



Regula Hälg, Gabriela Wallimann,
Corina Salis Gross, Madeleine Wick Marcoli

Migration und reproduktive Gesundheit

Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht
von öffentlichen Spitälern in der Schweiz

Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern

Herausgegeben von:

Annuska Derks

Sabine Höfler

Ueli Hostettler

Nathalie Peyer

Corina Salis Gross

Michael Toggweiler

Saskia Walentowitz

Christian Wymann

Heinzpeter Znoj

Institut für Ethnologie

Länggassstr. 49A, CH-3000 Bern 9

Fax +41 31 631 42 12

ISBN 3-906465-27-6

© Regula Hälg, Gabriela Wallimann, Corina Salis Gross , Madeleine Wick Marcoli
und Institut für Ethnologie der Universität Bern

URL: http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB27_Hae.pdf

This is the electronic edition of Regula Hälg, Gabriela Wallimann, Corina Salis Gross und Madeleine Wick Marcoli "Migration und reproduktive Gesundheit. Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz", Arbeitsblatt Nr. 27, Institut für Ethnologie, Universität Bern, Bern 2004

ISBN: 3-906465-27-6

Electronically published March 15, 2005

© Regula Hälg, Gabriela Wallimann, Corina Salis Gross und Madeleine Wick Marcoli und Institut für Ethnologie der Universität Bern. All rights reserved.

This text may be copied freely and distributed either electronically or in printed form under the following conditions. You may not copy or distribute it in any other fashion without express written permission from me or the Institut für Ethnologie. Otherwise I encourage you to share this work widely and to link freely to it.

Conditions

You keep this copyright notice and list of conditions with any copy you make of the text.

You keep the preface and all chapters intact.

You do not charge money for the text or for access to reading or copying it.

That is, you may not include it in any collection, compendium, database, ftp site, CD ROM, etc. which requires payment or any world wide web site which requires payment or registration. You may not charge money for shipping the text or distributing it. If you give it away, these conditions must be intact.

For permission to copy or distribute in any other fashion, contact:
information@ethno.unibe.ch

Regula Hälg
Gabriela Wallimann
Corina Salis Gross
Madeleine Wick Marcoli

Migration und reproduktive Gesundheit

Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der
Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz

Die Befragung der Spitäler erfolgte im Sommer/Herbst 2002 durch die Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit (IAMANEH Schweiz) im Rahmen des Projektes „Migration und reproduktive Gesundheit“. Der Auftrag für eine vertiefte Auswertung der erhobenen Daten wurde von der Schweizerischen Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit dem Institut für Ethnologie der Universität Bern erteilt. Die Auswertung erfolgte durch Regula Hälg und Gabriela Wallimann unter der Leitung von Frau Dr. Corina Salis Gross.

Das Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ wird im Rahmen der Strategie des Bundes „Migration und Gesundheit 2002-2006“ durchgeführt.

Die vorliegende Auswertung ist finanziell unterstützt durch das Bundesamt für Gesundheit.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Migration und Gesundheit	5
2.1 Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“	6
2.2 Projekt Migrant-Friendly Hospitals (MFH)	7
3. Theoretische Grundlagen	8
3.1 Kulturbegriff.....	8
3.2 Das Konzept der transkulturellen Kompetenz.....	10
3.3 Transkulturelle Organisationsentwicklung.....	11
3.4 Konzepte der medizinischen Versorgung in der Schweiz.....	12
3.5 Geburts- und Schwangerenvorsorge in der Schweiz.....	14
3.6 Forschungsergebnisse im Perinatal-Bereich.....	16
4. Methode	17
4.1 Erhebung der Daten.....	17
4.2 Auswertung der Daten.....	18
5. Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe	19
5.1 Methodisches Vorgehen bei der Auswertung	19
5.2 Anteil gebärender Migrantinnen in der Geburtshilfe	21
5.3 Perinatale Gesundheits- sowie Versorgungsprobleme der Migrantinnen	22
5.3.1 Gesundheitsprobleme	22
5.3.2 Probleme im Zusammenhang mit der Betreuung von Migrantinnen.....	25
5.4 Lösungsansätze aus Spitalsicht.....	28
5.4.1 Informationsvermittlung	29
5.4.2 Weitere Lösungsvorschläge	32
5.5 Kommunikation als Problem.....	33
5.5.1 Lösungsansätze für eine verbesserte Kommunikation.....	35
5.6 Bedürfnisse der Migrantinnen aus Spitalsicht.....	37
6. Ressourcen und Bedürfnisse in den Spitälern	42
6.1 Methodisches Vorgehen bei der Auswertung	42
6.2 Ressourcen im Spital	42

6.3 Unterstützung des Projektes „Migration und reproduktive Gesundheit“ ...	45
6.4 Bedürfnisse auf der Spitalseite	47
6.5 Interpretation der Daten	47
7. Empfehlungen.....	51
7.1 Skizze eines Migrationsprojektes in der Geburtshilfe	52
Bibliographie	56
Anhang	60
Anhang 1. Teilnehmende Kantone und Spitäler	60
Anhang 2. Interviewleitfaden deutsch	61
Anhang 3. Glossar.....	64

1. Einleitung

Seit einiger Zeit ist belegt, dass bei Migrantinnen in der Schweiz die perinatale Sterblichkeit höher ist als bei Schweizerinnen (Weiss 2003: 91). Zudem steht fest, dass sie einen erschwerten Zugang zu den bestehenden Angeboten der Regelversorgung haben (Bundesamt für Gesundheit 2000a, Maggi 2003). Bei einzelnen Migrantinnengruppen wurden ebenso vermehrte Komplikationen bei der Geburt festgestellt (Widmer 1998) und es bestehen Hinweise, dass Migrantinnen teilweise nicht dieselben Geburtsvorbereitungen treffen wie sie für Schweizerinnen üblich sind (Kuntner 2001, Weiss 2003). Daher gilt es, im Bereich der reproduktiven Gesundheit eine verbesserte Versorgung der Migrantinnen anzustreben. Von einzelnen Leistungserbringern im Bereich der Geburtshilfe wurden bereits verschiedene Massnahmen ergriffen, z.B. wird von den Spitälern vermehrt Informationsmaterial für Migrantinnen in verschiedenen Sprachen angeboten. Und in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit wurde im Rahmen der Strategie „Migration und Gesundheit 2002-2006“ (Bundesamt für Gesundheit: 2002a) das Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ lanciert. Dieses Projekt bezweckt die Förderung der Gesundheit von Migrantinnen und ihren Kindern sowie die gegenseitige Annäherung zwischen Migrantinnen und der schweizerischen Gesundheitsversorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit (Wick 2004). Für die Etablierung und Umsetzung dieses Projektes wurde die Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit in Basel geschaffen, und bei IAMANEH¹ Schweiz angesiedelt. Die Koordinationsstelle wird unter anderem aus Spargründen per Ende Dezember 2004 aufgehoben und deren Hauptprojekte werden durch IAMANEH koordiniert.

Die Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit in Basel hat im Sommer/Herbst 2002 in einer Spitalbefragung Daten zur Betreuung von Migrantinnen in der Geburtshilfe erhoben. Praktische Überlegungen bestimmten die Zielsetzung der Befragung: Die Identifikation von Problem- und Bedürfnislagen im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase sollte Hinweise für die Konzeption konkreter Angebote für Migrantinnen liefern. Die Mitarbeiterinnen der Koordinationsstelle befragten hierzu in einem Telefoninterview ChefärztInnen der Geburtshilfe bzw. die von ihnen damit beauftragten leitenden ÄrztInnen sowie leitende Hebammen in Schweizer Spitälern zur Problemsituation und zu Ressourcen in ihren Institutionen. Zusätzlich wurde das Schweizerische Tropeninstitut in Basel beauftragt, Migrantinnen zu ihren Bedürfnissen im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit zu befragen.

¹ IAMANEH steht für International Association for Maternal and Neonatal Health. IAMANEH Schweiz wurde 1978 als Schweizer Sektion eines internationalen Netzwerkes mit über 30 Mitglieder-Organisationen in Nord- und Südländern gegründet. Die regionalen Schwerpunkte des Engagements liegen in Westafrika, in Südosteuropa und auch in der Schweiz. IAMANEH Schweiz unterstützt Projekte und Partnerorganisationen in Ländern, in denen die Gesundheit von Frauen und Kindern besonders gefährdet ist; etwa durch die Folgen von Armut und Krieg. Regionen, die eine hohe Kinder- und Müttersterblichkeit aufweisen, stehen im Mittelpunkt (URL: <<http://www.iamaneh.ch>>).

Die in der Spitalbefragung erhobenen Daten geben einen Einblick, wie die Betreuung der Migrantinnen vom medizinischen Fachpersonal in der Geburtshilfe wahrgenommen wird. Der Auftrag für eine qualitative Auswertung dieser Daten wurde von der Schweizerischen Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit dem Institut für Ethnologie der Universität Bern erteilt. Unter der Leitung von Corina Salis Gross wurden die Daten zur Problematik der Betreuung von Migrantinnen in der Geburtshilfe von Regula Hälgi (2004) und der Teil zu den Ressourcen und Bedürfnissen der Spitäler von Gabriela Wallimann (2004) ausgewertet.

Die Auswertung der Daten erwies sich zum Teil als schwierig, weil deren Erhebung wissenschaftlichen Standards nicht entsprach und praktische Fragen bei der Zielsetzung im Vordergrund standen. Zudem fehlte bei der Befragung eine ethnologische Perspektive. Dennoch sind wir zum Schluss gekommen, dass die Daten wertvolle Hinweise für die Praxis und Anregungen für Verbesserungen liefern. Bei der Auswertung standen daher deren kontextuelle und wissenschaftliche Einbettung im Vordergrund, wobei insbesondere aktuelle Literatur aus der medizinethnologischen Forschung herangezogen wurde. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Erarbeitung von Empfehlungen.

Nach der Einleitung wird im Kapitel 2 der Hintergrund des Projekts „Migration und reproduktive Gesundheit“ dargestellt. Kapitel 3 widmet sich den theoretischen Grundlagen für diese Auswertung. Im folgenden Kapitel 4 wird die Methode für die Auswertung der Spitalbefragung erläutert. Anschliessend werden die Ergebnisse der Spitalbefragung dargestellt. Im Kapitel 5 wird dabei auf die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe eingegangen und im Kapitel 6 die Ressourcen und Bedürfnisse der Spitäler thematisiert. Abschliessend folgen die Empfehlungen.

2. Migration und Gesundheit

Das von der WHO formulierte Ziel „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ weist auch für die Schweiz grosse Relevanz auf, denn es wurde zunehmend erkannt, dass die Migrationsbevölkerung in der Schweiz grossen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist und der Zugang zum Gesundheitssystem für sie erschwert ist. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitete daher in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Flüchtlinge (BFF), dem Bundesamt für Ausländerfragen (heute Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung IMES) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) die Strategie „Migration und Gesundheit 2002-2006“. Dabei verwendet das Bundesamt für Gesundheit folgende Definition für „MigrantIn“, die auch für die vorliegende Auswertung massgebend ist: Als Migrantinnen und Migranten werden jene Personen bezeichnet, „die entweder aus einem anderen Land in die Schweiz gekommen sind (externe Migration) oder einen direkten familiären Migrationshintergrund besitzen (Nachkommen von Migrantinnen und Migranten). Der Begriff schliesst zurückkehrende Schweizerinnen und Schweizer oder deren Nachkommen nicht aus“ (Bundesamt für Gesundheit 2002a: 63).

In der strategischen Ausrichtung des Bundes für die Jahre 2002-2006 wurden die folgenden fünf Interventionsbereiche festgelegt, die sich grundsätzlich an den Werten der Selbstverantwortung und der Chancengleichheit orientieren:

- Bildung (Aus- und Fortbildungsgänge für Dolmetschen und für interkulturelle Vermittlung / Bildungsangebote für Gesundheitsberufe)
- Information, Prävention und Gesundheitsförderung (Prävention und Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung / Sensibilisierung von Dienstleistungsorganisationen im Gesundheitsbereich)
- Gesundheitsversorgung (Schaffung leicht zugänglicher Angebote in Agglomerationen / Vermittlungs- und Koordinationsdienste / Einführung von Dolmetscherdiensten)
- Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich (Differenzierung des bestehenden Angebots für Traumatisierte / Schaffung leicht zugänglicher Angebote für Traumatisierte)
- Forschung (problemorientierte Grundlagenforschung / Evaluation der Massnahmen/ Gesundheitsmonitoring in der Migrationsbevölkerung) (ebd. 25-27).

Insgesamt geht es darum, die Verständigung zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitsbereich und der Migrationsbevölkerung zu verbessern, so dass eine der migrationspezifischen Situation angepasste Gesundheitsversorgung erbracht werden kann.

2.1 Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“

In der Analyse des Interventionsbereichs Information, Prävention, Gesundheitsförderung wird festgestellt, dass die „nationalen Gesundheitskampagnen und –aktivitäten [...] normalerweise die Migrationsbevölkerung nicht in der gleichen Masse wie die schweizerische Bevölkerung“ erreichen (Bundesamt für Gesundheit 2002a: 32). Ferner wird festgehalten, dass bezüglich „Sexualität, Schwangerschaft, Geburt und Säuglingsberatung [...] für bestimmte Zielgruppen der Migration ein Mangel an adäquater Prävention und Gesundheitsförderung“ (ebd. 32) besteht und dass mangelndes Wissen über die Funktionsweise des schweizerischen Gesundheitssystems oft eine adäquate Nutzung der Angebote durch MigrantInnen verhindert. In diesem Bereich werden daher Projekte gefördert und unterstützt, die unter Einbezug der Migrationsbevölkerung im Hinblick auf Information, Prävention und Gesundheitsförderung bessere Resultate liefern (ebd. 33).

Eines der Projekte dieses Interventionsbereiches ist „Migration und reproduktive Gesundheit“, welches vom 1.6.2002 bis 31.7.2005 läuft. Die Hauptziele sind die Verbesserung des Zugangs zur peri- und postnatalen Gesundheitsversorgung für Migrantinnen sowie die Förderung der Integration von Migrantinnen und deren Kindern durch die gegenseitige Annäherung der Migrantinnen und der schweizerischen Gesundheitsstruktur im Bereich der reproduktiven Gesundheit (Wick 2004). Als erste Massnahme wurde im Juni 2002 die Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit geschaffen und bei IAMANEH Schweiz angesiedelt. Die Koordinationsstelle, die Ende Dezember 2004 aufgehoben wird, hatte folgende Aufgaben zu erfüllen:

- In vier bis fünf verschiedenen Schwerpunktregionen der Schweiz sind migrations-spezifische Angebote rund um Schwangerschaft, Geburt, Säuglingspflege und Kleinkindbetreuung zu initiieren und zu koordinieren, wobei die Angebote prioritär in die Regelversorgung (z.B. Spitalstruktur) integriert werden sollen. Dabei handelt es sich nicht um Geburtsvorbereitungskurse im herkömmlichen Sinn, sondern das Angebot wird der Lebenswelt, den Bedürfnissen und dem soziokulturellen Hintergrund der jeweiligen Gruppe angepasst und zusammen mit Vertreterinnen der betreffenden Migrantinnengemeinschaften nach dem Grundsatz des *Empowerment*² ausgearbeitet.
- Sensibilisierung der Fachpersonen im Bereich der reproduktiven Gesundheit sowie des Managements ausgewählter Schweizer Spitäler über migrations-spezifische Fragen und Bedürfnisse der Migrantinnen rund um Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft.
- Erarbeitung von bedürfnisgerechten Informationsmaterialien für Migrantinnen sowie von Kurs- und Didaktikmaterialien für die Durchführung von migrations-spezifisch angepassten

² Empowerment kann übersetzt werden mit Er-/Bemächtigung, Befähigung. Im Rahmen der Strategie „Migration und Gesundheit 2002-2006“ geht es dabei um folgendes: „Bei der Migrationsbevölkerung sollen im Gesundheitsbereich jene Initiativen gefördert werden, die migrationseigene Ressourcen mobilisieren, die für diesen Bereich relevant sind. Mit deren Hilfe soll die Wirkung von präventiven Massnahmen sowie das Gesundheitsverhalten ganz allgemein verbessert werden“ (Bundesamt für Gesundheit 2002a: 26-27).

- Geburtsvorbereitungskursen. Diese Aufgabe ist im Untermandat an den Schweizerischen Hebammenverband SHV übertragen worden.

Die Planung sowie die Umsetzung dieser Aufgaben geschehen in enger Zusammenarbeit mit lokal aktiven MigrantInnenorganisationen, Institutionen, Hilfswerken und Fachpersonen (Wick 2004).³

2.2 Projekt Migrant-Friendly Hospitals (MFH)

Im Interventionsbereich Gesundheitsversorgung wird primär der Abbau von Zugangsbarrieren zur regulären Gesundheitsversorgung angestrebt. Weiter sollen Gesundheitsangebote mit spezifischen Dienstleistungen für MigrantInnen koordiniert und der Einsatz von SprachmittlerInnen und interkulturellen VermittlerInnen gefördert werden. Spezifisch für den Abbau von Zugangsbarrieren wurde das Projekt Migrant-Friendly Hospitals (MFH) initiiert, welches in Zusammenarbeit des Bundesamtes für Gesundheit und „H+ Die Spitäler der Schweiz“ (Schweizer Spitalverband) vom 1.12.2003 bis 30.11.2006 läuft.⁴ Dieses Projekt orientiert sich an der europäischen Initiative mfh, in welche zwölf Pilotspitäler eingebunden sind.⁵ Aufgrund einer Auswertung der hauptsächlichsten Schwierigkeiten, welche europäische Spitäler in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen antreffen, wurden die folgenden vier Interventionsbereiche identifiziert: Kommunikation, Responsiveness (Empathie, bzw. Berücksichtigung des soziokulturellen Hintergrundes der Migrationsbevölkerung), *Empowerment* und Monitoring (Bischoff 2003: 13). Diese Bereiche sind auch für die Schweiz von Relevanz, denn erst durch Interventionen in diesen Bereichen kann ein Spital zu einem Migrant-Friendly Hospital werden.

Das in der Schweiz laufende Projekt Migrant-Friendly Hospitals (MFH) verfolgt somit folgende Ziele:

³ Informationen vgl. auch URL: <<http://www.miges.ch/275.html>>.

⁴ Informationen vgl.: URL: <<http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/migration/gesundheits-versorgung/index.html>>, URL: <<http://www.miges.ch/91.html>>.

⁵ Die europäische Initiative MFH hat folgende Ziele:

„a) Strengthening the role of hospitals in promoting the health and health literacy of migrants and ethnic minorities in the European Union. Migrants and ethnic minorities using European hospital services should be supported in three areas:

Appropriate utilisation of health services

Successful collaboration with professionals in the management of acute and chronic illness

Living a healthy lifestyle, using the health resources of European Societies and combine them with cultural patterns of their own background

b) Improving hospital services for these patient groups by quality measures developing migrant-friendly routines for service provision and migrant-friendly hospital settings” (Bischoff 2003: 11-12).

Weitere Informationen: URL: <<http://www.mfh-eu.net>>, Liste der teilnehmenden Spitäler vgl.: URL: <http://www.mfh-eu.net/public/partners/pilot_hospitals/index.htm>.

- Bildung eines Netzwerkes von Spitälern, die sich durch besondere Kompetenzen in der Betreuung von Angehörigen der Migrationsbevölkerung auszeichnen
- Vermittlung von Wissen und Know-how durch Erfahrungsaustausch der direktbetroffenen ÄrztInnen, Pflegenden und Verwaltungsfachleuten
- Erarbeitung von Empfehlungen und Standards
- Förderung und Unterstützung von konkreten Massnahmen in den Spitälern⁶

3. Theoretische Grundlagen

In der vorliegenden Auswertung geht es um die Sicht des Spitalfachpersonals auf Migrantinnen. Dabei werden Migrantinnen als fremd und als Angehörige einer „anderen Kultur“ wahrgenommen. Die Analyse der Konstruktion dieses „Anderen“ ist immer ein wichtiges Thema in der Ethnologie gewesen. Es scheint daher sinnvoll, für die Analyse der Daten theoretische Konzeptionen der Ethnologie – bzw. der Medizinethnologie als Teildisziplin (da es sich bei der reproduktiven Gesundheit um einen medizinischen Kontext handelt) – einzubeziehen. Dazu wird in diesem Kapitel der Kulturbegriff thematisiert und darauf aufbauend das Konzept der transkulturellen Kompetenz sowie des transkulturellen Wandels innerhalb einer Organisation erläutert. Anschliessend folgen einige grundsätzliche Überlegungen aus medizinethnologischer Sicht zu Konzepten der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Im Kapitel 3.5 wird die Geburts- und Schwangerenvorsorge in der Schweiz beleuchtet, und im Kapitel 3.6 werden aktuelle Forschungsdaten zur perinatalen Gesundheit dargestellt.

3.1 Kulturbegriff

Der klassische Kulturbegriff der Ethnologie, der Kultur als in sich geschlossene Einheiten bzw. als „komplexe Ganzheiten“ definiert, ist heute überholt, da nicht mehr von homogenen Gruppen mit distinkten Vorstellungen hinsichtlich sämtlicher Lebensbereiche ausgegangen werden kann.⁷ Wicker (1996) postuliert daher – in Abgrenzung von AutorInnen, welche die Verabschiedung des Kulturbegriffs fordern – einen modifizierten Kulturbegriff. Dabei stellt Wicker die Prämisse, „dass Menschen allgemein als kulturelle Wesen zu betrachten seien, welche über die Prozesse der Enkulturation geformt sind und die über die Interaktion zugleich formend wirken“ nicht in Frage (ebd. 380), und weist darauf hin, dass sich ein wesentlicher Aspekt des Menschseins durch „sinnhaftes Handeln und intersubjektive Symbolbildung“ auszeichnet (ebd. 388). Ein modifizierter Kulturbegriff hat jedoch im Zeitalter der Globalisierung den gesellschaftlichen Entwicklungen Rechnung zu tragen. In erster Linie sind dabei die unterschiedlichsten Formen von Wanderungen (z.B. Land-Stadt-Wanderung, internationale Migration, Aus- und Rückwanderung etc.) zu nennen. Hinzu kommen ständig neue Möglichkeiten der

⁶ Informationen vgl.: URL: <<http://www.miges.ch/91.html>>.

⁷ Der klassische Kulturbegriff beruht auf der Definition von Edward Tylor (1871): “That complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society“ (zit. in Helman 2001: 32).

Kommunikation, die eine Kommunikation und Interaktion unabhängig von der „*face-to-face*-Beziehung“ ermöglichen und so transnationale, transethnische und transkulturelle Netze schaffen (ebd. 381-382). Als weiteren Punkt führt Wicker Prozesse der Kreolisierung an. Das Modell der Kreolenkultur – Kreolenkultur bezeichnet das historisch bedingte Gemenge von Sprach- und Kulturelementen im afro-karibischen Raum (ebd. 382) – betont interne Variation, Diachronie und Übergänge. Heute ist daher vielmehr von einer „kulturellen Komplexität“ auszugehen (ebd. 384). Kulturbetrachtungen, welche von homogenen, kohärenten und auf Kontinuität beruhenden kulturellen Einheiten ausgehen, werden zurückgewiesen. Insofern komplexe Ganzheiten existieren, sind sie als abgrenzbare konstituierte Kollektive zu sehen, die durch gesellschaftliche Prozesse im Spannungsfeld ideologischer Argumentation hergestellt werden (ebd. 386-388). Wicker fordert daher die Trennung des Kulturbegriffs in **Kultur** – verstanden als Befähigung zu sinnhaftem Handeln und zu intersubjektiver Bedeutungsbildung – und in **komplexe Ganzheiten** – verstanden als abgrenzbare konstituierte Kollektive (ebd. 388).

„Kultur“ als Begriff wird jedoch im Berufsalltag – und dies trifft auch auf den medizinischen Bereich zu – häufig verwendet, wobei „Kultur“ als etwas Isoliertes, mit essentiellen Merkmalen versehen und territorial gebunden interpretiert wird. Dieser undifferenzierte Gebrauch dient dazu, „das Fremde“ zu erfassen und Probleme zu beschreiben. Werden dann z.B. Somatisierungstendenzen oder bestimmte Krankheiten, aber auch Schulschwierigkeiten, Familienstreitigkeiten oder Arbeitslosigkeit bestimmten Gruppen zugeordnet, wird dies als Kulturalisierung bezeichnet.⁸ Zudem wird häufig jenes Verhalten als besonders auffällig und erwähnenswert gesehen, welches sich von den eigenen Gewohnheiten und Praktiken unterscheidet. Das Fremde wird so anhand dieser Unterschiede und in Abgrenzung zum Selbst konstruiert. Die Verabschiedung des klassischen Kulturbegriffs bedeutet jedoch, dass bestimmte Eigenschaften und Merkmale nicht pauschal gewissen Gruppen zugeschrieben werden können. Der auf das wesentliche beschränkte modifizierte Kulturbegriff geht davon aus, dass ein zentraler Teil der Menschwerdung darin besteht, Werte, Normen und Sinngewebungen in einem Feld sozialer und kultureller Komplexität zu inkorporieren (Wicker 1996: 384). Dornheim beschreibt diesen Prozess unter Verwendung der Begriffe „Lebenspraxis“ und „Sinnwelt“: „Lebenspraxis vollzieht sich stets auf der Basis von Deutungen der realen Welt, die der einzelne Mensch, wenn er in eine soziale Gruppe hineinwächst bzw. hineinsozialisiert wird, bereits als gegeben vorfindet. Realisation bzw. Anwendung und Tradierung von Standardisierungen (die vorhandenen Deutungen, die sich durch millionenfach wiederholte Anwendungen verfestigt haben) vollziehen sich auf der Basis einer Sinnwelt – diese ist jedoch durch die Lebenspraxis bestimmt, wie es diese durch die Sinnwelt ist, denn indem standardisierte Deutungen, Verhaltensweisen und Handlungen immer wieder realisiert werden, wird das Leben praktisch

⁸ Wicker beschreibt als Kulturalisierung die Uminterpretation von schichtspezifischen in kulturspezifische Problemkonstellationen; wenn also z.B. Jugendkriminalität, Drogensucht, Arbeitslosigkeit nicht als Ausdruck unterschichtspezifischer oder anderweitiger sozialer Problematik gewertet wird, sondern als Missstände, die kulturspezifisch sind (Wicker 2001: 55). Weiss deutet vor allem auf die Kulturalisierung zwischenmenschlicher Konflikte (Weiss 2003:

vollzogen“ (Dornheim 2001: 35). Somit konstruiert sich jedes Individuum seine Lebenswelt geprägt von biographischen Erfahrungen in einem gesellschaftlichen Feld, das beeinflusst ist von soziokulturellen und sozioökonomischen Gegebenheiten und begründet somit seine eigene Lebenspraxis und Sinnwelt (Domenig 2001a: 143).

