Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE

Projektbericht

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

[1] Berner Fachhochschule, Angewandte Forschung & Entwicklung, Disziplin Geburtshilfe
[2] Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammen, Forschungsgruppe Hebammenwissenschaft
[3] Swiss Tropical and Public Health Institute
[4] FamilyStart beider Basel
[5] Schweizerischer Hebammenverband

Bern, 06. Juli 2017

Kontakt
Berner Fachhochschule
Fachbereich Gesundheit
Paola Origlia Ikhilor
Murtenstrasse 10
CH-3008 Bern

paola.origlia@bfh.ch
www.gesundheit.bfh.ch

Inhaltsverzeichnis

Danksagung 5
Zusammenfassung 6
1 Hintergrund 17
1.1 Gesundheitliche Ungleichheit von Migrantinnen 17
1.2 Migrationsbevölkerung nach Aufenthaltsstatus 17
1.2.1 Ständige ausländische Wohnbevölkerung 17
1.2.1.1 Albanische Migrationsbevölkerung: perinatale Versorgung und Daten 18
1.2.2 Asylbereich 19
1.2.2.1 Eritreische Migrationsbevölkerung: perinatale Versorgung und Daten 19
1.3 Perinatale Versorgung von Migrantinnen in der Schweiz 20
1.4 Bestrebungen für eine verbesserte perinatale Versorgung 20
1.5 Sprachliche Verständigung 21
1.6 Zusammenfassung 21
2 Ziel der Studie 22
2.1 Fragestellungen 22
3 Methode 22
3.1 Studiendesign 22
3.2 Qualitativer Teil: Interviews 23
3.2.1 Untersuchungsgruppen 23
3.2.2 Setting 24
3.2.3 Rekrutierung 24
3.2.4 Datensammlung 25
3.2.5 Datenanalyse 25
3.3 Quantitativer Teil: Analyse der telefonisch gedolmetschten Beratungsgespräche 26
3.3.1 Stichprobe und Datenerhebung 26
3.3.2 Datenanalyse 26
3.4 Gütekriterien und Qualitätssicherung 26
3.5 Ethische Überlegungen 27
4 Ergebnisse 27
4.1 Qualitativer Teil: Interviews 27
4.1.1 Beschreibung der Stichprobe 27
4.1.2 Ergebnisse Interviews 31
4.1.3 Perspektive Nutzerinnen 32
4.1.4 Perspektive Fachpersonen 38
4.1.5 Perspektive Dolmetschende 47
4.2 Quantitativer Teil: Analyse der telefonisch gedolmetschten Beratungsgespräche 55
4.2.1 Inanspruchnahme des Telefondolmetschdienstes 55
4.2.2 Stichprobenmerkmale der Wöchnerinnen und Neugeborenen 56
4.2.3 Ziele und Themenbereiche des Telefondolmetschgespräches 56
4.2.4 Wahrgenommene positive Auswirkungen des Telefondolmetschens 57
4.2.5 Erlebte Schwierigkeiten bei der Nutzung des Telefondolmetschdienstes 58
4.2.6 Geschätzter Nutzen des Telefondolmetscheinsatzes für die Betreuungsqualität 60
4.3 Synthese 60
5 Limitationen und Stärken der Studie 64
6 Diskussion 66
7 Empfehlungen 73
8 Literaturverzeichnis 79
9 Abbildungsverzeichnis 84
10 Tabellenverzeichnis 84
11 Anhang 85
11.1 Unterlagen für die Rekrutierung 85
11.2 Studieninformation 92

11.3 Einwilligungserklärung 111
11.4 Fragebogen zu den demografischen Daten 124
11.5 Interviewleitfaden 131
11.6 Protokoll Telefondolmetschen 140
11.7 Publikationen 143
11.8 Poster 153

Danksagung

Wir möchten an dieser Stelle allen danken, die mit ihrem Beitrag diese Studie ermöglicht haben: Susanne van Gogh für die Mitarbeit am Forschungsprotokoll, Tabea Brändle und Salome Pulver für die Analyse der Telefondolmetschprotokolle, Dr. med. Fana Asefaw für die beratende Tätigkeit und die Moderation des tigrinischen Fokusgruppeninterviews, Brikena Skuqi, Helen Haile, Valbone Hoti und Rahma Loosli-Maruf für ihre Mitarbeit bei der Rekrutierung sowie für ihre Dolmetsch- und Übersetzungsdienste, Yvonne Maag und Raquel Mühlheim für die Transkription der deutschsprachigen Interviews, Daniel Schnyder für die statistische Beratung, Benedikt Christ für die Mithilfe am Schlussbericht; der Firma Weleda® und dem Schweizerischen Hebammenverband für die den Teilnehmenden als kleines Dankeschön angebotenen Geschenke.

Ausserdem danken wir allen Personen und Institutionen, die uns bei der Rekrutierung unterstützt haben und uns Zugang zu den Studienteilnehmerinnen ermöglicht haben.

Ein ganz besonderer Dank gilt den Frauen, Fachpersonen und Dolmetscherinnen, die bei den Interviews ihre persönlichen Erfahrungen mit uns geteilt haben sowie den Hebammen, die die Gesprächsprotokolle ausgefüllt haben. Ohne ihre Stimme und ihr Engagement wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

Nicht zuletzt gilt unser Dank den Verantwortlichen des Bundesamtes für Gesundheit und der Fachstelle für Rassismusbekämpfung für die finanzielle und ideelle Unterstützung dieser Studie.

Zusammenfassung

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

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

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

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

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

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

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

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

Ziele der Studie

Die vorliegende Studie hat das Ziel,

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

Methode

In einem qualitativen explorativen Studiendesign wurden die folgenden Fragestellungen untersucht:

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

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

Qualitativer Teil

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

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

[1] In vorliegendem Text wird der Begriff «Dolmetschende» für ausgebildete, interkulturelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher benutzt.

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

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

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

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

Tabelle: Ergebnismatrix mit Synthese

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei einem punktuellen Hinzuziehen von Dolmetschenden war die Tendenz zu beobachten, dass viele Informationen in kurzer Zeit vermittelt wurden. Dies konnte dazu führen, dass die Nutzerinnen überfordert waren und die Informationen kaum genutzt werden konnten. Diese vermeintlich bestmögliche Nutzung von Dolmetschenden verfehlte somit ihr Ziel.
Ein ähnliches Informationsüberangebot zeigte sich bei Nutzerinnen, die bereits eigene Sprachkompetenzen entwickelt hatten. Es fiel ihnen oft besonders schwer, Relevantes von Nichtrelevantem zu unterscheiden, und die Fachpersonen trauten ihnen eher zu viel zu.

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

Stärken und Limitationen der Studie

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

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

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

Empfehlungen

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

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

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

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

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

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

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

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

Asylsuchende und Flüchtlinge stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Neben ausgeprägten Kommunikationsbarrieren bedeuten mangelnde Eigenressourcen, eine fehlende Privatsphäre und ungenügende Betreuungskontinuität Probleme für eine zukunftsorientierte Gesundheitsförderung und -edukation von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen. Die Fachpersonen brauchen mehr Spielraum und Unterstützung, damit sie ihre Leistungen unter den erschwerten Bedingungen erbringen können.

Die adäquate geburtshilfliche Versorgung von Asylsuchenden muss über die Notfallversorgung hinausgehen und auch präventive Angebote umfassen. Dafür müssen von der Politik die rechtlichen Bedingungen geschaffen werden. Das SEM und die Kantone sollten im Rahmen ihrer Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden aktiv präventive Angebote zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit vorsehen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Fachpersonen brauchen Unterstützung und Kompetenzen für die Beratung von allophonen Migrantinnen.

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

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

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

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

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

7. Die Kommunikation in Notfallsituationen muss gesichert werden.

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

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

rung der Disponibilität der Dolmetschenden kann helfen.
Telefondolmetschen ist aufgrund der Verfügbarkeit rund um die Uhr häufig der Modus der Wahl. Bei der Vermittlung von Telefondolmetschenden kann es immer wieder zu Verzögerungen kommen, was in Notfallsituationen besonders problematisch ist. Vermittlungsstellen sollten in Absprache mit den Institutionen den Vermittlungsprozess bei Notfällen überprüfen und bei Bedarf optimieren.
In jedem Fall müssen einschneidende Entscheidungen und Eingriffe mit der Klientin und ihrer Familie im Nachhinein in Ruhe und vor Ort mit einer Dolmetschenden besprochen werden. Das potentiell als traumatisch Erlebte muss erörtert werden und getroffene Entscheide müssen nachträglich erklärt werden. Auch Fachpersonen profitieren von der Klärung im Nachgespräch und können so ihre Erfahrungen stetig verbessern.
Der Trialog ist in Notfallsituationen für alle Beteiligte besonders anspruchsvoll. Neben der Dringlichkeit der Situation kann telefonische Übermittlung zusätzlich herausfordern. Deswegen sollten solche Szenarien in den Aus- und Weiterbildungen von Dolmetschenden und Fachpersonen explizit aufgenommen und miteinander geübt werden. Ausserdem braucht es seitens der Dolmetschenden in Notfallsituationen ein besonders gutes Fachverständnis.

8. Spezialisierte Angebote bzw. Kompetenzzentren für allophone und vulnerable Frauen und Familien sollten entwickelt werden.
In der Regel kommen alle geburtshilflichen Leistungserbringer mit allophonen Migrantinnen in Berührung, entsprechend müssen alle über die nötigen Kompetenzen und Rahmenbedingungen für deren Versorgung verfügen. Dennoch können punktuell (z. B. in Zentren) spezialisierte Angebote sinnvoll sein. Eine auf vulnerable Nutzerinnen ausgerichtete Behandlung und Betreuung braucht viel mehr Flexibilität als die Spitalroutine oft zulässt. Spezialisierte Angebote sollen einen bewusst flexiblen, aufsuchenden und niederschwelligen Ansatz verfolgen.
Es braucht ausserdem eine gute Vernetzung mit den Zubringer- und Abnehmerdiensten (z. B. mit Sozialdiensten, Asylunterkünften, Integrationsstellen etc.). Für die aufwändige Vernetzungsarbeit müssen die Institutionen genügend Ressourcen zur Verfügung stellen.
Gedolmetschte Gruppenangebote in der geburtshilflichen Versorgung für allophone Nutzerinnen können den Peer-Austausch, die Gesundheitskompetenz und die Systemkenntnis fördern. Bereits angeboten werden Geburtsvorbereitungskurse für allophone Migrantinnen. Das Angebot sollte aber z. B. auch auf die Schwangerenvorsorge und die Mütterberatung ausgeweitet werden. Die Multiplikation und Vernetzung von bereits bestehenden Angeboten sollte weiterhin vorangetrieben werden und die Finanzierung durch Kantone, Non-Profit-Organisationen oder Förderstiftungen unterstützt werden.
Spezialisierte Zentren können ausserdem als Kompetenzzentren zur Beratung von freiberuflichen Fachpersonen oder nicht spezialisierten Institutionen fungieren. Institutionen sind gefordert, innovative Modelle zu entwickeln und zu evaluieren. Solche Pilotprojekte sollten von den Bundesbehörden angestossen werden. Kantone und Institutionen müssen dazu finanzielle Mittel bereitstellen.

9. Die interprofessionelle Zusammenarbeit muss bei der Betreuung von allophonen Migrantinnen besonders gut abgestimmt sein.
In Anbetracht der stark fragmentierten Versorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und im ersten Lebensjahr sind die interprofessionelle Zusammenarbeit und klare Absprachen zwischen den Diensten für alle Beteiligten sehr wichtig.
Institutionen und Fachverbände sollten mit den nachfolgenden Diensten koordinierte und standardisierte Übergabemodalitäten ausarbeiten. Dabei sollen der Einbezug und die Verantwortlichkeit der Klientinnen mitgedacht werden. Der Mutterschaftspass stellt eine einfache und effiziente Möglichkeit der Datenübermittlung dar und fördert zugleich die Eigenverantwortung der Klientinnen, indem sie Zugang zu den eigenen Daten haben. Ausserdem müssen zwischen den relevanten Stellen Informationen über administrative Daten (z. B. Sprache, Notwendigkeit von Dolmetschenden) ausgetauscht werden.
Der SHV stellt bereits eine Version des Mutterschaftspasses in verschiedenen Sprachen zu Verfügung. Den Fachgesellschaften wird empfohlen, sich hinsichtlich einer schweizweit gültigen Version zu einigen. Bundesbehörden könnten mit einem Obligatorium, wie es in Nachbarländern gilt, dem Anliegen den nötigen Nachdruck verleihen. Die Einführung des elektronischen Patientendossiers wäre ein geeigneter Zeitpunkt, um gleichzeitig die geburtshilfliche Dokumentation inkl. Mutterschaftspass interdisziplinär zu klären.

Bei der Betreuung von allophonen Migrantinnen sind alle involvierten Dienste gefordert, die jeweils nachfolgenden Angebote bekannt zu machen. Die Übergabe der Klientin beim Abschluss der Wochenbettbetreuung von der freiberuflichen Hebamme zur Mütterberatung an einem gemeinsamen Hausbesuch ist für allophone Migrantinnen ist eine besonders geeignete Massnahme, um sie für das Angebot zu gewinnen. Der SHV und der Schweizerische Verband der Mütterberaterinnen sollten sich für eine schweizweite Implementierung dieses Modells einsetzen und die Kantone müssten die Finanzierung dieser Massnahme sicherstellen.
Insgesamt ist im Kontext der Betreuung von allophonen Migrantinnen eine stärkere Vernetzung zwischen den Fachdisziplinen sowie zwischen den spitalinternen und den externen Anbietern gefordert. Interprofessionelle Vernetzungsaktivitäten sind nötig, um effiziente Betreuungsketten zu etablieren, und deren Qualität ist durch eine systematische Evaluation der Betreuungsqualität sicherzustellen. Integrierte Versorgungsmodelle sind dort sinnvoll, wo viele und unterschiedliche Angebote aufeinander abgestimmt und koordiniert werden müssen; sie sollten daher für die geburtshilfliche Betreuung allophoner Migrantinnen geprüft werden.

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

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

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

1 Hintergrund

1.1 Gesundheitliche Ungleichheit von Migrantinnen

In der Schweiz leben rund 24,6 % dokumentierte Ausländerinnen und Ausländer, davon sind knapp die Hälfte Frauen (Bundesamt für Statistik [BFS], 2016b). Diese stellen eine äusserst heterogene Gruppe dar, die gut verdienende, hochqualifizierte sowie mittellose und unqualifizierte Frauen umfasst. Im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung treten bei Migrantinnen sozioökonomische Benachteiligungen häufiger auf, beispielsweise ein tieferes Einkommen, eine geringere Bildung sowie schlechtere Arbeits- und Wohnbedingungen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2013b). Das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz (GMM II) zeigt auf, dass Migrantinnen öfter krank sind als die einheimische weibliche Bevölkerung. Die gesundheitliche Verfassung der migrierten Frauen ist schlechter, wenn zusätzlich Erwerbslosigkeit, wenig soziale Unterstützung und mangelnde Sprachkenntnisse vorliegen (BAG & Bundesamt für Migration [BFM], 2011). Ein unsicherer Aufenthaltsstatus, wie er z. B. bei Asylsuchenden und Migrantinnen ohne geregelten Aufenthaltsstatus (Sans-Papiers) vorliegen kann, steigert die Vulnerabilität und erschwert die Integrationsmöglichkeit der betroffenen Frauen zusätzlich (Achermann, Chimienti & Stants, 2006).

Schwangere Migrantinnen und ihre Familien erfahren in einem Aufnahmeland mehrfache Belastungen, einerseits durch die an sie gestellten Anforderungen aufgrund der fremden Lebensbedingungen bzw. der Integration, andererseits durch die Anpassung an die Mutterschaft (David & Borde, 2011). Merten und Gari (2013) identifizierten in ihrer Übersichtsarbeit verschiedene gesundheitliche Probleme in der reproduktiven Phase. So weisen Schwangere und Mütter einen schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand auf, z. B. erkranken sie häufiger an einer postpartalen Depression. Der soziökonomische Status, das soziale Umfeld, vorausgegangene Traumatisierungen sowie soziokulturell geprägte Lebensstilfaktoren stellen dabei Risikofaktoren dar. Die perinatale und die mütterliche Sterblichkeit sind erhöht, ebenso die Kaiserschnittrate und die Verlegungen von Neugeborenen auf die Neonatologie. Daneben zeigt sich ein erschwerter und nicht für alle Schwangeren gewährleisteter Zugang zu einer adäquaten Schwangerenvorsorge (Merten & Gari, 2013). Die Verhaltensmuster der Migrationsbevölkerung in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind komplex. Erkennbare Trends sind abhängig von verschiedenen Faktoren wie z. B. der Nationalität oder dem Aufenthaltsstatus. Die Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen, aber auch Behandlungen bei Depressionen und Schmerzmittelkonsum sind generell häufiger (Moreau-Gruet, 2013).

1.2 Migrationsbevölkerung nach Aufenthaltsstatus

Der Aufenthaltsstatus einer ausländischen Person regelt nicht nur die rechtlichen Bedingungen, um im Land bleiben zu können, sondern hat auch einen Einfluss auf die Möglichkeiten, sich ins Gesundheitssystem zu integrieren. Dabei unterscheiden sich die Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung und die Betreuungspfade von Migrantinnen der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung und solchen mit asylrechtlichem Status.

1.2.1 Ständige ausländische Wohnbevölkerung

Frauen der ständigen Wohnbevölkerung mit ausländerrechtlichem Status (Aufenthaltsbewilligung B, Niederlassungsbewilligung C) orientieren sich weitgehend selbstständig im Schweizerischen Gesundheitssystem. Es gibt keine etablierten Systeme, die diese Frauen innerhalb des Gesundheitswesens gezielt unterstützen würden. Besonders schwierig gestaltet sich die Situation allophoner Migrantinnen, also Frauen, die der lokalen Sprache nicht mächtig sind.

Migrantinnen der ersten Generation, die beispielsweise im Rahmen des Familiennachzugs eingewandert sind und erst wenige Jahre in der Schweiz leben, haben gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) am häufigsten Probleme mit der lokalen Sprache. Im Zeitraum von 2011 bis 2013 betrug der Anteil der seit über einem Jahr in der Schweiz wohnhaften Personen mit Migrationshintergrund (erste Generation), die keine Landessprache beherrschen, 9,8 %. Frauen waren dabei im Vergleich zu den Männern weniger sprachkompetent (11,1 % versus 8,4 %). Nicht-EU27- und Nicht-EFTA-Staatsangehörige gaben mit je rund 23 % am häufigsten an, keine Landessprache zu verwenden (BFS, 2015b). Neben den Landessprachen wurden im Jahr 2014 in der Schweiz folgende Hauptsprachen genannt: Englisch

(4,6 %), Portugiesisch (3,6 %), Albanisch (3,0 %), Serbisch und Kroatisch (2,5 %) sowie Spanisch (2,2 %) (BFS, 2016a). Fremdsprachige Staatsangehörige der ständigen Wohnbevölkerung, die keine der Landessprachen sprechen, stammten 2015 nach Häufigkeit aufgeführt aus Portugal, dem Kosovo, Spanien, Serbien, der Türkei und Mazedonien (BFS, 2015a).

Bei Albanisch sprechenden Patientinnen und Patienten können Gesundheitsfachpersonen seltener auf eine gemeinsam beherrschte Sprache ausweichen als beispielsweise bei Englisch sprechenden. Gemäss der Übersetzungsstatistik der schweizerischen Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln (INTERPRET) wurden im Jahr 2014 Gespräche auf Albanisch am zweithäufigsten gedolmetscht, 2015 standen diese Gespräche an dritter Stelle nach Tigrinya und Arabisch (Interpret, 2016). Neben der grossen Bevölkerungszahl war dies der Grund, weshalb albanischsprachige Migrantinnen als Gruppe der ständigen Wohnbevölkerung für diese Studie ausgewählt wurden.

1.2.1.1 Albanische Migrationsbevölkerung: perinatale Versorgung und Daten

In der Schweiz leben schätzungsweise zwischen 200 000 und 250 000 Albanerinnen und Albaner. Sie stammen aus Albanien, dem Kosovo, Mazedonien und Südserbien. Die Albanisch sprechende Migrationsbevölkerung ist grösstenteils im deutschsprachigen Teil der Schweiz beheimatet. Die Bevölkerung ist eher jung (rund 35 % sind unter 18 Jahre alt), lebt in grossen Haushalten und weist eine durchschnittliche Geburtenrate von 2,6 Kindern pro Frau auf (Burri Sharani et al., 2010).

In einigen europäischen Studien kam man zum Schluss, dass das perinatale Outcome von Kosovo-Albanerinnen mit demjenigen einheimischer Frauen vergleichbar ist (Bakken, Skjeldal & Stray-Pedersen, 2015; Yoong, Wagley, Fong, Chukwuma & Nauta, 2004). Nachweisbare Unterschiede sind eine höhere Anzahl an Teenager-Schwangerschaften, ein signifikant niedrigeres Gebäralter, kürzere Geburtsdauern und weniger Periduralanästhesien während der Geburt. Verschiedene Erklärungen werden in der Literaturreview von Origlia Ikhilor et al. (2016) diskutiert, wobei am wahrscheinlichsten scheint, dass potentielle Unterschiede aufgrund der kleinen Samplegruppen, die den Studien zugrunde liegen, gar nicht erst manifest werden konnten. Die Review untersucht auch die geburtshilfliche Versorgung von kosovarischen Frauen in ihrem Heimatland und in der Schweiz (Origlia Ikhilor, Hasenberg & Mühlheim, 2016).

Die geburtshilfliche Versorgung im Kosovo war in den Kriegs- und Nachkriegsjahren von prekären Verhältnissen geprägt. Frauen berichteten in einer qualitativen Studie, dass es in den Geburtenabteilungen an Privatsphäre mangelte und dass Angehörige ausgeschlossen wurden, obschon sie eine wichtige Funktion in der Versorgung der jungen Mütter einnehmen (Karrer, 2006). Das Misstrauen der albanisch-kosovarischen Bevölkerung gegenüber den Gesundheitsinstitutionen, die der serbischen Führung oblagen, hatte zur Folge, dass auch in der Schweiz die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verweigert wurde (Künzler, 2003). Bestrebungen, die Schwangerenvorsorge gemäss den Standards der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) zu verbessern, wurden in der Nachkriegszeit ausgebaut (Homan, Hammond, Thompson, Kollisch & Strickler, 2010). Seither sinken die Sterblichkeitsraten von Kindern und Müttern, sind im Vergleich zu anderen europäischen Ländern jedoch immer noch sehr hoch (Azemi, Gashi, Berisha, Kolgeci & Ismaili-Jaha, 2012).

In qualitativen Interviews mit kosovo-albanischen Frauen über ihre Erfahrungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und über ihr Zurechtfinden im schweizerischen geburtshilflichen Versorgungssystem, fand Karrer (2006) heraus, dass mehr ärztliche Leistungen als Angebote wie z. B. Geburtsvorbereitungskurse, Still- und Mütterberatungen in Anspruch genommen wurden, selbst wenn diese bekannt waren. Die Befragten fühlten sich überwiegend bei Gynäkologinnen oder älteren männlichen Gynäkologen gut aufgehoben. Berufserfahrung und Autorität vermittelte ihnen Vertrauen. Grundsätzlich waren die befragten Frauen mit den geburtshilflichen Dienstleistungen, der Infrastruktur und der Professionalität des Gesundheitspersonals sehr zufrieden, wobei die individuellen Kontakte schliesslich darüber entschieden, ob sich eine Frau aufgehoben fühlte oder nicht. Die Befragten bemängelten wiederholt, dass sich das Personal zu wenig Zeit genommen habe, um z. B. Sachverhalte zu klären oder einfach nur, um zur Überwindung der sprachlichen Hürden langsam zu sprechen (Karrer, 2006).

1.2.2 Asylbereich

Für Personen mit asylrechtlichem Status (Aufenthaltsbewilligungen N [Asylsuchende], F [vorläufig aufgenommene Ausländer] oder S [Schutzbedürftige]) stellt sich die Situation im Schweizer Gesundheitswesen anders dar. Sie werden von den zuständigen kantonalen Behörden im Hausarztmodell krankenversichert (BAG & SRK, 2011). Somit sind werdende Mütter grundsätzlich versichert, wobei es Vorgaben gibt, z. B. bei der Arztwahl. Neuankömmlinge werden durch Ansprechpersonen der Betreuungsinstitutionen bei der Wahl der Gesundheitsfachpersonen, für Terminvereinbarungen und -einhaltungen oder mittels Hinzuziehen von Dolmetschenden[2] unterstützt. Die konkrete Handhabung ist jedoch kantonal geregelt und kann daher Unterschiede zwischen den Kantonen aufweisen.

