Dolmetschleistungen in der Praxis häufig Kompromisse eingehen und versuchen, sich mit nonverbaler Kommunikation so gut wie möglich zu behelfen. Dabei erfahren sie nicht immer, wenn für die allophenen Migrantinnen nachhaltige Probleme bestehen bleiben, die aus der ungenügenden Aufklärung resultierten, und unterliegen deshalb der Fehlannahme, dass die Betreuung am Ende zu einem akzeptablen Ergebnis führte. Die weit verbreitete Annahme, dass eine Kommunikation mit Händen und Füßen in der geburtshilflichen Versorgung genügt, muss kritisch reflektiert werden.

Im Rahmen der Beratung und Betreuung werden auch präventive und edukative Ziele verfolgt. Liegen Verständigungsprobleme vor, werden die damit verbundenen Themen zum Teil nicht besprochen. Eine komplexe, ethisch anspruchsvolle Beratung und Aufklärung stellt für Fachpersonen und allophone Migrantinnen eine besondere Herausforderung dar. Auch Dolmetschende sehen sich oft mit einer schwer verständlichen Fachsprache konfrontiert. Um eine bedarfsgerechte Beratung anbieten und eine informierte Wahl ermöglichen zu können, müssen Dialoge interprofessionell geschult und trainiert werden.

Kommunikationstrainings mit sog. standardisierten Patientinnen und Patienten sind eine effektive Möglichkeit, Beratungskompetenzen für komplexe Situation zu erwerben, und sollten in der Aus- und Weiterbildung eingesetzt werden.

Informationsmaterial in leichter Sprache unterstützt die Fachpersonen darin, komplexe Themen wie z. B. die pränatale Diagnostik, prophylaktische Massnahmen oder die kindliche Entwicklung für allophone Migrantinnen verständlich zu vermitteln.

Fachverbände, Organisationen und Institutionen sollten Lücken hinsichtlich der Entwicklung bedürfnisgerechter Materialien schliessen und bereits entwickelte Materialien verstärkt multiplizieren. Non-Profit-Organisationen und Bundesbehörden können die Multiplikation fördern, indem sie Unterstützung bei den Aufwandsentschädigungen, der Qualitätssicherung oder allfälligen Lizenzmodalitäten leisten.

#### **7. Die Kommunikation in Notfallsituationen muss gesichert werden.**

Notfallsituationen stellen für Fachpersonen eine Belastung dar und können bei allophenen Migrantinnen starke Ängste und gesundheitsschädigende Stressreaktionen auslösen. Wenn die sprachliche Verständigung nicht gewährleistet ist, können die Mütter das Ausmass der Gefahr für sich und ihr Kind nicht abschätzen. In diesen Situationen ist die Verständigung besonders wichtig, um die klinische Situation zu erfassen, den gegenseitigen Informationsfluss aufrechtzuerhalten und das Einverständnis für weitere Massnahmen einzuholen. Institutionen sollten sicherstellen, dass die Hinzuziehung von Dolmetschenden in Notfallsituationen möglich ist.

Eine vorausschauende Planung kann helfen, hektische Situationen im Behandlungsverlauf zu vermeiden und die Dolmetschenden davor bewahren, unvorbereitet in eine Notfallsituation hineinkatapultiert zu werden. Das kann erreicht werden, indem bei Notfallbereitschaft der Einbezug von Dolmetschenden als expliziter Punkt in die Handlungschecklisten aufgenommen wird. Auch die vorsorgliche Abklä-

zung der Disponibilität der Dolmetschenden kann helfen.

Telefondolmetschen ist aufgrund der Verfügbarkeit rund um die Uhr häufig der Modus der Wahl. Bei der Vermittlung von Telefondolmetschenden kann es immer wieder zu Verzögerungen kommen, was in Notfallsituationen besonders problematisch ist. Vermittlungsstellen sollten in Absprache mit den Institutionen den Vermittlungsprozess bei Notfällen überprüfen und bei Bedarf optimieren.

In jedem Fall müssen einschneidende Entscheidungen und Eingriffe mit der Klientin und ihrer Familie im Nachhinein in Ruhe und vor Ort mit einer Dolmetschenden besprochen werden. Das potentiell als traumatisch Erlebte muss erörtert werden und getroffene Entscheide müssen nachträglich erklärt werden. Auch Fachpersonen profitieren von der Klärung im Nachgespräch und können so ihre Erfahrungen stetig verbessern.