3.2 Das Konzept der transkulturellen Kompetenz

Das Konzept der transkulturellen Kompetenz stützt sich auf die Erläuterungen über den Kulturbegriff im vorherigen Kapitel sowie auf den Begriff der Transkulturalität, welcher wesentliche Aspekte des modifizierten Kulturbegriffs mitberücksichtigt. Denn Transkulturalität geht davon aus, dass gegenwärtige kulturelle Phänomene von Mischungen und Durchdringungen gekennzeichnet sind: „Diese neue Struktur der Kulturen bezeichne ich, da sie über den traditionellen Kulturbegriff *hinaus-* und durch die traditionellen Kulturgrenzen wie selbstverständlich *hindurchgeht*, als transkulturell“ (Welsch zit. in Dornheim 2001: 38). Gemäss Dagmar Domenig stellt Transkulturalität „nicht das Zwischen oder das Nebeneinander, sondern das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit letztlich auch Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum“ (Domenig 2001a: 146).

Das Konzept der transkulturellen Kompetenz dient sowohl als Grundlage für die Konzeptualisierung einer Transkulturellen Pflege (Domenig 2001b)⁹, aber auch als wichtigen Beitrag für eine migrationsspezifische Arbeit mit Drogenabhängigen (Domenig 2001c).

Im Zentrum der transkulturellen Kompetenz steht nicht die „Kultur“ der anderen Person, sondern die Interaktion mit derselben. Bei dieser Interaktion treffen nun die unterschiedlichen Lebenswelten und Lebenserfahrungen aufeinander. Beim Blick auf das sogenannte Fremde sind diese anderen Lebenswelten nicht der objektiven Betrachtung, sondern subjektiv durch eine Brille zugänglich, welche die Wahrnehmungen aufgrund des eigenen Hintergrundes bzw. der eigenen individuell geprägten Lebenswelt verzerrt (Domenig 2001a: 143). Deshalb ist es in erster Linie wichtig, dass sich die (medizinische) Fachperson mit den eigenen soziokulturellen Werthaltungen und Hintergründen auseinandersetzt und sich bewusst wird, dass die eigene Subjektivität die transkulturelle Begegnung beeinflusst und prägt (ebd. 145-148). Erst dieser selbstreflexive Prozess ermöglicht es, die Lebenswelten und Lebenserfahrungen von anderen Menschen wie z.B. Migrantinnen besser einzuordnen. Die transkulturelle Kompetenz beruht daher auf den drei Pfeilern Selbstreflexivität, Hintergrundwissen bzw. Erfahrungen und Empathie im Umgang mit MigrantInnen. Daraus wird ersichtlich, dass nicht die ausschliessliche Aneignung von Hintergrundwissen bzw. von Kenntnissen über einzelne Herkunftskulturen (sogenannt „kulturgebundenes“ Wissen), sondern das Sammeln von Erfahrungen im Umgang mit MigrantInnen im Vordergrund steht. Domenig weist zudem darauf hin, dass es sinnvoller ist,

64-65) und auf die kulturalisierende Zuordnung von Krankheiten auf Nationalitäten hin (ebd. 161).

⁹ Domenig lehnt dabei eine frühere Konzeption einer transkulturellen Pflege ab, die von Leininger (1970, 1978, 1991) auf der Grundlage des klassischen Kulturbegriffs entwickelt wurde und dazu führte, dass vor allem die Kultur der zu pflegenden Person im Vordergrund stand (Domenig 2001a: 140-145).

Konzepte genereller Art kennenzulernen, und fügt unter anderem Konzepte der Medizinethnologie als Beispiele an (ebd. 148-151).

Zusammenfassend kann folgende Definition von transkultureller Kompetenz gegeben werden, die auch für die Spitalbefragung verwendet wurde:¹⁰

„Unter transkultureller Kompetenz wird die Fähigkeit verstanden, individuelle Lebenswelten und im Besonderen migrationspezifische Hintergründe zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetent sein bedeutet nicht, sich auf Kulturrezepte abzustützen und sozusagen „fremde Kulturen“ zu beraten oder zu therapieren. Vielmehr muss das Individuum mit seiner persönlichen Lebensgeschichte und individuellen Lebenswelt im Zentrum stehen“ (Wick 2003: 32).

3.3 Transkulturelle Organisationsentwicklung

In der Praxis behindern das Fehlen von personellen und finanziellen Ressourcen auf operativer Ebene oftmals den „transkulturellen Wandel der Institution“, auch wenn die Organisationen selbst bereits sensibilisiert sind und Interesse an einer entsprechenden Entwicklung zeigen (Domenig 2001c: 193-197). Dabei spielt zurzeit folgender Mechanismus eine Rolle: Im Zuge des einschneidenden Strukturwandels des Schweizerischen Gesundheitswesens sind einerseits Faktoren wie knappe öffentliche Mittel sowie Kostendruck wirksam. Andererseits ist jedoch im Bereich „Migration und Gesundheit“ ein Feld anzutreffen, welches gesundheitspolitisch akute Relevanz aufweist, was die Bereitschaft zur Unterstützung und Implementierung von transkultureller Organisationsentwicklung in der Regelversorgung erhöht.¹¹ Im Moment stehen deshalb Umlagerungen oder das Akquirieren externer Mittel als Finanzierungsstrategien für den Aufbau von migrationspezifischen Angeboten im Vordergrund (ebd. 193).

Wichtig ist generell die Entwicklung der *gesamten* Organisation hin zu einem „migrant friendly“ Angebot, da sonst die Aktivitäten und das *Know-how* personenabhängig bleiben und damit nicht nachhaltig in der Organisation wirksam bleiben (ebd. 193-194). Die transkulturelle Kompetenz soll strukturell und institutionell auf allen Ebenen der Organisation und in allen Bereichen derselben verankert werden. Als Massnahmen schlagen Domenig wie auch das Bundesamt für Gesundheit folgende Interventionen vor: Auf der strukturellen Ebene soll beispielsweise ein spezifischer Migrationsbereich geschaffen sowie vermehrt Fachpersonen mit Migrationshintergrund angestellt werden. Deren Kompetenzen gilt es wahrzunehmen, aufzuwerten und zu nutzen. Institutionell ist z.B. die Anpassung von Leitbildern, Standards und Pflichtenheften ausschlaggebend. Weiter ist die systematische Vernetzung und Zusammenarbeit

¹⁰ Diese Definition wurde angepasst aus der BAG-Broschüre „Bedeutung einer migrationspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis“ (Bundesamt für Gesundheit 2002b: 6).

¹¹ Während die nationalen Bestrebungen im Bereich der Prävention bei MigrantInnen vor allem auf *community*-basierte und ethnospesifische Ansätze ausgerichtet waren, setzt die neue Strategie des Bundesamtes für Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit 2002a) auf die Verbesserung des Zugangs zur Regelversorgung, was den transkulturellen Wandel derselben einschliesst.

mit externen Institutionen und Fachstellen (lokal, regional, national und international) anzustreben, vor allem wenn die Organisation keinen eigenen Migrationsbereich neu aufbauen kann. Sowohl für den Aufbau eines Migrationsbereiches als auch für die nachhaltige Implementierung von transkultureller Kompetenz ist das Bestimmen von Migrationsverantwortlichen zentral. Diese Personen sollen mit einer Querschnittsfunktion betraut werden und dafür die notwendigen Entscheidungskompetenzen erhalten, oder aber auf der Leitungsebene der Organisation entsprechend vertreten werden. Damit diese Personen in der Organisation im Hinblick auf einen gesamten transkulturellen Wandel der Institution auch effektiv wirken können, sind genügend personelle und finanzielle Ressourcen zu erschliessen. Sämtliche MitarbeiterInnen sollen mittels Weiterbildungen und Sensibilisierungsarbeit transkulturell kompetenter gemacht werden, dazu bieten sich teamorientierte, kontinuierliche interne Weiter- und Fortbildungsangebote, die Schulung der Migrationsverantwortlichen sowie Angebote für Leitungspersonen an (Domenig 2001c: 213-227, Bundesamt für Gesundheit 2002b). Diese Interventionen führen zu einem gemeinsamen selbstorganisatorischen und selbstreflexiven Prozess, der Zeit und Raum benötigt, damit das „Lernen“ auch in „Handeln“ umgesetzt werden kann und damit die neuen Impulse schliesslich zu Anliegen der AkteurInnen in der Institution werden. Erst dann werden die notwendigen Anpassungen in der Organisation auch innerhalb derselben mitgetragen und effektiv umgesetzt (Domenig 2001c: 194).

3.4 Konzepte der medizinischen Versorgung in der Schweiz

Im Zuge der zunehmenden Bedeutung der transkulturellen Kompetenz in der Gesundheitsversorgung bietet es sich an, nebst der eigenen Lebenswelt, auch die Annahmen und Konzepte der Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu hinterfragen. Hierfür eignet sich ein Blick auf die Medizinethnologie, da in dieser Teildisziplin der Ethnologie schon früh die Erforschung medizinischer Systeme und unterschiedlicher Medizintraditionen¹² im Vordergrund stand. Es geht unter anderem darum, zu untersuchen, wie Gruppen oder einzelne ihrer Mitglieder Krankheiten erklären und welche Behandlungen in der Folge bei wem in Anspruch genommen werden. Aber auch die Interaktionen zwischen den Gesundheitseinrichtungen und den sie aufsuchenden Personen mit ihrer individuellen Sozialisation und ihrer persönlichen Lebensgeschichte sind von Interesse (Weiss 2003: 62).

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist stark geprägt vom biomedizinischen Modell. Dieses Modell beruht auf einem positivistischen Theorieverständnis¹³ und kann gemäss Good (1994) wie folgt umschrieben werden:

¹² Z.B. verschiedene Formen der Humoralmedizin, afrikanische Medizintraditionen, etc.

¹³ Der erkenntnistheoretischen Überzeugung des Positivismus gemäss können nur die Erfahrungs- bzw. die Naturwissenschaften Erkenntnisse gewinnen, wobei sie sich der Wahrnehmung und kontrollierter Experimente bedienen und auf einem streng kausal-deterministischen Denken aufbauen. Dabei wird von Objekten ausgegangen, die ausserhalb und unabhängig von unserer Wahrnehmung und unseren kulturellen Leistungen wie Sprache liegen. Der Sprache fällt dabei die Aufgabe zu, diese Objekte möglichst wirklichkeitsgetreu zu beschreiben.

Krankheiten, die als universelle biologische oder psychophysiologische Entitäten gesehen werden, resultieren aus somatischen Verletzungen, krankhaften Gewebeveränderungen oder Dysfunktionen, oder anders gesagt, Krankheiten sind objektiv fassbare Störungen des Organismus oder objektivierbare Interpretationen dieser Störungen. Diese Krankheiten produzieren Zeichen oder bringen physiologische Anormalitäten mit sich, die z.B. mit klinischen Tests und Labortechnik gemessen werden können. Ferner bringen sie Symptome oder spezifische Empfindungen wie Stress hervor, die mittels eines geordneten Sets von Beschwerden kommuniziert werden. Die primäre Aufgabe der Biomedizin ist die Diagnosestellung und die Behandlung. Die Diagnose erfolgt durch eine Interpretation der Symptome des Patienten, die in Verbindung zu den Körperfunktionen und existierenden Krankheitskategorien gebracht werden. Die Behandlung soll dann mittels einer gezielten Intervention zur positiven Beeinflussung der krankmachenden Mechanismen führen (Good 1994: 8).

Die empirizistische Tradition innerhalb der Medizinethnologie geht davon aus, dass das biomedizinische Modell durch naturwissenschaftliche Erkenntnisse gesichertes Wissen (*knowledge*) darstellt und bezeichnet anderslautende Überzeugungen und Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit in Abgrenzung zu diesem Wissen als Glauben (*belief*) (Good 1994: 7ff). Diesen (falschen) Glauben gilt es durch das richtige Wissen zu ersetzen. Dies geschieht durch entsprechende Vermittlung dieses Wissens, in der Annahme, dass bisheriges Verhalten als irrational aufgegeben und sich ein korrektes Verhalten angeeignet wird, womit Risikofaktoren minimiert werden können (ebd. 37-40).¹⁴ Der empirizistische Ansatz ist von verschiedenen anderen Ansätzen innerhalb der Medizinethnologie kritisiert worden.¹⁵ Diese Kritik hat partielle

¹⁴ Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass in den Anfängen der Medizinethnologie (1950er Jahre) die Prämisse der internationalen Basisgesundheitsversorgungsprogramme kritisiert wurde, dass die Mitglieder jener Gesellschaften, denen diese Basisgesundheitsversorgung zugute kommen sollte, quasi leere Gefäße seien, die nur darauf warteten, von den AkteurInnen mit dem Wissen über Krankheit und Gesundheit „gefüllt“ zu werden (Good 1994: 26). In der Folge wurde anerkannt, dass diese Personen Teil eines elaborierten soziokulturellen Systems sind und daher eigene Vorstellungen zu Krankheiten und deren Behandlungen besitzen, welche dann als *health beliefs* den Untersuchungsgegenstand bildeten (ebd. 41).

¹⁵ Die *kognitive Richtung* innerhalb der Medizinethnologie hat z.B. darauf hingewiesen, dass die Wahrnehmung der Welt in ihrer natürlichen und sozialen Ordnung von der Sprache und der jeweiligen kulturellen Prägung beeinflusst ist, Krankheiten also nicht als objektive von Sprache unabhängige Entitäten gesehen werden können. Die *interpretative Richtung* (auch *meaning-centred approach*) begreift Krankheit nicht als Entität, sondern als ein Erklärungsmodell (*explanatory model*), das Krankheit als tief in der Kultur verankert wahrnimmt. Kultur ist diesbezüglich nicht nur ein Mittel, die Krankheit zu präsentieren, sondern ist selbst mitbeteiligt, Krankheit als menschliche Realität zu konstituieren. Dabei interagieren Biologie, soziale Praktiken und Meinungen und organisieren so Krankheit als soziales Objekt und gelebte Erfahrung. Die *kritische Tradition* wendet ein, dass nicht der Mangel an Wissen und der Situation unangepasstes Verhalten die Ursachen von Krankheit sind, wie dies das Paradigma einer aufgeklärten medizinischen Profession und Sozialwissenschaft nahelegt, sondern der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung, soziale Ungleichheit sowie politische und ökonomische Faktoren, welche Ungerechtigkeiten fördern und Krankheit verursachen (Good 1994: 48-62).

Veränderungen in der medizinischen Versorgung bewirkt. Insbesondere in Kontexten, in denen das biomedizinische Modell an Grenzen stösst, z.B. bei funktionalen Störungen oder bei chronischem Schmerz, haben andere Ansätze (z.B. der interpretative Ansatz) häufig bessere Voraussetzungen, dem Leiden dieser Personen gerecht zu werden. In der Schweiz erfahren zudem andere Medizinalsysteme und -traditionen – unter anderem bedingt durch Migrationsbewegungen – eine wachsende Bedeutung. Heute ist daher von einer Pluralität medizinischer Systeme und zunehmend auch von einem Synkretismus verschiedener Modelle auszugehen. Aber auch die Biomedizin verbreitet sich im Zuge der Globalisierung weiterhin und nimmt eine Art Monopolstellung ein. Weiss spricht dabei von einer Unfähigkeit beim Aufeinandertreffen divergenter Systeme des in der Regel mächtigeren medizinischen Systems, andere Vorstellungen, Werte und Verhaltensweisen als die eigenen zu akzeptieren und insbesondere andere Standpunkte – z.B. jene der PatientInnen – anzuerkennen (Weiss 2003: 66).

3.5 Geburts- und Schwangerenvorsorge in der Schweiz

„Weltweit vollzieht sich die Geburt nach bestimmten Regeln, einmal weil sie als aussergewöhnliches Ereignis gilt, aber auch der Erkenntnis wegen, dass die Geburt mit gewissen Gefahren verbunden ist“ (Kuntner 2001: 362). Um die Frau und das Kind zu schützen und Komplikationen zu vermeiden, hat sich praktisch überall ein Komplex von Praktiken herausgebildet, der den Frauen bestimmte Verhaltensweisen während der Schwangerschaft und Geburt nahelegt. Ein solcher Komplex von Praktiken kann als Geburts- oder Schutzsystem bezeichnet werden und ist massgeblich von sozialen, historischen, religiösen, politischen und medizinischen Faktoren beeinflusst (ebd. 362). Das Geburts- bzw. Schutzsystem in der Schweiz ist geprägt von der rasanten Entwicklung im medizinischen Bereich: „Schwangerschaft und Geburt, eine der kritischsten Phasen im Leben einer Frau, sind heute dank der modernen Geburtsmedizin für Mutter und Kind sehr sicher geworden“, so wird das Kapitel „Medizinisches“ in der Broschüre „Informationen für Schwangere“ des Universitätsspitals Zürich (Universitätsspital Zürich 1999: 16) eingeleitet. Die Medikalisierung vieler Bereiche des Lebens (z.B. Alter), insbesondere der Phasen des weiblichen Lebenszyklus (Menstruation, Geburt, Menopause etc.), ist unbestreitbar (Helman 2001: 114)¹⁶. Die Institutionalisierung der Geburtshilfe resp. deren Medikalisierung sowie die Einführung neuer medizinischer Verfahren haben einer grossen Zahl von Frauen und Kindern das Leben gerettet und allgemein viele Verbesserungen gebracht. Die ständige Einführung neuer medizinischer Verfahren (pränatale Diagnostik/Reproduktionsmedizin und -technologie etc.) wird aber auch kritisch betrachtet.¹⁷

¹⁶ Das Konzept der Medikalisierung wird folgendermassen definiert: „Medicalization as the way in which the jurisdiction of modern medicine has expanded in recent years and now encompasses many problems that formerly were not defined as medical entities“ (Helman 2001: 114).

¹⁷ Vgl. Kollek 1998, Pieper 1998 sowie Duden 2002. In diesen Beiträgen geht es u.a. darum, aufzuzeigen, wie neue Verfahren häufig durch Forschungsinteressen bestimmt sind und die Menschenrechte sowie die Interessen der Frau teilweise eine untergeordnete Rolle spielen. Zudem wird auf die (neuen) Entscheidungszwänge eingegangen: So kann es für eine Frau (oder Familie) schwierig sein, eine Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung zu treffen, wenn aufgrund pränataler Verfahren plötzlich Hinweise auf Missbildungen des Fötus bestehen.

Zudem haben gerade auch medizinethnologische Forschungen zu Anpassungen in der heutigen Geburtshilfe geführt, z.B. zu alternativen Gebärmethoden, zu einem vermehrten Einbezug der Familie und besseren Bedingungen für die Mutter-Kind-Beziehung sowie zu einer grösseren Bedeutung des Stillens (Kuntner 2001: 362-363). Dennoch ist die Geburtsvorbereitung stark von der Medizin geprägt. Bei einer normalen Schwangerschaft sind acht Routineuntersuchungen bei einer Ärztin, einem Arzt oder einer Hebamme vorgesehen, sieben während der Schwangerschaft und eine nach der Geburt. In der Regel ist die erste Konsultation mit einer eingehenden ärztlichen Untersuchung verbunden. Idealerweise werden bei den folgenden Konsultationen Blutdruck, Gewicht, Urin, das Wachstum des Bauches (Fundusstand) und später dann auch die kindlichen Herztöne kontrolliert. Häufig werden anfangs Schwangerschaft routinemässig Laboruntersuchungen auf durchgemachte Infektionskrankheiten vorgenommen, wie z.B. Rubeolen (Röteln), Toxoplasmose, Hepatitis B, HIV (Aids) und ev. Varicellen (Windpocken)/Herpes zoster (Gürtelrose) (Universitätsspital Zürich 1999: 18-21). Zusätzlich können Bluttests zur Abschätzung von Erbstörungen durchgeführt werden (AFP-Test, AFP-Plus-Test) (ebd. 24-25). Bei einer normalen Schwangerschaft werden zwei bis drei Ultraschalluntersuchungen vorgenommen. Der erste Ultraschall in der 10.-12. Schwangerschaftswoche erlaubt eine erste Beurteilung hinsichtlich Fragen wie Eileiterschwangerschaft, Mehrlingsschwangerschaft und Bestehen eines Nackenödems. Der zweite Ultraschall wird in der 18.-22. Schwangerschaftswoche durchgeführt und kann auch als Organscreening bezeichnet werden, da die Organe beurteilt werden. Bei einer normalen Schwangerschaft werden diese Leistungen von der Grundversicherung der Krankenkasse bezahlt.¹⁸ Immer häufiger sind jedoch die Kriterien für eine Risikoschwangerschaft¹⁹ erfüllt. Dies kann zusätzliche Untersuchungen zur Folge haben.

Die eingangs erwähnte Broschüre (Universitätsspital Zürich 1999) beschreibt zudem, wie sich Schwangere ausserhalb des medizinischen Kontextes zu verhalten haben. Es finden sich Empfehlungen zur Ernährung (mit Hinweisen bezüglich Umgang mit Rauchen, Alkohol, Kaffee, Drogen), zur Körperpflege, zum Schlafen, zu Sport und Reisen sowie zur Medikamenteneinnahme (ebd. 3-12). Weiter werden die typischen Schwangerschaftsbeschwerden erläutert und Ratschläge für den Umgang mit den Beschwerden erteilt (ebd. 13-15). Das Kapitel „Rechtliches“ mit Hinweisen über Arbeits- und Zivilrecht (ebd. 28-33) macht

¹⁸ Vgl. die Leistungen bei Mutterschaft im Detail in der Broschüre „Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt“ (Bundesamt für Gesundheit 2004: 10).

¹⁹ Eine Risikoschwangerschaft liegt vor bei folgenden Faktoren: Alter der Mutter über 35 oder unter 17 Jahren; Vorerkrankungen der Mutter wie Diabetes mellitus, Asthma, Epilepsie, Herz-, Nieren- oder Schilddrüsenerkrankungen, Hypertonie (Bluthochdruck), Hepatitis, HIV, Tuberkulose; vorausgegangene Frühgeburten; vorausgegangene Fehlgeburten; Rhesus-Inkompatibilität; Mehrlingsschwangerschaft; Erbkrankheiten in der Familie und andere (vgl. URL: http://www.bruderholz-spi-tal.ch/gynaekologie_inforpatientinnen_geburtshilfe_risikoschwangerschaften.cfm), Goerke/Bazlen 2002: 214). Duden weist darauf hin, dass der Anteil der Frauen, die als „Risiko-Schwangere“ eingestuft werden, seit der Einführung des Ultraschalls steil angestiegen ist (Duden 2002: 98).

deutlich, dass das Geburts- und Schutzsystem in der Schweiz auch von politischen und sozialen Faktoren geprägt ist. Schliesslich wird in dieser Broschüre auf die Geburtsvorbereitungskurse hingewiesen und das breite Kursangebot vorgestellt (ebd. 36-40).