Tigrinya ist die weitaus am häufigsten interkulturell gedolmetschte Sprache in der Schweiz (Interpret, 2016). Sie wird als eine der neun anerkannten Amtssprachen in Eritrea und in der Region Tigray im Norden Äthiopiens gesprochen (European Asylum Support Office, 2015). Das Staatssekretariat für Migration (SEM) sammelt und publiziert seit mehreren Jahrzehnten die Statistiken zu den Asylgesuchen und -entscheiden in der Schweiz. In den letzten Jahren zählte Eritrea dabei weit vor Afghanistan, Syrien, Irak, Sri Lanka und Somalia zu den Herkunftsländern mit den meisten Asylsuchenden in der Schweiz (SEM, 2017a), weshalb in dieser Studie, um die Erfahrungen von Frauen mit asylrechtlichem Status zu erfassen, eritreische Migrantinnen gewählt wurden.

1.2.2.1 Eritreische Migrationsbevölkerung: perinatale Versorgung und Daten

Die Zahl der Asylgesuche von eritreischen Staatsangehörigen machte im Jahr 2016 19 % aller in der Schweiz eingereichten Gesuche aus. Die Gesamtzahl war 2016 rückläufig mit 5 178 Asylgesuchen gegenüber 2015 mit 9 966' Gesuchen. Aufgrund der schwierigen Lage in Eritrea erhält die Mehrheit der Eritreerinnen und Eritreer Asyl oder wird vorläufig aufgenommen. Im Jahr 2016 lag die Schutzquote bei 76 %. Gemäss dem SEM sind die in die Schweiz einreisenden eritreischen Migrantinnen und Migranten vorwiegend Personen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, die vom Nationaldienst, zu dem alle Eritreer und Eritreerinnen verpflichtet werden, desertiert sind beziehungsweise den Dienst verweigert und ihr Land anschliessend illegal verlassen haben (SEM, 2017b).

Eritrea gehört zu den Ländern mit einem niedrigen Einkommen. Die Lebenserwartung bei der Geburt betrug 2015 64,7 Jahre gegenüber 71,4 Jahren im weltweiten Mittel (WHO, 2016). Eritrea verfügt in weiten Teilen des Landes über eine nicht ausreichend gesicherte medizinische Grundversorgung. Anhaltspunkte betreffend die geburtshilfliche Versorgung Eritreas geben verschiedene Indikatoren und Schätzungen. Obwohl Eritrea im Rahmen der Millennium Development Goals laut Schätzungen der WHO grosse Erfolge bei der Senkung der Müttersterblichkeit erzielte (WHO, 2014), verbleiben diese im innerafrikanischen Vergleich überdurchschnittlich hoch. Im Jahr 2013 starben in Eritrea 566,0 Mütter auf 100 000 Lebendgeburten, im Gegensatz zu 387,2 Todesfällen auf 100 000 Lebendgeburten im gesamten östlichen Subsahara-Afrika (Kassebaum et al., 2014). Eritrea konnte die neonatale Kindersterblichkeit von 36 Todesfällen auf 1 000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 18 verstorbene Neugeborene auf 1 000 Geburten im Jahr 2013 senken (UN IGME, 2014). Die Anzahl der Pflegefachpersonen und Hebammen ist sehr niedrig (0,31/1 000). Es sind keine Zahlen verfügbar bezüglich der Anzahl Geburten, die von Fachpersonen begleitet werden, und zur Frage, ob Schwangerschaftskontrollen stattfinden. Zugang zu geburtshilflichen Angeboten hat in Eritrea nur ein kleiner Teil der schwangeren Frauen (WHO, 2015). Die Praxis der weiblichen Genitalbeschneidung ist in Eritrea mit 89 % betroffener Frauen zudem ausserordentlich hoch (Eyer & Schweizer, 2010).

Es ist davon auszugehen, dass Eritreerinnen aufgrund ihrer Herkunft wenig mit dem schweizerischen System der medizinischen Grundversorgung, der Mutterschaftsbetreuung oder dem Hausarztsystem vertraut sind. Nebst den sprachlichen Hürden erschweren kulturell unterschiedliche Referenzsysteme die Verständigung (Eyer & Schweizer, 2010). Zudem sind schätzungsweise 40 % der über 15-jährigen Eritreerinnen Analphabetinnen (Central Intelligence Agency, 2013). Es ist deshalb ungewiss, inwiefern ein Zugang zu den seit einigen Jahren vermehrt auch in Tigrinya publizierten Gesundheitsinformationen für diese Bevölkerungsgruppe von Nutzen ist.

[2] In vorliegendem Text wird der Begriff «Dolmetschende» für ausgebildete, interkulturelle Dolmetscherinnen und Dolmetscher benutzt. Siehe dazu auch Kapitel 4.2.1.

1.3 Perinatale Versorgung von Migrantinnen in der Schweiz

Die perinatale Versorgung in der Schweiz zeichnet sich durch eine hohe Fragmentierung der Versorgungsleistungen aus. Zahlreiche ambulant sowie stationär tätige Fachpersonen decken den Versorgungsbedarf im ganzen Kontinuum von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeitzeit ab. König und Pehlke-Milde (2010) untersuchten die vorhandenen Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote für Wöchnerinnen. Sie stellten grundsätzlich eine grosse Zufriedenheit mit den bestehenden Angeboten fest: Das Versorgungsangebot ist vielfältig, das Gesundheitspersonal gut qualifiziert und die Leistungen werden weitgehend von der obligatorischen Krankenkasse bezahlt. Die Ergebnisse deckten aber auch Probleme im Zusammenhang mit der Fragmentierung des Versorgungsangebotes auf, ein Zustand, der eine kontinuierliche Betreuung der Frauen kaum möglich macht. Daraus resultieren Folgeprobleme wie die fehlende oder ungenügende Übermittlung von gesundheitsrelevanten Daten an weiterführende Betreuungspersonen, v. a. im Bereich der psychosozialen oder psychologischen Unterstützung (König & Pehlke-Milde, 2010).

Auch die Mütter nehmen Mängel in der Versorgung wahr. In einer quantitativen Erhebung wurden Gebärende aus der deutschsprachigen Schweiz zur Qualität und zu den Lücken der nachgeburtlichen Betreuung befragt. Grundsätzlich sind sie mit der nachgeburtlichen Betreuung, insbesondere mit der medizinischen Versorgung, zufrieden. Vergleichsweise weniger hoch fällt die Zufriedenheit mit anderen Aspekten der Versorgung, wie etwa der emotionalen Unterstützung, aus. Diesbezüglich zeigen sich auch Unterschiede nach Geburtsort: Frauen, die in Geburtshäusern oder zu Hause geboren haben, sind tendenziell zufriedener als Frauen, die ihr Kind im Spital oder mit einer Beleghebamme zur Welt brachten (Meier Magistretti, Villiger, Luyben & Varga, 2014). In dieser Studie wurden die Meinungen von deutsprachigen Frauen erhoben. Frauen mit Migrationshintergrund und allophone Frauen sind in der Stichprobe untervertreten.

Wenn sie auf sich selbst angewiesen sind, wählen Migrantinnen viel häufiger den «konventionellen» Weg der perinatalen Versorgung und nehmen alternative Angebote weniger in Anspruch (Karrer, 2006). Die hebammengeleitete Geburtsbetreuung im Spital beispielsweise, die einen ausgeprägten klientinnenzentrierten Ansatz verfolgt und den Fokus auf die Förderung der Gesundheit und der Normalität der physiologischen Prozesse legt, wird den Migrantinnen von Fachpersonen weniger empfohlen und somit von diesen auch seltener genutzt (Gerber & Grassi, 2011). Des Weiteren ist anzunehmen, dass es für allophone Migrantinnen schwieriger ist, mit der zuweilen mangelhaften Kontinuität und Absprache in der Betreuung klarzukommen.

1.4 Bestrebungen für eine verbesserte perinatale Versorgung

In den letzten Jahren wurde in der Schweiz kontinuierlich in die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung investiert und es wurden etliche migrationsspezifische Angebote im Bereich der Mutterschaftsversorgung geschaffen. Eine Bestandsaufnahme zeigt, dass sich lokale Projekte zwar zunehmend etablieren, dass diese aber sehr heterogen sind und dass zudem weiterhin Versorgungslücken bestehen (Hermann, 2013; Merten & Gari, 2013). Als besonders erfolgreich zeigten sich Projekte, die den aufsuchenden Ansatz verfolgen, beispielsweise das Projekt für Geburtsvorbereitung «Mamamundo» und das Mütter- und Väterberatungsprojekt «Miges Balu». Die Kontaktaufnahme mit den Migrantinnen findet an ihren gewohnten Aufenthaltsorten statt. Es werden Schlüsselpersonen eingesetzt, die persönlich und mündlich über die Angebote informieren (Hermann, 2013).

Schulungsangebote für Fachpersonen zu den Themen Migration und transkulturelle Kompetenz wurden in Spitälern, z. B. im Rahmen der Initiative Migrant Friendly Hospital (seit 2015 Hospitals for Equity) (Pluess & Zellweger, 2014; Saladin, 2009), bei der Sektion Bern des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) (2009) und in der Hebammenausbildung (Brendel-Hofmann & Schwager, 2014; Origlia Ikhilor, 2005) gezielt vorangetrieben. Im Rahmen des nationalen Programms «Migration und Gesundheit» des BAG hat das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) ein umfassendes Informationsportal für mehrsprachige Informationen zu Gesundheitsfragen bereitgestellt (SRK, 2015). Fachpersonen sowie Migrantinnen und Migranten haben dadurch einen einfachen Zugang zu Publikationen, mehrsprachigen Broschüren sowie Adressen und Beratungsstellen rund um das Thema Mutterwerden und Gesundheit. Allerdings ist nicht bekannt, wie Hebammen und andere Fachpersonen in der Praxis dieses Wissen nutzen.

1.5 Sprachliche Verständigung

In einer Evaluation des Einsatzes und der Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern konnte gezeigt werden, dass sich der Einsatz von Dolmetschenden positiv auf die Gesundheit der Fremdsprachigen auswirkt (Gehrig, Caldéron, Guggisberg & Gardiol, 2012). Mit Daten aus dem GMM II wurde der Gesundheitszustand verschiedener Patientengruppen mit und ohne Einbezug von Dolmetschenden untersucht. Gut ein Fünftel aller Einsätze in Schweizer Spitälern erfolgte im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich. Dolmetschende werden häufiger bei Patientinnen und Patienten eingesetzt, die einen schlechteren Gesundheitszustand und eine geringere Gesundheitskompetenz haben.

Die Anzahl der über die Vermittlungsstelle organisierten Einsätze von interkulturellen Übersetzerinnen und Übersetzern hat sich zwischen 2006 und 2010 fast verdoppelt. Es wird jedoch vermutet, dass nach wie vor in bedeutendem Ausmass auf Personen ausgewichen wird, die ad hoc übersetzen (Gehrig et al., 2012). Aufgrund der fehlenden Finanzierung war der Einsatz von professionellen Dolmetschenden in der ambulanten Tätigkeit von Hebammen bisher nicht in der Regelversorgung möglich. Im Jahr 2014 begleiteten frei praktizierende Hebammen rund 70 % aller Wöchnerinnen zu Hause (Erdin, Iljuschin, van Gogh, Schmid & Pehlke-Milde, 2015). Bei sprachlichen Verständigungsproblemen in der ambulanten Tätigkeit von Hebammen werden überwiegend Personen beigezogen, die ad hoc übersetzen; meist handelt es sich dabei um (Ehe-)Partner. Ausgerechnet komplexe Themen wie Stillen, Rückbildung, Sexualität und Verhütung müssen jedoch geschlechts- und kulturspezifisch angesprochen und professionell behandelt werden. Die mangelhafte sprachliche Verständigung führt laut Aussagen frei praktizierender Hebammen manchmal dazu, dass auf eine Beratung oder einen Wochenbettbesuch verzichtet wird. Das Hebammennetzwerk FamilyStart beider Basel, das mit dem nationalen Telefondolmetschdienst zusammenarbeitet, hat diese Herausforderungen erkannt und bietet Eltern von Neugeborenen eine telefonische Helpline und garantierte Hausbesuche von Hebammen an. Hebammen, die dem Netzwerk angeschlossen sind, können den Übersetzungsdienst für die Betreuung fremdsprachiger Familien kostenlos nutzen (Kurth, 2013).

1.6 Zusammenfassung

Die geburtshilfliche Versorgung in der Schweiz weist besondere Erschwernisse durch eine hohe Fragmentierung der Angebote auf. Eine kontinuierliche Betreuung der Frauen ist daher kaum möglich, woraus Folgeprobleme wie zum Beispiel die fehlende oder ungenügende Übermittlung von gesundheitsrelevanten Daten an weiterführende Betreuungspersonen resultieren können. Dies ist speziell für allophone Migrantinnen fatal, da sie nicht in der Lage sind, diese Lücken selber zu schliessen.

Eine Verbesserung des Zugangs der Migrantinnen zum perinatalen Versorgungsangebot des Schweizer Gesundheitssystems kann voraussichtlich nicht nur über eine verbesserte Information über das bestehende Beratungs- und Versorgungsangebote während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erreicht werden. Vielmehr wird es auch eine Verbesserung des Verständnisses erfordern, damit Migrantinnen das prinzipiell gute Versorgungsangebot für sich und ihre Familien erschliessen können. Je nach Migrationshintergrund können die Herausforderungen unterschiedlich gestaltet sein, wobei davon ausgegangen werden kann, dass Werte, Wahrnehmungen und Erwartungen neben den kommunikativen Herausforderungen berücksichtigt werden müssen, um den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Im Auftrag des BAG und der Fachstelle für Rassismusbekämpfung (FRB) widmet sich die BRIDGE Studie dieser Herausforderung. Im Rahmen der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates (Gesundheit 2020. BAG, 2013a) hat die Studie als übergeordnetes Ziel, Empfehlungen für alle involvierten Fachschaften und Verbände auszuarbeiten.

2 Ziel der Studie

Die vorliegende Studie hat das Ziel,

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

2.1 Fragestellungen

a. Nutzerinnen

Welche Erfahrungen machen allophone Migrantinnen mit dem Beratungs- und Betreuungsangebot rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett? Wie erleben sie Verständigung und Informationsvermittlung? Sind die Informations- und Versorgungsangebote für sie erschliessbar und entsprechen sie ihren Bedürfnissen?

b. Fachpersonen

Welche Erfahrungen machen Fachpersonen mit der Informationsvermittlung und Verständigung bei der Beratung und Behandlung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, wenn Sprachbarrieren vorliegen? Wie schätzen sie den Nutzen von spezifischen Informationsmaterialien und Tools sowie den Einsatz von interkulturellen Dolmetschenden, Telefondolmetschdienst und von Ad-hoc-Dolmetschenden ein? Welche besonderen Ansprüche stellt die Kommunikation bzw. Koordination in der interdisziplinären und interprofessionellen Betreuung und Begleitung von allophonen Frauen?

c. Dolmetschende

Wie erleben interkulturelle Dolmetschende die Kommunikation in der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung von allophonen Migrantinnen? Welche Erfahrungen machen sie beim Dolmetschen vor Ort bzw. am Telefon? Wo sehen sie Ressourcen und Verbesserungspotential für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Nutzerinnen und Fachpersonen?

3 Methode

3.1 Studiendesign

Um die oben genannten Fragestellungen zu bearbeiten, wurde ein qualitatives Studiendesign mit explorativem Charakter gewählt, welches durch eine quantitative Analyse ergänzt wurde (Abbildung 1). Es basiert auf

- einer qualitativen Befragung, wobei Erfahrungen von Nutzerinnen, Fachpersonen und Dolmetschenden mittels Fokusgruppen- und Einzelinterviews erhoben wurden und
- einer die Perspektive der Fachpersonen ergänzenden quantitativen Analyse von Protokollen von telefonisch gedolmetschten Beratungsgesprächen während postpartalen Hausbesuchen.

Die in weiten Teilen qualitative Herangehensweise ergab sich aus der explorativen Anlage der Studie. Diese Exploration war darin begründet, dass die Stimmen von direkt betroffenen Personen mit ihrer Geschichte, ihrer Meinung, ihren Ideen und Anliegen hörbar gemacht werden sollten. Die qualitative Forschung bietet dabei Verfahren, die Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit trägt sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit bei (Flick, von Kardorff & Steinke, 2010)

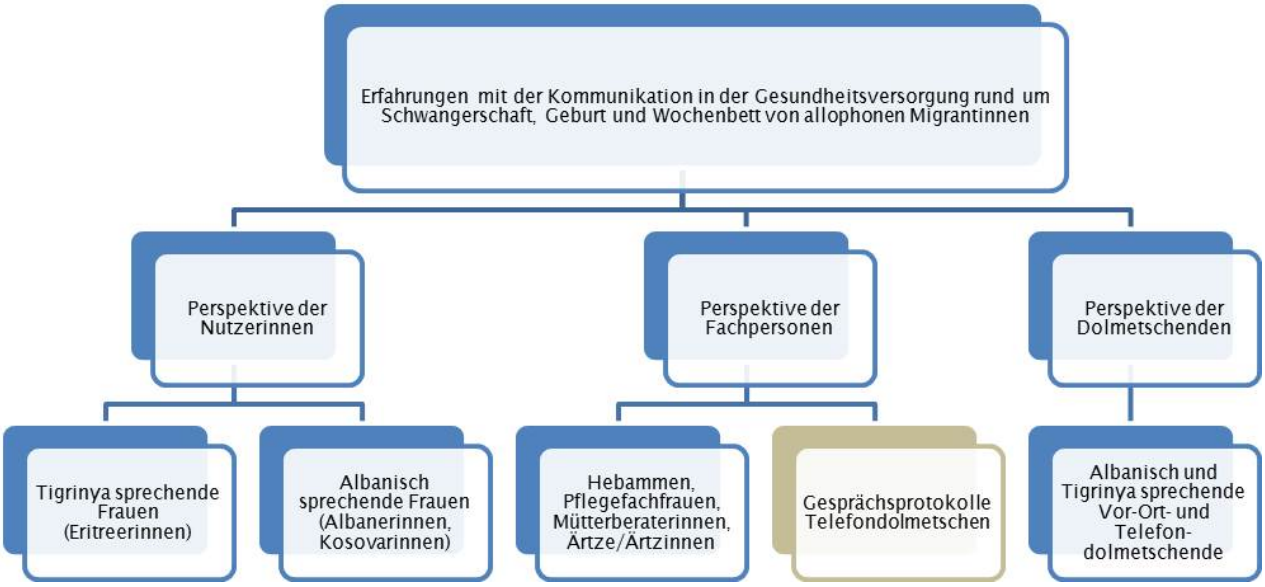

Abbildung 1: Struktur der Studie

Die quantitative Analyse von telefonisch gedolmetschten Beratungsgesprächen ergänzte die Perspektive der Fachpersonen. Das Hebammennetzwerk FamilyStart beider Basel arbeitet seit September 2013 zur barrierefreien Betreuung fremdsprachiger Familien mit dem nationalen Telefondolmetschdienst zusammen (Kurth, 2013). Seither wurde jeder telefonische Dolmetscheinsatz von den Hebammen in einem Protokoll dokumentiert. Diese Daten wurden dem Forschungsteam zur Verfügung gestellt und leisteten einen Beitrag zur Beantwortung der Frage nach den Erfahrungen, die Fachpersonen mit dem Einsatz von professionellen Dolmetschenden machten.

3.2 Qualitativer Teil: Interviews

3.2.1 Untersuchungsgruppen

a. Nutzerinnen

Unter Nutzerinnen wurden allophone Frauen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund verstanden, die in der Schweiz im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett/Stillzeit Betreuung durch Gesundheitsfachpersonal erhielten. Diese Gelegenheitsstichprobe konstituierte sich aus Frauen, die folgende Einschlusskriterien erfüllten:

- Muttersprache Albanisch oder Tigrinya
- keine oder nur sehr wenige Deutschkenntnisse
- Mutter eines gesunden Säuglings, zu einem Zeitpunkt bis zu einem Jahr nach der Geburt

Als Ausschlusskriterium galt:

- ernsthafte Erkrankung bei Mutter und Kind während der letzten Schwangerschaft und Geburt bzw. während des Wochenbetts

Gesucht wurden auch Frauen, die während ihrer Gesundheitsversorgung Erfahrungen mit Dolmetschenden gemacht hatten.

b. Fachpersonen

Diese Teilnehmenden waren Gesundheitsfachpersonen, die in der Schwangerenvorsorge, im Wochenbett, bei der Geburtsbegleitung oder in der Neonatologie/Pädiatrie tätig waren bzw. sind (Hebammen, Ärztinnen/Ärzte mit Schwerpunkt Geburtshilfe, Neonatologie oder Pädiatrie, Pflegefachpersonen, Mütterberaterinnen). Sie mussten folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- mindestens ein Jahr Arbeitserfahrung
- Tätigkeit in der Betreuung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett oder Mütter und/oder Kinder im ersten Lebensjahr
- Betreuung von allophonen Frauen

Diese Stichprobe wurde möglichst heterogen zusammengesetzt, um die verschiedenen Aspekte der Versorgung der Frauen sowie die Schnittstellen- und Vernetzungsaspekte auszuleuchten. Es wurde darauf geachtet, dass die Fachpersonen in verschiedenen Settings tätig waren, nämlich ambulant, im Spital, bei der Betreuung zu Hause sowie in städtischen als auch ländlichen Gebieten.

c. Dolmetschende

Interkulturelle Dolmetschende sind professionell tätige Personen, die über entsprechende Vermittlungsstellen insbesondere in Gesundheitsinstitutionen, im Sozial- oder Bildungswesen zum Einsatz kommen und in der Regel über eine entsprechende Zertifizierung verfügen (Interpret, 2017). Bei ihrer Arbeit übernehmen Dolmetschende nebst der sprachlichen Übersetzungsarbeit ebenso die Aufgabe der transkulturellen Erklärungen und leisten damit einen wichtigen Beitrag zum gegenseitigen Verstehen (Bischoff, Kurth & Henley, 2012). In dieser Rolle stehen sie als Vermittlerinnen an einer wichtigen Schnittstelle im Bereich der Betreuung der Mütter. Die Einschlusskriterien für die Gruppe der Dolmetschenden waren:

- weibliches Geschlecht
- mindestens ein Jahr Arbeitserfahrung als interkulturelle Dolmetscherin in Albanisch oder Tigrinya
- Erfahrung mit dolmetschen vor Ort oder am Telefon
- Erfahrung mit dem Dolmetschen von Beratungsgesprächen in der Schwangerschaft, bei der Geburt, im Wochenbett oder bei Müttern und/oder Kindern im ersten Lebensjahr

3.2.2 Setting

Die Daten wurden im Raum Basel und im Raum Bern in Räumlichkeiten der an dieser Studie beteiligten Partnerkliniken oder Fachhochschulen sowie in gemieteten Räumlichkeiten erhoben. Die Teilnehmerinnen konnten selber bestimmen, wo die Einzelinterviews stattfanden. Den Müttern wurde die Möglichkeit geboten, ihr Kind mitzubringen. Während des Interviews wurde ein Kinderbetreuungsdienst angeboten. Für die Teilnehmerinnen bestand auch die Möglichkeit, eine Vertrauensperson mitzunehmen. Alle Teilnehmerinnen wurden für ihre Anfahrtskosten entschädigt und erhielten zusätzlich ein kleines Geschenk.

3.2.3 Rekrutierung

Die Teilnehmerinnen wurden in verschiedenen Kantonen der Deutschschweiz rekrutiert. Zugang zu den Teilnehmerinnen stellten Spitäler, Fachverbände, freiberufliche Fachpersonen, soziale Institutionen (z. B. Frühförderung, Integration), Kontaktpersonen aus den Sprachgruppen der Nutzerinnen (z. B. Dolmetscherinnen) und Vermittlungsstellen für Dolmetscherinnen und Dolmetscher her (Anhang 11.1).

In Anbetracht der kommunikativen Schwierigkeiten stellte der Zugang zu den Migrantinnengemeinschaften in dieser Studie eine zusätzliche Herausforderung dar. Wie in der Literatur empfohlen, sollte deshalb mit Schlüsselpersonen abgesprochen werden, wie die Teilnehmerinnen am besten rekrutiert und eingeladen werden können (Krueger & Casey, 2009). Potentielle teilnehmende Nutzerinnen wurden von den Kontaktpersonen anlässlich einer Vorsorgekontrolle, eines Wochenbettbesuchs oder der Nachkontrolle postpartum erstmals kurz mündlich und anhand einer in ihrer Muttersprache übersetzten Studieninformation informiert (Anhang 11.2). Alternativ erfolgte diese Erstinformation durch Dolmetschende oder andere Schlüsselpersonen aus der jeweiligen Sprachgruppe der Nutzerinnen. Äusserten Frauen Interesse daran, mehr über die Studie zu erfahren, übermittelte die betreuende Fachperson dem Forschungsteam mit Einverständnis der Frau deren Kontaktdaten. Potentielle teilnehmende Fachpersonen und Dolmetschende wurden über Praxispartner vermittelt oder direkt vom Forschungsteam kontaktiert.