Der Dialog ist in Notfallsituationen für alle Beteiligte besonders anspruchsvoll. Neben der Dringlichkeit der Situation kann telefonische Übermittlung zusätzlich herausfordern. Deswegen sollten solche Szenarien in den Aus- und Weiterbildungen von Dolmetschenden und Fachpersonen explizit aufgenommen und miteinander geübt werden. Ausserdem braucht es seitens der Dolmetschenden in Notfallsituationen ein besonders gutes Fachverständnis.

#### **8. Spezialisierte Angebote bzw. Kompetenzzentren für allophone und vulnerable Frauen und Familien sollten entwickelt werden.**

In der Regel kommen alle geburtshilflichen Leistungserbringer mit allophonen Migrantinnen in Berührung, entsprechend müssen alle über die nötigen Kompetenzen und Rahmenbedingungen für deren Versorgung verfügen. Dennoch können punktuell (z. B. in Zentren) spezialisierte Angebote sinnvoll sein. Eine auf vulnerable Nutzerinnen ausgerichtete Behandlung und Betreuung braucht viel mehr Flexibilität als die Spitalroutine oft zulässt. Spezialisierte Angebote sollen einen bewusst flexiblen, aufsuchenden und niederschweligen Ansatz verfolgen.

Es braucht ausserdem eine gute Vernetzung mit den Zubringer- und Abnehmerdiensten (z. B. mit Sozialdiensten, Asylunterkünften, Integrationsstellen etc.). Für die aufwändige Vernetzungsarbeit müssen die Institutionen genügend Ressourcen zur Verfügung stellen.

Gedolmetschte Gruppenangebote in der geburtshilflichen Versorgung für allophone Nutzerinnen können den Peer-Austausch, die Gesundheitskompetenz und die Systemkenntnis fördern. Bereits angeboten werden Geburtsvorbereitungskurse für allophone Migrantinnen. Das Angebot sollte aber z. B. auch auf die Schwangerenvorsorge und die Mütterberatung ausgeweitet werden. Die Multiplikation und Vernetzung von bereits bestehenden Angeboten sollte weiterhin vorangetrieben werden und die Finanzierung durch Kantone, Non-Profit-Organisationen oder Förderstiftungen unterstützt werden.

Spezialisierte Zentren können ausserdem als Kompetenzzentren zur Beratung von freiberuflichen Fachpersonen oder nicht spezialisierten Institutionen fungieren. Institutionen sind gefordert, innovative Modelle zu entwickeln und zu evaluieren. Solche Pilotprojekte sollten von den Bundesbehörden angestossen werden. Kantone und Institutionen müssen dazu finanzielle Mittel bereitstellen.

#### **9. Die interprofessionelle Zusammenarbeit muss bei der Betreuung von allophonen Migrantinnen besonders gut abgestimmt sein.**

In Anbetracht der stark fragmentierten Versorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und im ersten Lebensjahr sind die interprofessionelle Zusammenarbeit und klare Absprachen zwischen den Diensten für alle Beteiligten sehr wichtig.

Institutionen und Fachverbände sollten mit den nachfolgenden Diensten koordinierte und standardisierte Übergabemodalitäten ausarbeiten. Dabei sollen der Einbezug und die Verantwortlichkeit der Klientinnen mitgedacht werden. Der Mutterschaftspass stellt eine einfache und effiziente Möglichkeit der Datenübermittlung dar und fördert zugleich die Eigenverantwortung der Klientinnen, indem sie Zugang zu den eigenen Daten haben. Ausserdem müssen zwischen den relevanten Stellen Informationen über administrative Daten (z. B. Sprache, Notwendigkeit von Dolmetschenden) ausgetauscht werden.

Der SHV stellt bereits eine Version des Mutterschaftspasses in verschiedenen Sprachen zu Verfügung. Den Fachgesellschaften wird empfohlen, sich hinsichtlich einer schweizweit gültigen Version zu einigen. Bundesbehörden könnten mit einem Obligatorium, wie es in Nachbarländern gilt, dem Anliegen den nötigen Nachdruck verleihen. Die Einführung des elektronischen Patientendossiers wäre ein geeigneter Zeitpunkt, um gleichzeitig die geburtshilfliche Dokumentation inkl. Mutterschaftspass interdisziplinär zu klären.