3.6 Forschungsergebnisse im Perinatal-Bereich

Ein Blick auf aktuelle Forschungsergebnisse im Perinatal-Bereich zeigt, dass die Säuglingssterblichkeit und die perinatale Sterblichkeit²⁰ bei den MigrantInnen im Durchschnitt höher als bei den Schweizerinnen sind. Zu diesem Schluss kommen Lehman et al. in ihrem Artikel über gesundheitliche und soziale Ungleichheit in der Schweiz anhand von Daten des Bundesamtes für Statistik (Lehman et al. 1990: 375-376) sowie auch Wanner et al., die erhöhte Raten für bestimmte MigrantInnenkollektive feststellen (Wanner et al. 2001). Auch Weiss zeigt auf, dass die Mortalitätsrate von Kindern ausländischer Eltern höher als bei jenen von SchweizerInnen ist (5.3 perinatale Todesfälle pro 1'000 Geburten versus 4.6), insbesondere ist die Säuglingssterblichkeit bei in der Schweiz geborenen Kindern lateinamerikanischer Herkunft erhöht (Weiss 2003: 91). Die Schweiz ist diesbezüglich kein Einzelfall. Bollini (2000) hat eine Metaanalyse (bzw. eine Literaturreview) vorgenommen und sämtliche internationalen Untersuchungen zwischen 1971 und 1998 (insgesamt 61) zu dieser Thematik ausgewertet. Sie kommt zu folgenden Ergebnissen: Von den analysierten Schwangerschaften enden bei den einheimischen Frauen 0,67% bzw. bei den immigrierten Frauen 0,82% mit einer Totgeburt. Sie konnte zudem zeigen, dass die Säuglingssterblichkeit bei den Migrantinnen (0,87%) höher als bei den Einheimischen (0,82%) ist (ebd. 200). Es besteht ein Zusammenhang zwischen den schlechteren Perinataldaten und den sozioökonomischen Daten. Die Migrantinnen haben einen schlechteren Sozialstatus als die einheimischen Frauen (70% versus 42%), einen niedrigeren Bildungsstand (25% versus 13%) und bekommen häufiger eine unzulängliche oder gar keine Versorgung vor der Geburt (15% versus 8%) (ebd. 200-201). Häufig gehen tiefer sozioökonomischer Status und niedriger Bildungsstand mit höheren Sterblichkeitsraten und vermehrten Komplikationen einher (Lehmann 1990, Weiss 2003, Bollini 2000). So hat auch Weiss festgestellt: „Der Anteil untergewichtiger Neugeborener (< 2500 g) steigt mit sinkender Sozialklasse. Auch die Totgeburtenrate, die neonatale und die postneonatale Mortalität sind in den unteren Sozialklassen deutlich höher als in den oberen“ (Weiss 2003: 91). Bestimmte Gruppen von Migrantinnen weisen einen tieferen sozioökonomischen Status auf und sind daher eher in den unteren Sozialklassen vertreten (ebd. 18-21). Bollini zeigt jedoch auf, dass auch nach methodischen Anpassungen durch Ausschluss möglicher biologischer und sozialer Faktoren Unterschiede bezüglich der Schwangerschaftsergebnisse bei den verschiedenen Migrantinnengruppen beobachtet werden konnten. Sie weist darauf hin, dass die Belastung durch die Migration selbst, der Bruch mit früheren sozialen Netzwerken, der unzureichende Zugang zu Gesundheitsdiensten und Diskriminierung innerhalb des Gesundheitssystems jene Hauptfaktoren sind, die Migrantinnen in eine ungünstigere, vulnerablere Lage bringen. Es wird sicher weitere

²⁰ Definition Säuglingssterblichkeit: N Todesfälle bis 1 jährig/Anzahl Lebendgeburten; Definition perinatale Sterblichkeit: N Anzahl Todesfälle bis 1 Woche alt/Anzahl Lebend- und Totgeburten (Lehmann et al. 1990: 375).

Forschung nötig sein, um Aufschluss darüber zu erhalten, wie diese Mechanismen aufeinander wirken und welche Interventionsmöglichkeiten gegeben sind. (Bollini 2000: 197-198). Weiss führt an, dass die bei Migrantinnen deutlich erhöhte Rate an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen mit der geringen Inanspruchnahme von vorgeburtlichen Massnahmen erklärt wird (Weiss 2003: 108). Dieser Zusammenhang wird auch in einer Studie im Rahmen eines Pilotprojekts der Stadt Nürnberg hergestellt (Terzioglu et al. 2000). Der Vergleich zwischen einem deutschen und einem ausländischen Patientinnenkollektiv zeigt, dass ausländische Frauen weniger präventive Massnahmen in der Schwangerschaft in Anspruch nehmen. So werden die erste Vorsorge- und auch die erste Ultraschalluntersuchung wesentlich später durchgeführt, bei 21% der Migrantinnen nach der 13. Schwangerschaftswoche während bei den deutschen Frauen dieser Anteil bei 10% liegt. Die Anzahl der Frauen, die weder zu Vorsorge- noch zu Ultraschalluntersuchungen gehen, ist bei den Migrantinnen doppelt so hoch. Die Migrantinnen müssen zudem häufiger einen präpartalen stationären Aufenthalt in Kauf nehmen (16% versus 12%) und die perinatale Mortalität liegt bei ihren Kindern höher (14 von 1000 Neugeborenen versus 8 von 1000 Neugeborenen) (ebd. 245-248).

Die Darstellung der Forschungsergebnisse macht deutlich, dass die wichtigsten Indikatoren in der Geburtshilfe die Säuglings- und Kindersterblichkeit, die Anzahl Totgeburten sowie das Geburtsgewicht sind, und dass diese auf einer biomedizinischen Perspektive basieren. Die Migrantinnen werden anhand dieser (Norm-)Daten mit den einheimischen Frauen verglichen. Aufgrund der Daten lässt sich nicht abschliessend beurteilen, ob die schlechteren Perinataldaten lediglich auf eine mangelnde Geburtsvorbereitung bzw. geringere Inanspruchnahme vorgeburtlicher Massnahmen zurückzuführen sind. Wahrscheinlich ist, dass weitere Faktoren – wie sie von Bollini (2000: 197-198) genannt werden – eine Rolle spielen, und zumindest ansatzweise auch erklären könnten, weshalb Migrantinnen weniger oder keine vorgeburtlichen Dienstleistungen beanspruchen.

4. Methode

4.1 Erhebung der Daten

Die Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit führte im Sommer/Herbst 2002 eine Spitalbefragung durch. Das Ziel der Befragung war die Identifikation von Problem- und Bedürfnislagen der Migrantinnen im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase, um anhand der Ergebnisse im Rahmen des Projektes „Migration und reproduktive Gesundheit“ konkrete Angebote konzipieren zu können. Die Daten sollten ebenfalls Aufschluss darüber geben, für welche Migrantinnengruppen prioritär Angebote zu planen sind. Die Spitalbefragung wurde von den Mitarbeiterinnen der Schweizerischen Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit durchgeführt: Anhand der Nestlé Geburten-Statistiken 1994-2001 wurde das jeweilige geburtenstärkste öffentliche Spital eines jeden Kantons identifiziert und die ChefarztInnen der Gynäkologie/Geburtshilfe angeschrieben. Da in den Kantonen Zug und Tessin private Spitäler die höchsten Geburtenraten aufwiesen, wurde in diesen Kantonen das bezüglich Anzahl Geburten an zweiter Stelle stehende, öffentliche Spital

kontaktiert. Im Brief wurde über das Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ informiert und die Erlaubnis für die geplante telefonische Befragung der leitenden Hebammen eingeholt. Die ChefärztInnen wurden ebenfalls um ein Interview gebeten. Schliesslich konnten 31 telefonische Befragungen durchgeführt werden. 21 Interviews fanden mit den leitenden Hebammen bzw. deren Stellvertreterinnen statt. Zehn Interviews wurden mit den ChefärztInnen oder mit den von ihnen damit beauftragten ÄrztInnen geführt. Nicht erreicht werden konnten die jeweiligen Personen der Spitäler der Kantone Graubünden und Appenzell Innerrhoden (vgl. Anhang 1 Teilnehmende Kantone und Spitäler). Die Telefon-Interviews wurden anhand eines semi-strukturierten Interview-Leitfadens in (schweizer-)deutscher und französischer Sprache durchgeführt (vgl. Anhang 2 Interviewleitfaden deutsch). Die handschriftlichen Notizen wurden auf eine Word-Datei übertragen. Anschliessend hat die Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit eine erste Teilauswertung vorgenommen, um Hinweise für die Planung der Angebote für Migrantinnen zu erhalten (Wick 2003). Da die Daten einen facettenreichen Einblick geben, wie die Situation zur reproduktiven Gesundheit der Migrantinnen vom medizinischen Fachpersonal wahrgenommen wird, wurde von der Koordinationsstelle eine vertiefte qualitative Auswertung der Spitalbefragung gewünscht. Der entsprechende Auftrag wurde im Sommer 2003 dem Institut für Ethnologie der Universität Bern erteilt.

4.2 Auswertung der Daten

Die Befragung der Spitäler beinhaltet zwei Schwerpunkte. Die Fragen 1 bis 7 befassen sich mit den gesundheitlichen Problemen im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase und der Betreuung der Migrantinnen in dieser Phase, mit den Lösungsansätzen sowie den Bedürfnissen der Migrantinnen aus Spitalsicht. Dieser Teil wurde von Regula Hälg (2004) ausgewertet und bildet Gegenstand des 5. Kapitels. Die Fragen 8 bis 11, die vorhandene Ressourcen und Bedürfnisse der Spitäler eruieren, welche in der Betreuung von Migrantinnen eine wichtige Rolle spielen und für die Unterstützung des Projektes „Migration und reproduktive Gesundheit“ von Nutzen sein könnten wurden von Gabriela Wallimann (2004) ausgewertet. Die Ergebnisse werden im Kapitel 6 dargestellt. Für die beiden Teile wurde eine unterschiedliche Vorgehensweise bei der Auswertung der Daten gewählt. Das methodische Vorgehen wird daher zu Beginn der beiden jeweiligen Kapitel erläutert. Es folgen daher lediglich einige allgemeine Anmerkungen zur Auswertung: Die Fragen wurden zu einem grossen Teil offen formuliert. Eine qualitative Auswertung der erhobenen Daten steht damit im Vordergrund. Zur besseren Verständlichkeit werden ausgewählte Themen in tabellarischer Form dargestellt. Einige der Fragen mussten mit ja oder nein beantwortet werden. Diese wurden, soweit sinnvoll, quantitativ ausgewertet und als Tabelle dargestellt. Es ist wichtig, die präsentierten Interpretationen lediglich als Tendenzen zu verstehen, die sich aus der Befragung entnehmen lassen. Dabei ist zu beachten, dass durch die Form der Befragung (Telefon-Interviews) Bedingungen entstanden sind, welche die Aussagekraft der Antworten relativieren. Die gestellten Fragen hätten eventuell ein sorgfältiges Überdenken und Nachforschen erfordert. Zudem erkennt man an den Kommentaren, dass von den Befragten manchmal der „Ist-Zustand“ und manchmal ein „Soll-Zustand“ beschrieben worden ist

5. Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe

5.1 Methodisches Vorgehen bei der Auswertung

Die offen formulierten Fragen 1 bis 7 (vgl. Anhang 2 Interviewleitfaden deutsch) ergaben eine Vielfalt an Antworten und Aussagen, so dass eine qualitative Auswertung (Inhaltsanalyse und Kategorienbildung) im Vordergrund steht. Die Fragen 1 und 2 (prozentualer Anteil Geburten von Migrantinnen / vertretene Migrantinnen- und Sprachgruppen) konnten nur von wenigen Befragten präzise beantwortet werden. Sie werden im Kapitel 5.2 zusammengefasst und diskutiert. Die Fragen 3 bis 7 (gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase / Betreuung der Migrantinnen in dieser Phase / Lösungsansätze und Bedürfnisse der Migrantinnen aus Spitalsicht) bieten eine grosse Fülle von Antworten mit einem unterschiedlichen Grad an Subjektivität: Einige Befragte nennen konkrete Probleme und Lösungsansätze, andere Aussagen beinhalten auch Meinungen oder Wertungen. Zudem wurden die Fragen – insbesondere die Frage nach den Gesundheitsproblemen (Frage 3) – sehr ausführlich und teilweise über die Fragestellung hinaus beantwortet, so dass sich bei den erfragten Problemen, beim Handlungs- und Wissensvermittlungsbedarf sowie bei den angenommenen Bedürfnissen der Migrantinnen gewisse Überlappungen ergaben. Die Auswertung erfolgt daher nicht streng den einzelnen Fragen entlang, sondern es werden Themenschwerpunkte gebildet. Die Antworten der befragten leitenden Hebammen und (Chef-)ärztInnen leisten einen wichtigen Beitrag zur Erörterung der Themen. Ihre Aussagen werden – soweit es dienlich ist – angeführt bzw. zitiert. Zudem werden die Aussagen in Bezug zur aktuellen Literatur gesetzt und interpretiert.

Zu Beginn der Auswertung stellte sich die Frage, ob die erhobenen Daten Aufschluss bezüglich der Sensibilität in der Betreuung von Migrantinnen und der transkulturellen Kompetenz der befragten Spitäler geben könnten. Dazu wäre es nötig gewesen, die Spitäler in Kategorien einzuteilen, Kriterien bezüglich Sensibilität und Kompetenz festzulegen und die Aussagen anhand dieser Kriterien zu analysieren. Als sinnvolle Kategorisierung erwies sich eine Unterscheidung in Universitätsspitäler und übrige Spitäler. Eine erste Durchsicht und Analyse der Daten ergab, dass die Universitätsspitäler in der Regel ausführlicher auf die Fragen antworteten. Weiter konnten sie konkrete und erprobte Lösungsansätze nennen, was auf eine bewusste Auseinandersetzung mit einzelnen Themen hindeutet. Die einzelnen Aussagen selbst sind aber durchaus mit jenen der übrigen Spitäler vergleichbar und zeugen nicht unbedingt von einer generell bewussteren Haltung im Umgang mit Migrantinnen. Wenn somit den Universitätsspitalern tendenziell eine höhere Kompetenz und Sensibilität in der Betreuung von Migrantinnen attestiert werden kann, so trifft dies dennoch nicht auf alle zu. Eine weitere mögliche Kategorisierung könnte sich nach dem Anteil der gebärenden Migrantinnen eines Spitals richten. Da aber die diesbezüglichen Angaben (vgl. Kapitel 5.2) sehr vage und approximativ sind, bieten sie keine gesicherte Grundlage für eine Analyse. Immerhin kann hier die Tendenz beobachtet werden, dass Spitäler in ländlichen Gebieten mit einem tieferen Anteil gebärender Migrantinnen eher wenig differenzierte Aussagen machen, was auf eine geringere

Sensibilität in der Betreuung von Migrantinnen hinweisen könnte. Da sich aufgrund dieser ersten Durchsicht der Daten keine aussagekräftigen Unterschiede ergaben, wurde die vertiefte Beantwortung der Frage hinsichtlich der Sensibilität und der transkulturellen Kompetenz fallen gelassen, dazu wäre ausserdem ein anderes Forschungsdesign sinnvoller gewesen.

Bei drei (Teil-)Fragen wurden die Interviewten gebeten, diejenigen Migrantinnengruppen zu nennen, bei denen Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase identifiziert werden (3a), bei denen in Bezug auf Frage 3a dringender Handlungsbedarf (4a) und allgemein Wissensvermittlungsbedarf (6b) besteht. Eine erste vorläufige Auswertung zeigte, dass die Kategorien- bzw. Gruppenbildung nicht ganz einheitlich gestaltet werden konnte. Einerseits wurden von den Interviewten Migrantinnengruppen als Angehörige des gleichen Herkunftsstaates, -region oder -kontinent genannt, z.B. Afrika, Südostasiatinnen, Lateinamerika, Balkan. Zum Teil wurde die Nennung spezifiziert, z.B. „Türkinnen aus ländlichen Regionen“, „indisch-pakistanische Bevölkerungsgruppe, insbesondere Tamilinnen“. Bei der Nennung „Frauen aus dem Osten“ sind vermutlich Frauen aus Osteuropa gemeint. Andererseits erfolgten Gruppennennungen unabhängig von Herkunft, wie z.B. beschnittene Migrantinnen, Migrantinnen mit tiefer sozialer Schicht, Asylbewerberinnen, etc.

Insbesondere die Bezeichnung „Balkan“ ist schwer zu interpretieren. Gemäss Lexikon bezeichnet „Balkan“ einen Gebirgszug in Südosteuropa.²¹ Bei der Durchsicht der Daten drängt sich die Frage auf, ob „Balkan“ als eine Gleichsetzung mit Ex-Jugoslawien zu verstehen ist oder ob sich die Interviewten mit ihren Bezeichnungen – Türkinnen, Balkan, Kosovo-Albanerinnen, Ex-Jugoslawien, Bosnien, Kosovo, Albanerinnen, Serbo-Kroatinnen, Kroatinnen, Serbien, – teilweise selbst etwas unsicher fühlten, dies eventuell als Folge mangelnder Kenntnisse bezüglich der einzelnen existierenden Staaten bzw. deren Teilrepubliken.²² Eine sinnvolle Kategorisierung wäre sicher trotz der angeführten Schwierigkeiten möglich gewesen. Auf eine vertiefte Auswertung dieser Teilfragen wurde dennoch verzichtet. Die Nennung von problembelasteten Migrantinnengruppen fördert die Gefahr von Stigmatisierungen und könnte allfälligen Kulturalisierungen Vorschub leisten, was ja vermieden werden will.

²¹ Eine weitere lexikalische Bezeichnung ist „Balkanhalbinsel“, wozu i.e.S. die folgenden Mittelmeer-Gebiete gehören: der adriatische Saum Kroatiens, Montenegro, Albanien, Griechenland, Südbulgarien und der europäische Teil der Türkei. I.w.S. reicht die Balkanhalbinsel in Norden bis zur Donau und Save und umfasst somit neben den Mittelmeer-Gebieten ganz Bulgarien, Serbien sowie Bosnien-Herzegowina. (dtv-Lexikon in ²⁰ Bänden 1997 (1982). Mannheim/München: Brockhaus GmbH und Deutscher Taschenbuch Verlag. Bd. 2, S. 80.)

²² So bezeichnet z.B. Ex-Jugoslawien ein Staatengebilde, das bis 1991 existierte und aus sechs Teilrepubliken bestand, welche heute weitgehend eigenständige Staaten sind. Es bestehen heute **Slowenien** (unabhängig seit 1991), **Kroatien** (unabhängig seit 1991), **Bosnien-Herzegowina** (unabhängig seit 1992), **Mazedonien** (unabhängig seit 1991) sowie **Serbien und Montenegro** (Bundesrepublik seit 1992, zu Serbien gehören zudem die Provinzen *Kosovo*, seit 10.6.1999 unter UN-Übergangsverwaltung, und *Wojwodina*) (dtv Lexikon Bd. 9 1997: 119-121). Albanien hingegen ist ein eigener Staat.

5.2 Anteil gebärender Migrantinnen in der Geburtshilfe

Bei den Fragen 1 und 2 (prozentualer Anteil Geburten von Migrantinnen / vertretene Migrantinnen- und Sprachgruppen) konnten in den wenigsten Fällen exakte Zahlen genannt und genaue Angaben gemacht werden. Die meisten Antworten sind Schätzungen und approximative Angaben, die sich in einigen Fällen, bei denen ein leitender Arzt/leitende Ärztin und die leitende Hebamme desselben Spitals interviewt wurden, sogar widersprechen. Die Idee, die entsprechenden Daten beim Bundesamt für Statistik anhand der dort eingeführten Spitalstatistik zu beschaffen, erwies sich als nicht durchführbar. Von einer detaillierten Darstellung der entsprechenden Zahlen und der Zusammensetzung der verschiedenen Migrantinnengruppen wird daher abgesehen und es werden lediglich einige Punkte erörtert:

Der Anteil gebärender Migrantinnen ist in den Spitälern der grösseren Städte in der Regel überproportional. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung betrug zur Zeit der Befragung (2002) in der Schweiz 20,3%. Die Angaben (oftmals Schätzungen) der einzelnen Spitäler bezüglich Anteil gebärender Migrantinnen liegen zwischen 5% (Hôpital Régional Delémont) / 10% (Kantonsspital Nidwalden) und 60-70% (CHUV Lausanne, Kantonsspital Luzern), wobei in der Mehrzahl der Spitäler der Anteil über 20% liegt. Die überproportionale Beanspruchung wird deutlich am Beispiel des kantonalen Spitals Basel-Landschaft (Kantonsspital Bruderholz), welches exakte Zahlen angeben konnte. Der Anteil gebärender Migrantinnen wurde vom Spital für das Jahr 2002 mit 42% angegeben. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung hingegen betrug per 31.12.2002 im Kanton Basel-Landschaft 17,8%.

Verschiedene Faktoren spielen bei dieser überproportionalen Beanspruchung eine Rolle. Als ein Grund muss der höhere Anteil ausländischer Frauen im gebärfähigen Alter in Betracht gezogen werden. Der Anteil der Migrantinnen an der weiblichen Wohnbevölkerung zwischen 15 und 44 Jahren beträgt 25% (Sieber 2001: 344). Schweizerinnen gebären ausserdem im Vergleich zu Migrantinnen weniger Kinder. Der Anteil geborener Kinder mit ausländischer Staatsangehörigkeit betrug 26,47% im Jahre 2002. Und die Geburtenziffer betrug 2002 bei den Migrantinnen 1.90 verglichen mit 1.23 bei den Schweizerinnen.²³ Zudem wird vermutet, dass Schweizerinnen ihre Kinder tendenziell eher in Privatkliniken oder in alternativen Geburtseinrichtungen (z.B. Geburtshaus) zur Welt bringen.

Weiter fällt auf, dass Italienerinnen auffallend wenig genannt werden bei der Frage nach den am häufigsten vertretenen Migrantinnengruppen, obwohl der Anteil der ItalienerInnen an der ausländischen Bevölkerung 20,9% (2002) beträgt und sie somit die grösste Gruppe ausländischer Herkunft darstellen. Im Kantonsspital Basel-Landschaft betragen die Italienerinnen nur 6%, im Kantonsspital Glarus 5,1%. Auch hier wird vermutet, dass die Frauen mit italienischer Staatsangehörigkeit eher in ein Privatspital gehen. Zudem ist die Geburtenrate in Italien eine der

²³ Quelle: Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, gemäss E-Mail-Anfrage vom 1. Juli 2004.

tiefsten in ganz Europa, und die Geburtenrate bei italienischen Staatsangehörigen in der Schweiz ist ebenfalls entsprechend tief²⁴.

Auf die Frage nach den am häufigsten vertretenen Migrantinnengruppen werden Tamilinnen sowie Frauen aus Ex-Jugoslawien oder aus dem Balkan häufig genannt. Es lässt sich anhand der Datenlage nicht eruieren, ob sie tatsächlich derart häufig vertreten sind, oder ob sie vermehrt wahrgenommen werden, weil sie häufig als problembelastet betrachtet werden. In den Einzelfällen, bei denen von den Spitälern exakte Zahlen genannt werden, treten diese Gruppen weniger prominent auf.

5.3 Perinatale Gesundheits- sowie Betreuungsprobleme der Migrantinnen

In diesem Kapitel werden die Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase (Frage 3) und die Probleme in der Betreuung von Migrantinnen (Frage 7) aus Sicht der Spitäler zusammengefasst und dargestellt. Bei der Frage nach den Gesundheitsproblemen beschränkten sich die interviewten Personen nicht auf rein medizinische Probleme in der peri- und postnatalen Phase, sondern es wurden auch Probleme genannt, welche die allgemeine gesundheitliche Situation der Migrantinnen und ihre Betreuung in einem weiteren Sinne betreffen. Das Kapitel 5.3.1 befasst sich nur mit den Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase. Die Aussagen zur weitergehenden Betreuung werden mit den Antworten auf Frage 7 zusammengefasst und im Kapitel 5.3.2 ausgewertet. Als Problem wurde sehr oft die Kommunikation bzw. die Sprache genannt. Auf diese Thematik wird im Kapitel 5.5 eingegangen. Von den 31 Interviewten gaben lediglich drei Personen an, in ihren Spitälern keine Probleme im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase zu kennen. Dieselben Personen sowie eine weitere erklärten, sie sähen diesbezüglich keinen Handlungsbedarf. Eine Person konnte die Frage nicht beantworten, da sie „die Frauen nur während der Geburt sehe“. Das heisst, für 27 interviewte Personen (87%) besteht in Bezug auf die genannten Probleme Handlungsbedarf.

5.3.1 Gesundheitsprobleme

Die Antworten ergaben eine Vielfalt von Problemen, die bei der Geburtshilfe auftauchen können. Eine Unterteilung in verschiedene Kategorien ist daher sinnvoll: Gesundheitliche Probleme, die bei der Schwangerschaft und bei der Geburt auftreten können, werden in der Kategorie *Schwangerschaft/Geburt* zusammengefasst. Hier finden sich auch Nennungen, die einen engen Bezug zur Schwangerschaft und Geburt haben, und keiner anderen Kategorie sinnvoll zugeordnet werden können. Der Kategorie *weitere Probleme der reproduktiven Gesundheit* sind Nennungen zugeordnet, die zwar Probleme bezüglich der Schwangerschaft und Geburt beinhalten können, aber auch als Probleme, die in einem weiteren Sinne die Gesundheit der Frau betreffen, gesehen werden können, wie z.B. sexuell übertragbare Krankheiten (STD, HIV, Hepatitis B und C). Als eigene Kategorie figuriert die *Kommunikation*.

²⁴ Quellen: Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, Bundesamt für Ausländerfragen, Bern, gemäss E-Mail-Anfragen vom 1. Juli 2004.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die angeführten Probleme und die Anzahl Nennungen. Aus methodischer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass die Befragten die einzelnen Probleme für jeweils spezifische Migrantinnengruppen angaben, so dass pro Item und pro Interview Mehrfachnennungen möglich waren (mittlere Zahlenspalte). Zum Vergleich werden in der linken Zahlenspalte die Anzahl Nennungen aufgeführt, wenn das Problem pro Interview nur einmal gezählt wird. Zusätzlich scheint in der Kategorie *Schwangerschaft/Geburt* in der rechten Zahlenspalte die Anzahl Nennungen auf, wenn das Problem in Bezug auf Tamilinnen geäußert wird.