In einem Gespräch beurteilten die Forscherinnen und Übersetzerinnen aus dem Forschungsteam, ob sich die interessierten Personen gemäss Einschlusskriterien für eine Studienteilnahme qualifizierten. Sie erhielten ausserdem eine ausführliche Information über die Studienteilnahme und ihre Fragen wurden geklärt. War die kontaktierte Person an einer Teilnahme an der Studie interessiert, wurde ihr die schriftliche Studieninformation zusammen mit der Einwilligungserklärung zugestellt (Anhänge 11.2 und 11.3). Diese Dokumente wurden für die Rekrutierung der Nutzerinnen ins Albanische und ins Tigrinische übersetzt (die entsprechenden Anhänge sind ebenfalls unter 11.2 und 11.3 zu finden).

3.2.4 Datensammlung

Die Daten wurden mit Hilfe von drei Fokusgruppeninterviews (FGI) (Krueger & Casey, 2009) und sechs problemzentrierten Interviews (Witzel, 2000) gesammelt. FGI eignen sich, um viele verschiedene Facetten eines Themas zu beleuchten. Gegenüber Einzelinterviews haben sie den Vorteil, dass durch die Gruppeninteraktion neue Ideen und Argumente entstehen. Das Ziel besteht nicht darin, eine übereinstimmende Meinung zu erzielen, sondern einen kritisch hinterfragten kollektiven Wissenstand zu eröffnen (Krueger & Casey, 2009; Schulz, 2012). In der transkulturellen Forschung mit Minderheiten wurden FGI bereits erfolgreich eingesetzt. Thierfelder et al. stellten in ihrer Studie fest, dass es somalischen und eritreischen Studienteilnehmerinnen einfacher fiel, über ein Tabu zu reden, wenn ein Gruppenmitglied «das Eis brach» (Thierfelder, Tanner & Bodiang, 2005). Problemzentrierte Einzelinterviews zielen auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen und subjektiver Wahrnehmungen. Durch die problemzentrierte Methode wurde es möglich, Themenbereiche gezielt zu erfragen (Witzel, 2000).

Bei den Nutzerinnen war ursprünglich je ein FGI pro Sprachgruppe vorgesehen. In der Gruppe der Eritreerinnen konnte es wie geplant durchgeführt werden. Weil es aber nicht gelang, einen gemeinsamen Termin für die Albanisch sprechenden Frauen zu organisieren, wurden dort zwei Einzel- und ein Zweierinterview durchgeführt. Da die Frauen kein Deutsch sprachen, wurden die Interviews in ihrer Muttersprache durchgeführt. Das FGI wurde von einer Tigrinya sprechenden Moderatorin geleitet. Beim FGI anwesend war auch eine zweite Übersetzerin, die im Hintergrund das Gespräch für zwei Forscherinnen, die ebenfalls zugegen waren, sinngemäss übersetzte. Die mündliche Übersetzung war somit in beide Richtungen gewährleistet. Für die Forscherinnen blieben Nachfragen möglich, sie konnten der Diskussion folgen und bei Bedarf die Moderatorin bei der Gesprächsleitung unterstützen. Die Einzel- und ein Doppelinterview wurden von der Forscherin geleitet und von Albanisch sprechenden Übersetzerinnen gedolmetscht.

Bei den Fachpersonen wurden zwei FGI durchgeführt. Bei den Dolmetschenden wurden vier Einzelinterviews geführt. Auf ein FGI wurde verzichtet, weil die Stichprobe klein war und die unterschiedliche Herkunft der Dolmetschenden ein möglicher Stolperstein für eine Diskussion hätte darstellen können.

Die Datenerhebung folgte einem semistrukturierten Interviewleitfaden (Anhang 11.5). Für jede Gruppe wurde einer übereinstimmenden Grundstruktur folgend ein eigener Leitfaden konzipiert. Darin wurden Erfahrungen mit der Versorgung und der Verständigung, mit Alternativen bei der Kommunikation bei Sprachbarrieren und Vorschläge für eine bessere Verständigung erfragt.

Vor Beginn der FGI bzw. der Interviews stellte das Forschungsteam erneut sicher, dass alle Teilnehmerinnen ihre Rechte kannten, noch offene Fragen klären konnten und die Einwilligungserklärung unterzeichnet hatten. Ausserdem wurden in einem anonymisierten und nummerierten Kurzfragebogen die soziodemografischen Daten der Nutzerinnen, der Fachpersonen und der Dolmetschenden erhoben (Anhang 11.4).

Die Interviews wurden mittels Audiogeräte aufgenommen, anschliessend transkribiert und anonymisiert. Feldnotizen der Forscherinnen dienten als Ergänzung der Daten. Die Tonbandaufnahmen in Albanisch und Tigrinya wurden von den Dolmetschenden direkt ins Deutsche transkribiert. Dabei wurden Deutsche und muttersprachliche Passagen als solche kenntlich macht. Die deutschsprachigen Interviews wurden Wort für Wort transkribiert.

3.2.5 Datenanalyse

Als Grundlage für die Datenanalyse dienten die Transkripte. Die qualitative Analyse folgte dem Verfahren der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006) und wurde mit der ATLAS.TI®-Software 7.0. dokumentiert. Die thematische Analyse ist besonders dazu geeignet, Muster und Themen innerhalb von transkribierten Datentexten zu identifizieren. Die Methode ist an keinen bestimmten philosophischen Ansatz gebunden. Sie kann pragmatisch angewendet werden und eignet sich insbesondere dafür, ein umfassendes Verständnis menschlicher Erfahrungen bezogen auf individuelle und soziale Lebensrealitäten zu gewinnen. Teile der Analyse wurden in einer Peergroup von Forscherinnen durchgeführt.

3.3 Quantitativer Teil: Analyse der telefonisch gedolmetschten Beratungsgespräche

3.3.1 Stichprobe und Datenerhebung
In die Studie aufgenommen wurden Protokolle von Gesprächen, die im Zeitraum vom 1. Oktober 2013 bis am 31. März 2016 durchgeführt wurden. Diese standardisierten Protokolle wurden vom Hebammennetzwerk FamilyStart entwickelt und bei jedem Telefondolmetscheinsatz ausgefüllt (Anhang 11.6). Für die Analyse der Protokolle wurden die Dokumente anonymisiert und nummeriert.

Die telefonische Verbindung zum Dolmetschdienst erfolgte über die Freisprechanlage des Mobiltelefons der Hebamme. Das Gesprächsprotokoll enthielt neben demografischen Angaben auch Fragen mit Mehrfachantworten zum Ziel des gedolmetschten Gesprächs, zu den besprochenen Themen, zu den positiven Auswirkungen sowie zu den Schwierigkeiten bei der Gesprächsführung. Mittels einer visuellen Analogskala (VAS) wurde ausserdem der Nutzen des am Telefon gedolmetschten Gespräches für die Qualität der Betreuung der Klientin eingeschätzt. Ein Freitextfeld stand offen für allgemeine Bemerkungen.

Darüber hinaus wurden die Anzahl der Gespräche pro Frau, das Herkunftsland, die Übersetzungssprache und die Gesprächsdauer in Minuten der Dokumentation des Übersetzungsdienstes entnommen. Bekannt war auch die Anzahl der gedolmetschten Telefongespräche pro Hebamme.

3.3.2 Datenanalyse
Die Daten wurden mit Microsoft-Excel 2010 (Version 14.0.7177.5000) ausgewertet. Die Auswertung der Gesprächsprotokolle umfasste eine deskriptive Analyse der Stichprobenmerkmale und der vier Fragen mit Mehrfachantworten, eine Analyse der VAS in Millimetern und eine thematische Analyse der offenen Frage. Die Daten wurden vor der Auswertung anonymisiert. Die Analyse der aufgrund der gedolmetschten Telefongespräche entstandenen Protokolle erfolgte im Rahmen einer Bachelorthesis (unveröffentlicht, Brändle & Pulver, 2016). Die Ergebnisse der Bachelorarbeit werden in diesem Bericht (unter Punkt 4.2) zusammengefasst.

3.4 Gütekriterien und Qualitätssicherung

Um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse zu sichern, die im Rahmen der Analyse, Synthese und Interpretation der qualitativen Daten gewonnen wurden, orientierten sich die Forscherinnen an den Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften (SAMW, 2009). Es wurden insbesondere folgende Kriterien beachtet:

Triangulation der Perspektiven
Indem die Kommunikation und Verständigung aus der Perspektive der Nutzerinnen, der Fachpersonen und der Dolmetschenden untersucht wurde, wurden spezifische Sichtweisen der Beteiligten erfasst und potentielle Unterschiede in der Wahrnehmung aufgezeigt. Bei den Nutzerinnen wurden allophone Migrantinnengruppen mit unterschiedlichem Aufenthaltsstatus miteinbezogen, um auch hier potentielle Unterschiede bezüglich der Lebenswelten zu berücksichtigen. Die Triangulation wird häufig verwendet, um Befunde zu bestätigen, aber auch um sicherzustellen, dass ein Bericht reich, robust, umfassend und gut entwickelt ist. Die quantitative Analyse der Protokolle von gedolmetschten Telefongesprächen stellt in dieser Untersuchung ebenfalls eine Form der Triangulation dar, indem ein komplementärer Aspekt der Fragestellung mit einem anderen methodischen Ansatz beleuchtet wurde. Durch die Erfahrungen von Hebammen beim Telefondolmetschen in der häuslichen Wochenbettpflege gewann die Perspektive der Fachpersonen an Konsistenz (Lincoln & Guba, 1985).

Member Check
Unmittelbar nach den Interviews fand ein erster Member Check statt, indem die Forscherin die wichtigsten Themen zusammenfasste und nachfragte, ob die diskutierten Punkte korrekt wiedergegeben worden waren. Die Teilnehmerinnen hatten hier die Möglichkeit, die Themen zu bestätigen bzw. zu berichtigen. Durch den Einbezug der Teilnehmerinnen wurde die Glaubwürdigkeit der Daten im Sinne einer inhaltlichen Validierung erhöht (Goldblatt, Karnieli-Miller & Neumann, 2011).

Peer Debriefing
An vier gemeinsamen ganztägigen Arbeitssitzungen wurden die Interviewdaten von der Gruppe der Forscherinnen analysiert und kodierte Stellen wurden diskutiert. In einer fünften Arbeitssitzung der Peergroup wurde eine Synthese aus dem gesamten Datenmaterial gezogen und die auf die Forschungsfrage bezogenen Themen wurden aus den verschiedenen Perspektiven überprüft. Das Reflektieren und Diskutieren der Ergebnisse in der Peergroup erlaubte eine enge Kontrolle der Analyse; zudem konnten so abweichende Interpretationen geklärt werden (Lincoln & Guba, 1985).

Reflexion des transkulturellen Kontextes
Die Analyse der Nutzerinnendaten erforderte wegen einer möglichen inhärenten ethnozentrischen Haltung der Forscherinnen eine besondere Aufmerksamkeit. Dem vorherrschenden reduktionistischen Kulturverständnis und unpassenden Interpretationen anderer Lebenswelten, die dadurch allenfalls entstehen, kann nur durch eine tiefe Selbstreflexivität entgegengewirkt werden (Dornheim, 2007). Damit bei der Analyse die kulturellen Deutungsmuster der Nutzerinnen besser nachvollzogen werden konnten, gehörten dem Forschungsteam auch eine albanische und eine eritreische Übersetzerin an.

3.5 Ethische Überlegungen

Das Studienprotokoll wurde der Ethikkommission des Kantons Bern und jener der Nordwest- und Zentralschweiz in Basel unterbreitet, dabei wurde um eine Prüfung und um Einwilligung ersucht. Gemäss den Verfügungen beider Ethikkommissionen war keine Genehmigung erforderlich für diese Studie (Ethikkommission des Kantons Bern, 10. November 2015 und Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz, 16. Dezember 2015). Die Forscherinnen bestätigten, dass sie nach den Richtlinien der Good Clinical Practice und nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen gearbeitet hatten.

Neben den formalen Aspekten, die durch die Abgabe schriftlicher Informationen und Einwilligungen (Anhänge 11.2 und 11.3) berücksichtigt wurden, wurde der Art und Weise, wie über die Studie informiert und aufgeklärt wurde, grosse Bedeutung beigemessen (SAMW, 2009). Dies traf in besonderem Masse auf die Rekrutierung der allophonen Nutzerinnen zu. Es handelte sich hier um gesunde Teilnehmerinnen, die aufgrund ihrer Migrationssituation als besonders vulnerabel zu bezeichnen waren. Trotz der Vulnerabilität sollte diese Gruppe von Frauen in Studien miteinbezogen und ihre Sichtweise entsprechend berücksichtigt werden, denn der Ausschluss solcher Sichtweisen ist aus wissenschaftlicher und ethischer Sicht problematisch (Merry, Low, Carnevale & Gagnon, 2016). Durch den Einbezug von Schlüssel- und Bezugspersonen wurde versucht, diesen Herausforderungen in allen Phasen zu entsprechen.

4 Ergebnisse

4.1 Qualitativer Teil: Interviews

4.1.1 Beschreibung der Stichprobe
a. Nutzerinnen
Es wurden zehn Nutzerinnen rekrutiert, welche im Schnitt 30,7 Jahre alt waren (bei der Frage nach dem Alter gab es eine Enthaltung) und zum Zeitpunkt der Befragung seit 4,5 Jahren in der Schweiz lebten (Tabelle 1). Es waren sechs Eritreerinnen, eine Albanerin und drei Kosovarinnen (Tabelle 2). Acht Frauen waren verheiratet und jeweils eine Frau gab an, verwitwet oder alleinstehend zu sein. Abgesehen von Tigrinya und Albanisch als Muttersprache nannte je eine Frau Amharisch und Arabisch als Erstsprache. Sechs Frauen hatten darüber hinaus keine weiteren Sprachkenntnisse, wohingegen vier Frauen weitere Sprachkenntnisse nannten (mit insgesamt acht Nennungen, was zwei Sprachen pro Frau entspricht). Alle Teilnehmerinnen verstanden mindestens einzelne deutsche Wörter, die Hälfte sprach auch ganz einfache Sätze. Zwei Drittel der Frauen besassen eine Aufenthaltsbewilligung, zwei waren vorläufig Aufgenommene und eine Frau hatte eine Niederlassungsbewilligung. Acht Teilnehmerinnen hatten mindestens eine zehnjährige Schulzeit absolviert. Vier Frauen waren Mutter eines Kindes, vier hatten zwei Kinder und je eine drei respektive vier Kinder. Vier eritreische Frauen hatten insgesamt sieben Geburtserfahrungen ausserhalb der Schweiz. Das Alter des jüngsten Kindes lag zwischen 5 Monaten und 2,5 Jahren (arithmetisches Mittel 18,6 Monate).

Tabelle 1: Alter der Teilnehmerinnen, Alter der Kinder und Aufenthaltsdauer der Nutzerinnen in der Schweiz

	n	arith. Mittel	Median	Min.	Max.	SD
Alter Nutzerinnen (Jahre)	9	30,7	29	24	36	4,39
Alter Fachpersonen (Jahre)	22	44,1	43,5	30	62	8,93
Alter Dolmetschende (Jahre)	4	44,5	46	34	52	7,94
Nutzerinnen: Alter jüngstes Kind (Monate)	10	18,4	11	5	54	5,16
Nutzerinnen: Aufenthalt in der Schweiz (Jahre)	10	4,45	3,25	2	17	4,54

Die Hälfte der Frauen gab an, sich erstmals zwischen dem siebten und neunten Schwangerschaftsmonat an die Fachperson gewandt zu haben. Es handelte sich dabei ausschliesslich um eritreische Frauen. Sieben der zehn Frauen gaben an, während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nie durch professionelle Dolmetschende unterstützt worden zu sein. Wenn Frauen am Telefon oder vor Ort-Dienste von Dolmetschenden beanspruchten, kam dies jeweils gleich mehrere Mal vor.

Tabelle 2: Charakteristika der Nutzerinnen (n=10)

Charakteristika		n
Nationalität	Eritrea	6
	Kosovo	3
	Albanien	1
Familienstand	Verheiratet	8
	Ledig	1
	Getrennt lebend	0
	Geschieden	0
	Verwitwet	1
Muttersprache (Mehrfachnennung)	Tigrinya	6
	Albanisch	4
	Andere	2
Andere Sprachen (Mehrfachnennung)	Deutsch	3
	Französisch	1
	Englisch	2
	Keine	6
	Andere	2
Schule besucht	< 1 Jahr	0
	1–4 Jahre	0
	5–9 Jahre	2
	> 10 Jahre	8

Charakteristika		n
Beherrschen der Deutschen Sprache	gar nicht	0
	nur einzelne Wörter verstehen	1
	einzelne Wörter verstehen und sprechen	4
	einfache Sätze verstehen und sprechen	5
Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz	N (Asylsuchende)	0
	F (vorläufig Aufgenommene)	2
	S (Schutzbedürftige)	0
	C (Niederlassungsbewilligung)	1
	B (Aufenthaltsbewilligung)	7
Zeitpunkt des ersten Kontakts mit Fachperson in der Schwangerschaft	bis zum 3. Monat	3
	4.–6. Monat	2
	7.–9. Monat	5
	weiss ich nicht mehr	0
	nie	0
Dolmetschgespräch während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	nie	7
	einmal (Telefon)	0
	einmal (vor Ort)	0
	mehrmals (Telefon)	1
	mehrmals (vor Ort)	2

b. Fachpersonen

Gesamthaft nahmen 22 ausschliesslich weibliche Fachpersonen im Alter zwischen 30 und 62 Jahren an der Studie teil (im Schnitt 44,1 Jahre alt, Tabelle 1). Die Fachpersonen stammten vorwiegend aus der Schweiz; elf waren Hebammen, fünf Mütter- und Väterberaterinnen, vier Ärztinnen und zwei Pflegefachpersonen (Tabelle 3). Alle genannten Fachpersonen verfügten über eine mindestens dreijährige Berufserfahrung, knapp zwei Drittel hatten über zehn und mehr Jahre Erfahrung in der Praxis.

Die Betreuungsleistungen der Teilnehmerinnen wurden ähnlich häufig in den Bereichen Schwangerschaft, Geburt sowie Nachsorge von Mutter und Kind angeboten. Die Teilnehmerinnen übten ihre Tätigkeiten hauptsächlich im Spital (n=22) aus und bei den Klientinnen zu Hause (n=12). Zwei Drittel der Fachpersonen betreuten allophone Migrantinnen mindestens einmal pro Woche. Knapp ein Drittel gab

an, die Klientinnen mindestens einmal pro Monat zu betreuen, nur zwei Fachpersonen nannten eine seltenere Häufigkeit.

Tabelle 3: Charakteristika der Fachpersonen (n=22)

Charakteristika		n
Geschlecht	männlich	0
	weiblich	22
Nationalität	Schweiz	18
	Andere	4
Beruf	Ärztin	4
	Hebamme	11
	Pflegefachperson	2
	Mütterberaterin	5
Berufserfahrung in Jahren	1–2 Jahre	0
	3–10 Jahre	8
	>10 Jahre	14
Teilnahme an Kurs bzw. Schulung trans-kulturelle Kompetenz	Ja	10
	Nein	11
	Keine Angabe	1
Betreuungsangebot (Mehrfachnennung)	Schwangerschaft	12
	Geburt	8
	Wochenbett	14
	Nachsorge Mutter	7
	Nachsorge Säugling	9
	Andere	4

Charakteristika		n
Setting Betreuung allophoner Migran-tinnen (Mehrfachnennung)	Spital	14
	Kursräumlichkeiten	3
	Private Praxis	2
	Bei Klientinnen zu Hause	12
	Andere	5
Häufigkeit Betreuung allophoner Migran-tinnen	ein bis mehrmals pro Woche	14
	ein bis mehrmals pro Monat	6
	ein bis mehrmals pro Jahr	2
Häufigkeit Nutzung Vor-Ort-Dolmetschdienst	ein bis mehrmals pro Woche	4
	ein bis mehrmals pro Monat	7
	ein bis mehrmals pro Jahr	3
	nie	3
	Keine Angabe	3
Häufigkeit Nutzung Telefondolmetsch-dienst	ein bis mehrmals pro Woche	1
	ein bis mehrmals pro Monat	3
	ein bis mehrmals pro Jahr	6
	nie	8
	Keine Angabe	4

Die Hälfte der Fachpersonen arbeitete mindestens einmal pro Monat mit jemandem zusammen, der vor Ort dolmetscht, ungefähr ein Viertel nutzte einmal pro Monat den Telefondolmetschdienst. Drei Fachpersonen nahmen die Dolmetschdienste vor Ort nie in Anspruch, acht Personen verzichteten ganz auf den Telefondolmetschdienst. Nur eine Person nutzte weder den einen noch den anderen Dienst. Knapp die Hälfte der Befragten (n=10) hatte eine Schulung zu transkultureller Kompetenz oder Migration im Gesundheitswesen besucht.

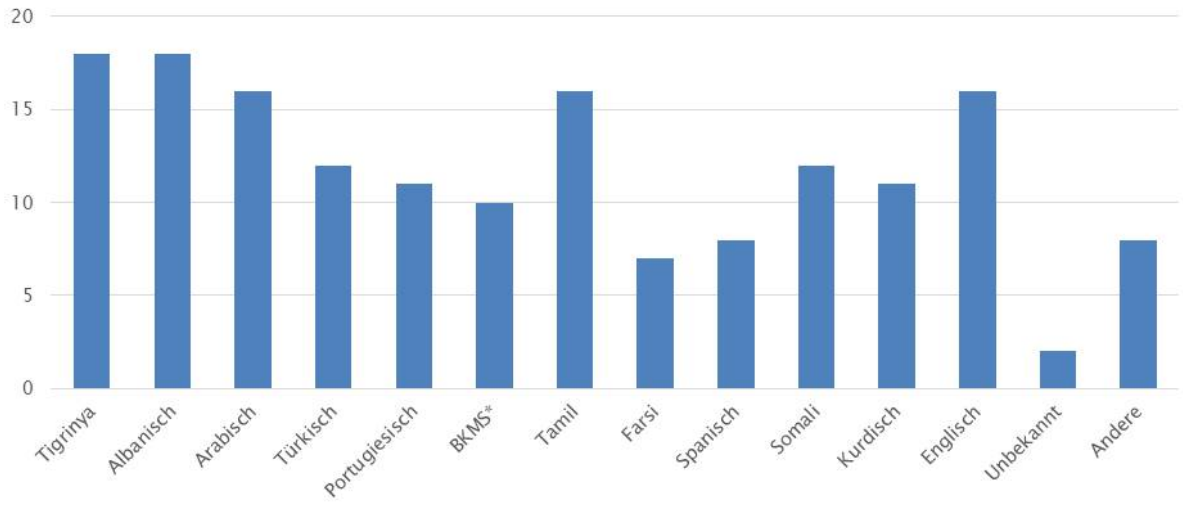

Abbildung 2: Sprachen, welche die betreuten allophonen Frauen während des Kontakts mit den Fachpersonen sprachen (165 Nennungen wurden gemacht). Die Reihenfolge der aufgelisteten Sprachen wurde der Häufigkeitsstatistik für inter-kulturelles Dolmetschen (Interpret 2016) entnommen. *BKMS = Bosnisch, Kroatisch, Montenegrinisch, Serbisch.

Die Fachpersonen wurden gefragt, welche Sprachen die von ihnen betreuten allophonen Migrantinnen am häufigsten sprechen. Obwohl die Auswahl gesprochener Sprachen sehr breit war, wussten die Fachpersonen bis auf zwei Fälle, welche Muttersprachen ihre Klientinnen hatten. Tigrinya und Albanisch kamen mit je 18 Nennungen am häufigsten vor (Abbildung 2).

Die Hälfte der Fachpersonen arbeitete mindestens einmal pro Monat mit jemandem zusammen, der vor Ort dolmetscht, ungefähr ein Viertel nutzte einmal pro Monat den Telefondolmetschdienst. Drei Fachpersonen nahmen die Dolmetschdienste vor Ort nie in Anspruch, acht Personen verzichteten ganz auf den Telefondolmetschdienst. Nur eine Person nutzte weder den einen noch den anderen Dienst. Knapp die Hälfte der Befragten (n=10) hatte eine Schulung zu transkultureller Kompetenz oder Migration im Gesundheitswesen besucht.