Bei der Betreuung von allophonen Migrantinnen sind alle involvierten Dienste gefordert, die jeweils nachfolgenden Angebote bekannt zu machen. Die Übergabe der Klientin beim Abschluss der Wochenbettbetreuung von der freiberuflichen Hebamme zur Mütterberatung an einem gemeinsamen Hausbesuch ist für allophone Migrantinnen eine besonders geeignete Massnahme, um sie für das Angebot zu gewinnen. Der SHV und der Schweizerische Verband der Mütterberaterinnen sollten sich für eine schweizweite Implementierung dieses Modells einsetzen und die Kantone müssten die Finanzierung dieser Massnahme sicherstellen.

Insgesamt ist im Kontext der Betreuung von allophonen Migrantinnen eine stärkere Vernetzung zwischen den Fachdisziplinen sowie zwischen den spitalinternen und den externen Anbietern gefordert. Interprofessionelle Vernetzungsaktivitäten sind nötig, um effiziente Betreuungsketten zu etablieren, und deren Qualität ist durch eine systematische Evaluation der Betreuungsqualität sicherzustellen. Integrierte Versorgungsmodelle sind dort sinnvoll, wo viele und unterschiedliche Angebote aufeinander abgestimmt und koordiniert werden müssen; sie sollten daher für die geburtshilfliche Betreuung allophoner Migrantinnen geprüft werden.

#### **10. Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten geburtshilfliche Standards auf mögliche Überversorgung prüfen.**

Manche Migrantinnen wünschen sich ein interventionsarmes Vorgehen, das im Widerspruch zur medicalisierten geburtshilflichen Versorgungspraxis in der Schweiz stehen kann. Dieser Befund verweist möglicherweise nicht nur auf individuelle Präferenzen, sondern auch auf eine generelle Überversorgung innerhalb eines hochdifferenzierten Gesundheitssystems. Allophone Migrantinnen sind aufgrund der Sprachbarriere nur schwer in der Lage, ihre Wünsche zu äussern und eine gezielte Wahl zu treffen. Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten geburtshilfliche Standards auf mögliche Überversorgung prüfen (z. B. Geburtseinleitungen, peridurale Anästhesie, Dammschnitte, Kaiserschnitte), z. B. im Rahmen von Forschungsprojekten. Fachpersonen sollten unterschiedliche Vorstellungen von Geburtshilfe berücksichtigen, über das Recht auf Wahl der geburtshilflichen Betreuung informieren und den Frauen eine Wahl ermöglichen.

#### **Massnahmen für den Praxisalltag**

Die Betreuung von Migrantinnen kann für Fachpersonen schwierig sein und Gefühle von Frustration oder Ohnmacht auslösen, weil strukturelle Hürden bestehen, beispielsweise Zeitdruck oder eingeschränkte personelle und materielle Ressourcen. Aufgrund der Erfahrungen der Teilnehmerinnen dieser Studie konnten einige im Alltag unmittelbar umsetzbare Massnahmen abgeleitet werden, die den Vertrauensaufbau unterstützen können und damit positive Auswirkungen auf den Behandlungserfolg und die Adherence haben:

- In einfacher Sprache sprechen, also kurze, klar strukturierte Sätze machen und keine Fremdwörter gebrauchen, auch wenn die Sprache nicht verstanden wird. Die Frau gewinnt auch nonverbale Informationen und versteht meistens Bruchstücke.
- Vorhandene Sprachkompetenzen würdigen und wertschätzen.
- Hochdeutsch sprechen, dies ist für Nutzerinnen und Dolmetschende deutlich besser zu verstehen.
- Gespräche über informelle Themen können vertrauensstiftend sein.
- Kommunikationsformen wie Berührung, Massage und Körperarbeit nutzen, um im Kontakt zu bleiben.
- Sich den unmittelbaren Anliegen und Sorgen der Frauen prioritär annehmen.
- Die Wünsche, Gewohnheiten und praktischen Vorgehensweisen der Frauen respektieren und darauf aufbauen, sofern sie nicht schädlich sind.
- Den Partner und die Familie schon früh einbeziehen. Oft stellen sie eine nicht voll ausgeschöpfte Ressource dar.
- So viel Betreuungskontinuität wie möglich schaffen.
- Das Wissen der Dolmetschenden über soziokulturelle und migrationsspezifische Kontextfaktoren nutzen.
- Berücksichtigen, dass allophone Migrantinnen nicht gezielt nach Informationen suchen können.
- Die Integrationsgeschichte der Frauen und Familien nicht werten.
- Mit schlechten Vorerfahrungen rechnen. Viele Frauen haben bereits die Erfahrung gemacht, dass sie die gewollten Informationen nicht erhalten, was zu Misstrauen gegenüber Gesundheitsfachpersonen führen kann.