Tabelle 1: Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase

Problem	Anzahl Interviews (N=31)	Anzahl genannte Migrantinnengruppen	davon Tamilinnen
<i>Schwangerschaft/Geburt</i>			
schwieriger Schwangerschaftsverlauf	1	5	1
*Hyperemesis gravidarum (Schwangerschaftserbrechen)	2	8	2
*Ernährung	7	7	6
*Gestationsdiabetes (inkl. Hospitalisierungen)	10	14	10
*mangelhafte Schwangerschaftskontrollen und Geburtsvorbereitung	3	3	0
*Anämie	2	2	1
schwieriger Geburtsverlauf	4	7	5
*grosse Kinder	5	5	4
*protrahierte Geburtsverläufe	1	1	1
*Sectio	6	8	5
*vaginale operative Geburten	2	3	2
*lange Spitalaufenthalte wegen sozialer Indikation	1	1	0
*nicht gebärfreudige Frauen	1	1	1
*allgemein mehr Komplikationen	1	1	1
*Informationsdefizit bezüglich Geburt	1	1	1
<i>Weitere Probleme der reproduktiven Gesundheit</i>			
viele Schwangerschaftsabbrüche	1	1	
Verhütung/Familienplanung	4	4	
Beschneidung	1	1	
Eileiterentzündungen	1	1	
STD (sexually transmitted diseases)	1	1	
HIV	1	1	
Hepatitis B + C	5	12	
<i>Kommunikation</i>			
	8	20	

Die meisten Probleme werden erwartungsgemäss im Bereich *Schwangerschaft/Geburt* genannt. Hyperemesis gravidarum wird z.B. von zwei Befragten als Problem genannt, beide bezeichnen die Tamilinnen als betroffene Gruppen sowie sechs weitere Migrantinnengruppen (dies ergibt somit acht Nennungen in der mittleren Zahlenspalte). Rund 60% der Nennungen entfallen auf die Gruppe der Tamilinnen. Diese Migrantinnengruppe wird offensichtlich in der Geburtshilfe als eine besonders problembelastete Gruppe wahrgenommen und hat in der Folge eine vermehrte Aufmerksamkeit durch die Forschung erfahren. Widmer (1998) bestätigt in ihrer Dissertation,

dass tamilische Frauen eine höhere Rate an operativen Entbindungen als das Vergleichskollektiv aufweisen. Buchs (1998) versucht Gründe für die schwierigeren Geburtsverläufe der Tamilinnen aufzuspüren und ortet gewisse Probleme im unterschiedlichen Ernährungskonzept, das sich im Migrationskontext nicht immer aufrecht erhalten lässt und unter anderem zu vermehrter Gestationsdiabetes führt (von den 14 Nennungen entfallen zehn auf die Tamilinnen). Kuntner (2001) kommt anhand ihrer Umfrage zum Ergebnis, dass viele tamilische Frauen nur ungenügend über das Angebot der Geburtshilfe, wie z.B. über alternative Gebärhaltungen, informiert sind. Die mangelnden Informationen sowie allfällige zusätzliche belastende Faktoren können die Kette Angst-Spannung-Schmerz hervorrufen, was erwiesenermassen einen negativen Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt hat (ebd. 376). Die Aussage „nicht gebärfreudige Frauen“ von einer der befragten Personen ist vermutlich in diesem Zusammenhang zu interpretieren: Sprachbarrieren, mangelnde Information und Unsicherheit bezüglich des Angebots können Passivität und Verspannungen hervorrufen, und dies wiederum kann zu Komplikationen führen. Die meisten tamilischen Frauen wünschen sich daher durchaus eine Geburtsvorbereitung (ebd. 376). Die Befragte des Universitätsspitals in Lausanne gab an, dass geburtshilfliche Komplikationen wie Sectiones und vaginal-operative Entbindungen aber auch Ernährungsprobleme und Anämien in ihrem Spital abgenommen haben, seitdem eine tamilische Hebamme Geburtsvorbereitungskurse anbietet.

Drei Befragte äussern sich zur ungenügenden Geburtsvorbereitung. Hier fallen Migrantinnen aus tieferen sozialen Schichten auf, da sie nicht oder unregelmässig zur Schwangerschaftskontrolle gehen und „nicht zu sich schauen“. Die Aussagen „Migrantinnen kommen nicht gut vorbereitet zur Geburt“ und „Wenn Migrantinnen in den Gebärsaal kommen, ohne die Sprache zu sprechen, ohne jegliche Kontrolle in der Schwangerschaft und ohne Geburtsvorbereitungskurs, dann ist die Lage dramatisch“ drücken aus, dass von den Migrantinnen eine adäquate Geburtsvorbereitung erwartet wird, da so Komplikationen vermieden, aber auch die Abläufe im Spital sichergestellt werden können.

In der Kategorie *weitere Probleme der reproduktiven Gesundheit* sind die Nennungen auf verschiedene Migrantinnengruppen verteilt, keine sticht besonders heraus. Hingegen wird mit 12 Nennungen Hepatitis B und C besonders hervorgehoben. Generell ist in der Schweiz eine wachsende Sensibilisierung gegenüber dieser übertragbaren Krankheit und der doch nicht unerheblichen Übertragungsrisiken, welche bei den MigrantInnen vielleicht weniger bekannt sind, festzustellen. Zudem weist Weiss darauf hin, dass sich die grosse Mehrheit der empirischen Studien, welche MigrantInnen einbeziehen, mit übertragbaren Krankheiten befasst, und meint dazu: „Diese Forschungsperspektive spiegelt nur zu deutlich die Sorge von Einwanderungsgesellschaften wider, MigrantInnen könnten Krankheiten mitbringen und zu deren Verbreitung beitragen“ (Weiss 2003: 82). Die zunehmende Sensibilisierung sowie die Sorge um die Verbreitung von Krankheiten scheinen sich auch in den Aussagen der Befragten niederzuschlagen. Verhütung und Familienplanung werden von vier Befragten als problematisch gesehen. Diese Thematik wird im Kapitel 5.4.1 besprochen.

5.3.2 Probleme im Zusammenhang mit der Betreuung von Migrantinnen

Den sehr vielfältigen Problemen, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Migrantinnen genannt werden, sind insgesamt acht verschiedenen Kategorien zugeordnet worden. Tabelle 2 stellt die Kategorien sowie die zugeordneten Probleme mit der Anzahl der Nennungen dar. Dabei wurde pro interviewte Person nur eine Nennung gezählt, unabhängig ob das Problem Migrantinnen allgemein oder spezifische Migrantinnengruppen betrifft.

Tabelle 2: Probleme in der Betreuung von Migrantinnen

Problem	Anzahl Interviews (N=31)
Vorstellungen/Überzeugungen über Krankheit und Gesundheit	
Frauen kommen nicht an Informations-Abende	1
nicht offen für alternative Gebärmethoden	1
Selbständigkeit wird ans Fachpersonal abgegeben, Delegation der Verantwortung während der Geburt	2
das Essen im Spital wird zum Teil nicht geschätzt	1
zum Teil mangelhafte Hygiene	1
"Kulturelle" Besonderheiten	
"kulturelle" Besonderheiten	5
zunähen des Jungfernhäutchens	1
Besuch und Besuchszeiten	3
Konflikte wegen kulturellen Vorstellungen	1
Frau/Mann (Geschlechterverhältnis)	
Anwesenheit der Männer	3
Abhängigkeit der Frauen von den Männern	4
mangelnde Unterstützung durch den Partner	1
Konflikte in der Partnerschaft	1
Gewalt (in der Ehe/Partnerschaft)	1
Mehrfachbelastung der Frau durch Beruf und Familie	1
Säuglingspflege und Kleinkindbetreuung	
Aufklärung betreffend Säuglings-/Kinderpflege nötig	2
Mütterberatung ausserhalb des Spitals läuft kaum	1
Somatische und psychische Probleme	
psychische Probleme	9
somatische Beschwerden	3
Infektions-/Viruserkrankungen	2
psychosomatische Beschwerden / Medikalisierung der sozialen Probleme	2
diverse Beschwerden	4
Psychosoziale Probleme	
Finanzen	1
Wohnen (vor allem Asyl Suchende)	1
Arbeit	2
Sicherung der sozialen Situation	1
soziale Isolation	4
Flucht/Aufenthaltsstatus	
Fluchterfahrung	1
juristische Schwierigkeiten	1
Zukunftsperspektive	1
hohe Erwartungen an die Schweiz	1
Integration	3
Kommunikation	23

Hinter den Aussagen, die der Kategorie *Vorstellungen und Überzeugungen über Krankheit und Gesundheit bzw. über reproduktive Gesundheit* zugeordnet sind, können Überzeugungen der Migrantinnen vermutet werden, die von denjenigen des medizinischen Fachpersonals divergieren und zu Schwierigkeiten führen. Die Aussage, dass Migrantinnen nicht offen für alternative Gebärmethoden seien, lässt sich nur anhand von Hintergrundwissen sinnvoll interpretieren. Kuntner erläutert am Beispiel der Gebärhaltung, wie sich Vorstellungen zur Geburt auch bei uns verändert haben. So ist die Rückenlage für die Geburt im Zusammenhang mit dem Übergang von der weiblichen zur ärztlichen, männlichen Geburtshilfe eingeführt und durch „den Medizintransfer der Kolonial- und Missionsmedizin“ weiter verbreitet worden (Kuntner 2001: 365). Die Rückenlage hat damit in Geburtssystemen mit traditionellen Praktiken das aktive Gebärverhalten, bei der die Frau umhergeht und sich bewegt, teilweise verdrängt (ebd. 366). In der Schweiz hingegen setzt sich langsam die Erkenntnis durch, dass die vertikale Gebärhaltung positive Auswirkungen auf die Geburtsparameter und den Geburtsschmerz hat, so dass verschiedene alternative Gebärmethoden entwickelt wurden, wie z.B. die Wassergeburt oder die Geburt mit dem Gebärhocker Maia (ebd. 366). Während die Migrantinnen somit teilweise von der in ihrem Herkunftsland geltenden Ansicht geprägt sind, dass in der modernen Geburtshilfe die Geburt im Spital in Rückenlage zu erfolgen hat, sind sie aber auch ungenügend informiert über alternative Gebärmethoden sowie über die Möglichkeit, zu Hause oder im Geburtshaus zu gebären (ebd. 367). Die Wassergeburt wird allerdings in der Regel von Tamilinnen aufgrund ihres Unreinheitskonzeptes abgelehnt. „In der geburtshilflichen Praxis wird jeder Kontakt mit Ausscheidungen wie Schleim, Blut, Käseschmiere u.a. vermieden“ (ebd. 377). Die Abneigung gegen diese Ausscheidungen wird häufig von traditionell islamischen Frauen geteilt (ebd. 363). Die Aussage einer Befragten „wollen Babies erst in die Arme nehmen, wenn sie gewaschen sind“ wird so verständlich. Für Tamilinnen spielen ausserdem Ernährungskonzepte eine zentrale Rolle, die sich an die ayurvedische Medizin anlehnen. Die Geburt und das Wochenbett werden dabei als sogenannt kalter Zustand eingestuft, der durch die Zuführung von Hitze auszugleichen ist. Der Körper muss durch entsprechende, als heiss klassifizierte Speisen und Getränke gestärkt werden. Kalter Tee, Joghurt und anderes widersprechen diesem Konzept (ebd. 364/378) und machen verständlich, dass das Essen zum Teil nicht geschätzt wird.

Eine interviewte Person beschreibt die unterschiedliche Auffassung über Geburtshilfe folgendermassen: „In der Schweiz ist gebären ein aktiver Prozess, bei dem die Frau Verantwortung übernehmen muss, Migrantinnen delegieren gerne die Verantwortung.“ Eine weitere befragte Person stellt fest, dass „Migrantinnen die Tendenz haben, die Selbständigkeit an das Fachpersonal abzugeben“. Ein Grund für dieses aus Spitalsicht passive Verhalten ist eventuell ebenfalls in der Folge des westlichen Medizintransfers zu sehen, da vielleicht die medikalisierte Geburtshilfe des Herkunftslandes noch kaum von den hier üblichen Gegenströmungen (Hebammengeburt, alternative Gebärhaltung, Frauen treffen selber Entscheidungen und überlassen diese nicht nur den ÄrztInnen) erfasst worden ist (Kuntner 2001). Als weitere mögliche Gründe kommen Sprachbarrieren, Desinformation und Unsicherheit in Betracht, wobei auch die Mechanismen der Zuschreibung von aktivem versus passivem Verhalten weitere Aufmerksamkeit benötigen würden (Maggi 2003: 16).

Mehrere interviewte Personen äussern sich zur unterschiedlichen „Kultur“ der Migrantinnen, indem sie auf „gewisse kulturelle Unterschiede“ oder „kulturelle Besonderheiten“ hinweisen oder Feststellungen wie “bei den Tamilinnen merkt man, dass sie aus einem ganz anderen Kulturkreis sind“ treffen. In der Kategorie „**kulturelle**“ **Besonderheiten** finden sich daher Aussagen, die sich auf Verhaltensweisen und Vorstellungen beziehen, die als auffällig - weil divergent von den eigenen Überzeugungen – erlebt werden. So wird z.B. genannt, dass die Hebamme dem türkischen Mann nicht die Hand zur Gratulation geben durfte. Weitere Befragte äussern, dass aufgrund der unterschiedlichen Lebenswelten und Verhaltensweisen Probleme und Konflikte entstehen. Eine interviewte Person erwähnt, dass sie im Spital mit der Forderung konfrontiert waren, das Jungfernhäutchen zu nähen, damit der Vater nichts über intime Beziehungen der Tochter erfährt. Weitere Konflikte werden im Zusammenhang mit den besuchenden Angehörigen wahrgenommen: „grosse Anzahl BesucherInnen“, „viel lüften“ und „nicht einhalten der Besuchszeiten“ werden als problematisch gesehen, auch weil teilweise die Akzeptanz der Schweizer Patientinnen fehlt, welche das Zimmer teilen.

Das **Geschlechterverhältnis** bzw. die Beziehung zwischen Mann und Frau kommt ebenfalls in mehreren Aussagen zum Ausdruck. So wird darauf hingewiesen, dass einige Migrantinnen die Anwesenheit von Männern im Gebärsaal nicht schätzen. Ärztinnen werden bevorzugt. Insbesondere wünschen sie, dass Männer bei vaginalen Untersuchungen zum Schutz ihrer Intimsphäre aus dem Raum gebeten werden. Allerdings haben Veränderungen stattgefunden, insbesondere was die Rolle des Mannes bei der Geburt betrifft. In traditionellen Geburtssystemen sind bei der Geburt häufig Frauen der erweiterten Familie anwesend. Wenn jedoch im Migrationskontext keine weiblichen Angehörigen anwesend sind, rückt die Unterstützung durch den Ehemann in den Vordergrund. So konnten in Deutschland vermehrt türkische Väter als Geburtsbegleiter beobachtet werden (Kuntner 2001: 371). Diese Veränderung der Rolle trifft in der Schweiz auch für Tamilen zu (ebd. 377/ Buchs 1998: 37). Weiter wird in den Aussagen die Abhängigkeit der Frauen von ihren Männern thematisiert: Männer seien – über ihre Arbeit – tendenziell besser integriert und beherrschten die jeweilige Landessprache. Daher würden Männer oft für ihre Frauen sprechen. Als Folge würden die Frauen als Anhängsel, als abhängig von ihrem Mann und unselbständig wahrgenommen.

Die Themen rund um **Säuglingspflege und Kleinkindbetreuung** werden von drei Interviewten als Probleme genannt. Häufig wird bezüglich dieser Themen ein Wissensvermittlungsbedarf festgestellt (vgl. Kapitel 5.4.1).

Die Kategorie **somatische und psychische Probleme** zeigt auf, dass in der geburtshilflichen Betreuung weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen wahrgenommen werden, vor allem bei Migrantinnen, die sich in einer „allgemein schwierigen Situation“ befinden. Insbesondere psychische Probleme wie z.B. Depressionen oder Schlafstörungen fallen auf. Psychische Probleme werden häufig im Zusammenhang mit Kriegstraumatisierungen, Gewalterlebnissen oder sozialer Isolation und mangelnder Integration genannt. Bei den somatischen Beschwerden werden Bauch- und Rückenschmerzen sowie gastrointestinale Probleme aufgeführt. Unter den

diversen Beschwerden finden sich Erschöpfung, Gefühle der Hilflosigkeit und Schmerzempfindlichkeit.

Psychosoziale Probleme werden in der Betreuung von Migrantinnen ebenfalls wahrgenommen. Zweimal werden psychosoziale Probleme genannt, ohne sie genauer zu spezifizieren. Konkret werden Belastungen im Zusammenhang mit Finanzen, Wohnen und Arbeit angeführt. Die soziale Isolation bezieht sich in zwei Fällen auf verheiratete Frauen, die über wenige bis keine Aussenkontakte verfügen. Die beiden anderen Fälle betreffen Frauen, die ohne Angehörige migriert sind und keinerlei soziales Netz in der Schweiz haben.

Weitere Nennungen betreffen den **Aufenthaltsstatus** bzw. den Aufenthalt in der Schweiz. Bei einem unsicheren Aufenthalt in der Schweiz spielen einerseits juristische Schwierigkeiten eine Rolle, andererseits hat eine mangelnde Zukunftsperspektive häufig Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation. Eine interviewte Person ist der Ansicht, dass Asyl suchende Frauen, die sich in einer schwierigen Situation befinden, zu hohe Erwartungen an die Schweiz haben, wahrscheinlich bezüglich der Lösung von Problemen. In drei Fällen wird die mangelnde Integration als problematisch gesehen.

5.4 Lösungsansätze aus Spitalsicht

Nach Lösungsvorschlägen wurde explizit bei den Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phasen (3c), beim diesbezüglichen Handlungsbedarf (4b) und bei den Problemen in der Betreuung von Migrantinnen (7b) gefragt. Die entsprechenden Antworten wurden jedoch häufig nicht in Bezug auf bestimmte Probleme genannt, sondern waren allgemeiner Art. Auch Antworten auf andere Fragen enthalten zum Teil Lösungsvorschläge. Sie werden daher ebenso in die Auswertung miteinbezogen wie die Antworten auf die Frage nach dem Wissensvermittlungsbedarf (6a). Die Zusammenfassung zu einer Analyseeinheit ist deshalb sinnvoll, weil sich bereits die erfragten Lösungsvorschläge häufig durch die Idee auszeichnen, über bestimmte Themen mehr Wissen zu vermitteln, aber auch weil dabei immer wieder dieselben Themen genannt werden.

Bei den Lösungsvorschlägen lassen sich drei Gruppen ausmachen:

- 1) Ein grosser Teil der Lösungsvorschläge zeichnet sich durch das in der Prävention übliche Paradigma aus, dass durch Aufklärung und Informationen (zukünftige) Probleme gelöst werden. Kapitel 5.4.1 befasst sich daher mit der Wissens- und Informationsvermittlung. Diese Vorschläge richten sich häufig nicht auf bestimmte Migrantinnengruppen, sondern betreffen Migrantinnen im Allgemeinen. Zuerst wird dabei auf die Inhalte der Information und die Art der Informationsvermittlung eingegangen. Anschliessend wird anhand von Aussagen erläutert, wie Fachpersonen der Geburtshilfe auf die soziokulturell geprägten Vorstellungen über reproduktive Gesundheit von Migrantinnen reagieren.
- 2) Ein weiterer Teil der Lösungsvorschläge besteht aus konkreten Ideen oder bereits angewandten und bewährten Ansätzen zur Lösung von spezifischen Problemen. Das Unterkapitel 5.4.2 präsentiert eine Auswahl dieser konkreten Lösungsansätze.

- 3) In einem grossen Teil der genannten Lösungsansätze geht es um eine verbesserte Kommunikation bzw. Verständigung. Diese Thematik wird im Kapitel 5.5 behandelt.

5.4.1 Informationsvermittlung

Bei der Informations- und Wissensvermittlung können zwei Aspekte betrachtet werden: Einerseits kann nach dem Inhalt der Information unterschieden werden, andererseits nach der Art der Informationsvermittlung. Damit lässt sich eine Matrix (Tabelle 3) erstellen, welche die genannten Lösungsansätze, die sich auf Informationsvermittlung beziehen, zusammenfasst.

Tabelle 3: Wissens- und Informationsvermittlung

Anzahl Interviews (N=31)	Art der Informationsvermittlung				
	in Muttersprache				
	(schriftliches) Informationsmaterial/ Broschüren/ Dokumentation in Muttersprache	Übersetzung/Begleitung		Besichtigung	
		Kurs			
Inhalt der Information					
<i>Schwangerschaft/Geburt/Nachgeburtsphase</i>					
Information Schwangerschaft/Geburt	15	2	6	1	1
Geburtsvorbereitung	15	5	1		12
Geburtsvorbereitungskurse	12	5			12
Ernährungs-/ Diabetesberatung, Aufklärung über Folgen bei Fehlernährung	10	1	1		
Beratung zu Eltern-/Paarsein nach der Geburt	1				
Säuglings-/Kinderpflege und -betreuung	7				
Stillen	4				
Information alternative Gebärmethode	1				
<i>Reproduktive Gesundheit</i>					
Familienplanung/Verhütung (inkl. Abtreibung)	16	1	1		1
Prävention HIV/ Hepatitis B+C/ STD	5				1
Sexualität (inkl. nach Geburt)/ Funktion Körper	7				
Männerberatung	1				
Beschneidung	2		1		
<i>Sonstige somatische und psychische Probleme</i>					
Gesundheitsinformation (Anlaufstelle)	1				
Medikamentengebrauch	2		1		
psychosomatische Probleme	1		1		
<i>Psychosoziale Probleme</i>					
Integration und Information über unsere Art zu leben	2				
Information Schweizer Gesundheitswesen/ Abläufe im Spital/ Angebot des Spitals	9		1	1	
Information über rechtliche Situation/Rechte	4	1	1		

Die Zahl der Gesamtnennungen gibt an, wie häufig die interviewten Personen einen Bedarf sehen, zu einem Thema Informationen und Wissen zu vermitteln. Wenn dabei Angaben zur Art der Informationsvermittlung erfolgten, so wurden diese in den entsprechenden Spalten zusätzlich vermerkt. Insgesamt wurden vier Kategorien gebildet, denen die einzelnen Themen zugeordnet sind. Im Bereich *Schwangerschaft/Geburt/Nachgeburtsphase* finden sich die meisten Nennungen. Informationen zu Schwangerschaft und Geburt werden in 15 Fällen als nötig erachtet. Eine interviewte Person will Migrantinnen „informieren, dass Schwangerschaftskontrollen nötig sind“. Häufig wird auch gesagt, dass ein Wissensbedarf bezüglich

„Ablauf der Geburt“ besteht. Dieses Wissen sollte in der Muttersprache anhand von Flyern, Broschüren und Informationsmaterial, durch eine Gebärsaalbesichtigung oder durch eine Übersetzung vermittelt werden. Zu berücksichtigen ist, dass Migrantinnen teilweise nicht lesen können. 12 Personen erachten Geburtsvorbereitungskurse als ideales Mittel, um allgemeines Wissen über Schwangerschaft und Geburt zu vermitteln (vgl. unten). Von zehn Befragten wird Ernährungsberatung vorgeschlagen, wobei als Zielgruppe in der Mehrzahl die Tamilinnen fokussiert werden. Sie sind häufig von Gestationsdiabetes betroffen, was auf ihr unterschiedliches Ernährungskonzept zurückgeführt wird (vgl. Kapitel 5.3.2). Tamilinnen sind daher „über die Folgen aufzuklären“ und über das aus Spitalsicht adäquate „Ernährungsverhalten zu informieren“. Ein Bedarf an Informationen wird von den interviewten Personen auch im Zusammenhang mit der Betreuung und Pflege von Säuglingen und Kindern sowie über das Stillen geortet, wie die folgende Themensammlung zeigt:

- Erstgebärende (Versorgung Neugeborene, Hygiene, Ernährung)
- Kleinkindererziehung (Säuglingsernährung, Eisenmangel, zu frühes Umstellen auf Kuhmilch)
- Aufklärung über Säuglingspflege und Kinderpflege
- Infos über die Mutter-Kindbeziehung (Ernährung, Betreuung)

Insgesamt 13 Personen äussern sich im Interview zum *Thema Geburtsvorbereitungskurs*. Eine Mehrzahl der Schweizerinnen erachtet einen solchen Kurs als eine ideale Vorbereitung zur Geburt und zudem als gute Gelegenheit zum Austausch. Obwohl das Angebot an Geburtsvorbereitungskursen sehr breit ist, geht es doch in erster Linie darum, grundsätzliches Wissen über die Vorgänge rund um die Geburt und über die erste Zeit nach der Geburt zu vermitteln. Drei interviewte Personen erachten es als Problem, dass Migrantinnen nicht in Geburtsvorbereitungskurse gehen, eine weitere Person weist darauf hin, dass die Nichtteilnahme an einem Kurs zu Problemen führen kann. Insgesamt in 12 Interviews werden Geburtsvorbereitungskurse als möglicher Lösungsansatz für Probleme bzw. als ideale Wissensvermittlung genannt. In einem Fall wird dies als explizite Aufforderung formuliert: „für alle Frauen, die keine Geburtsvorbereitungskurse besuchen: alle sollten einen Kurs machen, speziell *sans papiers* und Flüchtlinge brauchen unbedingt einen Kurs“. Vier Personen fügen ergänzend hinzu, dass Geburtsvorbereitungskurse in der Muttersprache angeboten werden sollen, bzw. eine weitere Person sieht vor allem Bedarf für tamilische Geburtsvorbereitungskurse. Drei Personen äussern sich zudem, welche Themen im Geburtsvorbereitungskurs behandelt werden sollten. Dies sind die Ernährung, Sectio sowie die Kommunikation in der Ehe und mit den Kindern.