Die Fachpersonen wurden gefragt, welche Sprachen die von ihnen betreuten allophonen Migrantinnen am häufigsten sprechen. Obwohl die Auswahl gesprochener Sprachen sehr breit war, wussten die Fachpersonen bis auf zwei Fälle, welche Muttersprachen ihre Klientinnen hatten. Tigrinya und Albanisch kamen mit je 18 Nennungen am häufigsten vor (Abbildung 2).

c. Dolmetschende

Die ausschliesslich weiblichen Dolmetschenden waren im Schnitt 44,5 Jahre alt (Tabelle 1). Zwei stammten aus Eritrea, eine aus Albanien und eine Person, die aus dem Albanischen dolmetschte, kam aus der Schweiz (Tabelle 4). Zwei Frauen brachten ein bis zwei Jahre und die beiden anderen drei bis zehn Jahre Praxis und Berufserfahrungen mit. Alle arbeiteten vor Ort und zwei boten darüber hinaus Telefondolmetschdienste an. Alle waren in den Bereichen Schwangerschaft und Nachsorge tätig. Eine Dolmetschende gab an, auch für Klientinnen während der Geburt zu dolmetschen.

Die Dolmetschenden wurden gefragt, in welchen Settings sie zugezogen wurden. Vier gaben an, bei Hausbesuchen zugezogen worden zu sein, drei im Spital und in privaten Praxen. Eine Dolmetschende übersetzte bei Kursen. Die Häufigkeit der Einsätze im geburtshilflichen Bereich wurde wie folgt angegeben: Eine hatte mindestens einen Einsatz pro Woche, zwei hatten mindestens einen Einsatz pro Monat und eine hatte mehrere Male pro Jahr einen Einsatz. Sie dolmetschten alle sowohl für Ärztinnen und Ärzte, für Hebammen als auch für Pflegefachpersonen. Drei dolmetschten ausserdem für die Mütter- und Väterberatung.

Tabelle 4: Charakteristika der Dolmetschenden (n=4)

Charakteristika		n
Geschlecht	männlich	0
	weiblich	4
Nationalität	Eritrea	2
	Kosovo	0
	Albanien	1
	Schweiz	1
Berufserfahrung	1–2 Jahre	2
	3–10 Jahre	2
	>10 Jahre	0
Dolmetschdienste (Mehrfachnennung)	Vor Ort Dolmetschen	4
	Telefondolmetschen	2
Einsatzbereich (Mehrfachnennung)	Schwangerschaft	4
	Geburt	1
	Wochenbett	4
	Nachsorge Mutter	4
	Betreuung/Vorsorge Säugling	3

Charakteristika		n
Setting (Mehrfachnennung)	Spital	3
	Kurse (z. B. Geburtsvorbereitung)	1
	Private Praxis	3
	Hausbesuche	4
Häufigkeit Einsätze	ein bis mehrmals pro Woche	1
	ein bis mehrmals pro Monat	2
	ein bis mehrmals pro Jahr	1
Aufbietende Fachpersonen (Mehrfachnennung)	Ärztin/Arzt	4
	Hebamme	4
	Pflegefachperson	4
	Mütterberaterin	3
Gedolmetschte Sprachen (Mehrfachnennung)	Tigrinya	2
	Albanisch	2
	Andere	2

4.1.2 Ergebnisse Interviews

Die Interviews wurden durchgeführt, um kommunikative Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung bzw. in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von allophonen Frauen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund aus der Perspektive der Nutzerinnen, Fachpersonen sowie der interkulturellen Dolmetschenden zu analysieren.

Tabelle 5: Ergebnismatrix

Dimensionen	Nutzerinnen	Fachpersonen	Dolmetschende
Lebensumstände und Versorgungssystem	Sich orientieren im hochdifferenzierten Gesundheitssystem	Die anderen Lebenswelten verstehen wollen	Verständnis für die belastende Lebenssituation haben
Beziehungen und Interaktionen	Das Beziehungsgefälle zwischen sich und den Fachpersonen spüren	Bei der Verständigung Abstriche machen	Widersprüchliche Erwartungen von Nutzerinnen und Fachpersonen erleben
Passung der Gesundheitsangebote	Objekt von Entscheidungen sein	Zwischen sich arrangieren und alles geben	Ohne Dolmetschen geht's nicht

Die Ergebnisse aus den drei Perspektiven lassen sich in jeweils drei Dimensionen gliedern, so dass sie im Folgenden anhand von neun Themen beschrieben werden (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die erste Dimension «Lebensumstände und Versorgungssystem» beschreibt die Lebensumstände der Nutzerinnen und ihrer Angehörigen unter Berücksichtigung des Migrationshintergrunds. Ausserdem beschreibt sie, wie die Nutzerinnen die Konfrontation mit dem Gesundheitssystem erfuhren, welche Probleme sich daraus ergaben und welche Ressourcen ihnen dabei zur Verfügung standen. Die zweite Dimension «Beziehungen und Interaktionen» legt die erlebten Beziehungen, die Kommunikation und Verständigung zwischen den involvierten Personen- und Berufsgruppen sowie Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit dar. Die dritte Dimension «Passung der Gesundheitsangebote» zeigt auf, inwiefern das Versorgungsangebot den Bedürfnissen der Nutzerinnen entsprach, wie sie die Angebote erfuhren, wie nützlich sie für sie waren und wo Schwierigkeiten gesehen wurden. Aus der Perspektive der Fachpersonen und Dolmetschenden wurden Grenzen der Leistungserbringung in der Versorgung allophoner Migrantinnen beleuchtet. In dieser Dimension werden zudem konkrete Hinweise auf eine effizientere Verständigung und Behandlung dargelegt.

Die im Folgenden verwendeten Angaben bei den Zitaten sind den verschiedenen Teilnehmerinnen zugeordnet, wie in der folgenden Tabelle 5 zusammengefasst.

Tabelle 6: Angaben bei den Zitaten und Zuordnung zu den verschiedenen Teilnehmerinnen

Abkürzungen	
FGI_FP_1	FGI mit Fachpersonen eins
FGI_FP_2	FGI mit Fachpersonen zwei
FGI_N_Tigrinya	FGI mit Tigrinya sprechenden Nutzerinnen
EI_N_Albanisch_1	Einzelinterview mit Albanisch sprechender Nutzerin eins
EI_N_Albanisch_2	Einzelinterview mit Albanisch sprechender Nutzerin zwei
DI_N_Albanisch	Doppelinterview mit Albanisch sprechenden Nutzerinnen
EI_D_Tigrinya_1	Einzelinterview mit interkultureller Dolmetscherin für Tigrinya eins
EI_D_Tigrinya_2	Einzelinterview mit interkultureller Dolmetscherin für Tigrinya zwei
EI_D_Albanisch_1	Einzelinterview mit interkultureller Dolmetscherin für Albanisch eins
EI_D_Albanisch_2	Einzelinterview mit interkultureller Dolmetscherin für Albanisch zwei

4.1.3 Perspektive Nutzerinnen

Sich orientieren im hochdifferenzierten Gesundheitssystem

Dieses Thema beschreibt die Lebenssituation der Migrantinnen in der Schweiz aus Sicht der befragten Frauen und stellt ihre Erfahrungen mit einem hochdifferenzierten Gesundheitsversorgungssystem dar. Die Ergebnisse zeigen, dass die Systemkenntnis der Nutzerinnen im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheitsversorgung in der Schweiz oft unzureichend waren und es mit ungenügenden Sprachkenntnissen schlecht gelang, sich im komplex organisierten, fragmentierten und ausdifferenzierten Gesundheitssystem zurechtzufinden. Kulturell geprägte Vorstellungen über die Geburt und ein von Normalität geprägtes Gesundheitsverständnis standen im Widerspruch zu den medikalisierten Angeboten. Der Partner und die Familie stellten für die Frauen eine wichtige Stütze dar und boten ihnen Vertrautheit und Sicherheit. Die Nutzerinnen betonten wiederholt, dass für sie hauptsächlich die Verbesserung der eigenen Sprachkompetenzen nützlich sei, um die Vorgänge rund um die Geburt besser verstehen zu können und sich im System besser orientieren zu können.

Das Versorgungssystem in der Schweiz unterscheidet sich wesentlich von demjenigen, das die Nutzerinnen aus ihren Heimatländern kannten und es stellte aus der Sicht der Nutzerinnen eine grosse Herausforderung dar, sich darin zu orientieren und Leistungen zu nutzen.

> *Interviewerin: Wie war für Sie das Spitalsystem oder das Gesundheitssystem? Wer hat Ihnen die Informationen gegeben? Nutzerin: Die Situation, in der ich war, hat mich gelehrt. Je nach Situation, in der ich war, habe ich mich bewegt. Ich hatte keine andere Wahl, als mich irgendwie zurechtzufinden. (DI_N_Albanisch)*

Die Nutzerinnen hatten eigene, kulturell geprägte Vorstellungen über Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit ihrem Kind. Die Tigrinya sprechenden Frauen waren in ihren Heimatländern mit einer gesundheitlichen Unterversorgung konfrontiert, so dass ihnen die medikalisierte und durch hohe Interventionsraten gekennzeichnete Geburtshilfe in der Schweiz fremd war.

> *Ich war drei Jahre in der Schweiz und hatte Übelkeit. Dann wollte ich nicht zum Arzt gehen. Ich habe gewartet, bis das Erbrechen aufhört. Eine Hebamme ist vorbeigekommen und hat gesagt, du bist schwanger, du musst zum Arzt gehen. Aber ich habe gar keinen Hausarzt. Weil ich nie krank war […] Ich war nicht krank, ich habe keinen Arzt gebraucht. Die Hebamme hat dann beim Arzt angerufen und hat den Arztbesuch organisiert. (FGI_N_Tigrinya)*

Den mannigfaltigen Risiken, Problemen und Komplikationen, die im Rahmen der hiesigen geburtshilflichen Versorgung gezielt gesucht, gefunden und behandelt werden, standen die Nutzerinnen manchmal ratlos und mit Unverständnis gegenüber. Sie gingen von einer anderen Vorstellung von Gesundheit aus und erachteten viele Interventionen als nicht sinnvoll, weil dadurch auf den natürlichen Lauf der Dinge ein von ihnen nicht erwünschter Einfluss genommen wurde. Abläufe, die die Nutzerinnen in ihrer Heimat als unproblematisch und selbstreguliert erfahren hatten, wie zum Beispiel das natürliche Einsetzen von Wehen oder die Gewichtsabnahme und das wieder Aufnehmen von Aktivitäten nach der Geburt, erlebten sie hier manchmal als kompliziert und gestört. Im Betreuungsprozess gelang es den Nutzerinnen oft schlecht, hiesige Standards und Vorgehensweisen zu verstehen und sie als sinnhaft und nützlich zu erkennen.

> *Unsere Mütter gebären 10 Kinder in Eritrea, ohne Medikamente, ohne irgendeine Hilfe, und alles läuft ohne Probleme und sie verlieren auch ihr Gewicht schnell wieder nach der Geburt. Sie machen auch den Haushalt, alles zu Hause. (FGI_N_Tigrinya)*

> *Ich habe Schmerzen bekommen, nachdem ich den Katheter bekommen habe. Ich habe erwartet, dass die Wehen natürlich kommen und dass man wartet. FGI_N_Tigrinya)*

> *Ich will erleben, wie das ist, die Wehen, wie bei uns zu Hause. (FGI_N_Tigrinya)*

> *Ich hatte immer Krämpfe nach der Geburt im Bein und man hat mir gesagt, ja das ist im Moment so, aber wenn das Kind älter wird, dann geht das vorbei. Ich habe auch immer noch den Babybauch, der ist nicht weggegangen, in Eritrea gibt es das nicht. Warum ist das hier so?*

Ohne irgendwelche Medikamente geht dort alles gut. Man versteht nicht, warum es in der Schweiz diese Probleme gibt. (FGI_N_Tigrinya)

In vielen Situationen, die geschildert wurden, erschien die Beratung durch die Gesundheitsfachpersonen die Nutzerinnen zu überfordern, weil sie diese nicht verstanden, sie nicht als nützlich empfanden und ihr nicht adäquat zu begegnen vermochten.

Sie [die Ärztin] hat ständig über Frühgeburt geredet. Was passieren könnte. Wenn es [das Baby] grösser wird, wird es nach der Neonatologin Schwierigkeiten in der Schule haben. Es war wie eine Katastrophe für mich und auch nach der Geburt war ich in enormem Stress, auch zu Hause. Ich habe versucht, mich zu beruhigen, spazieren zu gehen und fest daran zu denken, dass er nicht frühzeitig geboren wird. Wenn ich an diese Fachperson gedacht habe … pfff. Ich habe es nicht normal gefunden, dass die Fachperson so mit einer schwangeren Frau redet. Es kann behilflich sein, aber nicht in meiner Situation. (EI_N_Albanisch_2)

Vielfach lagen auch andere Wertvorstellungen zugrunde, die das Gesundheitssystem in der Schweiz möglicherweise als bedrohlich erscheinen liessen. Dies konnte zum Beispiel geschehen, wenn Überwachungsmassnahmen oder Interventionen in natürliche Abläufe eingriffen, die eine Nutzerin als schicksalhaft betrachtete und deren Steuerung innerhalb ihres Wertesystems nicht üblich war.

In unserem Land, in Eritrea, wird der Test nicht gemacht, man weiss, wenn das Kind da ist, ob es gesund ist oder nicht, und man akzeptiert das Kind wie es ist. […] Hier in der Diaspora müssen uns die Ärzte nicht sagen, dass das Kind krank ist, ich finde es nicht so gut, wenn man das schon im Bauch sagt, und dann wird es abgetrieben, darum sollen sie es nicht sagen. (FGI_N_Tigrinya)

Ich habe eine Schwester in einem anderen Kanton, die während ihrer Schwangerschaft krank war und die Ärzte haben ihr gesagt, dass das Kind ein Problem mit den Augen hat, wenn es auf die Welt kommt. […] Als die Ärzte das gesagt haben, hat meine Schwester angerufen und sagte mir, dass die Ärzte Wasser entnehmen möchten. Ich sagte zu meiner Schwester, mach dir keine Sorgen, du musst dich nicht aus der Fassung bringen lassen, wenn das Kind so geboren wird, das ist eine Gabe von Gott, du kannst sagen, dass du dir kein Fruchtwasser entnehmen lassen willst. (FGI_N_Tigrinya)

Die Nutzerinnen standen vor der Aufgabe, sich in diesem für sie schwer zugänglichen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Sie nutzen dazu ihre Angehörigen und insbesondere den Partner als Ressource, weil diese für sie in der Fremde Vertrautheit und Sicherheit gewährleisten konnten. An einigen Stellen wurde deutlich, dass sich die Nutzerinnen mit Unsicherheiten, Fragen oder Unterstützungsbedarf eher an Angehörige wendeten, als dass sie Fachpersonen hinzuziehen wollten.

Nutzerin: Ich habe ständig an das gedacht: Wenn er weint kann ich nichts dagegen tun. Wenn ich ihn wasche, wird er auf den Boden fallen, ich kann nichts dagegen tun, alles das habe ich im Kopf analysiert, bis ich aufs WC ging und geweint habe. […] Er [der Ehemann] hat gesagt: Ich rufe deine Schwester. Sie ist gekommen um 1 Uhr in der Nacht. […] Zwei Wochen lang hat sie ihn gewaschen, nachher [hat sie] mit Aptamil [Säuglingsmilch] angefangen. Alles sie. Interviewerin: Haben Sie jemals die Idee gehabt, dass Ihnen eine Fachperson helfen könnte? Nutzerin: Nein. […] Ich habe nicht daran gedacht. (EI_N_Albanisch_1)

Aufgrund fehlender Kenntnisse über Angebote bzw. wegen der fehlenden Verfügbarkeit professioneller Dolmetschdienste wurden auch immer wieder Angehörige als Ad-hoc-Dolmetschende eingesetzt. Manchmal nahmen die Nutzerinnen diese aber auch als Hindernis wahr, wenn es darum ging, dem unbekannten System und der unbekannten Sprache adäquat zu begegnen. Zudem wurde auch deutlich, dass in solchen Situationen bei den Angehörigen ein Rollenkonflikt entstehen konnte.

Mein Mann war da und die Tochter seines Onkels. Sie wohnen hier und sprechen sehr gut deutsch. Ich habe versucht, auf Hochdeutsch zu reden. Sie [die Ärztin] hat geredet, aber ich habe mich schlecht gefühlt und habe sie nicht mehr verstanden, so habe ich von den beiden

verlangt, für mich zu übersetzen. Ich bin mir nicht sicher, ob die beiden alles übersetzt haben oder nicht. Sie waren auch sehr besorgt. Ich bemerkte die Reaktionen und konnte verstehen, dass etwas nicht in Ordnung war. (EI_Albanisch_2)

Wenn ich zusammen mit dem Mann vorbeiging während der Schwangerschaft [zur Kontrolle], habe ich häufig erbrochen und wurde schnell genervt, war im Stress und habe ihm – als wir zu Hause waren – gesagt: «Komm nicht mit mir.» (EI_Albanisch_1)

Immer wieder betonten die Befragten die Notwendigkeit, die Vorgänge rund um Geburt und Mutterschaft verstehen zu können. Sowohl die Verfügbarkeit professioneller Dolmetschdienste als auch der Erwerb eigener Sprachkompetenzen wurden diesbezüglich als unerlässliche Voraussetzungen beschrieben.

Eine Übersetzerin wäre eine grosse Hilfe gewesen. Dies gilt für alle anderen Frauen, die in der Schweiz wohnen und die wenige Sprachkenntnisse haben. Es gilt für alle Krankenhäuser. Das führt dazu, dass weniger Missverständnisse entstehen können. (EI_N_Albanisch_2)

Man hat gesagt, es ist 9 cm offen. Bevor 10 cm offen waren, ist ein anderer Helfer gekommen und hat gesagt, nein, jetzt muss das Kind mit einer Operation kommen. Nächste Mal muss man jemanden herbringen zum Übersetzen, und wenn jemand sagt, ich möchte warten, dann muss man ihm die Gelegenheit dazu geben […] Ja, das ist wichtig, dass die Kommunikation klappt und auch die Erklärung, dass man sagt, es gibt das und das und das. (FGI_N_Tigrinya)

Nicht nur in der direkten Kommunikation mit den Fachpersonen, sondern auch für das soziale Leben am neuen Ort und für die Orientierung im Gesundheitswesen erachteten die Nutzerinnen den Spracherwerb als entscheidend.

Interviewerin: Was würden Sie Frauen oder Eltern, die kein Deutsch sprechen, empfehlen? Nutzerin 1: Einen Deutschkurs unbedingt zu besuchen, weil ohne Sprachkenntnisse läuft nichts. Ohne die Sprache gibt es kein Leben. Die Sprache braucht man immer und überall, ich beispielsweise brauche die Sprache, um mich auszudrücken. […] Nutzerin 2: Meiner Meinung nach, es ist nicht nur der Kurs den man besuchen muss, sondern vielmehr muss man auch viel lesen, damit man sich zurechtfindet und versteht, wie die Sachen funktionieren. Das System zu verstehen ist sehr wichtig, wenn man die Sprache nicht spricht, steht man wie ein Esel im Nebel. (DI_N_Albanisch)

Mir gefällt es nicht so gut, dass man die Informationen auf Albanisch bekommt, man ist nicht mehr weiter bemüht, die Sprache zu lernen, das ist ein grosses Problem. (DI_N_Albanisch)

Das Beziehungsgefälle zwischen sich und den Fachpersonen spüren
In diesem Thema geht es um die unterschiedlichen Voraussetzungen, die die Nutzerinnen bezüglich der Beziehungsgestaltung und der daraus resultierenden Beziehungshierarchie zwischen sich und den Fachpersonen hatten. Unverstandenes löste bei den Nutzerinnen Verunsicherung aus und konnte als gegen sie gerichtet erlebt werden. Sie sahen sich wiederholt mit diskriminierenden Äusserungen konfrontiert. Schlechte Erfahrungen konnten dazu führen, dass sie eine Fachperson nicht mehr aufsuchten. Die Nutzerinnen berichteten aber auch über sehr gute Erlebnisse bei der Betreuung und würdigten die Bemühungen, die die Fachpersonen unternahmen, um sich mit ihnen trotz Sprachbarrieren zu verständigen.

Die allophonen Nutzerinnen kannten im Zielland oft weder ihre eigenen Rechte, noch konnten sie Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsversorgung oder der Erwartungen und Gewohnheiten der beteiligten Personen richtig einschätzen.

Man kann auch schwanger werden, obwohl man eine Spirale hat. Ich habe eine Freundin, die ist schwanger geworden mit der Spirale, kann man jetzt diese Ärztin anklagen? (FGI_N_Tigrinya)

Die Nutzerinnen waren in der unbekannten und Verunsicherung auslösenden Situation von den Fachpersonen in vielfacher Weise abhängig. Ihre Möglichkeiten, sich selber Informationen zu beschaffen, waren im fremden Land und aufgrund der fremden Sprache begrenzt. Sie wussten oft nicht, mit welchem Anliegen sie sich wo Hilfe oder Beratung holen konnten.

> *Aber was sie dann unter sich besprochen haben, habe ich nicht verstanden. Bis heute habe ich keine Erklärung dafür, warum das alles [ein Schwangerschaftsabbruch bei Komplikationen, über die die Nutzerin nicht näher Bescheid weiss] gemacht werden musste. […] Man könnte mich auch per Telefon benachrichtigen, wie das alles gelaufen ist. Man kann mich einfach als Mensch behandeln. (FGI_N_Tigrinya)*

> *Ja, man ist NIEMAND, wenn man die Sprache nicht kann. Aber man kann auch nicht alle Sprachen der Welt beherrschen. Sie müssen uns entschuldigen. (DI_N_Albanisch)*

Vorgänge und Interventionen, die ihnen nicht oder unzureichend erklärt wurden, erlebten die Nutzerinnen unter Umständen als gegen sie gerichtet. Einige der befragten Frauen beschrieben Situationen in der geburtshilflichen Versorgung, in denen sie diskriminierendes Verhalten erfahren hatten.

> *Man merkt im Spital, dass man ein Ausländer ist. […] Ich fühle mich dann, als wenn ich nichts wert bin. Das Gefühl habe ich ab und zu. Wenn man versucht, deutsch zu sprechen, gibt es manchmal keine Aufmerksamkeit. Es spielt keine Rolle, ob man die Sprache kann oder nicht, wenn jemand eine weisse Hautfarbe hat, wird er besser bedient. Im Spital habe ich das so erlebt mit einer arabischen Frau. (FGI_N_Tigrinya)*

> *Ich bin mir nicht sicher, aber ich habe mich unterbewertet gefühlt. Ja, [nach der Devise]: «Sie sind Albanerin aber Sie müssen Berndeutsch lernen». Ich weiss nicht genau, aber ich hatte diesen Eindruck. (EI_N_Albanisch_2)*

Eine Befragte legte offen, dass unter den Migrantinnen der Eindruck bestand, dass ihr Grundrecht auf Reproduktion in der Schweiz bedroht werde. Insbesondere die Information und Aufklärung im Rahmen der Pränataldiagnostik schien sie dabei als Akt der Diskriminierung verstanden zu haben.

> *Das Problem ist hier, was wir gehört haben ist, das Kind ist krank und am Schluss kommt es gesund auf die Welt. Wir verstehen nicht warum, wir überlegen dann, vielleicht ist es, weil wir eine andere Hautfarbe haben, das überlegen wir uns hier. (FGI_N_Tigrinya)*

Für die Nutzerinnen bedeutete die fremde Sprache ein Hindernis, das ihr nicht nur die Kommunikation mit den Fachpersonen erschwerte, sondern auch die Beziehungsgestaltung behinderte. Die Verständigung konnte kaum spontan erfolgen und musste weitgehend vermittelt werden. Zum Teil hatten schlechte Erfahrungen, die eine Nutzerin mit der Betreuung gemacht hatte, zur Folge, dass sie sich später gar nicht mehr an eine Fachperson wandte aus Angst, die Erfahrungen würden sich wiederholen. Manchmal übernahmen die befragten Migrantinnen die Verantwortung für die Kommunikationsprobleme, da sie auf Grund mangelnder Sprachkenntnisse zu wenig zur Verständigung beitragen konnten.

> *Interviewerin: Bist Du noch einmal zum Kontrollieren gegangen? Nutzerin: Nein, ich bin nicht wieder gegangen, ich bin wieder schwanger geworden und habe Angst, sie machen es wieder genau gleich. (FGI_N_Tigrinya)*

> *Es ist mangelhaft, dass ich die Sprache nicht kann. Nicht selten werden sie [die Fachpersonen] Fragezeichen gehabt haben, ob alles verstanden wurde. Sie müssen öfter Fragezeichen gehabt haben, dass Sie sich danach entfernt haben oder die Behandlung ganz beendet haben, weil sie [nicht weiterwussten]. (DI_N_Albanisch)*

> *Wir können einfach die Sprache nicht. Sie [die Ärzte] haben grundlegend dafür studiert und können nichts dafür, dass wir die Sprache nicht sprechen. Es ist ihr Recht, dir die Diagnose zu*

erklären und auch über alles andere zu sprechen, was dich beunruhigt … aber es ist nicht ihre Schuld, wenn du das alles nicht verstehst. (DI_N_Albanisch)

Die Interaktion mit den Fachpersonen auf der Grundlage einer geringen Sprachkompetenz wurde von einigen befragten Frauen ambivalent geschildert. Einige der Befragten fühlten sich wenig wertgeschätzt, wenn ihre Bemühungen, die fremde Sprache zu erlernen, nicht aufgegriffen wurden, andere waren überfordert, wenn die Verständigung auf Deutsch erfolgte, da sie sich nicht ausreichend ausdrücken konnten. Besonders schwierig erlebten die Nutzerinnen die Verständigung auf Deutsch dann, wenn Mundart gesprochen wurde.

Etwas, das mich gestört hat: Ich habe manchmal versucht, auf Hochdeutsch zu sprechen. Viele Hebammen haben während der Kontrolle […] auf Schweizerdeutsch geredet, und kein Hochdeutsch, es war sehr schwierig für mich. (EI_N_Albanisch_2)

Ich blieb zehn Tage lang in der Frauenklinik und wurde von meinem Mann besucht, er konnte übersetzen. Vielleicht liegt es an der Sprache, vielleicht konnte ich nicht richtig kommunizieren und deswegen verstehen sie mich nicht. Die ganze Zeit habe ich daran gedacht. Wenn ich auf Deutsch geredet habe, haben sie gesagt, dass ich gut spreche. (EI_N_Albanisch_2)

In anderen Situationen wiederum, waren sich die Nutzerinnen der Anstrengungen, die die Fachpersonen zur Überwindung der Sprachbarriere unternahmen, durchaus bewusst und schätzten diese. Fachpersonen versuchten durch Gestik und Mimik, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen und sich für die erschwerte Verständigung genug Zeit zu nehmen.

Es gab eine Hebamme. Sie war sehr vorbereitet. Als sie da war, wusste ich, dass ich einen guten Tag haben würde, weil ich mit ihr auf Deutsch kommunizieren konnte, obwohl mein Deutsch nicht korrekt war. Sie hatte ein friedliches und schönes Gesicht, und deswegen konnte ich mich besser mit ihr verstehen. Ich war sicher, und sie hat mir Sicherheit gegeben. (EI_N_Albanisch_2)

Sie war vielleicht manchmal genervt wegen mir, weil ich die Sprache nicht konnte, es war auch für sie eine schwierige Situation. Ich beglückwünsche sie dafür, sie hat mir nie gezeigt, dass sie wegen mir genervt war. (DI_N_Albanisch)

Dennoch stellten die Befragten klar, dass eine Information und Aufklärung umfassende Betreuung nicht ohne sprachliche Verständigung möglich war.

Auch für die Hebamme ist es manchmal sehr schwierig, sie möchten uns helfen, wie Mutter und Schwester möchten sie sein, aber man kann nicht kommunizieren*, die Sprache ist schwierig, es ist auch für die Hebamme manchmal schwierig, nicht nur für die Schwangere. Deswegen wäre es gut, wenn eine Übersetzung überall möglich wäre. (FGI_N_Tigrinya)*

Vielfach berichteten die Frauen über sehr gute Betreuungserlebnisse und von Fachpersonen, die sich stark für sie engagierten und auf ihre Lebenssituation Rücksicht nahmen. Insbesondere betonten dies die Albanisch sprechenden Nutzerinnen mehrfach. Sie erachteten den Beitrag, der von den Fachpersonen geleistet wurde, als hilfreich und unterstützend.

Ich war ganz neu im Land, ich bin darum drei Tage zusätzlich im Spital geblieben. Sie haben mir dort gezeigt, wie ich das Baby waschen kann und mit ihm umgehen kann. (FGI_N_Tigrinya)

Die Betreuung war wirklich traumhaft und sowas gibt es bestimmt nicht überall. (DI_N_Albanisch)

Es ist viel schwieriger, in Kosovo Kinder zu bekommen als hier. Dort kümmert man sich nicht so um dich wie hier. (EI_N_Albanisch_1)

Objekt von Entscheidungen sein
Dieses Thema beschreibt, wie die Nutzerinnen die Informationsvermittlung im Zusammenhang mit ihrer reproduktiven Gesundheit erlebten. Zentrales Ergebnis war dabei, dass dem Informationsbedarf – aus der Perspektive der Nutzerinnen – oft nicht adäquat begegnet werden konnte. Nicht verstehen und sich nicht in die Entscheidung einbezogen fühlen konnten ein Spektrum negativer Gefühle auslösen, von grosser Sorge hin bis zu existenzbedrohender Angst. Der Beizug von Dolmetschenden wurde von den Nutzerinnen mehrfach ausdrücklich gefordert.

Insbesondere bei kurzfristig zu treffenden Entscheidungen oder in Notfallsituationen konnte das angestrebte Ziel, dass die Nutzerinnen über ausreichendes Wissen verfügten, um den Sinn und die Konsequenzen einer Massnahme zu verstehen und die eigene Entscheidung informiert fällen zu können, nicht erreicht wurde.

> *An diesem Tag hatte man gesagt, heute darfst du nicht essen. Ich habe gesagt, ich habe Hunger. Ich kam an im Spital und man hat gesagt: «Nein, Operation, du darfst nicht essen». Ich musste viele Papiere unterschreiben. Hier unterschreiben, da unterschreiben, und wenn du das alles nicht machst, dann wirst du sterben. (FGI_N_Tigrinya)*

> *Ich wusste nicht, was mit mir passiert, was mit dem Baby passiert. Ist mein Baby noch am Leben oder ist es gestorben? (DI_N_Albanisch)*

Zahlreiche Beispiele der Nutzerinnen belegten, dass wichtige Informationen oder Erklärungen von den Nutzerinnen nicht oder auch falsch verstanden wurden. Dies konnte dazu führen, dass sich Frauen in Entscheidungsprozesse nicht einbezogen fühlten, woraus Gefühle von Hilflosigkeit, Angst und Verzweiflung resultierten.

> *Erst es hat geheissen: Du bleibst für zehn Tage. Nach sieben Tagen hat es geheissen, das Kind muss jetzt auf die Welt kommen. Das konnte ich nicht akzeptieren. […] Ausserdem waren auch viele Lehrlinge anwesend, und jedes Mal haben sie mich als Anschauungsobjekt genommen. Ich habe mich so schlecht gefühlt. Sie waren etwa sieben bis acht Personen. (FGI_N_Tigrinya)*

> *Nach dem Resultat hat es geheissen, ich müsse eine Operation machen, es gebe eine Sepsis. Ich habe gesagt: «Ich mache keine Operation.» Mein Mann durfte nicht reinkommen, er ist nach Hause gegangen. Es war immer jemand da, der geschaut hat, aber wir konnten uns gar nicht verständigen. Ich wusste auch nicht, wer das ist. Er kommt rein und raus, und das war alles. So haben sie nur gewartet, bis ich «o. k» sage. Es dauerte die ganze Nacht. Früh am Morgen war es noch schlimmer, alles geschwollen, und ich habe gesagt: «O. k. machen sie das.» (FGI_N_Tigrinya)*

Besonders in Situationen mit akutem Handlungsbedarf wurde die Sprachbarriere oft nicht so überwunden, dass das Aufklärungs- und Informationsangebot der Fachpersonen eine informierte Entscheidung der Nutzerin ermöglicht hätte. Es wurden zahlreiche Beispiele dafür genannt, in denen die Nutzerinnen in Entscheidungs- und Betreuungsprozesse ungenügend eingebunden wurden, woraus z. T. traumatisierende Geburtserlebnisse resultierten.

> *Die Ärztin dort hat die Operation (Kaiserschnitt) so gut wie möglich erklärt […] ich sagte nur ja, ja, ich konnte nichts anderes sagen. Zum Beispiel konnte ich nicht fragen: «Kann ich noch eine Woche warten, kann ich warten bis zu meinem Termin?» Solche Fragen konnte ich nicht stellen. (FGI_N_Tigrinya)*

> *Ja, eine hat gesagt: «Du wirst sterben.» Eine Freundin war dabei, sie hat versucht zu übersetzen, aber sie hat auch nicht alles verstanden. Dann ist mein Mann gekommen, und nach viel hin und her ist das Kind mit der Operation gekommen. […] Was mich immer beschäftigt, ist [die Frage], warum sieben Monate lang alles gut war und dann plötzlich ein Kaiserschnitt gemacht werden musste. (FGI_N_Tigrinya)*

Die folgenden Beispiele zeigen, dass anspruchsvolle Gesundheitsthemen, wie z. B. Empfängnisverhütung oder Schwangerschaftsabbruch, weder ethisch noch rechtlich angemessen behandelt werden konnten, wenn keine ausreichende Verständigung möglich war.

> *Ich habe nur gefragt, ob es für drei Monate etwas (ein Verhütungsmittel) gibt, weiter konnte ich nicht kommunizieren. […] Sie [die Ärztin] hat gesagt: «O. k., jetzt sind wir fertig, jetzt ist gut, du kannst nach Hause gehen. Ich habe Dir jetzt etwas für drei Jahre gemacht.» Ich war nur erschrocken, habe nichts gesagt und bin nach Hause gegangen. Zu Hause habe ich meinem Mann mitgeteilt, dass es für drei Jahre gemacht worden ist. Er war auch erschrocken und konnte es nicht akzeptieren. (FGI_N_Tigrinya)*

> *Es hat immer geheissen, es sei alles gut. Aber es kann sein, dass ich nicht alles verstanden habe. Einmal habe ich Schmerzen gehabt und bin ins Spital gegangen. Es hat sich herausgestellt, dass man das Kind nicht sieht. […] Im Spital es hat geheissen, dann muss man das abtreiben. Ich konnte mich gar nicht verständigen. Per Telefon hat das jemand übersetzt. Der Übersetzer hat dann gesagt: Ja, das ist wichtig für dich, das abtreiben zu lassen. Damals habe ich in der Stadt A gewohnt. Der Freund war in der Stadt B, und wir haben dann im Durchgangszentrum von A gewohnt. Ich habe dann das Medikament genommen für die Abtreibung. Dann bin ich nach B gegangen, weil ich nicht in dieses Durchgangszentrum gehen wollte. Dann hat es am Bahnhof von B angefangen zu bluten. Dann bin ich ohnmächtig geworden. Mein Freund hat mich ins Spital gebracht. Dort war die Frage, warum haben sie mir in A einfach ein Medikament gegeben und mich dann weggeschickt? Warum hat man mich nicht im Spital behalten? Ich habe nicht gewusst, warum. (FGI_N_Tigrinya)*

Einzelne Beispiele zeigen, dass aus Sicht der Befragten medizinische Interventionen ohne eine angemessene Information und Aufklärung erfolgten. Das Nichtverstehen und Nichtverstandenwerden ging mit einem Gefühl grosser Hilflosigkeit und Überforderung einher.

> *Nutzerin: Mein Baby wurde mit Ultraschall untersucht und mir wurde gesagt, ich hätte zu viel Blut verloren, es war zu kritisch entweder für das Baby oder für mich. Sie mussten etwas tun. Ich habe aber nichts verstanden. Ich habe gar nichts verstanden. Ich musste operiert werden und musste etwas unterschreiben. Habe einfach blind unterzeichnet, verstanden habe ich aber nichts, bis die Übersetzerin in den OP-Saal kam. Ich hatte keine Ahnung, was mit mir passiert war oder welche Hilfe ich bekommen sollte, ich hatte Angst, ich habe angefangen zu weinen. […] Sie [Dolmetscherin] hat erklärt, wie es gelaufen ist. Sie hat gezeigt, was ich unterschrieben hatte. [...] Interviewerin: Erst nach der Geburt hat Ihnen die Dolmetscherin erklärt, was sie unterschrieben haben? Nutzerin: Ja. Ich habe geweint und habe von den Krankenschwestern Erklärungen verlangt, über das Dokument, das mich die Fachpersonen vor der Geburt hatten unterschreiben lassen. Sie haben gesagt, sie hätten keine [Dolmetscherin] organisieren können. (DI_N_Albanisch)*

4.1.4 Perspektive Fachpersonen

Die anderen Lebenswelten verstehen wollen

Dieses Thema umschreibt das Bedürfnis der befragten Fachpersonen, ihre Klientinnen und deren spezifische Lebenswelt als Migrantinnen verstehen zu wollen. Dieses Bedürfnis resultiert einerseits aus dem professionellen Auftrag, da eine umfassende, psychosoziale Betreuung zur Aufgabe einer Fachperson gehört. Es spielte aber auch die persönliche Werthaltung hinein, d. h. die Haltung, die sie gegenüber den migrierten Frauen und Familien grundsätzlich einnahmen. Die Fachpersonen identifizierten vielfältige soziale Probleme und Herausforderungen, die die Nutzerinnen gesundheitlich belasteten und sie bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsleitung beeinträchtigten. Grundsätzlich brachten die Fachpersonen viel Verständnis und Wohlwollen für die Lebenssituationen und das soziale Gefüge der Nutzerinnen auf. Sie begegneten aber auch patriarchalen Familienstrukturen, was ihnen Mühe bereiten und den direkten Zugang zur Frau erschweren konnte. Ungenügende Sprachkenntnisse bei Nutzerinnen, die schon lange in der Schweiz wohnten, konnten bei den Fachpersonen Unverständnis auslösen. Als ein Weg, die fremden Lebenswelten zu erfassen und einen persönlichen Zugang zu den Nutzerinnen und ihren Familien zu etablieren, wurde die Entwicklung der eigenen transkulturellen Kompetenz beschrieben.

Die Fachpersonen schilderten vielfache sozioökonomische Probleme und psychosoziale Belastungen, die sie bei den Nutzerinnen wahrnahmen (z. B. enge Wohnverhältnisse, Trennung von den Angehörigen, sexuelle Gewalterfahrungen). Sie versuchten die z. T. traumatisierenden Erlebnisse zu berücksichtigen. Manchmal blieben die Erfahrungen der Frauen und Familien aber auch verborgen, weil diese sie nicht offenlegten. Fachpersonen, die im häuslichen Bereich arbeiteten, wie z. B. Hebammen und Mütterberaterinnen, hatten einen direkten Einblick in die prekären Wohn- und Lebensumstände.

> *Ich betreue eine syrische Frau, die im Asylheim lebt, seit zwei, drei Monaten, mit dem vierten Kind. Und dann denkt man, ja die Frau hat das vierte Kind, die weiss schon, wie das geht. Aber man merkt dann, dass sie jetzt in einer Situation ist, fern von der Heimat, in einem Durchgangszentrum. Die ganze Familie in einem kleinen Zimmer, rundherum ein Gewusel ... Da ist so eine Unruhe und eine Unsicherheit im Leben jetzt, dass selbst die Sachen, mit denen man schon Erfahrungen hat, nämlich bereits drei Kinder geboren zu haben, viel schwieriger und aufwendiger werden. (FGI_FP_1)*

> *All die Syrerinnen, Afghaninnen, man findet wirklich schlecht heraus, was sie erlebt haben. Sie reden vielleicht auch nicht drüber, sie werden zum Teil getrennt, sie kommen an ganz andere Orte und kennen unser System nicht. Sie haben schlechte Erfahrungen gemacht mit Behörden, mit der ganzen Polizei unter Umständen auch. (FGI_FP_2)*

Die Fachpersonen begegneten während ihrer Arbeit mit Migrantinnen einer Reihe von Verhaltensweisen und Gesundheitspraktiken, die für sie ungewohnt waren. Dieses Verhalten und die damit verbundenen Vorstellungen wurden einerseits als Teil der Kultur der betreuten Frau und ihrer Familien akzeptiert, anderseits als gesundheitsschädliches Verhalten abgelehnt. Aus den Beiträgen der Fachpersonen wurde deutlich, dass die Einschätzung, wann eine nicht tolerierbare Gesundheitsgefährdung vorlag, unterschiedlich ausfallen konnte.

> *Nachher packe ich das Baby aus und es ist einfach am Schreien. Es ist einfach voll verschwitzt und hat einen «tätschroten» [knallroten] Kopf. Dann erkläre ich halt: «Nicht so warm anziehen, es ist schon sehr warm in der Wohnung, 24 Grad.» Und sie: «Ja, aber es ist ein Baby.» Und nachher erkläre ich eben, dass das in Albanien ohne Heizungen super sei. Aber dass das hier so nicht gehe. (FGI_FP_1)*

> *Die [Sectio-] Naht heilte einfach unglaublich schlecht und wir haben gearbeitet und gemacht und getan, und irgendwann habe ich gemerkt, dass eben nicht nur ich mit dieser Frau daran gearbeitet habe, sondern dass der ganze Clan seine Ideen eingebracht hat [...] Und dann, immer kurz bevor ich gekommen bin, hat man schnell wieder alles in Ordnung gebracht. Da war über Babypuder fast alles, was man sich vorstellen kann, auf dieser Naht. (FGI_FP_1)*

> *Und dann gibt es manchmal auch Frauen, die dir erklären: «Ja, meine Mutter hat [das] so und so gesagt, und wir machen es auch so.» Dann sage ich: «Ja, tipptopp, mach nur, da ist nichts falsch daran.» [...] Und ich denke halt, dort [sollte man] ein bisschen bescheiden[er] werden. Das hört dann aber auf, wenn [...] eine Grossmutter sagt, man müsse entweder weniger Schoppenpulver in den Schoppen füllen, weil das Kind schon so dick sei, oder man müsse mehr einfüllen, es sei ja ganz mager. (FGI_FP_2)*

> *Ich fände es manchmal spannend, mehr zu wissen. Also, wir haben vielleicht ein bisschen eine Ahnung von der islamischen Kultur, wie sie das Auge [zum Schutz vor dem Bösen Blick] da oben [auf die Stirn] kleben. Dann kommen die Pädiater, und sind entweder dafür, oder sie sagen: «Das geht gar nicht da oben, das muss jetzt einfach weg. Das Kind könnte das verschlucken.» Ich hingegen denke, ja, wenn das halt einfach wichtig ist für die Familie. (FGI_FP_2)*

Den familiären Kontext der Migrantinnen zu erfassen und zu berücksichtigen, war ein weiteres Anliegen der Fachpersonen. Die befragten Fachpersonen gaben an, dass die Familie und die Angehörigen als Bezugspersonen der Frauen eine wichtige und nicht wegzudenkende Ressource darstellen konnten. Zum Teil wurde die Familie aber auch als Hürde und als störend empfunden. Die Fachpersonen

begegneten zum Beispiel patriarchalen Familienstrukturen (Familiensystem), die ihnen, wie sie eingestehen mussten, sehr Mühe bereiteten und die den direkten Zugang zur Frau erschwerten.

> *Wenn man eine Familie aus Sri Lanka erst einmal erreicht hat, wenn man ihr Vertrauen gewinnen konnte, dann hat man die, dann kommt die regelmässig und gern […] Dann gibt es aber andere Landsleute, z. B. aus Albanien. Die sind einfach familiär irgendwie anders […]. Es ist zum Teil ein Clan, […] da wohnen in einem Haus grad drei, vier Familien, die sich kennen. Die schauen einander sicher ganz gut gegenseitig, aber an die komme ich relativ schwer heran. Oder es steht schon in der Geburtsmeldung vom Spital: Keine Beratung erwünscht. (FGI_FP_2)*

> *Bei einer Wochenbettbetreuung ist am Anfang noch der Mann da, und ich weiss, ich muss zuerst den Mann gewinnen, damit ich nicht nur einmal kommen darf, sondern noch ein zweites oder drittes Mal. Und wenn er dann findet, das ist eine gute Sache, dann kann ich dann loslegen. (FGI_FP_2)*

In den Interviews wurden unterschiedliche Erwartungen an die Integrationsbemühungen und die Sprachkenntnisse der Nutzerinnen manifest. Einige zeigten Unverständnis gegenüber Frauen oder Familien, die schon mehrere Jahre in der Schweiz lebten und die Sprache immer noch nicht sprachen. Je länger sich eine Migrantin schon in der Schweiz aufhielt, desto weniger zeigten Fachpersonen Verständnis für mangelnde Sprachkenntnisse. Sie kritisierten auch die überhöhten Ansprüche an die Qualität der erbrachten Gesundheitsleistungen, die aus ihrer Sicht zeitweise vorlagen.

> *Jetzt habe ich diese Situation hier, jetzt, und ich arbeite mit dem, was ich HIER vorfinde. Da gab es zuvor eine lange Geschichte, die kann ich nicht beeinflussen, kenne ich nicht. Sie sind jetzt einfach hier, da, heute, ich muss mit dem arbeiten, was ist. Die Ansprüche sind da. Aber die Bemühungen zur Integration und die Bemühungen zur Kommunikation nicht. [...] Da komme ich an meine Grenzen. (FGI_FP_1)*

> *Und innerhalb von neun Monaten kann man jedes Mal ein bisschen mehr Deutsch mit ihnen reden. [….] Aber ich denke, dass müssen primär wahrscheinlich auch diese Leute selber wollen. Und ich habe mich auch immer ein bisschen gewundert, wenn eine Frau mit der dritten Schwangerschaft in das Zentrumsspital A kommt, und sie kann immer noch kein Deutsch. Und eine andere hat es in neun Monaten gelernt. (FGI_FP_2)*

Die Fachpersonen schätzten die eigenen transkulturellen Kompetenzen als relevant ein, insbesondere betonten die Befragten, dass persönliche Erfahrungen, die sie selber in anderen Ländern gesammelt hätten, für sie eine wichtige Rolle spielten. Durch eigene Erfahrungen erweiterten sie das Verständnis für Fremdes und das Interesse daran. In vielen Äusserungen wurde deutlich, dass das Interesse der Fachpersonen an der interkulturellen Begegnung für die kommunikative Beziehungsgestaltung eine Chance darstellte.

> *Also, ich habe [mehrere] Jahre im [Ausland] gelebt und ich merke das extrem … Ich habe eine offenere Sichtweise in Bezug auf ganz viele Sachen, die wir hier halt einfach streng handhaben, und einen anderen Zugang dazu, das merke ich ganz stark. (FGI_FP_2)*

> *Ich finde es eine Bereicherung [Migrantinnen zu betreuen]. Mir geht es persönlich so, dass ich es für mich selber gerne mache. Ich finde es spannend, anderes zu sehen, anderes zu erleben, und ich finde, dass es meinen Horizont erweitert, ganz eindeutig. Es ist nicht nur ein Geben, sondern ich bekomme auch etwas, und ich picke mir die [Frauen] natürlich auch heraus. (FGI_FP_2)*

> *Ich glaube, dass das in unserem Team ein bisschen so gelebt wird, dass diejenigen immer diese Frauen betreuen, die das gern machen. (FGI_FP_2)*

Bei der Verständigung Abstriche machen
Dieses Thema zeigt, wie die befragten Fachpersonen mit allophonen Nutzerinnen kommunizierten. Abgesehen von gedolmetschten Gesprächen erlebten sie die Verständigung als eingeschränkt. Die befragten Fachpersonen beschrieben, dass sie aufgrund fehlender Verständigungsmöglichkeiten einen Teil ihrer Beratungs- und Informationsleistungen nicht erbringen konnten und dass sie insbesondere in komplexen Situationen nicht die nötige Unterstützung anbieten konnten. Professionelles interkulturelles Dolmetschen, war in vielen Situationen aufgrund mangelnder Finanzierung nicht praktikabel. Alternativ wurden Ad-hoc-Dolmetschende, Broschüren und Bilder eingesetzt sowie vor allem die Kommunikation mit Händen und Füssen, im Wissen, dass diese Vorgehensweisen oft ungenügend waren. Selbst wenn die sprachliche Verständigung gewährlistet war, konnten unterschiedliche kulturelle Referenzsysteme die Verständigung behindern.

Konsens bestand bei den befragten Fachpersonen bezüglich der Tatsache, dass bei Sprachbarrieren insbesondere emotionale und psychosoziale Aspekte zu wenig erfasst wurden und dass dies mit negativen Folgen für die Gesundheit der Frauen und ihrer Kinder verbunden war. Aber auch körperliche Krankheitszustände und Entwicklungsstörungen konnten weniger genau erfasst werden, wenn keine Verständigung möglich war.