In der Kategorie *reproduktive Gesundheit* besteht ein grosser Bedarf, Informationen zum Thema Familienplanung und Verhütung zu vermitteln. Eine Person meint, dass diesbezügliche nötige Aufklärung, am besten „mit speziellen Kursen [erfolgt], um an die Frauen heranzukommen“. In diesem Zusammenhang wird erwähnt, „dass manchmal Abtreibung als Verhütung angesehen wird“. Eine weitere Person nennt Zahlen: „1999 69% der unerwünschten Schwangerschaften bei Nicht-Schweizerinnen“. Sieber bestätigt, dass Migrantinnen häufiger als Schweizerinnen einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen: Der Anteil Migrantinnen betrug 1999 beispielsweise im Kanton Bern 40% (Sieber 2001: 344-345). Sie weist darauf hin, dass vor allem

Asyl Suchende und Flüchtlinge, bzw. Frauen in prekären Lebenssituation in die Situation geraten, eine Schwangerschaft abubrechen. Sie erläutert verschiedene Faktoren, die bei einer ungewollten Schwangerschaft eine Rolle spielen, z.B. dass vertraute Verhütungsmethoden in einem belasteten Migrationskontext plötzlich nicht mehr funktionieren (ebd. 355-356). Eine andere interviewte Person erwähnt in diesem Zusammenhang ein Projekt, das mit Erfolg läuft: In Zusammenarbeit mit einer portugiesischen Migrantinnengruppe konnte durch Präventionsaktivitäten die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei den Portugiesinnen reduziert werden. Auch die Sorge bezüglich übertragbarer Krankheiten (Hepatitis B+C, HIV etc.) löst einen Bedarf nach Prävention und Information aus. Von mehreren interviewten Personen wird ein Wissensvermittlungsbedarf zur Sexualität und zum Funktionieren des Körpers genannt. In einem der Interviews wird Bedarf an „Information über Physiologie des Organismus, Zyklus, Basiswissen Anatomie“ geäußert. Die Vermutung, dass Migrantinnen allgemein weniger biomedizinisches Wissen über den weiblichen Körper, die Genitalorgane und ihre Funktionen besitzen, wurde in einer Studie, die deutsche und türkische Frauen verglich, nur teilweise bestätigt (David et al. 2000). Es zeigte sich, dass der Wissenstand der befragten Personen vor allem mit dem Bildungsgrad korreliert. Niedrige Bildungsabschlüsse, tiefer sozioökonomischer Status und mangelnde Sprachkenntnisse gehen mit tendenziell geringerem biomedizinischem Wissen über den Körper und seine Funktionen einher (ebd. 94).

Nur wenige Nennungen sind der Kategorie *sonstige somatische und psychische Probleme* zuzuordnen. In der Kategorie *psychosoziale Probleme* wird von den Befragten vor allem genannt, dass Migrantinnen über das schweizerische Gesundheitswesen, über die Abläufe und das Angebot im Spital informiert sein sollten.

Die Aussagen der interviewten Fachpersonen der Geburtshilfe über den Wissensvermittlungsbedarf erwecken den Anschein, dass den Migrantinnen das nötige Wissen über reproduktive Gesundheit fehlt und dass vor allem die mangelnden Informationen zu Problemen führen. Die zahlreichen Nennungen und die Breite der genannten Themen bei der Frage nach dem Wissensvermittlungsbedarf deuten darauf hin, dass durch Information und Aufklärung bestehende Probleme gelöst werden sollen. Dieser Ansatz kommt z.B. in der folgenden Aussage zum Ausdruck: „Stillen ist normalerweise mit einer guten Beratung kein Problem“. In den Lösungsvorschlägen ist daher die Tendenz zu erkennen, das „richtige Wissen“ (in der Regel das durch naturwissenschaftliche Erkenntnisse gesicherte biomedizinische Wissen) zu vermitteln. Es wird davon ausgegangen, dass den Migrantinnen dieses nötige Wissen über reproduktive Gesundheit fehlt und vermittelt werden muss. Eine interviewte Person ist z.B. der Ansicht, dass Migrantinnen „nicht wissen, was im Körper vorgeht“. Wenn divergierende Überzeugungen und Vorstellungen der Migrantinnen wahrgenommen werden, gelten diese teilweise als falsch und sollten ersetzt werden, wie dies in der folgenden Aussage deutlich wird: „Asyl Suchende oder Emigrierte im Erwachsenenalter, besonders Kosovo-Albaner benötigen Beratung: Diese sind am wenigsten oder falsch informiert, haben komische Vorstellungen. Gebären zwar gut, aber wenn selten etwas ist [Komplikationen], dann wird es [Anweisungen, Erklärungen] nicht verstanden. Besser informieren über ganze Schwangerschaft“. Die folgenden Aussagen gestehen andere Möglichkeiten zwar zu, drängen aber darauf, dass sich die Migrantinnen in der Schweiz dem hier

existenten Geburts- und Schutzsystem unterordnen: „sie über *unser Verständnis* der Geburt informieren“, „Aufklärung über Durchführung Vaginaluntersuch, Routinekontrollen (dass Blutentnahme nötig), Pränataldiagnostik, Geburt, Stillen, wie das bei *uns* ist [Hervorhebungen R.H.]“.

5.4.2 Weitere Lösungsvorschläge

Einige der konkreten Lösungsansätze schlagen eine „*Erfassung*“ vor: Zum Beispiel fordert eine interviewte Person „Gesundheitsuntersuchungen für alle ankommenden Migrantinnen“²⁵. Eine weitere Befragte nennt „checken für Chlamydien“ als Reaktion auf die Problematik der sexuell übertragbaren Krankheiten. In Bezug auf Gestationsdiabetes wird „Diabetes-Screening“ und bezüglich Hepatitis: „screenen und impfen“ vorgeschlagen. In keiner der Aussagen wird expliziert, was das Ziel einer solchen Erfassung ist. Das Spitalfachpersonal ist vermutlich der Ansicht, dass durch eine Früherkennung der Verlauf von allfälligen Krankheiten eher positiv beeinflusst werden kann.

Eine interviewte Person schlägt das *Doula-Konzept* als mögliche Lösung zur Vermeidung von Geburtskomplikationen vor. Bei diesem Konzept würden „Frauen aus dem Kulturkreis, aus Familie, Verwandtschaft als TBAs fungieren“. Diese Aussage ist insofern nicht ganz korrekt, als es sich hierbei um zwei verschiedene Konzepte handelt. Traditional Birth Attendants (TBAs) haben in der Regel fundierte Kenntnisse und sind heute vor allem noch in so genannten weniger entwickelten Ländern in erster Linie für die Geburtshilfe zuständig, z.B. als *parteras* in Mexiko, als *comadronas* in Puerto Rico, als *nanas* in Jamaica, als *dais* in Indien oder als *dayas* in Ägypten. Sie begleiten gebärende Frauen durch die Geburt, erbringen sowohl prä- als auch postnatale Pflege und führen zudem wichtige Rituale durch. In einigen Ländern wird versucht, die TBAs in die lokale Gesundheitsversorgung zu integrieren, in anderen werden sie weniger geschätzt und ihre Dienstleistung droht zu verschwinden (Helman 2001: 122-123). Das Doula-Konzept hingegen scheint vor allem in den USA, Kanada und Grossbritannien an Popularität zu gewinnen. Eine Doula ist eine speziell (nicht medizinisch) ausgebildete Frau, die während der Geburt dabei ist und vor allem emotionale und praktische Unterstützung bietet.²⁶ Diese Form der Unterstützung ist besonders in Fällen geeignet, wenn der Vater des Kindes oder andere nahe

²⁵ Für Asyl Suchende ist die grensanitarische Untersuchung obligatorisch. Diese umfasst die Abklärung auf Tuberkulose. Empfohlen sind zudem Impfungen gemäss dem schweizerischen Impfplan. (URL: http://www.bag.admin.ch/infekt/grensan/massnahmen/d/techn_weis.pdf). Zudem müssen AusländerInnen, die erstmals zur Arbeitsaufnahme in die Schweiz einreisen, bei der Einreise eine medizinische Untersuchung (radiologische Thoraxuntersuchung) absolvieren, und zwar vor allem Einreisende aus Ländern mit erheblich höherer Tuberkulosehäufigkeit als die Schweiz. (URL: <http://www.admin.ch/ch/d/vkb/effi/dbd/db96-d34.html>), URL: http://www.swissemigration.ch/imperia/md/content/elias/r-z/SCHWEIZ_AK_D.pdf).

²⁶ „The word ‚doula‘ comes from the Greek word for the most important female slave or servant in an ancient Greek household, the woman who probably helped the lady of the house through her childbearing. The word has come to refer to ‘a woman experienced in childbirth who provides continuous physical, emotional und informational support to the mother before, during and just after childbirth’ (URL: <http://www.charm.net/~totoro/doula.html>).

Angehörige nicht anwesend sein können, oder von ihnen nicht die nötige Unterstützung erwartet werden kann.²⁷

Weitere Befragte äussern sich zur **Integration** und schlagen vor, dass es Orte geben soll, an denen sich Frauen aus ihrem Land treffen können. Zuweilen wird von den interviewten Personen auch gewünscht, dass es einfacher wäre, die hiesige Sprache zu erlernen. Es werden auch Vorschläge mit dem Ziel geäussert, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Frauen zu stärken, wie z.B. „mehr Unterstützung ihres Lebens als Frau durch Frauenorganisationen“.

Als Problemgruppe werden von den Befragten des öfteren Asyl suchende Frauen genannt. Sie seien häufig sozial isoliert, von belastenden Flucht- und Gewalterfahrungen betroffen oder litten unter Erschöpfungszuständen. In diesen Fällen hat sich gemäss den Befragten eine vermehrte **Vernetzung** bewährt: Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wie z.B. dem Roten Kreuz wird gesucht oder der Kontakt zu Sozialarbeitenden hergestellt. Ausserdem wird vorgeschlagen, die Wohnsituation zu verbessern sowie separate Räume für Familien mit Neugeborenen und kleinen Kindern zur Verfügung zu stellen. Bezüglich der sozialen Isolation wird angeregt, dass in den Gemeinden ansässige, bereits länger anwesende Landsleute die Initiative ergreifen und mit den Asyl Suchenden Kontakt aufnehmen sollen.

5.5 Kommunikation als Problem

Das Thema der Kommunikation bzw. der Verständigung spielt eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung. In der Pflege wird die Kommunikation als Schlüsselement bezeichnet (Bühlmann/Stauffer 2001: 202). Aber auch die umfassende Literatur zum Thema Arzt-Patient-Interaktion, bei der die Kommunikation ein wichtiger Aspekt ist, gibt Zeugnis von deren Bedeutung (z.B. Salis Gross et al. 1997). Die Interaktion zwischen PatientIn und dem medizinischen Fachpersonal ist bestimmt durch ein asymmetrisches Verhältnis zwischen Professionellen und Laien, was bei sämtlichen Kommunikationsprozessen mitschwingt (Borde et al. 2000: 126) und auch bei Personen mit der gleichen Muttersprache zu Missverständnissen führen kann. Wenn jedoch MigrantInnen, welche die Sprache des jeweiligen Landesteils nicht oder nur unzureichend sprechen, in Kontakt mit den Institutionen der Gesundheitsversorgung treten, wird die Verständigung schwierig. Es erstaunt daher nicht, dass das Thema der Kommunikation von den meisten Befragten angesprochen wird. Bereits in der Frage nach den Gesundheitsproblemen wird von sieben Interviewten Sprache und in einem Interview Kommunikation als Problem erwähnt. Im Zusammenhang mit der Betreuung von Migrantinnen (Frage 7) nennen 23 der 31 interviewten Personen (74%) Sprache bzw. Kommunikation als Problem. Auch in den Antworten auf die übrigen Fragen gibt es einige Nennungen, die Sprache als zentrales Thema sehen. Lediglich in zwei der 31 Interviews wird die Sprache bzw. die

²⁷ Diese Form der Unterstützung scheint einen positiven Einfluss auf die Geburtsparameter zu haben: „Studies have shown that having a doula may decrease: Epidural use by 60%, Cesarean birth by 50%, Pitocin use by 40%, Narcotics by 30%, Forceps use by 30%, Length of labor by 25%“ (Gerrish 1998). Weitere Informationen: URL: <<http://www.doula.com>> / URL: <<http://www.doulaworld.com>> / URL: <<http://www.dona.org>> / URL: <<http://www.childbirth.org/doula123.html>> / URL: <<http://www.doula.org.uk>>.

Kommunikation nicht als Problem erwähnt. Stuker schreibt: „Untersuchungen zur Behandlung von MigrantInnen im Gesundheitsbereich der Schweiz haben aufgezeigt, dass die Kommunikation als Hauptproblem wahrgenommen wird und die Einhaltung medizinischer Standards durch Kommunikationsprobleme erschwert ist“ (Stuker 2001: 186). Eine „gelungene Kommunikation“ ist die Voraussetzung dafür, dass Beschwerden vorgetragen und massgebliche Informationen sowie grundlegendes Wissen ausgetauscht werden kann (Borde et al. 2000: 121). Um medizinische Standards zu sichern, aber auch um Informationen an die Frau zu bringen, beinhalten daher viele der Lösungsansätze Vorschläge zur Verbesserung der Kommunikation.

5.5.1 Lösungsansätze für eine verbesserte Kommunikation

Für die Betreuung der Migrantin in der Geburtshilfe-Abteilung des Spitals ist eine gegenseitige Verständigung erforderlich. Die interviewten Personen formulieren daher Vorschläge, wie die Kommunikation zwischen Patientin und Fachpersonal verbessert werden kann. Ein grosser Teil der Lösungsansätze sieht die Verantwortung für eine funktionierende Kommunikation beim Leistungserbringer bzw. beim Spital, wie dies in den folgenden Aussagen zum Ausdruck kommt:

Verantwortung liegt auf Seite des Spitals
<p>„Dolmetscherdienst, interkulturelle Vermittlung“ „Information und Broschüren in Muttersprache“ „Verständnis für verschiedene Kulturen auf Seiten des Fachpersonals“ „Ärzte müssen sich über kulturelle Begebenheiten informieren und sich entsprechend verhalten“ „die Fachpersonen sollten diese Kulturen besser kennen“ „individuell auf Migrantinnen eingehen“ „Dialog herstellen mit Team vom Gebärsaal, schauen wie man ihren Bedürfnissen gerecht werden kann, ev. Anpassung des Angebots an Tradition“</p>

Ein weiterer Teil der Lösungsansätze sieht die Verantwortung für eine funktionierende Kommunikation bei der Migrantin bzw. ihrer Community:

Verantwortung liegt auf der Seite der Migrantin bzw. ihrer Community
<p>„Migrantinnen sollen Deutsch lernen“ „mehr appellieren an die Verantwortlichkeit der Migrantinnen. Sollten hier in der Schweiz Zwang zum Deutsch lernen haben“ „Anlaufstelle mit Gesundheitsinfo ausserhalb des Spitals, in ihrer Community nötig“ „Frauen müssen integriert werden, nicht die Männer“. „Die Frauen müssen einsehen, dass sie Teil unseres wirtschaftlichen Systems sind“</p>

Die zweite Auswahl an Aussagen beinhaltet folgende implizite Annahme: Wenn in der Schweiz lebende MigrantInnen die hier übliche Landessprache lernen und sich integrieren, dann gibt es keine Kommunikationsprobleme. Es entsteht der Eindruck, dass die Verantwortung an die Migrantinnen abgegeben wird. Es kann nicht abschliessend beurteilt werden, ob es tatsächlich die Meinung der befragten Personen ist, dass die Migrantin allein für eine gelungene Kommunikation verantwortlich ist, oder ob die Antwortenden die Verantwortung in erster Linie beim Spital sehen und ergänzende Anregungen machen. In den Aussagen widerspiegeln sich jedoch auch öffentliche Diskurse, wie die Idee, obligatorische Deutschkurse einzuführen oder die Frage, welche Integrationsleistungen von MigrantInnen erwartet werden können. Dabei ist es durchaus sinnvoll, wenn MigrantInnen und ihre *communities* im Sinne eines *Empowerments* motiviert werden können, unterstützende Netzwerke auf- oder auszubauen und entsprechende

Projekte zu initiieren. Die Institutionen der Gesundheitsversorgungen können jedoch ihre primäre Aufgabe, eine adäquate medizinische Versorgung zu gewährleisten, nur erfüllen, wenn es gelingt, eine funktionierende Kommunikation sicherzustellen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2002a: 31).

Bei der von den Befragten geäußerten Forderung, „die Fachpersonen sollten diese Kulturen besser kennen“, gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass gemäss dem Konzept der transkulturellen Kompetenz die Aneignung von „kulturspezifischem“ Wissen nicht erste Priorität hat (vgl. Kapitel 3.2). Vielmehr steht die Interaktion im Vordergrund, wobei dem Gegenüber mit Empathie, Selbstreflexivität und Erfahrung sowie einer Prise Neugier für seine Geschichte zu begegnen ist. Gemäss einer der Aussagen gilt es, „individuell auf die Migrantinnen ein[z]ugehen“.

Weitere Stimmen sehen Bedarf in einer Art Vermittlung zwischen der Migrantin und dem Spital. Am häufigsten wird dabei professionelle Übersetzung (auch Sprachmitteln) und interkulturelle Vermittlung genannt.²⁸ Einige sehen eine solche Vermittlerrolle aber auch in der Sozialarbeit oder in der Freiwilligenarbeit. Von den Befragten wird z.B. gewünscht, dass eine Freiwilligenhelferin die Migrantin ins Spital begleitet, oder dass eine Sozialarbeiterin zur Verfügung steht, welche dieselbe Sprache wie die Migrantin spricht.

Ob nun die Migrantinnen eine Verständigungssprache sprechen oder eine solche nicht oder nur mangelhaft beherrschen, für die Migrantinnen ist es im Kontakt mit den Institutionen der Gesundheitsversorgung bzw. der Geburtshilfe wichtig, dass ein Dialog mit dem medizinischen Fachpersonal möglich ist. Nur so können sie Anliegen vorbringen und Fragen stellen, aber auch die Antworten und allfällige Anweisungen verstehen. Auch wenn Migrantinnen die übliche Landessprache sprechen, ist es in der oftmals belastenden Situation eines Spitalaufenthalts schwierig, sich differenziert auszudrücken. So schreibt Stuker: „Die für das Verständnis massgebenden individuellen Erfahrungen und persönlichen Bedeutungszuteilungen, welche jede Krankheit begleiten und für deren Erklärung wesentlich sind, werden allerdings nur über den Gebrauch einer Sprache zugänglich, die feine Unterschiede machen kann. Dies ist oft ausschliesslich über die *Muttersprache* möglich, die eng mit dem emotionalen und affektiven Geschehen verknüpft ist und somit erst erlaubt, die individuelle Ebene des Erlebens

²⁸ Mit Dolmetschen oder Sprachmitteln wird „eine Aktivität beschrieben, die auf professionellen Standards aufbaut und die Kommunikation zwischen Personen verschiedener Sprache [z.B.] im Gesundheits- und Sozialbereich ermöglicht. Dolmetschen findet im Rahmen einer *face-to-face*-Situation statt. Diese Aktivität beinhaltet die mündliche Übertragung einer formulierten Äusserung von einer Sprache in eine andere. Dabei wird die semantische Ebene der Kommunikation einbezogen“ (Bundesamt für Gesundheit 2002a: 62). Mit interkultureller Vermittlung wird „eine Aktivität bezeichnet, die auf professionellen Standards aufbaut und die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Lebenswelten und Lebensformen im interkulturellen Kontext des Migrationsbereiches beinhaltet. Sie nimmt die Interessen der verschiedenen Systeme (Gruppen und Einzelpersonen sowie Institutionen) wahr. Interkulturelle Vermittlung ermöglicht damit Begegnungen, vermittelt Informationen und sensibilisiert für die jeweiligen Anliegen. Die interkulturelle Vermittlungsperson arbeitet aktiv mit sozialen Netzwerken zusammen“ (Bundesamt für Gesundheit 2002a: 62-63).

auszudrücken und in das Gespräch aufzunehmen“ (Stuker 2001: 189, Hervorhebung im Original). Die Zusammenarbeit mit professionellen DolmetscherInnen ist daher sinnvoll. Denn erst „das Dolmetschergespräch trägt [...] dazu bei, dass sprachliche Barrieren abgebaut und ein differenzierter sprachlicher Ausdruck möglich werden“ (ebd. 189). In zehn der 31 Interviews wird daher Dolmetschen zur Lösung der Sprachprobleme vorgeschlagen, wobei drei Interviewte betonen, dass professionelle Dolmetschende beizuziehen sind. In vier Fällen sollten es weibliche Dolmetschende sein, und je einmal wird gesagt, das Dolmetscherangebot sollte rund um die Uhr oder kurzfristig abrufbar sein. Zweimal wird zusätzlich Bedarf an interkultureller Vermittlung genannt. Obwohl die Kommunikation bzw. die Sprache von den Befragten als zentrales Problem erkannt ist und immerhin ein Drittel von ihnen einen Bedarf an DolmetscherInnen anerkennt, bieten lediglich sechs der interviewten Spitäler einen professionellen Dolmetscherdienst an. In den meisten der befragten Spitätern existieren Mitarbeiterlisten, also Listen, auf denen zwei- oder mehrsprachiges Spitalpersonal aufgeführt ist, sei dies nun Reinigungs- Transportdienst- oder Pflegefachpersonal. Es sind jedoch nicht alle Personen gleichermassen für die Dolmetschertätigkeit geeignet. Die gleiche Vorsicht ist auch bei Angehörigen von PatientInnen, insbesondere bei Kindern, angebracht (ebd. 195).

5.6 Bedürfnisse der Migrantinnen aus Spitalsicht²⁹

Die (Chef-)ärztInnen und leitenden Hebammen wurden ebenfalls gefragt, welches gemäss ihrer Beurteilung die Bedürfnisse der Migrantinnen im Zusammenhang mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (Frage 5) sind. Ihre Aussagen über die Bedürfnisse von „Anderen“ sind von der eigenen Wahrnehmung und Handeln geprägt. Einige der Interviewten fühlten sich unsicher, über die Bedürfnisse von Migrantinnen etwas sagen zu müssen, wie folgende Aussagen zeigen: „kann ich nicht beurteilen“, „schwierig zu beantworten“. Zwei der 31 Interviewten beantworteten die Frage nicht. Vier weitere Personen erklärten, die Bedürfnisse der Migrantinnen nur schwer beurteilen zu können, machten aber trotzdem Angaben. Zwei Aussagen konnten nicht verwertet werden, da weitere Probleme genannt und Meinungen – z.B. „das Ereignis Geburt ist nicht wichtig“ – geäussert wurden. Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die Bedürfnisse aus Sicht des Spitalfachpersonals.

²⁹ Als konzeptuelle Grundlagen für die Erhebung bzw. Analyse von Bedürfnissen dient häufig ein *rational choice* Modell, welches in der (medizin-)ethnologischen Literatur teilweise kritisiert wird. Dieses Modell birgt die Gefahr, dass das individuelle und rationale Handeln als ein Aspekt des Menschseins überbetont wird. Dies führt dazu, dass der gesamte Bedeutungsreichtum, welches ein bestimmtes Verhalten – in diesem Fall der Migrantin in der Geburtshilfe – begleitet, vernachlässigt wird. Das Handeln und das Treffen von Entscheidungen werden auf ein Set von Aussagen einer individuellen Akteurin reduziert, wobei dies wiederum in Referenz zum biomedizinischen Wissen erfolgt (Good 1994: 42). Ferner besteht die Gefahr, soziale und strukturelle Faktoren ungenügend zu berücksichtigen. Das Verhalten wird häufig viel stärker durch solche Faktoren beeinflusst, als dass sie Resultat von subjektiven Überzeugungen und kognitiven Faktoren sind (ebd. 44).