> *Um das Befinden auszudrücken, braucht es eigentlich die Sprache in all ihren Facetten, das geht bei diesen Frauen so stark unter. […] Schlichtweg dadurch, dass man sich nicht austauschen kann. Mich dünkt [das] dann immer sehr schwierig, du hörst, du schaust dann jedes bisschen von der Mimik und alles von der Körpersprache [an] und versuchst, alles zu interpretieren, das du irgendwie siehst. Aber du interpretierst und kannst die Frauen einfach nicht in der Ganzheit erfassen. Und dann ist es so: Die 50 % Medizin bringst du irgendwie hin, die anderen 50 %, die zum Ganzen gehören, fehlen. Und das hat mich sehr, sehr schwierig gedünkt, auch gerade im Spital, wo ich eine Frau bei einer Totgeburt betreut hatte. (FGI_FP_1)*

> *Es gibt auch autistische Kinder, bei denen man erst mit zweieinhalb merkt, da stimmt etwas gar nicht. Ein Kind mit zweieinhalb, das kein Gehör hat, und niemand hat das bisher bemerkt. Es sind einfach Beispiele, bei denen man viel zu spät merkt, dass niemand richtig hingeschaut hat. (FGI_FP_2)*

Die befragten Fachpersonen schätzten es durchgehend, wenn ihnen bzw. den betreuten Frauen und Familien der Zugang zu professionellen Dolmetschenden gewährt wurde. In grossen Kliniken standen für wichtige medizinische Aufklärungsgespräche oder für spezialisierte Sprechstunden (z. B. Diabetessprechstunden) Dolmetschende vor Ort zur Verfügung. Insgesamt legten die Aussagen der Befragten nahe, dass die Verfügbarkeit von Dolmetschdiensten sehr heterogen war. Die Fachpersonen berichteten über grosse Unterschiede zwischen den Kantonen, ländlichen und städtischen Gebieten sowie zwischen privaten, öffentlichen, ambulanten und stationären Institutionen, wobei im ländlichen, privaten bzw. im ambulanten Bereich oft ein limitierter oder gar kein Zugang zu Dolmetschdiensten bestanden habe. In einigen Kliniken wurde aus Kostengründen das Telefondolmetschen vorgezogen. Die Finanzierung von Dolmetschleistungen stellte für Fachpersonen generell eine Hürde dar. Sie wünschten sich einen niederschwelligen Zugang zu Dolmetschdiensten, denn oft wurde das Antrags- und Bewilligungsverfahren als kompliziert, aufwändig und manchmal gar als undurchsichtig erlebt, so dass letztlich auf die Dolmetschdienste verzichtet wurde. Die Zuständigkeiten bezüglich des Angebots von Dolmetschdiensten waren unterschiedlich geregelt (öffentliche Ämter, private Hilfsorganisationen).

> *Es ist mit einem Riesenaufwand verbunden, bis es einmal klappt, dass die [Dolmetschenden] überhaupt Zeit haben, und das passt meistens dann nicht. […] ach, es ist einfach unbefriedigend …, und dabei wäre so es wichtig. (FGI_FP_2)*

Die befragten Gesundheitsfachpersonen beschrieben fördernde und hemmende Faktoren für eine gelingende Zusammenarbeit mit den Dolmetschenden. Förderlich war laut den Befragten, wenn Fachpersonen und Dolmetschende einander kannten und eine Kontinuität in der Zusammenarbeit möglich war. Gedolmetschte Beratungsgespräche konnten hingegen unproduktiv sein, wenn die Frauen und Familien die Übersetzung nicht wünschten oder wenn zu viele Inhalte auf einmal vermittelt wurden.

Auch den Einsatz von männlichen Dolmetschenden beschrieben die Fachpersonen als schwierig, wenn intime Themen besprochen wurden.

> *Was ich schwierig finde ist, wenn man einen Dolmetscher organisiert hat, und nachher kommen in einer Stunde x verschiedene Leute: Die Pflegefachfrauen, die Hebamme will vielleicht noch etwas über die Geburt besprechen, nachher kommt der Kinderarzt, der Gynäkologe. Wie kann die Frau das alles in so kurzer Zeit aufnehmen? Ist es wirklich so produktiv oder nicht eine Überforderung? Aber wir dürfen ja nicht zwei Mal eine Dolmetscherin haben, deshalb nimmt man alle in einer kurzen Zeitspanne rein. (FGI_FP_1)*

> *Ich wollte schon ein paar Mal den [Telefon-]Dolmetschdienst nutzen, und es konnte sich einfach keiner finden, weil die Frauen nicht wollten, dass ein Mann mit ihnen über ihre Brüste oder über Wochenfluss und Hämorrhoiden redet. (FGI_FP_2)*

Wenn keine professionellen Dolmetschdienste verfügbar waren, griffen Fachpersonen häufig auf Ad-hoc-Dolmetschende zurück. Oft waren dies der Partner der Nutzerin, sonstige Angehörige, manchmal sogar Kinder oder Mitarbeitende des Spitals. Dank Mobiltelefonen und Smartphones wurden zunehmend auch Angehörige via Telefon oder Skype kontaktiert. Die Befragten schilderten Vor- und Nachteile, die mit dem Einsatz von übersetzenden Familienangehörigen verbunden waren. So konnte z. B. die Akzeptanz der Übersetzung vor allem dann erhöht werden, wenn die Nutzerin professionelle Dolmetschende ablehnte. Angehörige, so die Befragten, übersetzten jedoch manchmal nicht adäquat, weil sie nicht die nötigen Fachkenntnisse hatten, weil sie selber betroffen waren oder weil sie die Frau vor beunruhigenden Informationen schützen wollten. Darüber hinaus wurde beschrieben, dass Frauen ihre Fremdsprachenkompetenz manchmal hinter derjenigen des Mannes «verbargen». Die Fachpersonen beschrieben, dass es auch dann Grenzen der Verständigung gab, wenn die rein sprachliche Kommunikation gewährleistet war und Wörter verstanden wurden. Begründet wurde dies insbesondere mit den kulturell unterschiedlichen Referenzsystemen.

> *Ich merke häufig, dass wenn Frauen nicht so gut Deutsch können und die Ehemänner übersetzen, sie auf einmal fast gar nicht Deutsch können, und sobald die Männer nicht mehr da sind, können sie super verstehen und es klappt wunderbar. (FGI_FP_2)*

> *Ich redete mit dem Mann. […] Er hatte einen Deutschkurs Niveau B1 belegt und bestanden. […] Mit der Zeit habe ich gemerkt, dass es harzig wurde, weil der Mann die Bedeutung von dem, was ich erklärte, nicht wirklich verstand. Das Wort vielleicht schon, aber nicht den Inhalt. Ich fragte sie dann, ob sie nicht einen Dolmetscherdienst möchten. Er lehnte vehement ab. Er könne sehr gut Deutsch … Mir wäre es mit [einer Dolmetscherin] persönlich einfacher gefallen und angenehmer gewesen. (FGI_FP_2)*

> *Manchmal gibt es Situationen, in denen man sich zwar sprachlich versteht, aber man merkt, man versteht sich sonst nicht, weil einfach ganz andere kulturelle Themen im Raum stehen. Man merkt, da komme ich nicht weiter, weil da einfach ein anderes Verständnis ist. (FGI_FP_1)*

In einigen Kliniken war es aus Datenschutzgründen untersagt, nicht eigens dafür ausgebildetes Spitalpersonal (z. B. Reinigungspersonal) für Dolmetschdienste einzusetzen, in anderen wiederum wurde dies systematisch so gehandhabt.

> *Bei uns wurden manchmal auch Spitalangestellte beigezogen. Aber dann – irgendeinmal – hätte man das nicht mehr [tun] sollen und dürfen, von wegen Patientenschutz, Diskretion. Aber das hat uns manchmal geholfen, wenn wir einfach wussten, da ist gerade jemand, ich habe sie gesehen, auf dem Dienst … Eben, das Fantasievolle wird manchmal durch unser Ganzes «in Bahnen Lenken und Reglementieren» auch wieder zunichtegemacht. (FGI_FP_1)*

Einige Befragte berichteten von guten Erfahrungen mit Teams, in denen die Mitarbeitenden über verschiedene Sprachkompetenzen verfügten. Darüber hinaus beschrieben die Fachpersonen, dass sie auf Formen der nonverbalen Kommunikation zurückgegriffen hätten. Die Kommunikation mit Händen und Füssen wurde z. T. als hilfreich, mitunter aber auch als ausreichend, als völlig unzureichend oder so-

gar als missverständlich dargestellt. Für eine erfolgreiche nonverbale Verständigung schien ein Vertrauensverhältnis Voraussetzung zu sein. Die Entwicklung der Vertrauensbeziehung beanspruchte Kontinuität und Zeit und äusserte sich z. B. in einer Berührung oder einem gemeinsamen Lachen. Einige Fachpersonen berichteten, dass sie ein Dolmetschgespräch nutzten, um abzuklären, ob die Nutzerin Vertrauen in sie hatte. So konnte eine Art «Vollmacht» für das medizinische Handeln eingeholt werden.

> *Wenn ich niemand habe, der übersetzt, muss ich einfach mal das Vertrauen der Frau gewinnen. Und das mache ich vielmals, indem ich sehr viel mit den Händen rede, oder indem ich sie einfach am Arm nehme und sie führe und dann komme ich […] in einen ganz anderen Dialog, mehr mit Körperwahrnehmung oder Körpersprache. […] wichtig ist, dass ich die Frau wenn möglich von A bis Z betreue, zusammen mit dem Arzt bzw. der Ärztin. Wenn dann nämlich verschiedene Hebammen dazukommen, dann wird es schwierig. (FGI_FP_2)*

> *In der ganzen Geschichte fehlen mir oftmals ein bisschen der Witz und der Humor. Auch wenn ich sie [die Familie] nicht richtig verstehe, ich kann ja trotzdem mit ihr lachen. Also, das finde ich extrem wichtig. (FGI_FP_2)*

> *Was ich oft mache, wenn ich mal einen Dolmetscher [verfügbar] habe, versuche ich übersetzen zu lassen, dass wenn wir vielleicht [später] nicht mehr [miteinander] kommunizieren können, dass es einfach wichtig ist, dass sie uns vertrauen und dass wir NICHTS machen, was nicht in ihrem Sinn oder im Sinn vom Kind wäre oder der Gesundheit wäre. Ich frage immer zurück, ob sie uns vertrauen können. Und das hat bis jetzt recht gut funktioniert. (FGI_FP_2)*

> *Ich habe schon oft erlebt, dass ich das Gefühl hatte, wir hätten uns ganz gut verstanden, einfach mit Händen und Füssen. Dann kommt die Frau das nächste Mal, und sie macht etwas irgendwie ganz, ganz, ganz anderes, als ich erklärt habe. […] Habe ich das wirklich so gesagt? Und sie sagt: «Sie haben gesagt.» Und nachher denke ich: Jesses Gott, habe ich das gesagt? (FGI_FP_1)*

Die von Organisationen bereitgestellten fremdsprachigen Broschüren, z. B. mit Informationen zur Mutterschaft und zur Ernährung, wurden als hilfreich empfunden und auch genutzt. Ausserdem wurden zur Veranschaulichung Modelle und Bildmaterial eingesetzt. Das Internet bot mit Übersetzungsprogrammen, Bildern und Filmen eine nahezu unerschöpfliche Quelle an Hilfsmitteln. Der Einsatz all dieser Alternativen erfolgte häufig spontan und setzte bei den Fachpersonen viel Engagement und Kreativität voraus.

> *Wir haben im Spital eine Liste von Mitarbeitenden, die für Dolmetschdienste zur Verfügung stehen. Aber wenn sie dann gerade nicht im Hause sind, dann müssen wir halt auch schauen, wie wir zurechtkommen […], mit Händen und Füssen und mit den Angehörigen, übers Handy. Zum Teil auch für sehr komplexe Zusammenhänge, z. B. den Ersttrimestertest, für den ich dann Bilder zeigen muss von Kindern mit einem Down-Syndrom, damit sie überhaupt irgendwie Zugang dazu kriegen und wissen: ach ja, darum geht's. Manchmal ist man am Ende des Tages ganz schön fertig, weil das viel mehr Zeit in Anspruch nimmt, [das] sprengt die Sprechstunde, man kommt dann gar nicht mehr nach. (FGI_FP_2)*

> *Das Kind war sehr unruhig und die Mutter vermutete, dass es einfach Bauchweh hatte. Ich habe dann massiert und es kam dann auch einfach eine grosse Ladung Mekonium und ich habe dann mit Händen und Füssen [kommuniziert] und zum Teil mit ihrem i-Phone immer wieder arabisch übersetzt, also das ging dann ganz flott hin und her … Es war ja kein Dolmetscher so schnell greifbar, und wir haben das aber alles wunderbar über ihr i-Phone arabisch gleich übersetzt, und so kamen wir dann auf ihre Probleme (Lachen) jeglicher Art [zu sprechen], ja. (FGI_FP_2)*

Zwischen sich arrangieren und alles geben
In diesem Thema wird beschrieben, wie die befragten Fachpersonen ihre Gesundheitsleistung für allophone Migrantinnen erbrachten. Die Kommunikationsbarrieren erschwerte es den Fachpersonen häufig, das passende Angebot für die Frauen zu erkennen und eine bedürfnisorientierte Beratung machen zu können. Sie erzählten, dass sie auf der Grundlage eines erhöhten Einsatzes durchaus eine Form der Verständigung ermöglichen konnten, dass diese jedoch ihren eigenen Qualitätsansprüchen oft nicht genügt habe. Insbesondere die erschwerte Verständigung in Notfallsituationen und der Handlungsdruck stellten aus Sicht der Befragten eine ausgeprägte Belastung für alle Beteiligten dar. Die Tatsache, dass die Nutzerinnen die eigenen Gesundheitsinformationen schlecht übermitteln konnten, erschwerte auch die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern.

Als etwas sehr Belastendes schilderten die Fachpersonen das Kommunizieren in Notfallsituationen. Herausfordernd war für sie die Unmöglichkeit, bei der Frau gezielte Informationen einholen sowie sie über die erforderlichen Massnahmen aufklären zu können. Sie berichteten, dass gerade Asylsuchende in Notfallsituationen orientierungslos waren und dass ihnen oft die Angst im Gesicht gestanden habe.

> *Eine Frau vom Asylantenheim, knapp zwei Wochen da, kam mit massivster vaginaler Blutung. Sie bekam eine Viertelstunde nach Eintritt eine Notfallsectio. Ich meine, die Frau ist überfahren worden von A bis Z. Und ich hätte mir Zeit gewünscht, die ich aber nicht hatte. In einem akuten Setting ist es ganz schwierig… Du musst reagieren, würdest es dir aber anders wünschen. (FGI_FP_2)*

> *Wir mussten eine Frau notfallmässig in den OP bringen. Ich hatte das Gefühl, sie zu vergewaltigen […], grauenvoll, so grenzüberschreitend, einfach irgendeinen Katheter einsetzen und …, man kann nicht sagen, warum und wieso. (FGI_FP_1)*

> *Das Schwierigste sind Frauen aus dem Asylantenheim, die grade mal eine Woche da sind, die drei vier Tage da sind. Neben der Sprache ist da wirklich […], denen steht wirklich die Angst ins Gesicht geschrieben. Und da finde ich den Kontakt dann am schwierigsten – die geraten in eine Notfallsituation, aus irgendeinem Grund, am Wochenende, am Abend, mit dem Taxi werden sie geschickt, stehen da, haben keine Ahnung, wo sie hingehen müssen, nichts. Wenn ich nicht Zeit habe für etwas oder mir Zeit nehmen kann, [um] einen Übersetzer zu organisieren, sondern wenn das alles relativ schnell geht, wenn man sich innert kurzer Zeit ein Bild machen muss, dann finde ich es wirklich eine Herausforderung, bei der ich dann auch an den Anschlag komme, das merke ich. (FGI_FP_2)*

Eine grundsätzliche Herausforderung bestand gemäss den Fachpersonen in der Passung zwischen dem in der Schweiz üblichen Betreuungsangebot und den Bedürfnissen der Nutzerinnen. Die Fachpersonen beschrieben, dass Frauen und Familien insbesondere die im häuslichen Umfeld angesiedelten Behandlungs- und Betreuungsangebote manchmal ablehnten, sei es weil sie diese nicht kannten (z. B. Angebot der Mütterberatung), oder, so wurde vermutet, weil sie keine Einmischung wünschten.

> *Ich glaube, […] da müssen wir gar nicht so weit gehen, nicht mal in Deutschland gibt es eine Mütter- und Väterberatung. Also, ich glaube, es hat mit dem Angebot zu tun, dass oftmals die Leute aus den diversen Flüchtlingsländern absolut keine Ahnung haben, was das soll. Die haben eine Familie zu Hause, die haben ein Umfeld zu Hause. Wofür brauchst du das dann? Da kommen sie und merken erst später, dass sie tatsächlich wirklich sehr alleine dastehen und sind dann froh um den Dienst. (FGI_FP_2)*

> *Beim Spitalaustritt habe ich eine kurdische Familie gefragt: «Wie ist es mit der Hebamme?» Und dann sofort: «Nein, das wollen wir nicht.» Aber dann hat ein Angehöriger, der Deutsch konnte, gesagt: «Doch, ihr habt ein Recht darauf! Es ist gratis!» Aha! (Lachen), und dann ist es gegangen. (FGI_FP_2)*

Darüber hinaus berichteten die Fachpersonen über die Herausforderung, Informationen verständlich, anschlussfähig und bedürfnisorientiert zu vermitteln. Standardinformationen zur Pränataldiagnostik wie auch zu Themen der Gesundheitsedukation (z. B. Prävention des plötzlichen Kindstodes) wurden

beispielhaft genannt, nicht nur wegen ihrer inhärenten Komplexität, sondern auch wegen der kulturell variablen Bedeutung, die ein Ereignis wie eine Behinderung oder der Tod des Kindes haben können. Die Fachpersonen befanden sich in einem Spannungsfeld zwischen dem Bedürfnis, verstanden zu werden und dem individuellen Recht der Nutzerinnen auf Nichtwissen, sofern dieses nicht schädlich für Mutter und Kind war.

> *Mir passiert es oft in der Sprechstunde, dass ich Abklärungen besprechen möchte, und eigentlich wollen sie [die Schwangeren] nur wissen: Baby gut oder nicht? Und dann weiss man gar nicht, wo man anfangen und wo man aufhören soll, und womit überfordert man [die Schwangere], womit produziert man mehr Ängste. Also, ich hatte mal einen Ehemann, der mir nachher vorgeworfen hat, ich würde Psychoterror machen, weil wir halt über den Ersttrimestertest aufgeklärt haben, auch über das Risiko für ein Down-Syndrom, und er hat das nicht verstanden. (FGI_FP_2)*

> *Ich habe gelernt, eine Fünf wirklich gerade sein zu lassen, Punkt, aus, amen. Solange das Kind nicht gefährdet ist – und das ist es ja in der Regel selten – muss man wirklich sagen, sie [die Migrantinnen] haben einen anderen Umgang. Sie haben eine andere Art, damit [umzugehen], vielleicht Sachen anzupacken, gut. Dann muss man sich halt einfach hinstellen und sagen: «Es ist so.» Und sie in dem unterstützen, was sie mitbringen. Und so gewinnen sie auch extrem Vertrauen. (FGI_FP_2)*

Allophonen Migrantinnen eine gute Betreuung zu bieten, erforderte von den Fachpersonen ein ausserordentliches Engagement. Es gelang nur, wenn die Rahmenbedingungen stimmten und eine Betreuungskontinuität möglich war (z. B. Beleghebammensystem). Gruppenberatungen mit Dolmetschenden erlaubten es Frauen in ähnlichen Situationen, sich über Gesundheits- oder Erziehungsthemen auszutauschen. Eine Befragte beschrieb, wie sie hier im Gegensatz zu den Einzelberatungen erlebte, dass sich die Frauen plötzlich öffneten:

> *Ich hatte die Frau in einer Gruppenberatung mit Übersetzung und mit noch zwei anderen [Frauen]. Und dann hat sie allen erzählt, was sie macht, und über die Kindererziehung und was ihr Problem ist. Und dann habe ich gemerkt, ah, jetzt kann ich beraten … Das war zwar über eine Übersetzerin, aber da sind ganz andere Sachen gekommen als vorher, in der Einzelberatung. Und das war für mich sehr viel befriedigender. (FGI_FP_1)*

Eine weitere Intervention, für die die Nutzerinnen sehr zugänglich waren, bestand in der Körperarbeit. Insbesondere Hebammen schafften beispielsweise mit Massage, Berührung, Atem- und Körperübungen einen Zugang zu den Frauen und erlaubten eine vertrauensaufbauende Begegnung auf der «Herzensebene», wenn keine verbale Kommunikation möglich war. Auch in Geburtsvorbereitungskursen mit allophonen Migrantinnen wurde Körperarbeit sehr erfolgreich eingesetzt, damit die Frauen Fertigkeiten erlernen konnten, die sie später selbstständig und nicht über die Sprache mobilisieren konnten. Ein weiterer hilfreicher Beitrag war es, die Nutzerinnen in ihrem Vorgehen zu unterstützen.

> *Der Körper ist ja schlussendlich das Daheim. Oder? Das ist unser Daheim, das wir pflegen können, auch wenn man sonst überall in der Fremde ist. (FGI_FP_1)*

> *Man muss die Leute aber auch in ihrer Kompetenz als Eltern und in ihrer Kompetenz als Mensch mit gesundem Menschenverstand wahrnehmen und fördern und stützen. Auch wenn das jetzt unserem Empfinden nicht entspricht, wie die manche Sachen machen. (FGI_FP_2)*

> *Wir müssen es ihnen vormachen, wir müssen sie machen lassen, wir müssen darauf vertrauen, dass sie wissen, was ihr Körper macht, was sie spüren. (FGI_FP_2)*

Die natürlichen Prozesse zu unterstützen konnte beispielsweise auch eine Strategie sein, um komplizierte oder unsachgemässe Anwendungen zu vermeiden.

> *Ich erinnere mich an einen Wochenbettbesuch, es sind indische Leute, und die Oma schält gerade einen riesen Berg Knoblauchzehen. Den soll sie [die Wöchnerin] aber nicht essen? Doch!*

[sagt, die Oma], den kochen wir in Milch, das ist gut für das Wochenbett, für die Milchbildung. Dann habe ich gedacht: O. k., die scheinen das seit Jahrhunderten zu machen, warum soll ich da jetzt sagen, dass sie das nicht machen sollen. Also, ich finde, da müssen wir auch ein bisschen aufpassen, dass wir uns nicht immer darüber stellen und immer das Gefühl haben, wir wissen das alles ganz genau. Es gibt ja mehrere Ansätze, auch um Lebensfragen zu lösen. (FGI_FP_1)

Obschon wiederholt zum Ausdruck kam, dass trotz des grossen Engagements die eigenen Qualitätsansprüche nicht immer erfüllt werden konnten, versuchten einige Fachpersonen, die Defizite zu relativieren. Etwa indem sie äusserten, dass die knappen Zeitressourcen gerecht verteilt werden müssten, dass die Grundversorgung gesichert sei oder dass die Qualität der Behandlung und Therapie diejenige in vielen anderen Ländern übertreffe und das Angebot deswegen gut genug sei.

Wir wollen immer, dass man uns versteht. Wir wollen auf der gleichen Basis sein. Aber es ist manchmal dort [im Heimaltland] auch nicht so. Manchmal denken sie bei uns: Wow, das ist wahnsinnig …! Sie sagen, das ist bei uns ganz anders. Und wenn wir natürlich unseren Ansatz haben, sind wir so gefrustet, weil wir mit ihnen nicht reden können. Und sie hätten vielleicht gerne einen ganz anderen Ansatz. Ich finde es ganz schwierig, dort eine Balance zu finden und sich dabei nicht ein so superschlechtes Gewissen zu machen, wenn man einander nicht verstehen kann. (FGI_FP_1)

Also darum denke ich, wir dürfen auch mal einfach ein bisschen die Füsse auf dem Boden haben und sagen: «O. k., es ist eine Schwierigkeit, wenn man hierherkommt, aber du bekommst Betreuung. Also du bekommst nicht nichts. Du bekommst jemanden, der die minimale Kontrolle ja durchführen kann, egal, ob du mit jemandem reden kannst oder nicht. Du kannst mit Händen und Füssen und Zeichnungen und Übersetzer, Übersetzerinnen erklären.» Also ich denke, weisst du, es ist ja schon o. k., wenn wir schauen, was wir noch nicht haben, wenn wir an dem arbeiten, aber es ist auch gut zu sagen: Hey, wir haben auch schon ganz viel. […] Das System ist nicht so schlecht. So über die ganze Welt gesehen. (FGI_FP_1)

Die Schnittstellen zwischen den involvierten Leistungserbringern erwiesen sich als fragiler, wenn es um den Informationsaustausch über allophone Migrantinnen ging. Fachpersonen zogen eine andere Fachperson bei, wenn sie unsicher waren, ob eine Information richtig verstanden wurde. Das konnte einfach via SMS oder Telefon passieren, beispielsweise wenn eine frei praktizierende Hebamme eine Ärztin oder einen Arzt kontaktierte. Die Fachpersonen betonten, dass gut gestaltete Übergaben an nachfolgende Dienste ausserordentlich wichtig seien. Informationen zum weiteren Gesundheitsverlauf ihrer allophonen Klientinnen zu erhalten, schätzten einige der Befragten als wichtig ein. Es war jedoch vielfach nicht sicher, ob die angebotene Betreuung wirklich adressatinnengerecht war und ob sie ihr Ziel erreichte, weil die direkte Rückmeldung von nachfolgenden Diensten oft fehlte.

Es wäre manchmal schön, ich wüsste, wie es weitergeht, und bei uns [auf der Wochenbettabteilung] hört es nach diesen drei oder fünf Tagen oft einfach auf. Und wir fragen uns oft: Aber wie ist es denn da bloss weitergegangen? Gerade […] bei vielen schwierigen [Fällen], aber auch bei Wöchnerinnen, bei denen man in dieser kurzen Zeit [auf der Wochenbettabteilung] versuchte, diese vielen Probleme zu bewältigen. (FGI_FP_2)

Die Fachpersonen betonten den Wert einer engen Zusammenarbeit der beteiligten Dienste. Diese manifestiere sich etwa durch gemeinsame Hausbesuch der Hebamme und der Mütterberaterin oder wenn eine Mütterberaterin im Geburtsvorbereitungskurs ihr Angebot erklärte. Ein solches System sei zeitaufwändig und nicht in allen Kantonen institutionalisiert. Nachbetreuende Hebammen schätzten Überweisungsberichte, aber auch Angaben zur Sprache und zur Erwünschtheit von Dolmetschenden ebenfalls als hilfreich ein. Zentral sei eine Vernetzung der beteiligten Fachpersonen, aber sie sei zeitaufwändig und deshalb gerade für die freiberuflich arbeitenden Fachpersonen schwer zu leisten.

Wir haben festgestellt, dass bei gemeinsamen Besuchen, also wenn der letzte Hausbesuch der Hebamme quasi der Antrittsbesuch der Mütterberaterin ist, eine Vertrauensübertragung statt-

findet. Ah, die macht jetzt weiter, die hört jetzt auf, aber es ist eigentlich das Gleiche. […] Das funktioniert wirklich sehr gut, das funktioniert nahezu zu 100 %. (FGI_FP_1)

4.1.5 Perspektive Dolmetschende

Verständnis für die belastende Lebenssituation haben

Dieses Thema beschreibt, wie die befragten Dolmetschenden die Frauen und Familien in ihrer Lebensumgebung wahrnahmen. In den Berichten der Dolmetschenden gab es viele Aussagen bezüglich der oft äusserst belastenden Situationen der Frauen, insbesondere der Asylsuchenden. Die Dolmetschenden konnten aufgrund der eigenen Migrationsgeschichte bzw. der eignen Mutterschaftserfahrungen auf ein erweitertes Verständnis für die Orientierungsschwierigkeiten der Nutzerinnen zurückgreifen. Sie werteten die Angehörigen in ihrer Vorbild- und Unterstützungsfunktion als wichtige Ressource.

Die befragten Dolmetschenden beschrieben, dass sie bei ihrer Arbeit grosse Sorgen und Probleme der Migrantinnen wie z. B. geringe finanzielle Möglichkeiten, eine prekäre Wohnsituation, fehlende Kinderbetreuung und häusliche Gewalt beobachteten.

> *[Ich übersetze auch für] viele Schwangere mit Problemen, bei denen man […] psychosoziale Massnahmen ergreifen muss, das macht dann auch das Spital, und zwar die Sozialabteilung. Oder [in Fragen der] Kinderbetreuung, so[lchen] Sachen, [es gibt aber] zu wenig finanzielle Möglichkeiten. [Fälle von Frauen mit] häuslicher Gewalt habe ich viel, auch im Frauenhaus, [manchmal war die] Frau vor der Geburt im Frauenhaus, [und] nach der Geburt wieder im Frauenhaus. (EI_D_Albanisch_2)*

Sehr ausgeprägt nahmen die Dolmetschenden die existentiellen Sorgen bei Asylsuchenden wahr. Diese hegten grosse Hoffnung auf eine Lösung all ihrer Probleme während den Konsultationen. Die Frauen hofften, bei den Fachpersonen und auch durch die Begegnung mit den Dolmetschenden Hilfe für ihre ungelösten Probleme zu erhalten. Wenn diese nicht auf ihre Probleme eingehen konnten, konnte es zu Enttäuschungen kommen. Nicht immer standen medizinische Sorgen im Vordergrund, und oft wussten die Frauen nicht, wer die richtige Ansprechperson für ihre Anliegen war.

> *Sie kommen mit dieser Hoffnung und erzählen die ganzen Probleme […], und am Ende fragen sie, ob ihnen der Arzt oder die Ärztin etwas verschreibt, damit sie eine andere Wohnung bekommen. Das ist eine sehr schwierige Situation. (EI_D_Tigrinya_1)*

> *Bei Flüchtlingen kann man die Unsicherheit sehr deutlich spüren. […] Und in jedem Gespräch liegt grosse Hoffnung. Die Person, die das Gespräch führt, ist für diese Flüchtlinge sehr wichtig. Sie ist sehr, sehr wichtig. Manchmal aber enttäuscht diese Person, die Realität ist halt so. Und dann ist einfach die Person schuld, ich, die Übersetzerin, oder die Fachperson. Weil wir nicht geholfen haben. (EI_D_Albanisch_2)*

Als Mutter, die erst seit Kurzem in der Schweiz lebte, hatte eine Dolmetschende selber Schwierigkeiten bezüglich der Orientierung im unvertrauten System gehabt.

> *Ich war nur seit einem Jahr in der Schweiz und habe diese Welt nicht verstanden. Obwohl ich studiert hatte, und dort [im Heimatland] Erfahrungen gemacht und gearbeitet hatte, ich wusste [eigentlich], wie es geht. (EI_D_Albanisch_1)*

Die Dolmetschenden nahmen bei den Frauen oft eine sehr starke Verbindung zu deren Familien wahr. Die Angehörigen wurden grundsätzlich als grosse Hilfe gewertet. Gemäss einer Dolmetschenden schienen die Familienstrukturen manchmal sehr geschlossen zu sein und der Einfluss der Familienangehörigen so stark, dass sie Zweifel hegte, ob die Beratungsgespräche zielführend waren. Andere befragte Dolmetschende berichteten aber auch, dass sie bei der jüngeren Generation durchaus ein Interesse an Informationen von Fachpersonen im Gastland oder an aktuellem Fachwissen erkennen konnten.

Also was die Geburt angeht, ist sie [die Familiengemeinschaft] beides. Sie ist förderlich, weil man daheim Unterstützung hat. Man kann nach Hause, weiss, da wird hinten und vorne für einen geschaut. Auf der anderen Seite sind die Strukturen dermassen zäh und eng. Da können sie lange etwas erzählen von Säuglingspflege oder von Kleinkindererziehung ..., das weiss man alles besser. (EI_D_Albanisch_1)

Es kommt einfach auch darauf an, ob die Schwiegermutter da ist, ob es eine Grossfamilie ist und ob er [der Mann] auch interessiert ist. Ist er offen? Wenn sie offen sind, dann kann man sehr viel machen. (EI_D_Albanisch_1)

Da gibt es eine starke Verbindung zu den Familien. [...] Manchmal sagen sie: «[...], die Grosseltern und Eltern zu Hause haben sechs oder acht Kinder erzogen, dann können sie sehr gut auch sagen, wie ich mein Kind [erziehen soll].» Aber ich denke, die jungen Generationen heute wollen es auch genauer wissen, wie es fachlich geht, und [es nicht so machen,] wie es die Generationen bisher gemacht haben. Ich glaube, die jungen Frauen wollen heute mehr von fachlicher Literatur oder fachlichen Personen informiert werden. (EI_D_Albanisch_2)

Widersprüchliche Erwartungen von Nutzerinnen und Fachpersonen erleben
In diesem Thema beschrieben die Dolmetschenden die Beziehungen und Interaktionen zwischen den Nutzerinnen, den Fachpersonen und sich selbst. Die Dolmetschenden sahen sich als neutrale Personen, die sprachliche und in unterschiedlichem Mass auch interkulturelle Vermittlung leisteten. Generell bezeichneten die befragten Dolmetschenden die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen als gut. Sie beschrieben, dass aus ihrer Perspektive manchmal erkennbar gewesen sei, dass die Erwartungen, die die Nutzerinnen an das Gespräch mit den Fachpersonen hatten, den von den Fachpersonen verfolgten Zielen entgegengesetzt gewesen seien. Die Diskrepanz sahen sie darin, dass die Frauen oft den Wunsch hatten, mehr über ihre Sorgen und Probleme sprechen zu können, während die Fachpersonen bestrebt waren, möglichst viele Fachinformationen abzugeben und Entscheidungen treffen zu können.

Für alle Befragten war Neutralität ein wichtiges Prärequisit ihrer Rolle als Dolmetschende. Das Verständnis fürs dolmetschen variierte aber zwischen einer wortwörtlichen Übersetzung und einer adressatengerechten Umwandlung der Gesprächsinhalte.

Wichtig ist, dass das Gesagte wirklich wortwörtlich übersetzt wird. Dass da nichts weggelassen wird, dass ich nichts hinzufüge, [...] dass die Information wirklich eins zu eins weitergegeben wird. (EI_D_Tigrinya_1)

Die Art, wie ich etwas sage, denke ich, das macht es [das Gesagte] ein bisschen milder. Ich sage nicht: «Mach das, weil sie [die Fachpersonen] das wollen.» Vielmehr versuche ich, es [das Gesagte] mit unserer Kultur zusammenzubringen: Das ist, was sie wollen, deswegen möchten sie jetzt das. (EI_D_Tigrinya_2)

Die Verantwortung für den Gesprächsinhalt sollte nach Meinung der Dolmetschenden immer bei den Beteiligten liegen. Sie lehnten eine direkte Beantwortung von Fragen der Fachpersonen oder der Nutzerinnen ab.

Und sie [die Frauen] sagen zu mir: «Ja, du warst ja letztes Mal sowieso mit mir beim Arzt, kannst ja auch die Antwort geben.» Ich sage dann: «Nein, das geht nicht, ich kann das nicht.» Es ist die Verantwortung des Patienten, zu sagen, was er verstanden hat. [...] Ich bin einfach durchsichtig. Denn das, was ich verstanden habe, ist vielleicht [etwas] anderes als das, was die Person verstanden hat. (EI_D_Tigrinya_2)

Selbst wenn der Beziehungsaufbau in kurzer Zeit sehr anspruchsvoll war, erschien es den Dolmetschenden zur eigenen Abgrenzung wichtig, nicht in informelle oder private Gespräche mit den Frauen verwickelt zu sein.

Auch nachher schaue ich manchmal darauf, dass ich nicht mit denen hinausgehe, wenn es irgendwie geht. Manchmal geht es nicht anders. Aber es ist nicht förderlich, wenn wir dann noch privat mit diesen Leuten zu tun haben und Gespräche führen. (EI_D_Albanisch_1)

Klar, wenn wir zufällig beide im Warteraum sitzen, dann sagt man manchmal: «Ja, hallo!», und beim Warten spricht man eben ganz kurz miteinander. Dann, wenn sie sagen: «Ja, wir sind da im Asylverfahren, und da und da haben wir Probleme», dann sag ich: «O. k., lass mal hören, was sie [die Fachpersonen dazu] sagen » (EI_D_Tigrinya_1)

Die befragten Dolmetschenden vermittelten, indem sie das Verständnis für kulturell geprägte Vorstellungen seitens der Gesprächsteilnehmenden erhöhten. Dies geschah zum Beispiel, indem sie bei einem Thema wie Empfängnisverhütung dazu beitrugen, dass eine vorgefasste Annahme aufgedeckt und gegebenenfalls korrigiert werden konnte. Anstatt wortwörtlich zu übersetzen, erklärten sie Sachverhalte in einer anschaulichen, bildhaften Sprache oder wählten Argumente, die mit der soziokulturellen Prägung der Frauen in Verbindung stehen. Die befragten Dolmetschenden vermittelten auch interkulturell, wenn sie Fachpersonen auf mögliche gesundheitliche Problemfelder (z. B. genitale Beschneidung) hinwiesen.

Viele [Frauen] haben negative Klischees zur Verhütung. Einige sagen: «Sie wollen uns unfruchtbar machen.» Das kommt oft vor. Oder einige sagen: «Meine Kollegin nimmt die Pille, ich möchte auch die Pille.» Oder sie sagen: «Oh, das war für meine Freundin sehr schlecht, ich will diese Art von Verhütung nicht nehmen.» Dafür mache ich ein bisschen kulturelle Übersetzung. Ich erkläre dann, dass jede Person eine eigene Stimme hat, eigene Gesichtsausdrücke und einen eigenen Geschmack, und die verschiedenen Arten der Verhütung auch nicht identisch sind. Deswegen ist es besser, wenn man selber die Erfahrung macht. Denn vielleicht mag ich Spaghetti und jemand anderes mag nur Gemüse. Das ist auch nicht gleich. Ich versuche, solche Sachen so zu erklären. (EI_D_Tigrinya_2)

Wenn sie [die Fachpersonen] die Beschneidung kontrollieren wollen, [sage ich nicht:] «Sie möchten jetzt sehen, ob du beschnitten bist oder nicht.» Ich sage das nicht so. Ich sage nur: «Wenn wir gebären, besonders beim ersten Kind, brauchen sie Vorbereitungen für diese Geburt, und sie müssen wissen, welche Art von Beschneidung du hast. Deswegen wollen sie das kontrollieren.» Dann sehen sie [die Frauen] ihren Vorteil und willigen ein. […] Ich setze mich auch [bei den Fachpersonen] dafür ein, dass die Beschneidung bei schwangeren Frauen abgeklärt wird … Ich sage: «Es wäre auch gut, dass kontrolliert wird, ob sie beschnitten ist oder nicht.» (EI_D_Tigrinya_2)

Die Dolmetschenden erkannten die Chancen, die sich für die Nutzerinnen aufgrund der neuen soziokulturellen Gegebenheiten eröffneten und wiesen diese darauf hin, wie sie davon profitieren konnten.

Wenn eine Frau schwanger ist, frage ich sie immer: «Wo ist Ihr Partner?» Und sie sagen: «Er war hier und kommt wieder, wenn ich fertig bin.» Und ich sage: «Wieso, er kann auch [in die Sprechstunde] kommen. Ich selber freue mich, wenn ich den Herzschlag deines Kindes höre. Er kann ihn auch hören […].» Einmal war er auch im Wartezimmer und ich habe ihm gesagt: «Willst du auch mit uns kommen?» «Nein, das ist Frauensache.» [Ich antwortete:]« Nein, nein, das ist nicht Frauensache, das ist auch Männersache.» Dann ist er gekommen. Es war etwa eine dreimonatige Schwangerschaft, und er hat das Herz gehört, und er hat gesagt: «Ah, das ist jetzt das Herz!» (Lachen) Dann ist er immer gekommen. (EI_D_Tigrinya_2)

Die Ressourcen der Dolmetschenden als Kulturvermittelnde wurden indes nicht immer voll ausgeschöpft. Die Befragten erwünschten sich mehr Möglichkeit, in Vor- oder Nachgesprächen gesundheitsbezogene oder kulturelle Kontextinformationen austauschen zu können. Im Allgemeinen erlebten die Dolmetschenden die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen positiv. Sie beschrieben sie als fachkompetent und sehr engagiert, was die Verständigung mit den Nutzerinnen und deren Wohlbefinden betraf.

Sie geben sich oft Mühe, dass die Frauen sich wohlfühlen oder dass die Information auch wirklich ankommt. Sie suchen nach Unterlagen in verschiedene Sprachen. Also, was ich bis jetzt erlebt habe, ist sehr gut. Was ich interessant finde, ist wenn sie nach oder vor dem Gespräch fragen: «Wie ist denn das in Eritrea? Wie ist denn die Kultur? Was ist da anders?» Also, da merke ich schon, dass sie sehr interessiert sind. (EI_D_Tigrinya_1)

Die Befragten berichteten nur über vereinzelte schlechte Erfahrungen, in deren Folge dann ein Auftrag auch einmal abgelehnt werden konnte. Die Dolmetschenden beschrieben auch seltene konflikthafte Situationen. Diese konnten auftreten, wenn Fachpersonen, insbesondere jene, die wenig Erfahrung hatten mit Dolmetschenden, unangemessene Ansprüche an die Dolmetschenden stellten, z. B. Auskünfte über eine Frau verlangten oder forderten, dass die Dolmetschenden stellvertretend für die Frau Formulare ausfüllten, oder wenn die Fachpersonen die Dolmetschenden aufforderten, anhand von schriftlichen Unterlagen eigenständig Erklärungen abzugeben.

Da hat es auch mal Situationen gegeben, in denen ich ein bisschen von den Fachpersonen enttäuscht war […], aber da kann ich nicht meine eigene Meinung mitteilen, weil wir nur zum Übersetzen da sind, oder? [...] aber da habe ich gesagt: «Ok, das war mir so unsympathisch, das fand ich nicht in Ordnung, wie man dort [...] mit den Leuten umgeht und spricht, und da gehe ich nicht mehr hin.» (EI_D_Tigrinya_1)

Die Dolmetschenden hatten zuweilen damit Schwierigkeiten, dass die Fachpersonen in einer komplizierten medizinischen Fachsprache sprachen.

Viele Fachpersonen oder viele Ärzte meinen, wir seien vom Fach und fangen an, in ihrer Sprache (Lachen) das ganze Medizinische zu erklären. Dann sage ich mal: «So, uff, o. k., bitte noch einmal. Diese ganzen Fachbegriffe, also wir sind ja nur Dolmetscher, wir sind ja nicht vom Fach.» (EI_D_Albanisch_1)

Vertrauen zu den Dolmetschenden war für die befragten Frauen ganz wichtig und bildete die Basis für ein gelingendes Gespräch. Der Vertrauensaufbau zu den Frauen war anspruchsvoll, weil er in sehr kurzer Zeit erfolgen musste. Ein freundliches Auftreten, das Geschlecht und die Herkunft der Dolmetschenden waren scheinbar die Schlüsselelemente für einen gelungenen Beziehungsaufbau.

Die Patientin […] ist zuerst neugierig, wer übersetzt. Also wer ist diese Frau, die jetzt meine Sorge übersetzen soll? Das ist sehr wichtig, dass eben diese Vertrauensbasis auch schnell hergestellt wird. Zwischen mir als Dolmetscherin und der Patientin. Wenn das schnell klappt, dann ist auch die Zusammenarbeit zwischen der Hebamme, mir und der Patientin […] sehr gut. […] Dieses Vertrauen, wenn man es schafft am Anfang, [es erleichtert] die Arbeit. […] Ich kann niemanden umarmen, wenn es ihm schlecht geht. Aber ich kann vielleicht ein Lachen schenken oder nur ein «wie geht's?». […] Das ist für mich ein Türöffner für ein gutes Gespräch. (EI_D_Albanisch_2)

Die Klärung der Vertraulichkeitsfrage im Vorfeld konnte laut Aussage der Dolmetschenden ausschlaggebend dafür sein, ob ein Gespräch mit ihnen überhaupt stattfand. Wenn die Nutzerinnen und die Dolmetschende dieselbe Herkunft hatten, konnte dies dazu beitragen, dass die beiden einfacher miteinander in Beziehung traten. Eine Dolmetschende aber erklärte, dass diese Gemeinsamkeit im vertraulichen Gespräch mit der Fachperson als Störfaktor empfunden werden könne oder möglicherweise gar Misstrauen hervorrufe, weil Frauen manchmal befürchteten, dass Vertrauliches an Landsleute weitererzählt würde.

Für mich ist es einfach, dieser Kontakt, einfach, dass ich da bin, dass ich sage. Hallo, ich komme auch aus Eritrea. Wie geht es? Ist alles gut verlaufen? Alles ist in Ordnung? Jetzt können sie […], wenn sie ähnliche Fragen haben, können sie sie wirklich stellen. Ich kann alles dolmetschen. (EI_D_Tigrinya_1)

Ich möchte immer, dass die Patienten Vertrauen [in mich] haben. Ich spreche NIE mit Fachpersonen ohne zu übersetzen, was ich jetzt spreche. Für mich ist das Vertrauen wichtig. Sie ernst [zu] nehmen ist sehr wichtig. (EI_D_Tigrinya_2)

Während Nutzerinnen das Bedürfnis hatten, von ihren Sorgen zu sprechen, zogen die Fachpersonen oft Dolmetschende bei, um standardmässige Informationen abzugeben, z. B. bei Austrittsgesprächen. Beratung und Information war, so die befragten Dolmetschenden, manchmal zu komplex und nicht adressatinnengerecht gestaltet. Gerade bei Asylsuchenden standen existenzielle Fragen im Vordergrund. Die Dolmetschenden stellten entsprechend fest, dass es in diesen Fällen schwierig war, z. B. Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention zu vermitteln.

Aber aus meiner Sicht könnte man vielleicht ein wenig mehr Geduld zeigen, damit diese Sorgen mal angehört werden. Weil die Frau die Person echt gebraucht hat, um ihre Sorgen zu erzählen. Und eben, es war auch ein Fall, wo du niemanden hast, und plötzlich kommt jemand, der genau das anspricht, und dann erwartest du, dass deine Probleme gehört werden. (EI_D_Albanisch_2)

Diese junge Frau, mit 19 Jahren, mit einem Baby, frisch da, irgendwo in der Schweiz, und kaum Deutsch. Dann hatte sie nach der Geburt Komplikationen und musste noch einige Tage im Spital bleiben. Und dann mussten wir Themen besprechen, ich erinnere mich nicht genau, aber sehr fachlich. […] Aber für diese Frau waren alle diese Sachen sehr weit weg. […] Jetzt interessiert sie sich nur für [die Fragen]: Was mache ich morgen? Was mache ich heute Nacht? Nicht in zwei Monaten […] Und die Frau schämt sich, eben weil sie mit 19 Jahren ein Kind [hat] und dann in der Schweiz [ist], und dann [ist] alles, alles neu, oder. Und dann plötzlich kommt jemand und erzählt so eine riesige Welt. Dann bist du einfach schockiert, und sagst: «Oh je, wo bin ich?» (EI_D_Albanisch_2)

Die befragten Dolmetschenden sprachen zum Teil auch über ihre eigenen Mutterschaftserfahrungen in der in der Schweiz. Der Spitalalltag sei für eine Wöchnerin per sehr anspruchsvoll, mit Sprachbarrieren würden Informationen als Überflutung wahrgenommen, die rasch zur Überforderung werden könnten. Dazu käme auch das häufig wechselnde Personal.

Ich habe es ja auch selber erlebt [als Mutter]. Und ich habe […] dann gedacht: Oh Mann … […], es ist ja Wahnsinn, […] zu viele Informationen und zu verschiedene Ärzte, Pflegepersonen. Das ist ja wirklich ein Rein und Raus. Und nach der Schwangerschaft ist man eigentlich sehr erschöpft, man möchte sich ein bisschen ausruhen, aber das ist ja nicht wirklich der Fall im Krankenhaus, oder? Man kommt ja erst zu Hause zur Ruhe […]. Es ist sehr, sehr störend und [es sollten] nicht so viele verschieden Personen […] die Klienten betreuen, da es ja sowieso schwierig mit der Kommunikation ist. [Man sollte sagen,] wir beauftragen nur zwei, drei Leute oder nur eine Person. (EI_D_Tigrinya_1)

Die Dolmetschenden erlebten ihre Arbeit im geburtshilflichen Setting, bei der sie z. B. den Verlauf einer Schwangerschaft mitverfolgen konnten, als Bereicherung. Eine professionelle Distanz zu den Sorgen und Nöten der Frauen und Familien aufzubauen stellte auch für sie eine Herausforderung dar.

Ich probiere so gut wie möglich, so emotional wie möglich, das so zu dolmetschen, dass es so rüberkommt, wie es gesagt wird, vielleicht zu 80 % oder so. Und dann muss das eigentlich reichen. Man sieht dann schon, oder, wenn, das gehört jetzt vielleicht auch nicht gerade zum Thema, aber wenn eine Frau vergewaltigt worden ist. (EI_D_Albanisch_1)

Also eben, seit ich selber Mutter geworden bin, ist es für mich immer ganz schwierig zum Beispiel im Spital oder am Wochenbett, wo es um Mütter mit kranken Kindern geht. Dort werde ich sehr, sehr weich und sehr schnell … Es ist für mich dort schwierig zu übersetzen. Ich sage, also jetzt [musst du] stark [sein], es geht um eine Übersetzung, es ist dein Job jetzt. Aber dort fühle ich mich weich. (EI_D_Albanisch_2)

Sehr anspruchsvoll war es auch, wenn die Dolmetschenden in Konfliktsituationen vermitteln mussten. Hier beschrieben die Dolmetschenden, dass sie z. T. die Rolle einer Mediatorin übernahmen.