Tabelle 4: Bedürfnisse der Migrantinnen

	Anzahl Interviews (N=31)
Medizinische Versorgung	
Sicherheit bei der Geburt	1
gute Versorgung (des Kindes) im Spital	1
Entspannung, sich sicher fühlen	1
regelmässige medizinische Kontrolle im Gesundheitszentrum	1
kontinuierliche ärztliche Betreuung	1
medizinisches Netz	1
gute gynäkologisch-geburtshilfliche Betreuung im Heimatland	2
Informationsbedürfnisse	
Verhütung / Familienplanung (erschwinglich/kostenlos/auch für Männer)	10
Fruchtbarkeit	1
Funktionieren des Körpers	1
Information über Sexualität	2
muttersprachliche Geburtsvorbereitungskurse	3
Information über Abläufe während Schwangerschaft und Geburt	1
gute Beratung zu Ernährung, Eltern-sein, Paar bleiben nach der Geburt	1
lernen mit Gefühlen wie Angst und grosser Unruhe umgehen	1
Information über Schweizer Gesundheitswesen, Regelversorgung, Abläufe im Spital	5
Information über rechtliche Situation	1
Respekt	
so gelassen werden, wie sie sind	1
nicht in Spitalschema eingezwängt werden	1
kulturelle Eigenheiten respektieren	2
Respekt für die Religion	1
Nicht-Anwesenheit Mann bei Vaginaluntersuch, Schutz und Wahrung der Intimsphäre	2
Frau als behandelnde Ärztin	3
Beratung in Abwesenheit des Mannes	1
Psychosoziale Bedürfnisse	
soziale Gesundheit	1
soziale Sicherheit	1
Arbeit	1
bessere Wohnverhältnisse	1
punktueller Unterstützung im sozialen Bereich	1
Unterstützung im Selbstbewusstsein (als Frau)	2
Kommunikation	
Dolmetscherangebot, kurzfristig abrufbar	1
Dolmetscherinnen und interkulturelle Vermittlung	1
Verstandenfühlen in der Konsultation	1
Information in Muttersprache	1
kontinuierliche Betreuung, Begleitung durch Vertrauensperson	3
Kommunikation in der Ehe und mit den Kindern	1
gute Übersetzerinnen	1

Die Kategorie *medizinische Versorgung* umfasst eine erste Gruppe von Aussagen, in denen bei den Migrantinnen ein Bedürfnis nach professioneller Betreuung und medizinischer Versorgung im Spital, wie z.B. „Sicherheit bei der Geburt“ angenommen wird. In der zweiten Kategorie sind die *Informationsbedürfnisse* zusammengefasst, wobei hier die Verhütung und Familienplanung mit den meisten Nennungen figuriert (vgl. Kapitel 5.4.1). Die nächste Gruppe der Nennungen sind der Kategorie *Respekt* zugeordnet. Sie nehmen das „Andersein“ der Migrantinnen wahr und sehen ihre Bedürfnisse darin, dass sie mit ihren eigenen Lebenswelten respektiert werden, z.B. sollen sie „so gelassen werden, wie sie sind“. Insbesondere sind „kulturelle Eigenheiten“ wie z.B. ihre Religion zu respektieren. Auch im *psychosozialen Bereich* werden Bedürfnisse wahrgenommen, denn häufig wirken sich mangelnde materielle Sicherheit und Belastungen

aufgrund finanzieller Probleme, schlechter Wohnverhältnisse oder sozialer Isolation nachteilig auf die gesundheitliche Situation aus. Nicht erstaunlich ist, dass Bedürfnisse im Zusammenhang mit der *Kommunikation* angenommen werden (vgl. Kapitel 5.5), wobei ein sich „verstanden fühlen in der Konsultation“ generell eine sinnvolle Zielsetzung darstellen sollte.

Es zeigt sich, dass die angenommenen Bedürfnisse starke Überschneidungen mit den bereits diskutierten Themenbereichen aufweisen. Es besteht also ein Zusammenhang zwischen den auftretenden Problemen, dem Handlungsbedarf, dem Wissensvermittlungsbedarf, den genannten Lösungsansätzen und den angenommenen Bedürfnissen: Dort wo sich Probleme manifestieren, entsteht meist Handlungsbedarf, zur Lösung der Problematik wird versucht, vermehrt Wissen zu vermitteln und gleichzeitig wird angenommen, dass die Bedürfnisse der Migrantinnen dort liegen, wo ihnen diese Informationen fehlen. Den breiten Raum, welchen die Informationsbedürfnisse in der Tabelle 4 einnehmen zeigt, dass die Vermittlung von Informationen als ein grundlegendes Bedürfnis der Migrantinnen gesehen wird. Die Aussage „Aufklärung über Abläufe im Spital, wer macht was. Das baut Ängste ab“ bestätigt den Zusammenhang zwischen Informationsvermittlung und Problemlösung. Durch Antizipation der Abläufe sind die Migrantinnen weniger unsicher und ängstlich und in der entspannteren Situation treten tendenziell weniger Komplikationen auf.

Die Migrantinnen kommen in der Spitalbefragung nicht selbst zu Wort. Ergänzend ist deshalb das Schweizerische Tropeninstitut in Basel von der Schweizerischen Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit beauftragt worden, die Sicht von Migrantinnen zu erfassen. Die durchgeführte „Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz“ (Zahorka/Blöchliger 2003)³⁰ erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität und hat zum Ziel, einige Anhaltspunkte zu Problemfeldern und zur Gestaltung zukünftiger Dienstleistungsangebote aufzuzeigen. Die wichtigsten Ergebnisse der Analyse werden nun dargestellt und mit den Daten der Spitalbefragung verglichen.

Insgesamt zeigt sich, dass die befragten Migrantinnen mit der *medizinischen Versorgung* in der Schweiz zufrieden sind. Hingegen wird der häufige Wechsel des zuständigen ärztlichen Personals bei der Vorsorge und bei der Entbindung im Spital als nachteilig empfunden (Zahorka/Blöchliger 2003: 30/38/44). Dies deckt sich mit dem in der Spitalbefragung genannten Bedürfnis nach einer „kontinuierlichen ärztlichen Betreuung“. Die Bedürfnisse und somit die Erwartungen an die schweizerische Gesundheitsversorgung bzw. an die Geburtshilfe sind allerdings unterschiedlich und geprägt von den „vorhandenen Optionen im Heimatland“ (ebd. 31). So sind z.B. Migrantinnen aus Russland und der Gemeinschaft unabhängiger Staaten (GUS)

³⁰ In dieser Analyse wurden vorwiegend Migrantinnen aus der Region Basel befragt. Dabei fanden mit 28 Migrantinnen acht Fokusgruppendifkussionen und mit 17 Migrantinnen Einzelinterviews statt. Auswahlkriterien waren u.a. die Zugehörigkeit zu Volks- und Sprachgruppen entsprechend ihrer demographischen Häufigkeit in der Schweiz und bereits gemachte Geburtserfahrungen (ebd. 24). Zudem wurden mit 19 Schlüsselpersonen (davon 16 Migrantinnen) Expertinneninterviews durchgeführt. Befragt wurden z.B. Hebammen, MitarbeiterInnen in Asyl Suchenden-Gruppen, exponierte VertreterInnen einer Bevölkerungsgruppe etc. (Zahorka/Blöchliger 2003: 21-22).

der Ansicht, dass das Angebot für Zweitgebärende ausreicht, für Erstgebärende jedoch zu wenig Vorsorgeaktivitäten bietet. Migrantinnen aus Lateinamerika finden hingegen, dass es zu viele Vorsorgeuntersuchungen gibt (ebd. 31). Die Erwartungen an die medizinische Versorgung und deren Qualität sind allerdings viel stärker durch Faktoren wie sozioökonomischer Status und Bildungsgrad sowie Herkunft aus städtischem oder ländlichem Umfeld beeinflusst als durch die Zugehörigkeit zu einem Herkunftsland (ebd. 32). Das heisst, wenn die Migrantinnen im Herkunftsland Zugang zu einer biomedizinisch geprägten prä- und perinatalen Versorgung hatten, wird eine solche in der Regel auch in der Schweiz erwartet.³¹ In der Schweiz werden von den befragten Migrantinnen vor allem ärztliche Dienstleistungen im perinatalen Bereich in Anspruch genommen. Hingegen werden paramedizinische Dienstleistungen³², wie z.B. Geburtsvorbereitungskurse, häufig nur auf ärztlichen Rat hin beansprucht (ebd. 37). Die in der Schweiz üblichen perinatalen Angebote existieren im Herkunftsland teilweise nicht oder nicht in einer ähnlichen Form und sind den Migrantinnen zudem nicht immer bekannt (ebd. 39/52). Die befragten Migrantinnen äussern daher durchaus ein **Informationsbedürfnis**. So wird „von allen an der Untersuchung beteiligten Personen dem Zugang zu Informationen und Transparenz des existierenden Angebotes an Dienstleistungen allerhöchste Priorität eingeräumt“ (ebd. 52). Auch der Wunsch nach **Respekt** bzw. Respektierung eigener Überzeugungen bezüglich Geburt und Schwangerschaft kommt in der Bedürfnisanalyse zum Ausdruck, denn „die Nichtbeachtung perinataler Rituale und Tabus, aber auch der Migrantin vertrauter klinischer Reglements aus dem Heimatland können psychologisch [sic] belastend sein, Unsicherheit oder gar Angst erzeugen. So können z.B. die Vernachlässigung bestimmter diätetischer Richtlinien oder Nahrungsmitteltabus aus dem Heimatland in den Augen der Mutter die Zukunft und die Gesundheit des Neugeborenen ernsthaft gefährden“ (ebd. 34-35). **Psychosoziale Bedürfnisse** spielen eine wichtige Rolle bezüglich der Nutzung von paramedizinischen Dienstleistungen wie z.B. Geburtsvorbereitungskurse. Zusätzliche Kosten für solche Angebote wirken sich negativ auf das Konsumentenverhalten aus (ebd. 31). Die **Kommunikation** bzw. die Verständigung ist auch aus Sicht der Migrantinnen ein zentrales Problem. Die befragten interkulturellen Vermittlerinnen nennen zudem die initialen Sprachbarrieren als einen der wichtigsten Faktoren für die geringere Inanspruchnahme von prä- und perinatalen Dienstleistungen (ebd. 47).

³¹ Zahorka/Blöchliger schreiben hierzu: „Mit anderen Worten ist es eher der Zugang zu ‚westlicher Medizin‘ im Herkunftsland, welcher für das Klientenverhalten und deren Erwartungen entscheidend sind und nicht die Nationalität per se. Da jedoch spezifische Migrationsgründe und –populationen aus einem Herkunftsland dominieren können, werden häufig von Seiten der Dienstleister bestimmte Probleme mit Nationalitäten und Kulturen assoziiert, was zu einer Voreingenommenheit und Fehleinschätzung von Klienten mit den entsprechenden Risiken führen kann“ (ebd. 37).

³² Die Liste perinataler Dienstleistungen in der Schweiz enthält folgende Angebote: Informationsabende der Frauenkliniken, Geburtsvorbereitungskurse, Hebammensprechstunde, Schwangerenvorsorgeuntersuchung, Schwangerschaftsberatung, Stillberatung/Stillgruppen, Rückbildungsgymnastik, Beckenbodengymnastik, Baby- und Kindermassage, Baby-Pflegekurs, Mütter- und Väterberatungsstelle, Familienberatung, Mütterzentren, Kontaktstelle für Eltern und Kinder (Zahorka/Blöchliger 2003: Anhang 7).

Es zeigt sich, dass die Ergebnisse der Bedürfnisanalyse Übereinstimmungen mit den bei der Spitalbefragung erwähnten Bedürfnissen aufweisen. In der Bedürfnisanalyse kommt jedoch deutlicher zum Ausdruck, dass die postnatale Versorgung nicht optimal ist. In der Spitalbefragung wird vor allem ein Wissensvermittlungsbedarf bezüglich der Betreuung und Pflege von Säuglingen und Kindern wahrgenommen (vgl. Kapitel 5.4.1). Bei den Migrantinnen spielen hingegen je nach Herkunftsland und sozioökonomischem Status die erweiterte Familie oder die NachbarInnen eine wichtige Rolle, da sie die Frauen in der Schwangerschaft und bei der Geburt sowie in der Säuglingspflege unterstützen und das nötige Wissen vermitteln. Nach der erfolgten Migration wird der Kontakt zu den Angehörigen, welche zurückgeblieben oder in andere Nationen migriert sind, durch Telefonate und Briefe aufrechterhalten. Auch Besuche während der perinatalen Phase durch die Angehörigen finden statt. Der Aufenthalt für besuchende Angehörige ist durch die Schweizer Einreisebestimmungen in der Regel auf drei Monate beschränkt, und wird von den Migrantinnen eher als zu kurz erlebt. Für Migrantinnen ist somit der Verlust dieser stützenden Netzwerke eines der Hauptprobleme (Zahorka/Blöchliger 2003: 32-33). Die erste Zeit nach der Geburt wird infolge der Abwesenheit von Angehörigen und der Umstellung auf eine neue Lebenssituation von den Migrantinnen häufig als besonders schwierig erlebt und sie fühlen sich alleingelassen (ebd. 45). Dies betont auch Kuntner: „Der Verlust der Einbettung der reproduktiven Gesundheit innerhalb der Familie, die Verlagerung derselben in fremde Männer- und Frauenhände erleben Migrantinnen erwiesenermassen oft als Bruch mit ihrer Tradition und als Angst erzeugend“ (Kuntner 2001: 367). Dieser Verlust kann somit zur Veränderung der Rollenverteilung, bzw. zur Übernahme von unterstützenden Funktionen durch den Ehemann führen, was in der Bedürfnisanalyse ebenfalls thematisiert wird (Zahorka/Blöchliger 2003: 33/45, vgl. Kapitel 5.3.2). Ein grosser Teil der Unterstützung und Wissensvermittlung wird in der Schweiz durch die hier üblichen perinatalen Angebote abgedeckt, die jedoch von den Migrantinnen – teilweise aus Unkenntnis – weniger genutzt werden. Die Bedürfnisanalyse weist darauf hin, dass Unsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen im Umgang mit den perinatalen Dienstleistern, aber auch mangelnde Sprachkenntnisse und infolgedessen Scham zu kommunizieren, zur Unterbenutzung der Angebote führen (ebd. 41). Die Bedürfnisanalyse empfiehlt deshalb unter anderem, das Dienstleistungsangebot bei den Migrantinnen besser bekannt zu machen (ebd. 54-55). Bei der Vermittlung dieser Informationen sind jedoch die Bedürfnisse und Lebenswelten der Migrantinnen zu berücksichtigen (ebd. 46-47).

6. Ressourcen und Bedürfnisse in den Spitälern

6.1 Methodisches Vorgehen bei der Auswertung

Insgesamt wurden 24 Spitäler befragt, fünf Universitätsspitäler und 19 Kantons- und Regionalspitäler (vgl. Anhang 1 Teilnehmende Kantone und Spitäler). Die Interviews wurden mit einer Hebamme, deren Stellvertreterin, einer Pflegeexpertin oder einer Kinderkrankenschwester realisiert. In vier Universitätsspitalern und in sechs Kantons- und Regionalspitälern wurden Professoren, leitende ÄrztInnen oder OberärztInnen befragt.

Tabelle 5: Anzahl der befragten Hebammen und ÄrztInnen in den jeweiligen Spitälern

Universitätsspitäler (US)	Kantons- und Regionalspitäler (KRS)
5 Hebammen	16 Hebammen
4 ÄrztInnen	6 ÄrztInnen

Bei der Befragung wurden in vier Universitätsspitalern und in drei Kantons- und Regionalspitälern die Gespräche doppelt geführt. So entstanden Interviews mit je einem Arzt/einer Ärztin und einer Hebamme. Diese Fälle wurden für die Auswertung jeweils als eine Spitalantwort gewertet, ausser es ergaben sich gegenteilige Aussagen. Widersprüchliche Aussagen wurden nicht in die allgemeine Auswertung einbezogen, sondern sie werden gesondert erwähnt.

Der Fragenkatalog zu den Ressourcen und Bedürfnissen im Spital umfasste drei grössere Themenkreise: 1) Migrationsspezifische Ressourcen im Spital, 2) Möglichkeiten, das Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ zu unterstützen sowie 3) Bedürfnisse auf Spitalseite. Die Fragen dazu wurden sehr offen gestellt. Dadurch mussten für die Auswertung der vielfältigen und breit angelegten Antworten Kategorien gebildet werden. Diese werden jeweils in Fussnoten aufgeführt.

Bei der Präsentation der Auswertung wird es vor allem auch darum gehen, die Situation in den Universitätsspitalern derjenigen in den Kantons- und Regionalspitälern gegenüber zu stellen. Dabei werden die Unterschiede und Überschneidungen innerhalb der einzelnen Gruppen dargestellt und daraus Tendenzen der Aussagen abgeleitet. Wo die Auszählungen markante Unterschiede bringen, werden diese kommentiert. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt abschliessend in einem etwas breiteren Kontext.

6.2 Ressourcen im Spital

Der erste Themenkreis der Befragung umfasst die Ressourcen im Spital, wobei danach gefragt wurde, ob professionelle Dolmetscherdienste in den jeweiligen Institutionen vorhanden sind. Dieser Abschnitt soll aufzeigen, ob Hebammen mit Migrationshintergrund beschäftigt werden und ob muttersprachliche Angebote, Fortbildungen zu migrationsspezifischen Themen und andere Ressourcen vorhanden sind. Eine weitere Frage beschäftigt sich mit der Einschätzung transkultureller Kompetenz bei medizinischen und pflegerischen Fachpersonen.

In vier von fünf Universitätsspitalern gibt es einen *professionellen Dolmetscherdienst*. Insgesamt gibt es in sechs von 24 Spitälern dieses Angebot. Das gesamte Angebot besteht in serbokroatischer, tamilischer und türkischer Sprache (eine Nennung) sowie Albanisch (zwei Nennungen). In einem Universitätsspital wird eine Liste erwähnt, die über ein Angebot von 40 Sprachen verfügt und die über das Internet abrufbar ist. In den Kantons- und Regionalspitälern ergibt sich ein gegenteiliges Resultat: Von 19 Kantons- und Regionalspitälern haben nur zwei Spitäler (11%) einen professionellen Dolmetscherdienst.

Tabelle 6: Professionelle Dolmetscherdienste in den Spitälern

Professioneller Dolmetscherdienst	Spitäler		
	US (N=5)	KRS (N=19)	Alle Spitäler (N=24)
ja	4	2	6

Falls keine professionell dolmetschende Person anwesend ist, greifen die Hebammen im Universitätsspital für die Verständigung auf interne MitarbeiterInnen (Pflegebereich) oder auf Angehörige (Ehemann, Verwandte) zurück. Die ÄrztInnen in den Universitätsspitalern ziehen hauptsächlich Verwandte und Bekannte sowie andere spitalinterne Angestellte zu, und erwähnen zusätzlich andere Patientinnen auf der Station (eine Nennung) sowie den Einsatz von „Händen und Füßen“.

In den Kantons- und Regionalspitälern verhalten sich die ÄrztInnen ähnlich wie die Hebammen. Da meist kein professioneller Dolmetscherdienst in der Institution zur Verfügung steht, wird allgemein vermehrt auf Alternativen zurückgegriffen. So nutzen die Hebammen Verwandte zu 56% (ÄrztInnen zu 50%), Gebärden- und Mienenspiel der Migrantinnen zu 31% (ÄrztInnen zu 33%) sowie andere spitalinterne Angestellte zu 69% als Alternative zum Dolmetscherdienst. Alle ÄrztInnen ziehen auch spitalinterne Angestellte hinzu. Während dieser Zeit können diese nicht ihrer eigentlichen Arbeit nachgehen.

In vier von fünf Universitätsspitalern gibt es je eine und in einem Universitätsspital höchstens drei *Hebammen mit Migrationshintergrund*. Bei den Kantons- und Regionalspitälern gibt es mehrere Institutionen mit einzelnen beschäftigten Hebammen mit Migrationshintergrund (53%), und in rund einem Fünftel gibt es ausdrücklich keine solchen Personen. Die ÄrztInnen schätzen die Situation ähnlich ein, nur in einem Spital widersprechen sich die Aussagen.

Tabelle 7: Anteil der Spitäler mit Hebammen mit Migrationshintergrund

Hebammen mit Migrationshintergrund	Spitäler		
	US (N=5)	KRS (N=19)	Alle Spitäler (N=24)
ja	4	10	14

In den Universitätsspitalern stammen drei Hebammen mit Migrationshintergrund³³ aus Westeuropa, je eine aus Osteuropa und aus Lateinamerika. In den Kantons- und Regionalspitälern

³³ Für eine sinnvolle Einteilung wurden für die Auswertung folgende Kategorien von den Herkunftsländern geschaffen: Westeuropa (Deutschland, Österreich, Italien, Spanien, Portugal,

zeigt sich eine andere Tendenz: Acht Hebammen sind aus Osteuropa und sechs aus Westeuropa. Je drei stammen aus Afrika und aus Lateinamerika.

Tabelle 8: Geographische Herkunft und Anzahl der Hebammen mit Migrationshintergrund

Geographische Herkunft der Hebammen mit Migrationshintergrund	Anzahl der beschäftigten Hebammen mit Migrationshintergrund		
	US (N=5)	KRS (N=19)	Alle Spitäler (N=24)
Aus Westeuropa	3	6	9
Aus Osteuropa	1	8	9
Aus Lateinamerika	1	3	4
Aus Afrika	0	3	3

Stellt man die Zahlen der Universitätsspitäler denjenigen der Kantons- und Regionalspitäler gegenüber, so wird ersichtlich, dass die Kantons- und Regionalspitäler eher Hebammen mit Migrationshintergrund aus Osteuropa anstellen. Generell werden nur einzelne Hebammen mit Migrationshintergrund in den jeweiligen Institutionen angestellt.

Zur Frage nach *muttersprachlichen Angeboten* in den Universitätsspitalern konnten im Besonderen die Hebammen ausführlich Auskunft geben. Die Angaben der ÄrztInnen in den Universitätsspitalern blieben eher vage, d.h. es gab kaum detaillierte Angaben über das bestehende Angebot. In einem Universitätsspital gab es gegensätzliche Angaben. Deshalb werden in dieser Frage nur die Angaben der Hebammen berücksichtigt. Nach deren Ausführungen bestehen in vier von fünf Universitätsspitalern muttersprachliche Angebote, diese sind jedoch nur punktuell vorhanden. Am häufigsten werden Informationsmaterialien (80%) erwähnt. Darunter verstehen sie z.B. ein Video über das Stillen, Informationsmaterial über Verhütungsmöglichkeiten oder über Schwangerschaftsabbruch. 60% der Universitätsspitäler verfügen über muttersprachliche Geburtsvorbereitungskurse, wobei diese hauptsächlich in englischer Sprache durchgeführt werden. In drei von fünf Universitätsspitalern besteht die Möglichkeit, den Gebärsaal zu besichtigen.

In den Kantons- und Regionalspitälern nehmen die Hebammen und die ÄrztInnen die Situation ähnlich wahr. Auch hier wird bei der Auswertung von den Aussagen der Hebammen ausgegangen, da sie ausführlicher Auskunft geben konnten. 17 von 19 Hebammen bestätigen, dass es in ihrem Spital ein muttersprachliches Angebot für Migrantinnen gibt. In 15 von 19 Spitalern ist dies Informationsmaterial, bei 17 von 19 besteht es in der Möglichkeit zur Besichtigung des Gebärsaales, und bei 21% in der Möglichkeit, einen muttersprachlichen Geburtsvorbereitungskurs zu besuchen. Das muttersprachliche Angebot wird hauptsächlich in französischer, englischer und türkischer Sprache durchgeführt. Werden die muttersprachlichen Angebote der Universitätsspitäler mit den Angeboten der übrigen öffentlichen Spitäler verglichen, so ist kein markanter Unterschied festzustellen.

Weiter wird gefragt, ob es *spitalinterne Fortbildungen zu migrationspezifischen Themen* gibt. Bei der Auswertung dieser Frage lässt sich kein Vergleich zwischen Universitätsspitalern und Kantons- und Regionalspitälern ziehen, da bei den Universitätsspitalern in drei Fällen von den

Frankreich, England), Osteuropa (Polen, Tschechische Republik, Slowakische Republik,

ÄrztInnen bzw. den Hebammen konträre Aussagen gemacht wurden. Von den Aussagen der Kantons- und Regionalspitäler konnten nur 17 Antworten ausgewertet werden, da ein Spital zu dieser Frage nicht befragt wurde und bei einem weiteren Spital die Frage ebenfalls unterschiedlich (Arzt bzw. Hebamme) beantwortet wurde. So bestehen in fünf Kantons- und Regionalspitälern explizit Fortbildungsangebote (29,4%) und während sie in 12 Spitälern (70,6%) fehlen. Die Aussagen lassen erkennen, dass Fortbildungen zu migrationsspezifischen Themen häufig sehr punktuell angeboten werden. Dies führt dazu, dass die Fortbildungen eventuell nicht allen Fachpersonen gleichermaßen bekannt sind, was die konträren Antworten erklären könnte.

Die Frage nach der Qualifikation bzw. der *transkulturellen Kompetenz bei medizinischen und pflegerischen Fachpersonen* wird unterschiedlich beantwortet. Die ÄrztInnen der Universitätsspitäler schätzen sie eher schlecht ein (60%), während die ÄrztInnen in den Kantons- und Regionalspitälern eher ein gutes Bild von der transkulturellen Kompetenz des Personals haben (83% gut, 17% eher schlecht).

6.3 Unterstützung des Projektes „Migration und reproduktive Gesundheit“

In diesem Themenkreis der Spitalbefragung wird spezifisch auf das Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ eingegangen und erfragt, in welcher Form die Befragten dieses Projekt unterstützen könnten. Dabei geht es darum, ob sie bereit wären, Hebammen für die Durchführung von migrationsspezifisch angepassten Geburtsvorbereitungskursen oder für Fort- oder Weiterbildung in transkultureller Kompetenz freizustellen. Weitere Fragen beschäftigen sich mit der spezifischen Förderung von Pflegenden oder Hebammen mit Migrationshintergrund und einer möglichen gezielten Anstellung von entsprechenden Fachpersonen. Zudem wird die Sensibilisierung der Spitalleitung für migrationsspezifische Themen erfragt.

Die befragten ÄrztInnen der Universitätsspitäler sehen es nicht in ihrer Kompetenz liegend, über die *Freistellung von Hebammen für migrationsspezifisch angepasste Geburtsvorbereitungskurse* zu entscheiden. 83% der ÄrztInnen in den Kantons- und Regionalspitälern würden hingegen Hebammen zu diesem Zweck freistellen. Zwei Hebammen in den Universitätsspitälern wären zur Freistellung bereit, die anderen drei Personen können die Frage nicht beantworten. In den Kantons- und Regionalspitälern sind je 31% der Befragten dafür, respektive 31% dagegen und 38% können sich nicht festlegen. Von den leitenden Hebammen in den Universitätsspitälern und Kantons- und Regionalspitälern würden insgesamt 33% Personal für die Durchführung von migrationsspezifisch angepassten Geburtsvorbereitungskursen bereitstellen. 24% lehnen dies ab und 43% können diese Frage nicht beantworten. Von einigen Befragten werden fehlende finanzielle Mittel und personelle Ressourcen genannt, die gegen eine Freistellung sprechen. Aber auch auf mangelnde Bereitschaft bzw. Interesse von Seiten der Spitalleitung für die Durchführung von migrationsspezifisch angepassten Geburtsvorbereitungskursen wird hingewiesen.

Hingegen wird die **Freistellung von Hebammen für Fort- oder Weiterbildung in transkultureller Kompetenz** insgesamt gut geheissen. Die ÄrztInnen in den Kantons- und Regionalspitälern stellen sich ebenfalls nicht dagegen. Sie wollen die Entscheidung darüber der Spitalleitung überlassen. Kein Konsens besteht über die Bedingungen zur Freistellung: Einige der Befragten sind der Ansicht, entsprechende Fort- oder Weiterbildungen sollten für das gesamte Team obligatorisch sein. Andere Befragte meinen hingegen, dass sich einzelne Fachpersonen auf freiwilliger Basis weiterbilden sollen. Uneinigkeit besteht auch hinsichtlich der Frage, ob das Spital Weiter- und Fortbildungen bezahlen soll.

Die spezifische **Förderung von Pflegenden und Hebammen mit Migrationshintergrund** wird mehrheitlich befürwortet. Die Unterstützung ist bei den Hebammen in den Kantons- und Regionalspitälern und bei den ÄrztInnen der Universitätsspitäler mit 50% am geringsten, bei den Hebammen in den Universitätsspitalern (80%) und den ÄrztInnen in den Kantons- und Regionalspitälern (83%) deutlich höher. Sechs leitende Hebammen an den Kantons- und Regionalspitälern (38%) sprechen sich gegen eine spezifische Förderung aus.

Über die gezielte **Anstellung von Fachpersonen mit Migrationshintergrund** sind sich Hebammen wie ÄrztInnen in den Universitätsspitalern (je zu 100%) einig. Auch die Hebammen in den Kantons- und Regionalspitälern befürworteten eine gezielte Anstellung: 11 von 16 Hebammen sind dafür, immerhin drei Hebammen sind dagegen. Bei den ÄrztInnen lehnt eine von sechs befragten Personen eine gezielte Anstellung ab.

Tabelle 9: Bereitschaft, Hebammen mit Migrationshintergrund anzustellen

Hebammen mit Migrationshintergrund anstellen	Spitäler		
Hebammen	US (N=5)	KRS (N=16)	Alle Spitäler (N=21)
ja	5	11	16
ÄrztInnen	US (N=4)	KRS (N=6)	Alle Spitäler (N=10)
ja	4	5	9

Die meisten der Befragten finden eine **Sensibilisierung der Spitalleitung** wichtig. In den Universitätsspitalern finden zwei von vier ÄrztInnen und eine von vier Hebammen, dass bereits genug sensibilisiert worden sei. In den Kantons- und Regionalspitälern findet es nur eine leitende Hebamme nicht nötig, zu sensibilisieren, da der Anteil an Migrantinnen sehr gering sei. Aus den Kommentaren wird ersichtlich, dass einige Befragte den aktuellen Stand der Sensibilisierung beschreiben und andere sich auf noch bestehende Bedürfnisse beziehen. Für die Auswertung der Antworten werden die beiden Positionen unter dem Aspekt der Wichtigkeit einer Sensibilisierung der Spitalleitung vereinigt. Die ÄrztInnen in den Universitätsspitalern sind zu 50% für eine Sensibilisierung, die restlichen Befragten halten eine Sensibilisierung nicht für nötig. Sie finden, die Leitung sei bereits genügend durch migrationspezifische Themen sensibilisiert.

6.4 Bedürfnisse auf der Spitalseite

Der letzte Bereich des Fragenkatalogs „Bedürfnisse auf der Spitalseite“ befasst sich mit den wichtigsten Bedürfnissen der Institution und den persönlichen Bedürfnissen der Befragten im Hinblick auf eine optimale gynäkologisch-geburtshilfliche Betreuung von Migrantinnen. Es soll weiter aufgezeigt werden, in welchen Bereichen Hebammen und ÄrztInnen zusätzliche Informationen oder Weiterbildungen wünschen. Die Fragen sind offen gestellt und lassen eine breite Palette von Antworten zu, so dass für die Auswertung der Antworten Kategorien geschaffen werden mussten.³⁴ Es lassen sich weder für den Spitaltyp (Universitätsspital / Kantons- und Regionalspital) noch für die Berufsgruppen (leitende Hebamme / ÄrztInnen) spezifische Tendenzen ausmachen.

Überaus oft wird das Bedürfnis nach *professionellen Dolmetscherdiensten* genannt. An den Universitätsspitalern wünschen sich rund 80% der Befragten mehr professionell Dolmetschende. An den Kantons- und Regionalspitalern, wo professionell Dolmetschende noch wenig etabliert sind, äussern 50% der ÄrztInnen und Hebammen den Wunsch nach einem besseren Angebot.

Sehr häufig wird auch ein Bedürfnis nach *Informationsmaterial für die Patientinnen* geäussert. Neun von 16 Hebammen und drei von sechs ÄrztInnen an den Kantons- und Regionalspitalern möchten vermehrt Informationsmaterial für die Migrantinnen. In den Universitätsspitalern erscheint dieses Bedürfnis weniger ausgeprägt.

Eine befragte Person sieht einen Bedarf darin, die Erreichbarkeit der Migrantinnen zu verbessern. Eine weitere Person äussert den Wunsch, die eigene Arbeit zu evaluieren, um Aufschluss hinsichtlich vorhandener transkultureller Kompetenzen bzw. Hinweise für Verbesserungen zu erhalten.

Bei den persönlichen Bedürfnissen wünschen sich praktisch alle Hebammen und ÄrztInnen *Informationsmaterial oder Weiterbildungen* über „andere Kulturen“ und migrationsspezifische Themen. Sie erhoffen sich dadurch besser zu verstehen, was für die Migrantinnen wichtig ist. 25% der Hebammen an den Kantons- und Regionalspitalern äussern zudem den Wunsch nach konkretem Wissen über andere Konzepte und Vorstellungen zu Schwangerschaft, Geburt und Stillen. Eine weitere Hebamme würde es interessieren, wie die Geburtshilfe in anderen Ländern Westeuropas (z.B. Holland) gehandhabt wird. Nur gerade eine Hebamme wünschte sich explizit keine Weiterbildung. Es fällt auf, dass das Bedürfnis nach kulturspezifischer Weiterbildung sehr gross ist.

6.5 Interpretation der Daten

Die Interpretation der Daten soll aufzeigen, wo im Spital Ressourcen hinsichtlich Kommunikation, Weiter- und Fortbildung, migrationsspezifischer Angebote und Qualifikation (transkulturelle Kompetenz) vorhanden sind. Weiter soll klar werden, ob die Bereitschaft vorhanden

³⁴ Es wurden folgende Kategorien von Bedürfnissen gewählt: Dolmetscherdienst, Informationsmaterial, Schulung des Personals, Diverses.

ist, die vom Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ vorgesehenen Massnahmen zu unterstützen, und welche Bedürfnisse aus der Sicht der leitenden Hebammen und ÄrztInnen in den befragten Spitälern bestehen.

Die Fort- und Weiterbildungsangebote für Gesundheitsberufe sollen gemäss der Strategie des Bundes „Migration und Gesundheit 2002-2006“ insbesondere zum Ziel haben, dass die Dolmetscherdienste und die interkulturelle Vermittlung als wichtig wahrgenommen und in den entsprechenden Situationen beigezogen werden (Bundesamt für Gesundheit 2002a: 31-32). Auch das Projekt Migrant-Friendly Hospitals sieht einen systematischen Einsatz von professionellen SprachmittlerInnen vor, der eine positive Wirkung auf die Behandlung von PatientInnen haben soll. Es ist daher erfreulich, dass in vier von fünf Universitätsspitälern ein **professioneller Dolmetscherdienst** vorhanden ist. In den Kantons- und Regionalspitälern scheint die Umsetzung der Bundesstrategie noch nicht Einzug gehalten zu haben. So ist lediglich in zwei von 19 Spitälern ein professioneller Dolmetscherdienst vorhanden. Erstaunlicherweise ziehen die ÄrztInnen in den Universitätsspitälern jedoch zu 75% immer noch Bekannte, Verwandte oder mehrsprachige Spitalangestellte für die Übersetzung eines Gesprächs bei, wenn eine professionell dolmetschende Person nicht verfügbar ist. Noch deutlicher ist die Situation in den Kantons- und Regionalspitälern. Hier nutzen die Hebammen und ÄrztInnen zu rund 50% Verwandte und Angehörige. Internes Spitalpersonal wird noch selbstverständlicher zugezogen. LaiendolmetscherInnen sollen jedoch nur in Ausnahmefällen beigezogen werden (Stucker 2001). Es besteht die Gefahr, dass LaiendolmetscherInnen das Gespräch verzerrt übersetzen, da sie mit der Situation überfordert sind. Zudem können Spitalmitarbeitende während des Dolmetschens nicht ihrer Arbeit nachgehen und müssen diese Zeit selber kompensieren.

Untersucht man die Herkunft von **Hebammen mit Migrationshintergrund**, fällt auf, dass Osteuropäerinnen vermehrt in Kantons- und Regionalspitälern, Westeuropäerinnen hingegen in Universitätsspitälern einen Arbeitsplatz finden. Die Hebammen aus Westeuropa verfügen meist über höhere Ausbildungsstandards und damit über höhere Fachkompetenzen. Gleichzeitig ist es in der Regel sprachlich einfacher mit ihnen zu kommunizieren. Bei den Migrantinnen aus Osteuropa fällt der Aufwand einer Nachschulung auf den Betrieb und auf die betreffenden Teams zurück. In den befragten Spitälern arbeiten zwar Hebammen mit Migrationshintergrund, sie gehören jedoch immer noch einer Minderheit an. Auffällig ist dabei, dass kaum Hebammen angestellt sind, welche dieselbe Herkunft bzw. den gleichen Migrationshintergrund aufweisen wie in der Geburtshilfe häufig vertretene und als problematisch gesehene Migrantinnengruppen.

Muttersprachliche Angebote sind in beiden Spitalgruppen fast durchgehend vorhanden, meistens in Form von schriftlichem Informationsmaterial. Muttersprachliche Geburtsvorbereitungskurse werden hingegen sehr spärlich angeboten, und wenn dann eher in Englisch. Das Defizit ist in den Kantons- und Regionalspitälern markant, von denen nur 20% solche anbieten. Da besonders in den ländlichen Gebieten die Distanzen zu einem Kantons- oder Regionalspital beträchtlich sein können, ist der Besuch eines Kurses mit langen Fahrzeiten verbunden. Somit wird nur eine kleine Gruppe von Frauen erreicht. Das Problembewusstsein für diesen erschwerten Zugang scheint zurzeit bei den Befragten wenig vorhanden zu sein.

Es gibt nach den Aussagen der Befragten kaum *spitalinterne Fortbildungsmöglichkeiten*. Die vielen gegensätzlichen Antworten vermitteln das Bild, dass sich die verschiedenen Berufsgruppen innerhalb einer Institution unterschiedlich mit dieser Thematik auseinandersetzen. Bei einem Viertel der befragten Institutionen wird nicht klar, ob migrationspezifische Fortbildungen existieren.

Es ist interessant, dass die Frage nach der *transkulturellen Kompetenz* von medizinischen und pflegerischen Fachpersonen unterschiedlich beantwortet wird. Die befragten ÄrztInnen der Universitätsspitäler schätzen die transkulturelle Kompetenz eher schlecht ein, diejenigen der Kantons- und Regionalspitäler als eher gut. Bei vielen Enthaltungen bewerten die befragten Hebammen beider Spitaltypen die transkulturelle Kompetenz eher positiv. Aufgrund der recht unterschiedlichen Aussagen stellt sich zudem die Frage, ob den Befragten klar war, was mit transkultureller Kompetenz gemeint ist. Aus der Datenbasis geht nicht hervor, ob sie um eine Begriffsklärung gebeten haben.

Alle Befragten äussern sich positiv hinsichtlich der *Unterstützung des Projekts „Migration und reproduktive Gesundheit“* und viele möchten gerne Personal für einzelne Massnahmen freistellen, wie z.B. für die Durchführung von migrationspezifisch angepassten Geburtsvorbereitungskursen oder für die Teilnahme an spezifischen Weiterbildungen. Doch liegt die Entscheidung bei 43% der Befragten nicht in deren Kompetenz. Andere Befragte können diese Frage nicht beantworten. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Entscheidungskompetenzen unklar oder nicht geregelt sind. Es besteht zudem kein Konsens über die Bedingungen für die Freistellungen. Und es werden Vorbehalte hinsichtlich personeller und finanzieller Ressourcen genannt. Die Anstellung und spezifische Förderung von Hebammen mit Migrationshintergrund wird mehrheitlich befürwortet. Immerhin 38% der leitenden Hebammen in den Kantons- und Regionalspitälern sprechen sich jedoch gegen eine spezifische Förderung von Hebammen mit Migrationshintergrund aus. Ein naheliegender Grund für dieses Desinteresse könnte darin liegen, dass die Institutionen bisher keine Hebammen mit Migrationshintergrund angestellt haben. Die Anstellung von Fachpersonen mit Migrationshintergrund ist aus Gründen der Organisationsentwicklung zentral (vgl. Kapitel 4.3). Sie verfügen über Ressourcen und Fähigkeiten, die bis jetzt zu wenig genutzt werden, denn es braucht die Auseinandersetzung mit migrationspezifischen Themen, um transkulturell kompetente Teams zu entwickeln.

Bezüglich der *Bedürfnisse der Institution* im Hinblick auf eine optimale Betreuung von Migrantinnen lassen sich weder für den Spitaltyp (Universitätsspital oder Kantons- und Regionalspital) noch für die Berufsgruppen (leitende Hebammen und ÄrztInnen) spezifische Tendenzen ausmachen. Gewünscht werden professionelle Dolmetscherdienste und, vor allem von den Befragten der Kantons- und Regionalspitäler (rund die Hälfte), zusätzliches Informationsmaterial für die Migrantinnen. Aus der Vielfalt der Antworten ist zu entnehmen, dass eine optimale Betreuung ein grosses Anliegen ist, und dass die befragten Berufsgruppen von der Thematik stark betroffen sind.

Nach den *persönlichen Bedürfnissen* befragt, bestätigen alle befragten Hebammen und ÄrztInnen, dass sie zusätzliche kulturspezifische Informationen oder entsprechende Weiter-

bildungen wünschen. Es ist auffällig, dass die Befragten vor allem den Wissensaspekt der transkulturellen Kompetenz fokussieren und die Bereiche der Empathie und der Selbstreflexivität nicht erwähnen. Transkulturelle Kompetenz wird so implizit dem (Hintergrund-) Wissen gleichgesetzt. Allerdings wird explizit nach zusätzlichem Informations- und Weiterbildungsbedarf gefragt. Diese Art der Fragestellung lenkt die Antworten tendenziell in die Richtung von Wissensinhalten und blendet den Aspekt des Umgangs mit schon bestehendem Wissen und Erfahrungen aus. Die beiden Komponenten Selbstreflexivität und Empathie werden nicht angesprochen, und dadurch allfällige Bedürfnisse, die in diese Richtung weisen, nicht abgeholt. Die Antworten erwecken den Anschein, dass das Bedürfnis nach Information und Weiterbildung auf der Sach- und Fachebene, nicht aber auf der Handlungsebene, vorhanden ist. Dabei besteht die Gefahr, dass die Handlungen vor allem durch das Wissen und weniger durch eine grundsätzlich empathische und reflexive Haltung bestimmt sind. Erst durch Empathie und Selbstreflexivität kann jedoch (kulturspezifisches) Wissen transkulturell kompetent umgesetzt werden (vgl. Kapitel 3.2)

7. Empfehlungen

Die Ergebnisse der Spitalbefragung zeigen, dass in den Spitälern bzw. Geburtshilfeabteilungen Probleme in der Betreuung von Migrantinnen wahrgenommen und erkannt werden. Häufig werden die Probleme jedoch auf die Sprache und die „Kultur“ der Migrantinnen reduziert. Die nun folgenden Empfehlungen sind nicht direkt aus den diskutierten Problemen abgeleitet, sondern sind breiter abgestützt und beziehen den Kontext, in dem diese Spitalbefragung durchgeführt wurde, mit ein. Insbesondere werden auch die zitierte Literatur und die erwähnten Konzepte berücksichtigt, welche eine differenziertere Sicht bezüglich der genannten Probleme aufweisen. Die Empfehlungen gelten daher sowohl für das Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ als auch für die Spitäler.

- 1) Das Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ hat Angebote rund um die Schwangerschaft, Geburt, Säuglingspflege und Kleinkindbetreuung initiiert. Diese Angebote für Migrantinnen sind keine Geburtsvorbereitungskurse im herkömmlichen Sinne, sondern der Lebenswelt, den Bedürfnissen und dem soziokulturellen Hintergrund der jeweiligen Gruppe angepasst und sind mit Vertreterinnen der betreffenden Gruppen auszuarbeiten. Solche Angebote sollten weiter auf- und ausgebaut werden.
- 2) Zu überlegen ist, ob GynäkologInnen, Hebammen sowie Mütter- und Väterberatungsstellen mit einem Projekt mit dem Ziel einer entsprechenden Sensibilisierung und der Erhöhung transkultureller Kompetenzen erreicht werden könnten. Erste Schritte in diese Richtung sind im Rahmen der Strategie „Migration und Gesundheit 2002-2006“ bereits gemacht worden. So hat z.B. das Projekt „Migration und reproduktive Gesundheit“ dem Schweizerischen Hebammenverband SHV ein Untermandat zur Erarbeitung von bedürfnisgerechten Informationsmaterialien für Migrantinnen sowie von Kurs- und Didaktikmaterialien für die Durchführung von migrationsspezifisch angepassten Geburtsvorbereitungskursen erteilt. Zudem besteht im Interventionsbereich Bildung (vgl. Kapitel 2.2) ein Projekt, welches ein Rahmenprogramm zur migrationsspezifischen Fort- und Weiterbildung in den vier Berufsbereichen Medizin, Pflege, Hebammen und Spitalmanagement entwickelt.³⁵ Es wäre wünschenswert, dass diese Aufgaben interdisziplinär angegangen und unter anderem auch WissenschaftlerInnen (z.B. EthnologInnen mit Schwerpunkt Migration und Medizinethnologie) einbezogen werden.
- 3) Bedarf ist ausserdem in den Spitälern bzw. in den Abteilungen der Geburtshilfe gegeben. In diesen Institutionen der Gesundheitsversorgung wären generell Migrationsprojekte gefordert, die anhand einer Organisationsentwicklung transkulturelle Kompetenzen nicht nur fördern, sondern auch institutionell und strukturell verankern (vgl. Kapitel 3.4). Ein solches Migrationsprojekt könnte in Zusammenarbeit mit dem Projekt Migrant-Friendly Hospitals (vgl. Kapitel 2.2) durchgeführt werden. Das Spital bzw. die Geburtshilfeabteilung könnte sich dann in der Folge durch besondere Kompetenzen in der Betreuung von Angehörigen der Migrationsbevölkerung auszeichnen. Im folgenden wird erläutert, wie ein solches Migrationsprojekt exemplarisch in einer Abteilung der Geburtshilfe angegangen und durchgeführt werden könnte.

7.1 Skizze eines Migrationsprojektes in der Geburtshilfe

Die folgenden Massnahmen sind übernommen aus dem Massnahmenkatalog von Domenig (2001c: 214-227) und auf den Spitalkontext angepasst worden (Domenig hat ein entsprechendes Migrationsprojekt im Drogenbereich initiiert).

In der **Aufbauphase** gilt es, sich für das Migrationsprojekt zu entscheiden, und zwar unter Einbezug der Spitalleitung sowie der wichtigsten Fachleute. Dabei sollen die nötigen Ressourcen bereitgestellt, die entsprechenden Gremien geschaffen und eine detaillierte Situationsanalyse erstellt werden. Für die Aufbauphase gelten daher die folgenden Massnahmen:

Massnahme 1

Entwicklung eines Migrationsprojektes innerhalb der Geburtshilfe

- Das Migrationsprojekt innerhalb der Geburtshilfe ist in enger Zusammenarbeit mit PraktikerInnen der Institution (AerztInnen, Pflege, Hebammen), VertreterInnen der MigrantInnengemeinschaften, sowie mit externer fachspezifischer Unterstützung unter Einbezug von Wissenschaft und Forschung zu entwickeln.
- Teilmassnahmen
- Entscheid auf Leitungsebene und klare Festlegung von Strategien für die Entwicklung des Migrationsprojektes (Top-down-Strategie)
- Einbezug der PraktikerInnen (AerztInnen, Pflege, Hebammen) in den Entwicklungsprozess (partizipativer Ansatz)
- Einbezug von VertreterInnen aus Angeboten der MigrantInnengemeinschaften, bzw. von entsprechenden Schlüsselpersonen in den Entwicklungsprozess
- Beizug einer externen Fachperson, welche die transkulturelle Organisationsentwicklung begleitet
- Beizug von VertreterInnen aus Wissenschaft und Forschung (EthnologInnen oder andere auf den Migrations-/Gesundheitsbereich spezialisierte Fachpersonen)
- Aufbau einer interdisziplinären Begleitgruppe

Massnahme 2

Situationsanalyse erstellen

Dabei sind die internen migrationsspezifischen Kompetenzen und Ressourcen zu evaluieren und zu bewerten. Unter anderem sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie wird die transkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen eingeschätzt?
- Gibt es PraktikerInnen mit Migrationshintergrund?

³⁵ Informationen vgl. URL: <<http://www.miges.ch/125.html>>, sowie URL: <<http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/migration/103.pdf>>.

- Bestehen Angebote und Informationsmaterial in Muttersprache?
- Existiert ein professioneller Dolmetscherdienst, wenn ja, wie wird er genutzt?
- Gibt es eine Vernetzung mit MigrantInnenorganisationen, Beratungsstellen sowie weiteren Institutionen im Bereich der reproduktiven Gesundheit?
- Welche Zugangsbarrieren lassen sich eruieren?

Massnahme 3

Schaffung eines Bereiches Migration innerhalb der Institution

Sowohl auf Leitungs- als auch auf der operativen Ebene ist ein Bereich Migration (ev. ein Gremium vertreten durch AerztInnen, Pflege, Hebammen) zu schaffen, damit transkulturelle Kompetenz institutionell und strukturell verankert wird.

Massnahme 4

Zur Verfügung stellen notwendiger Ressourcen

Für die mit der Migrationsarbeit beauftragten Personen sollen die notwendigen personellen, fachspezifischen und finanziellen Ressourcen in genügender Masse zur Verfügung gestellt werden.

In der **Umsetzungsphase** gilt es insbesondere, die in der Situationsanalyse festgestellten Lücken zu schliessen. Besondere Aufmerksamkeit ist den folgenden Massnahmen zu schenken:

Massnahme 5

Erhöhung der transkulturellen Kompetenz innerhalb der Geburtshilfe

Entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zur Erhöhung der transkulturellen Kompetenz sollen sich an sämtliche PraktikerInnen richten, ev. teamorientiert oder getrennt nach Profession, je nach Bedarf. Für den Bereich der Pflege bietet z.B. das Schweizerische Rote Kreuz verschiedene Kurse zur Förderung der transkulturellen Kompetenz an. Aber auch spitalinterne Weiterbildungen können genutzt werden, um transkulturelle Kompetenzen zu vermitteln.

Dabei ist darauf hinzuweisen, dass Weiterbildung zum Thema transkulturelle Kompetenz nicht nur den Wissensaspekt beinhaltet (wie dies häufig von den Befragten bei der Spitalbefragung gewünscht wurde), sondern dass die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Empathie im Umgang mit MigrantInnen ebenso zentral sind. Denn erst dies ermöglicht es, die Migrantin und ihre Angehörigen in der Geburtshilfe nicht einfach auf das „Andere“ zu reduzieren, sondern die Migrantin in ihrer Lebenswelt und mit ihren eigenen Vorstellungen und Überzeugungen zur reproduktiven Gesundheit wahrzunehmen. Hintergrundwissen ist ebenfalls wichtig. Es sollen jedoch nicht in erster Linie kulturspezifische Informationen vermittelt werden, sondern sinnvoll ist das Kennenlernen von Konzepten genereller Art sowie von verschiedenen Medizintraditionen und deren Auswirkungen auf die Schwangerschaft und Geburt (z.B. Ernährungsvorschriften).

Massnahme 6**Bereitstellung eines professionellen Dolmetscherdienstes (inkl. interkulturelle Vermittlung) und adäquate Nutzung des Dienstes**

Viele Abteilungen der Geburtshilfe sehen die Notwendigkeit einer funktionierenden Kommunikation, weil nur so eine adäquate medizinische Versorgung ermöglicht wird. Allerdings werden im Alltag immer noch zu selten professionelle DolmetscherInnen beigezogen. Die Strukturen und Abläufe sind so zu gestalten, dass ein vermehrter Einsatz von professionellen DolmetscherInnen gewährleistet und eine sowohl für die Migrantinnen als auch für die Fachleute befriedigende Kommunikation sichergestellt wird. Eine sorgfältige Einführung in den Einsatz solcher Dienste ist unerlässlich (Stucker 2001).

Massnahme 7**Anstellung und Förderung von PraktikerInnen mit Migrationshintergrund**

PraktikerInnen mit Migrationshintergrund sollen bei Neuanstellungen aber auch für Leitungspositionen vermehrt berücksichtigt, deren transkulturelle Kompetenzen in der Institution aufgewertet und durch spezifische Massnahmen gefördert werden. PraktikerInnen mit Migrationshintergrund sind nicht per se transkulturell kompetenter, dies bedarf der speziellen Förderung und Weiterbildung. Im Bereich der Pflege arbeiten bereits heute viele Praktikerinnen mit Migrationshintergrund. Die Anerkennung ausländischer Diplome sollte jedoch auch bei Hebammen gefördert werden. Insbesondere sollten auch Hebammen angestellt werden, welche dieselbe Herkunft bzw. den gleichen Migrationshintergrund wie in der Geburtshilfe häufig vertretene Migrantinnengruppen aufweisen. Zudem sind die Zulassungsbedingungen für die Hebammenausbildung so zu gestalten, dass sich auch Personen mit Migrationshintergrund angesprochen fühlen. Die transkulturelle Kompetenz ist auf der Ebene der ÄrztInnen ebenfalls von zentraler Bedeutung. Die Anstellung entsprechend erfahrener ÄrztInnen ist deshalb zu fördern.

Massnahme 8**Förderung von transkulturellen Teams**

Teams, in denen PraktikerInnen mit Migrationshintergrund arbeiten, sind speziell zu fördern. Häufig gelingt es nur mit Selbstreflexion, gegenseitigen Lernprozessen sowie Unterstützung durch Supervision ein transkulturell kompetentes Team zu werden, denn dies setzt einen Teamentwicklungsprozess voraus.

Aber auch migrationsspezifische Fallbesprechungen und Erfahrungsaustausch erhöhen die transkulturelle Kompetenz von Teams. Solche Fallbesprechungen können bei Bedarf auch für Fachleute aus anderen Bereichen (Sozialarbeit, Recht, Ethnologie etc.) geöffnet werden, um einen interdisziplinären Austausch zu fördern.

Massnahme 9

Vernetzung und Zusammenarbeit mit MigrantInnengemeinschaften

Damit die Angebote der Gesundheitsversorgung bei MigrantInnen besser bekannt werden, soll eine Vernetzung und Zusammenarbeit mit MigrantInnengemeinschaften angestrebt sowie geeignete Informationsträger in verschiedenen Sprachen, welche migrationsspezifische und soziokulturelle Hintergründe berücksichtigen, entwickelt werden. Als Endziel könnte ein Informationsnetz im Bereich der reproduktiven und sexuellen Gesundheit angestrebt werden. Die Vernetzung mit MigrantInnengemeinschaften ist nicht immer einfach und benötigt häufig ein aktives und kontinuierliches Zugehen auf diese Gemeinschaften.

Massnahme 10

Anpassung der Dokumente, Informationsmaterialien sowie der Angebote

Während des Projektverlaufs sind verschiedenste Dokumente migrationsspezifisch anzupassen. Einerseits gilt es, im Leitbild Grundsätze für eine transkulturell kompetente Arbeit zu verankern und andere spitalinterne Dokumente wie z.B. Pflichtenhefte, medizinische Standards anzupassen. Andererseits ist zu prüfen, ob für PatientInnen bestimmte Broschüren und Informationsmaterialien den Bedürfnissen der Migrantinnen gerecht gestaltet sind. In den meisten Geburtshilfe-Abteilungen existieren bereits Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen. Der Schwerpunkt sollte jedoch nicht nur auf der Übersetzung liegen, sondern die ansprechende Gestaltung ist ebenso wichtig. Auch Websites sind so zu gestalten, dass sich interessierte MigrantInnen angesprochen fühlen. Schliesslich gilt es, die Angebote und Dienstleistungen wie z.B. Geburtsvorbereitungskurse oder Gebärsaalbesichtigungen den Bedürfnissen der Migrantinnen anzupassen.

Massnahme 11

Evaluation und Monitoring des Migrationsprojekts

Das skizzierte Migrationsprojekt ist als Anregung zu verstehen. Es kann in einem kleineren oder grösseren Rahmen durchgeführt werden. Es können lediglich einzelne Massnahmen verfolgt oder besonders hervorgehoben werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass getroffene Massnahmen institutionell zu verankern sind. Nur so kann gewährleistet werden, dass angestrebte Veränderungen nachhaltig sind. Wichtig ist zudem, dass die Spitalleitung ein solches Projekt mitträgt und unterstützt. Das skizzierte Vorgehen kann sowohl für ein Projekt auf Gesamspitalebene als auch für andere Abteilungen eines Spitals mit leichten Anpassungen übernommen werden. Mit dem Ziel einer verbesserten Gesundheitsversorgung von MigrantInnen liesse sich ein solches Migrationsprojekt im Rahmen des Projekts Migrant-Friendly Hospitals durchführen.

Bibliographie

- Bischoff, Alexander 2003: Caring for Migrant and Minority Patients in European Hospitals. A Review of Effective Interventions. Neuchâtel und Basel: SFM Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Bollini, Paola 2000: Die Gesundheit von Migrantinnen in Europa – Perspektiven für 2000. In: David, Matthias, Theda Borde, Heribert Kentenich (Hg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 197-206.
- Borde, Theda, Matthias David, Heribert Kentenich 2000: Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus. In: David, Matthias, Theda Borde, Heribert Kentenich (Hg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 121-154.
- Buchs, Karin M. 1998: Tamilische Frauen in der Schweizer Geburtshilfe. Eine handlungsorientierte Studie zur Prävention pathologischer Schwangerschafts- und Geburtsverläufe mit Berücksichtigung kulturspezifischer Ressourcen. Arbeitsblätter Nr. 17. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern.
URL: <http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB17_Buc.pdf>. 18. April 2004.
- Bühlmann, Renate, Yvonne Stauffer 2001: Bedeutung der Kommunikation in der Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Verlag Hans Huber. 201-211.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2002a: Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2000b: Bedeutung einer migrationsspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2004: Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt. Sie fragen – wir antworten. Bern: BAG.
URL: <http://www.bag.admin.ch/kv/beratung/d/kuv_kurz_erklaert.pdf>. 12. August 2004.
- Dahinden, Janine, Milena Chimienti 2002: Professionelles Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Theoretische Perspektiven. Forschungsbericht 25/2002. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien.
- David, Matthias, Theda Borde, Heribert Kentenich 2000: Kenntnisse deutscher und türkischer Frauen über spezifisch weibliche Körperfunktionen, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen und die Wechseljahre. In: David, Matthias, Theda Borde, Heribert Kentenich (Hg.): Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 79-97.

- Domenig, Dagmar 2001a: Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Verlag Hans Huber. 139-158.
- Domenig, Dagmar (Hg.) 2001b: Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Verlag Hans Huber.
- Domenig, Dagmar 2001c: Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dornheim, Jutta 2001: Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Verlag Hans Huber. 27-45.
- Duden, Barbara 2002: Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper. Hannover: Offizin-Verlag.
- Gerrish, Kirsten 1998: What Do Doulas Do?
URL: <<http://www.doula.com>>. 12. Mai 2004.
- Golay Schilter, Danièle 2001: Aux quatre coins. Cours de préparation à la naissance an albanais, turc et espagnol. Projet-pilote. Evaluation externe. Rapport. Basel: IAMANEH.
- Hälg, Regula 2004: Migration und reproduktive Gesundheit. Vertiefte Auswertung der Spitalbefragung. Probleme und Lösungsansätze in der Betreuung von Migrantinnen in der Geburtshilfe. Schriftliche Arbeit im Hauptstudium. Institut für Ethnologie der Universität Bern.
- Helman, Cecil G. ⁴2001 (1984) Culture, Health and Illness. New York: Arnold.
- Goerke, Kay, Ulrike Bazlen (Hg.) 2002: Gynäkologie Geburtshilfe. Lehrbuch und Atlas für Pflegende und Hebammen. München: Urban & Fischer Verlag.
- Good, Byron J. 1994: Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge: University Press.
- Kollek, Regine 1998: Jenseits der guten Hoffnung. Vom Schwangerschaftskonflikt zur Embryonenselektion. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit (Hg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Huber. 220-235.
- Kuntner, Liselotte 2001: Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext. In: Domenig, Dagmar (Hg.): Professionelle Transkulturelle Pflege. Bern: Verlag Hans Huber. 361-384.
- Lehmann, Philippe, Catherine Mamboury, Christoph E. Minder 1990: Health and Social Inequities in Switzerland. *Social Science Medicine*. Vol. 31 (3): 369 –386.
- Maggi, Jenny, Sandro Cattacin 2003: Needed Basic Research in „Migration and Health“ 2002-2006 in Switzerland. Research Report 29/2003. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- Pieper; Marianne 1998: Unter „anderen Umständen“ – werdende Elternschaft im Zeichen neuer Verfahren der Pränataldiagnostik. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit (Hg.): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Huber. 236-247.

- Salis Gross, Corina, Catherine Moser, Brigit Zuppinger, Christoph Hatz 1997: Die Arzt-Patienten Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis. *PRAXIS Schweizerische Rundschau für Medizin*. Vol. 86: 884-894.
- Sieber, Christine 2001: Verhütung und Schwangerschaftsabbruch bei MigrantInnen. In: Domenig, Dagmar (Hg.): *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber. 341-359.
- Stuker, Rahel 2001: Professionelles Dolmetschen. In: Domenig, Dagmar (Hg.): *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber. 185-199.
- Terzioglu, N., M. Baumann, M. Krause, A. Feige 2000: Präventive Massnahmen bei ausländischen Schwangeren – Pilotprojekt der Stadt Nürnberg. In: David, Matthias, Theda Borde, Heribert Kentenich (Hg.): *Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. 245-248.
- Tuner, Sona 2001: Die Bedeutung von Familienzentriertheit und Individuumzentriertheit im Migrationskontext. In: Domenig, Dagmar (Hg.): *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber. 213-226.
- Universitätsspital Zürich 1999: Informationen für Schwangere. Erklärungen einiger Routineuntersuchungen und wichtige Schwangerschaftsempfehlungen. Zürich: Universitätsspital. Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe.
- URL: <http://www.geburtshilfe.usz.ch/german/PatientenUndBesucher/Drucksachen/default.htm/info_brosch_99.pdf>. 18. April 2004.
- Wallimann, Gabriela 2004: Migration und reproduktive Gesundheit. Vertiefte Auswertung der Spitalbefragung. Ressourcen und Bedürfnisse der Spitäler. Schriftliche Arbeit im Hauptstudium. Institut für Ethnologie der Universität Bern.
- Wanner, Philippe, C. Bouchardy, L. Raymond 2001: *Mortalité des étrangers en Suisse*. Neuchâtel: OFS.
- Weiss, Regula 2003: *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo-Verlag.
- Wick Marcoli, Madeleine 2003: *Projekt Migration und reproduktive Gesundheit. Umfrage bei Schweizer Spitälern. Unveröffentlichte Auswertung*. Basel: IAMANEH Schweiz.
- Wick Marcoli, Madeleine 2004: *Projektzusammenfassung Projekt Migration und reproduktive Gesundheit*. Basel: IAMANEH Schweiz.
- Wicker, Hans-Rudolf 1996: Von der komplexen Kultur zur kulturellen Komplexität. In: Wicker, Hans-Rudolf, J.-L. Bolzmann et al. (Hg.) 1996: *Das Fremde in der Gesellschaft*. Zürich: Seismo-Verlag. 373-392.
- Wicker, Hans-Rudolf 2001: Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: Domenig, Dagmar (Hg.): *Professionelle Transkulturelle Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber. 47-63.

Widmer, Regina 1998: Vergleich der Geburtsverläufe von Tamilischen und Nicht-Tamilischen Frauen an der Universitäts-Frauenklinik Basel 1994 und 1995. Inauguraldissertation. Medizinische Fakultät der Universität Basel.

Zahorka, Manfred, Corinne Blöchliger 2003: Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz. Abschlussbericht zur Untersuchung. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut.

Internetadressen:

URL: <<http://www.admin.ch/ch/d/vkb/effi/dbd/db96-d34.html>>. 14. August 2004.

URL: http://www.bag.admin.ch/infekt/grenzsan/massnahmen/d/techn_weis.pdf>. 14. August 2004.

URL: <http://www.bag.admin.ch/kv/beratung/d/kuv_kurz_erklaert.pdf>. 12. August 2004.

URL: <<http://www.charm.net/~totoro/doula.html>>. 12. Mai 2004.

URL: <<http://www.childbirth.org/doula123.html>>. 12. Mai 2004.

URL: <<http://www.dona.org>>. 12. Mai 2004.

URL: <<http://www.doula.com>>. 12. Mai 2004.

URL: <<http://www.doulaworld.com>>. 12. Mai 2004.

URL: <<http://www.doula.org.uk>>. 12. Mai 2004.

URL: <http://www.geburtshilfe.usz.ch/german/PatientenUndBesucher/Drucksachen/default.htm/info_brosch_99.pdf>. 18. April 2004.

URL: <<http://www.iamaneh.ch>>. 14. August 2004.

URL: <http://www.imes.admin.ch/statistik/aktuelle_ergebnisse/staendige/wohnkanton_aufenthaltskategorie/107_dez03_d.asp>. 22. August 2004.

URL: <<http://www.miges.ch/91.html>>. 5. Juli 2004.

URL: <<http://www.miges.ch/125.html>>. 26. August 2004.

URL: <<http://www.miges.ch/275.html>>. 5. Juli 2004.

URL: <<http://www.mfh-eu.net>>. 5. Juli 2004.

URL: <http://www.mfh-eu.net/public/partners/pilot_hospitals/index.htm>. 5. Juli 2004.

URL: <<http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/migration/gesundheitsversorgung/index.html>>. 5. Juli 2004,

URL: <<http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/migration/103.pdf>>. 26. August 2004.

URL: <http://www.swissemigration.ch/imperia/md/content/elias/r-z/SCHWEIZ_AK_D.pdf>. 14. August 2004.

Anhang

Anhang 1. Teilnehmende Kantone und Spitäler

Kanton	Spital	Hebamme	Arzt/ Ärztin
Aargau	Kantonsspital Baden	x	--
Appenzell A. Rh.	Kantonales Spital Heiden	x	--
Appenzell I. Rh.	--	--	--
Basel-Stadt	Universitäts-Frauenklinik Basel	x	x
Basel-Land	Kantonsspital Bruderholz	x	x
Bern	Universitäts-Frauenklinik, Insel Spital Bern	x	x
Fribourg	Hôpital Cantonal Fribourg	x	--
Genf	HUG Genf	x	--
Glarus	Kantonsspital Glarus	-- Leitende Hebamme keine Zeit immer im Dienst, kleines Team	x
Graubünden	-- (Kantonales Frauenspital Chur)	Keine Terminverein- barung in der Rekrutie- rungsphase möglich	--
Jura	Hôpital Régional Delemont	x	--
Luzern	Kantonsspital Luzern	x	--
Neuchâtel	Hôpital Pourtales Neuchâtel	x	--
Nidwalden	Kantonsspital Nidwalden	Leitende Hebamme keine Zeit immer im Dienst, kleines Team	x
Obwalden	Kantonsspital Obwalden	x	--
St. Gallen	Kantonsspital St.Gallen	x	--
Schwyz	Kantonsspital Schwyz	x	--
Schaffhausen	Kantonsspital Schaffhausen	x	--
Solothurn	Kantonsspital Olten	x	x
Tessin	Ospedale Civico Lugano	x	--
Thurgau	Kantonsspital Frauenfeld	x	--
Uri	Kantonsspital Uri	-- Keine Terminverein- barung in der Rekrutie- rungsphase möglich	x
Waadt	CHUV Lausanne	x	x
Wallis	Hôpital Régional Sion	x	--
Zug	Kantonsspital Zug	x	x
Zürich	Universitätsspital Zürich	x	x

Anhang 2. Interviewleitfaden deutsch

SPITALUMFRAGE

Interviewleitfaden für leitende Hebammen/ Chefärzte (Geburtshilfe)

Fragen

INANSPRUCHNAHME

1. Wie gross ist der **prozentuale Anteil Geburten** von Migrantinnen am Total aller Geburten in Ihrem Spital? _____ %
2. Welches sind die am häufigsten vertretenen Ethnien, bzw. Sprachgruppen?

GESUNDHEITSPROBLEME IM ZUSAMMENHANG MIT PERI- UND POSTNATALEN PHASE, HANDLUNGSBEDARF UND LÖSUNGSANSÄTZE AUS SPITALSICHT

3. Im Hinblick auf die Auswahl der im Projekt zu berücksichtigenden Zielgruppen von Migrantinnen möchten wir gerne von Ihnen erfahren, ob es Ethnien gibt, bei welchen Sie im Zusammenhang mit der peri- und postnatalen Phase (häufiger oder spezifische) **Gesundheitsprobleme** identifizieren können?
 - 3.a Um welche Gruppen von Migrantinnen handelt es sich?
 - 3.b Um welche Probleme handelt es sich?
 - 3.c Welches sind aus Ihrer Sicht Lösungsansätze?

HANDLUNGSBEDARF MEDIZINISCH-GESUNDHEITLICHE PROBLEME

4. Bei welcher/n Gruppe/n von Migrantinnen besteht im Hinblick auf die gerade genannten Problem dringendster Handlungsbedarf?
 - 4.a Bei welchen Gruppen von Migrantinnen?
 - 4.b Welcher Handlungsbedarf?

BEDÜRFNISSE DER MIGRANTINNEN IM ZUSAMMENHANG MIT REPRODUKTIVER GESUNDHEIT

5. Welches sind Ihrer Beurteilung nach die wichtigsten Bedürfnisse der Migrantinnen im Zusammenhang mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit?

WISSENSVERMITTLUNGSBEDARF

6. Über welche Themen und bei welchen Gruppen von Migrantinnen besteht Bedarf, vermehrt Wissen zu vermitteln?

6.a Welche Themen?

6.b Bei welchen Gruppen von Migrantinnen?

PROBLEMLAGEN BEI DER BETREUUNG VON MIGRANTINNEN, LÖSUNGSANSÄTZE AUS SPITALSICHT

7. Bitte nennen Sie die wichtigsten im Zusammenhang mit der Betreuung von Migrantinnen auftauchenden Probleme (ohne medizinisch-gynäkologische Probleme)

7.a Um welche Probleme handelt es sich?

7.b Welches sind aus Ihrer Sicht Lösungsansätze?

RESSOURCEN IM SPITAL

8.a Wie ist die Situation in Ihrer Institution hinsichtlich Übersetzung/ Dolmetscherdienst?

8.a.a Gibt es einen professionellen Dolmetscherdienst?

ja, wenn ja: Für welche Sprachen?

nein wenn nein: Warum?

8.a.b Wie läuft die Verständigung, wenn kein prof. Dolmetscher anwesend sein kann?

8.b Gibt es Hebammen mit Migrationshintergrund in ihrem Spital?

Ja, nein, weiss nicht. Wenn ja: von welchen Migrantinnengruppen? Wieviele?

8.c Gibt es muttersprachliche Angebote?

Ja, nein, weiss nicht. Wenn ja: Informationsmaterialien (Untermandat erwähnen), Geburtsvorbereitungskurse, Besichtigung Gebärsaal, anderes? In welchen Sprachen?

8.d Gibt es spitalinterne Fortbildungen zu migrationspezifischen Themen?

Ja, wenn ja: welche? nein

8.e Gibt es andere, bisher nicht erwähnte migrationsspezifische Ressourcen in Ihrer Institution?

9. Wie beurteilen Sie die Qualifikation der medizinischen und pflegerischen Fachkräfte in Ihrer Institution hinsichtlich des Umgangs mit MigrantInnen (transkulturelle Kompetenz der Fachpersonen)?

UNTERSTÜTZUNG DES PROJEKTS MIGRATION UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

10. In welcher Form könnten Sie das Projekt Migration und reproduktive Gesundheit unterstützen?

10.a Freistellung von Hebammen für die Durchführung von migrationsspezifisch angepassten Geburtsvorbereitungskursen

ja, nein. Kommentar

10.b Freistellung von Hebammen, (bzw. Pflegenden) für die Weiter- oder Fortbildung in transkultureller Kompetenz?

Weiterbildung: ja nein, Fortbildung: ja nein, Kommentar

10.c Spezifische Förderung von Pflegenden oder Hebammen mit Migrationshintergrund?

ja, nein. Kommentar

10.d Gezielte Anstellung von Fachpersonen mit Migrationshintergrund?

Ja, nein

10.e Sensibilisierung der Spitalleitung für migrationsspezifische Themen?

Ja, nein

BEDÜRFNISSE AUF SPITALSEITE

11.a Bitte nennen Sie uns zum Schluss die wichtigsten Bedürfnisse Ihrer Institution im Hinblick auf eine optimale gynäkologisch-geburtshilfliche Betreuung von Migrantinnen

11.b In welchem Bereich wäre Ihnen persönlich als Hebamme/ÄrztIn zusätzliche Information oder Weiterbildung willkommen?

In den ersten Interview fragen, ob sie meinen, dass eine wichtige Frage fehlt.

Ende

Anhang 3. Glossar

Anämie	"Blutarmut"
Diabetes mellitus	"Zuckerkrankheit", Krankheit, für die erhöhter Blutzuckergehalt und Ausscheidung von Zucker im Urin typisch ist
Chlamydien	Der Erreger (Chlamydia trachomatis) kann Erkrankungen der Vagina auslösen
Gestationsdiabetes	Schwangerschaftsdiabetes; Diabetes, bei dem sich während einer Schwangerschaft erstmalig eine diabetische Stoffwechsellage entwickelt
Hepatitis B	"Leberentzündung"
Hepatitis C	"Leberentzündung"
Herpes zoster	"Gürtelrose"
HIV (human immunodeficiency virus)	Virus, der zu AIDS führen kann
Hyperemesis gravidarum	übermässiges Schwangerschaftserbrechen im ersten Drittel mit erhöhter Gefährdung von Mutter und Kind
Hypertonie	Bluthochdruck
perinatal	den Zeitraum kurz vor, während und nach der Entbindung betreffend
postnatal	nach der Geburt
pränatal	den Zeitraum vor der Geburt betreffend
präpartal	vorgeburtlich
protrahierte Geburtsverläufe	verzögerte/lange Geburt
radiologische Thoraxuntersuchung	Röntgenbild des Oberkörpers
reproduktive Gesundheit	Zustand des vollständigen seelischen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens im Hinblick auf die Fortpflanzung, sämtliche Massnahmen zur Förderung einer sicheren Schwangerschaft und Mutterschaft
Rhesus-Inkompatibilität	Unverträglichkeit der Rhesusfaktoren
Rubeolen	Röteln
Sectio	Kaiserschnitt
STD (sexually transmitted diseases)	sexuell übertragbare Krankheiten
Toxoplasmose	Der Erreger (Toxoplasma gondii) kann durch Verzehr von rohem Fleisch oder auch durch Kontakt mit infizierten Tieren (Katzenkot) übertragen werden
vaginale operative Geburten	Vakuumentextraktion (Saugglocken-Entbindung) und Forzeps-Entbindung (Zangenentbindung)
Varicellen	Windpocken

URL: http://www.ethno.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB27_Hae.pdf

This is the electronic edition of Regula Hälg, Gabriela Wallimann, Corina Salis Gross und Madeleine Wick Marcoli "Migration und reproduktive Gesundheit. Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz", Arbeitsblatt Nr. 27, Institut für Ethnologie, Universität Bern, Bern 2004

ISBN: 3-906465-27-6

Electronically published March 15, 2005

© Regula Hälg, Gabriela Wallimann, Corina Salis Gross und Madeleine Wick Marcoli und Institut für Ethnologie der Universität Bern. All rights reserved.

This text may be copied freely and distributed either electronically or in printed form under the following conditions. You may not copy or distribute it in any other fashion without express written permission from me or the Institut für Ethnologie. Otherwise I encourage you to share this work widely and to link freely to it.

Conditions

You keep this copyright notice and list of conditions with any copy you make of the text.

You keep the preface and all chapters intact.

You do not charge money for the text or for access to reading or copying it.

That is, you may not include it in any collection, compendium, database, ftp site, CD ROM, etc. which requires payment or any world wide web site which requires payment or registration. You may not charge money for shipping the text or distributing it. If you give it away, these conditions must be intact.

For permission to copy or distribute in any other fashion, contact: information@ethno.unibe.ch