> *Dann, weil kein Dolmetscher dort war [...], hat es [ein] sprachliches Missverständnis gegeben und diese Frau war am Weinen und das war einfach sehr schwierig, und nachher haben sie mit mir einen Termin vereinbart. Dann bin ich gekommen und sie wollte nicht mit dieser Fachperson sprechen. [...] Dann musste man mit ihr diskutieren und es ihr erklären und so. Das war eine schwierige Situation. Aber nachher [...], als ich auf Tigrinya alles erzählt habe, ist es gut gewesen. (EI_D_Tigrinya_2)*

> *Zuerst wollten sie gar keine Übersetzerin, sie waren fast beleidigt. Und irgendwann haben sie dann trotzdem auf meine Dienste zurückgegriffen. Und dann nachher, dann hat der Arzt gesagt: «Gut, dann nehmen wir das nächste Mal keine Übersetzerin», dann waren sie aber trotzdem froh [und ich] bin bis am Schluss geblieben. Und sie hat einfach ihre Bedenken geäussert, hin und her, dass sie eigentlich nicht wollen, dass [das Baby] so früh operiert würde … Und dann hat der Arzt gesagt, ja, es sei aber trotzdem besser wegen dem und dem, man dürfe eben nicht so lange warten für das und so. (EI_D_Albanisch_1)*

Ohne Dolmetschen geht's nicht

Dieses Thema fasst zusammen, was es aus Sicht der Dolmetschenden braucht, damit für Frauen eine Gesundheitsleitung nutzbar ist und damit Fachpersonen diese Leistung zielbringend erbringen können. Die Dolmetschenden forderten, dass alle allophonen Frauen die Möglichkeit hätten, einen Dolmetschdienst beizuziehen. Ausserdem lieferten sie eine Reihe von Hinweisen, die die Qualität des Dolmetschens und die Verständigung allgemein verbessern könnten. Sie empfahlen, Hindernisse zu überwinden, indem man die Gespräche einfach gestalte, sie nicht überfrachte und sich genügend Zeit dafür nehme. In der geburtshilflichen Situation würden für die Frauen die unmittelbar relevanten Themen im Vordergrund stehen, mit denen sie sich beschäftigten. Die Übersetzung mit und durch Angehörige wurde als problembehaftet beurteilt. Alle Interviewten bevorzugten das Dolmetschen vor Ort, weil die sprachliche Übermittlung einfacher sei und der Vertrauensaufbau besser gelinge als am Telefon. Telefondolmetschen sei jedoch besser als gar nichts. Eine sinnvolle Ergänzung seien gut aufbereitete Informationsbroschüren. Aber die Grundaussage lautet gemäss den Befragten: Ohne dolmetschen geht's nicht.

Die Dolmetschenden hielten fest, dass eine Übersetzung aus ihrer Sicht unentbehrlich sei und als Grundrecht auf Verständigung verankert werden sollte, wenn die Fremdsprachenkenntnisse nicht ausreichend seien.

> *Ich wünsche mir, dass meine Landsleute alle Gas geben und Deutsch lernen [lächeln] und ich bin, ich bin sehr [...] ehrgeizig [und wünsche mir sehr,] dass sie alle selber kommunizieren können. (EI_D_Tigrinya_2)*

> *Jede Person, die zur Behandlung kommt, hat das Recht zu verstehen, was mit ihr gemacht wird. (EI_D_Tigrinya_2)*

> *Ich verstehe jeden, der sagt, sie [die Frauen] sollen Deutsch lernen. Ich verstehe jeden. Aber ohne Dolmetscher ist es einfach nichts. Es geht einfach nicht. Es ist einfach für beide Seiten nicht gut, oder. (EI_D_Albanisch_1)*

In einem Beispiel schilderte eine Dolmetschende, wie anspruchsvoll das Kommunizieren in einer Fremdsprache sein konnte. Selbst wenn die Nutzerin die Sprache auf einem einfachen Alltagsniveau beherrschte, stellte es eine enorme Herausforderung dar, das Vokabular in einem neuen Themenspektrum zu verstehen. Die Kommunikation erschwert hätten auch die verschiedenen schweizerdeutschen Dialekte. Sie hätten das Übersetzen schwieriger gemacht, andererseits habe auch das passive Sprachverständnis der Nutzerinnen nichts genützt, wenn im Dialekt gesprochen worden sei. Wenn Hochdeutsch gesprochen worden sei, hätten die Frauen oft einiges verstanden.

Ich kam ja hierher, ich hatte ein Studium [als Gesundheitsfachperson] und alles. Und dann, als ich selber Mutter geworden bin, habe ich gedacht: Ja, jetzt, ich kenne alles. Aber es ist anders, wenn du andere berätst, und es ist anders, wenn du selber Mutter bist. Nach der Geburt ging ich zur Mütterberatung. […] Und hier war alles auf Deutsch. […] Ich konnte das alles nicht wissen, obwohl ich das alles schon wusste. […] Ich dachte, ja, ich verstehe die ganzen Sachen, die sie erzählt, aber es ist immer noch sehr schwierig, schwierige Wörter für mich. Sie waren sehr nett zu mir und alles. Aber trotzdem waren es für mich sehr schwierige Gespräche. Es war für mich wie eine Prüfung, dorthin zu gehen mit meinem Kind. Denn ich musste mich auf die deutsche Sprache konzentrieren. Was sie mir sagt, das ist jetzt sehr wichtig für mein Kind, und ich muss jetzt genau zuhören. Aber ob ich das verstehe, das war mein grosses Fragzeichen. (EI_D_Albanisch_1)

Und bitte kein Berndeutsch oder Schweizerdeutsch oder irgendein Deutsch. Die Fachpersonen sollten einfach Hochdeutsch sprechen. Denn ich bin der Meinung, dass die Patienten auch ein bisschen verstehen können. Aber wenn ich Berndeutsch oder irgendein Schweizerdeutsch mit Fachpersonen spreche, [denken die Frauen:] Was sagen sie diese Leute über mich? Aber mit Hochdeutsch versuchen sie, zu verstehen. Ich sage immer: «Ich dolmetsche nur in Hochdeutsch.» Ja. Ich kann kein [Schweizerdeutsch] sprechen, aber verstehen kann ich. Aber ich mag das nicht. (EI_D_Tigrinya_2)

Gute Übersetzung sei, so die befragten Dolmetschenden, besonders zu Betreuungsbeginn wichtig oder bei diagnostischen Massnahmen (z. B. Blutentnahmen, Ultraschall). Wenn ein Gespräch zur Klärung und Zufriedenheit der Frauen beitrage, dann sei dies auch für die Dolmetschenden ein Erfolgserlebnis.

Es ist besser am Anfang. Am Anfang, bis das alles geklärt ist, [braucht es] einfach eine Dolmetscherin. Nachher ist es Routine. Die Patientin hat verstanden, um was es geht, was die Ärzte machen. Dann ist der Rest nicht so problematisch. Aber wenn von Anfang an die Sachen nicht verstanden wurden, das führt zu [...] Medikamenten- und Behandlungswechsel, die Patienten kommen nicht mehr […]. Weil sie nicht sicher sind, was gemacht wurde, weil sie nicht verstanden haben. (EI_D_Tigrinya_2)

Wenn ich am Anfang komme, da merke ich immer, dass die Frauen unsicher sind und bisschen verwirrt. Wenn ich dann da bin und nach dem Gespräch merke, dass die Frau wieder strahlt, sich wieder sicher fühlt, dann sage ich: «O. k., das war doch alles gut, gut verstanden, sie fühlt sich wieder sicher.» Dann ist es für mich eigentlich ein Erfolgserlebnis. (EI_D_Tigrinya_1)

Die Dolmetschenden berichteten jedoch, dass sie seit einiger Zeit weniger zugezogen worden seien als früher. Als Grund dafür vermuteten sie Sparmassnahmen. Wenn Einschränkungen zwingend seien, dann sollten die Fachpersonen nach Möglichkeit wenigstens den Telefondolmetschdienst beiziehen.

Nach der Geburt ist [der Beizug einer Dolmetschenden] auch sehr wichtig, besonders bevor sie [die Frauen] nach Hause gehen. Was sie machen sollen. Wohin sie gehen sollen. Was mit dem Kind machen. Die Austrittgespräche waren sehr, sehr gut und hilfreich, eigentlich. Aber vielleicht bekomme ich keine Aufträge mehr, aber [ich war] jetzt seit langem [nicht mehr an einem Austrittsgespräch]. (EI_D_Tigrinya_2)

Was den Kommunikationsstil angeht, erkannten die Befragten gelegentlich ein Verbesserungspotential, z. B. hinsichtlich der Gesprächsführung. Sie empfahlen, dass die Gesundheitsfachpersonen sich Zeit für Erklärungen nehmen sollten. Um erfolgreich zu beraten, sei es ferner wichtig, einfache Gespräche zu führen, «ganz nah an der Materie» zu bleiben, überzeugend zu argumentieren und die Frauen nicht mit Fachbegriffen und zu vielen Informationen zu überfordern. Für den Gesprächseinstieg rieten sie, sich zuerst über das Befinden und dringende Anliegen zu erkundigen und Raum für Bedürfnisse und Sorgen zu lassen.

Ja, vielleicht ist es manchmal wichtig [...], nicht immer sofort zur Sache zu kommen, sondern zu fragen: «Wie geht es? Wie [...] fühlen Sie sich? Wie sind Sie hergekommen?» […] ein bisschen

das Hintergrundgeschehen von den Frauen verstehen oder erfragen. Weil ich glaube, dass das immer sehr wichtig ist. Für beide. [...], also ich meine, wenn man viele Klienten aus Eritrea hat, sollte man schon wissen, wo Eritrea liegt, sage ich mir immer, oder? (EI_D_Tigrinya_1)

Obschon die Gesprächsgestaltung zu dritt anspruchsvoll war, stellte der Einbezug des Mannes eine zusätzliche Herausforderung, aber auch eine Chance dar. Die befragten Dolmetschenden berichteten, dass in solchen Situationen ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet sein sollte, dass die Frau dazu ermutigt werde, selber zu sprechen. Dies sei insbesondere dann schwierig, wenn die Fachpersonen sich an den Mann wendeten, statt beide anzusprechen und zu informieren. Dolmetschende erzählten auch von Situationen, in denen sie beobachteten, dass die Männer wichtige medizinische Informationen zurückhielten, um ihre Frauen zu schützen,

Einige [Männer] kommen mit ihren Frauen und beantworten alle Fragen für ihre Frau. Und manchmal sage ich: «Ja, sie fühlt ja selber, wie [es] ihr geht, und ich möchte jetzt gerne, dass sie für sich selber spricht.» Das mache ich. Das mische ich [mich] immer ein. Ich möchte, dass die Frauen selber für sich sprechen. Was ich nicht mag ist, wenn der Mann ein bisschen deutsch spricht, die Fachpersonen, wollen dass nur der Mann kommt zum Übersetzen. [...] Eine Frau hat mir einmal erzählt: «Ich will nicht, [dass] mein Mann kommt, weil ich weiss, dass er nicht richtig übersetzt und nicht alles übersetzt.» (EI_D_Albanisch_2)

Wichtig ist, dass die Fachpersonen immer beide ansprechen und beide informieren. Und wenn die Fachpersonen das machen, gelingt das [Gespräch mit einem Ehepaar] gut. [...] was ich oft erlebt habe ist, dass manche Fachpersonen […] eher mit dem Mann sprechen, und dann ist es natürlich schwierig für mich, oder? [...] Es ist immer wichtig, wie die Fachpersonen das Gespräch leiten. (EI_D_Tigrinya_1)

Aus Sicht der befragten Dolmetschenden würde sich das Telefondolmetschen für die einseitige Informationsvermittlung eignen, es schien aber ungeeignet zu sein für komplexere, ethisch anspruchsvolle Gesundheitsthemen, die einen Interaktionsprozess erforderten. Ein wesentlicher Vorteil des Telefondolmetschdienstes sei es, dass er jederzeit verfügbar sei, z. B. wenn Entscheidungen unter Zeitdruck gefällt werden müssten. Von allen befragten Dolmetschenden wurde das Telefondolmetschen als Notlösung gewertet, da wichtige Informationen, wie sie z. B. durch Mimik, Gestik und Intonation der Sprache vermittelt würden, beim Telefondolmetschen wegfallen würden. Schwierigkeiten bereiteten beim Telefondolmetschen die mangelnde Mimik und das akustische Verstehen, aber auch der erschwerte Vertrauensaufbau.

Vor Ort ist natürlich alles persönlicher, oder? Und ich glaube, dass sich die Frauen eher getrauen zu fragen, die fühlen sich wohler. Ich glaube wirklich, da sind sie viel offener. Am Telefon, das ist [dann] wirklich nur [eine] kurze Übersetzung, eben. [Die] Fachperson erklärt, [was] sie hört. Wenn sie Fragen haben, wirklich nur ganz kurz, oft haben sie auch nicht so viele Fragen am Telefon, habe ich schon gemerkt (lächelnd gesagt). (EI_D_Tigrinya_2)

Ich habe einmal telefonisch gedolmetscht. Das war an einem Sonntag. Die Geburt war sehr lang und das Kind war ein bisschen gestresst. Die Fachpersonen wollten eine Operation machen, aber dieses Ehepaar wollte nur warten. […] Und das war für mich eine schwierige Situation, dass ich für die Leute nichts machen konnte. Ich habe zu ihnen gesagt: «Ich bin Eritreerin, wie ihr, und ich mache nichts Schlechtes für euch. Das ist für das Kind, und die Fachpersonen arbeiten auch nur, um Menschen zu retten. Und was sie jetzt sagen, ist für das Kind, und auch für die Mutter.» Trotzdem waren sie sehr, sehr, sehr, sehr hartnäckig. Trotzdem haben sie am Schluss eingewilligt. (EI_D_Tigrinya_2)

Broschüren wurden grundsätzlich als gute Ergänzung zur mündlichen Information gewertet. Diese seien natürlich nur dann hilfreich, wenn sie in die Muttersprache der Frauen übersetzt und verständlich waren. Die Abgabe von deutschsprachigem Material konnte Irritationen auslösen, wenn die Frauen keine Möglichkeit hatten, sich diese Informationen zu erschliessen. Die befragten Dolmetschenden wiesen auch darauf hin, dass bei der Abgabe schriftlicher Informationsmaterialen nicht nur die Fähig-

keiten des Lesens, sondern auch das Verständnis im Umgang mit schriftlicher Informationsermittlung vorausgesetzt werden müsse.

> *Ich sage immer: Nicht so viel Papier! Dieses ganze Papier, das ist einfach (zu viel) für die Frauen, das überfordert sie, oder? Weniger Papier, mehr erzählen. Und wenn, dann finde ich wichtig, dass man die Dokumente, die wirklich wichtig sind, übersetzen lässt. [...] Weil es schlussendlich niemandem etwas bringt. Die geben da Papiere und Informationen, und die Frauen können das gar nicht lesen [...]. Sie kennen auch niemanden, zu dem sie hingehen können, um es sich übersetzen zu lassen. […] Nach der Geburt hat man sowieso andere Gedanken und Sorgen, und da kommen die Blätter sowieso in den Müll, oder? (EI_D_Tigrinya_1)*

> *Also ich wäre sehr froh gewesen, wenn ich damals eine Broschüre auf Albanisch gehabt hätte. Als frische Mutter. Das hätte mir geholfen. Also, dann bleibt immer noch die Frage, oder, wie viele von diesen Personen lesen diese Broschüren? Aber ich denke, in meinem Fall, hätte ich sehr gerne gelesen und sogar studiert. Ich glaube, es gibt Frauen, die genauso lesen können. Vielleicht nicht alle, aber sicher mehr als die Hälfte kann das schon. Weil es um ihr Kind geht, es geht um das Leben, es geht um ein neues Leben als Mutter und so was. Das sind ganz neue Dinge. (EI_D_Albanisch_2)*

4.2 Quantitativer Teil: Analyse der telefonisch gedolmetschten Beratungsgespräche

4.2.1 Inanspruchnahme des Telefondolmetschdienstes

Während der 30 Monate dauernden Evaluationsphase zogen die frei praktizierenden Hebammen bei 52 Beratungsgesprächen den Nationalen Telefondolmetschdienst bei. Von den 29 Hebammen, die eine Schulung zur Nutzung des Telefondolmetschdienstes besucht hatten und den Dienst unentgeltlich nutzen durften, machten nur zehn Hebammen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Falls vom Telefondolmetschdienst Gebrauch gemacht wurde, wurde er jeweils zwischen ein und 20 Mal beigezogen (Tabelle 7).

Tabelle 7: Beizug Telefondolmetschdienst pro frei praktizierende Hebamme

											Total
Hebamme	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	10
Telefondolmetschgespräche	20	13	6	3	2	2	2	2	1	1	52

Nach Ausschluss der Gespräche, deren Protokollierung die Einschlusskriterien nicht erfüllten, standen für die Evaluation 46 Telefondolmetschprotokolle zur Verfügung (Abbildung 3).

Während Konsultationen mit einigen allophonen Wöchnerinnen zogen die Hebammen den Telefondolmetschdienst mehrere Male hinzu, normalerweise jedoch nur einmal. Insgesamt fanden die 46 Dolmetscheinheiten bei 31 verschiedenen Familien statt. Bei der Betreuung von 20 Familien wurde der Telefondolmetschdienst jeweils nur einmal genutzt, bei den restlichen zwei- bis maximal viermal. Übersetzte Sprachen waren vor allem Türkisch (n=7), gefolgt von Tigrinya (n=5), Arabisch und Portugiesisch (je n=3), Albanisch (n=2) und jeweils einmal Amharisch, Bengali, Farsi, Japanisch, Kurmandschi, Somali, Spanisch, Tamilisch und Thailändisch. Im regionalen Vergleich war die türkische Sprache in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, wo FamilyStart sein Einzugsgebiet hat, die am häufigsten gedolmetschte Sprache (Interpret, 2016).

An den telefonisch gedolmetschten Gesprächen nahmen in 34 Fällen nur die Wöchnerin und die Hebamme teil. Bei 10 Gesprächen war der Mann der Wöchnerin und bei zwei Gesprächen waren andere Familienangehörige anwesend. Die meisten durch einen Dolmetschenden vermittelten Gespräche fanden während der ersten vier Hausbesuche statt (n=33). Dabei ist anzumerken ist, dass bei neun Dolmetscheinheiten die entsprechende Angabe fehlte. Die gedolmetschten Gespräche dauerten zwischen 5 und 47 Minuten. Im Durchschnitt dauerten die Gespräche 18 Minuten, wobei die Gesprächsdauer der meisten Gespräche (n=41, entspricht 89 %) zwischen 5 und 15 Minuten (n=22) und 16 und 29 Minuten (n=19) variierte. Nur 5 Gespräche (11 %) dauerten 30 Minuten und länger.

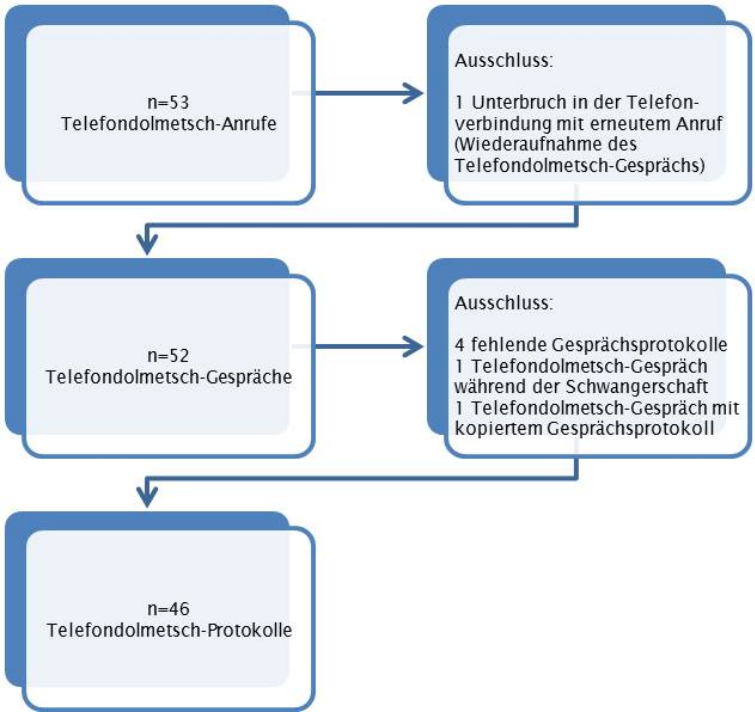

Abbildung 3: Auswahl der Telefondolmetschprotokolle und Ausschlüsse

4.2.2 Stichprobenmerkmale der Wöchnerinnen und Neugeborenen

Die Mehrheit der 31 Wöchnerinnen war zwischen 19 und 30 Jahre alt (n=18) und in einer Partnerschaft lebend (n=25). Der Telefondolmetschdienst wurde sowohl von erstgebärenden Klientinnen (n=9) als auch von Frauen mit mehreren Geburtserfahrungen (n=22) genutzt. Zum Zeitpunkt der Gespräche betrug das Alter der Neugeborenen zwischen 3 und 34 Tagen. Die Neugeborenen waren mehrheitlich zwischen 4 und 6 Tage alt (n=18). Die Klientinnen kamen der Häufigkeit nach aus Eritrea (n=6), aus der Türkei (n=5) und aus Portugal (n=2). Jeweils eine Klientin stammte aus Äthiopien, dem Iran, Japan, Kosovo, Marokko, Sri Lanka, Somalia und Thailand. Bei 11 Wöchnerinnen fehlte die Angabe zum Herkunftsland.

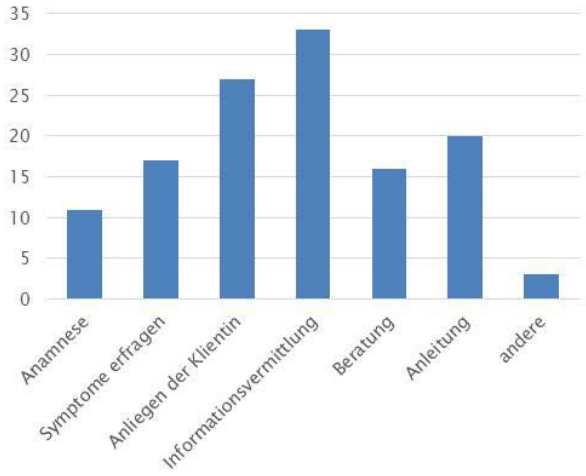

Abbildung 4: Ziele der Telefondolmetschgespräche (127 Nennungen, keine Enthaltungen)

4.2.3 Ziele und Themenbereiche des Telefondolmetschgespräches

Am häufigsten nutzten die Hebammen den Telefondolmetschdienst, um Informationen zu vermitteln (n=33), oder damit die Klientin ihre Anliegen anbringen konnte (n=27). Die Anamnese (n=11) und die Beratung (n=16) gaben nach Angaben der Hebammen am wenigsten Anlass, den Telefondolmetsch-

dienst beizuziehen. Abbildung 4 fasst alle Gesprächsabsichten der Hebammen, die den Telefondolmetschdienst beigezogen haben, zusammen. Die Hebammen konnten Mehrfachnennungen machen oder sich enthalten, was in dieser sowie auch in den folgenden Auswertungen berücksichtigt wurde.

Die eher seltene Nennung der Anamnese mag damit zusammenhängen, dass die beiden Geburtskliniken, die mit dem Netzwerk einen Leistungsvertrag für die Nachsorge abgeschlossen haben, den frei praktizierenden Hebammen für jedes austretende Mutter-Kind-Paar einen Entlassungsbericht mitgegeben haben.

Bei den Gesprächsinhalten wurden Themen zur somatischen Gesundheit deutlich häufiger genannt als Themen zur psychosozialen Situation (Abbildung 5). Am häufigsten nannten die Hebammen die Gesundheit des Kindes (n=34), das Stillen (n=31) und die körperliche Gesundheit der Klientin (n=29) als Themen, die in einem gedolmetschten Gespräch angesprochen wurden. Weniger häufig wurden psychosoziale Themen oder Themen zur Gesundheitsversorgung und Betreuungskoordination genannt. Nie erwähnt wurden Informationen zu Entlastungsangeboten. Unter «anderes» gaben die Hebammen im Freitextfeld mehrfach Rückbildung, Beckenbodentraining und Antikonzeption als besprochene Themen an. Ferner wurden je einmal Probleme mit einem Schreikind und häusliche Gewalt angegeben.

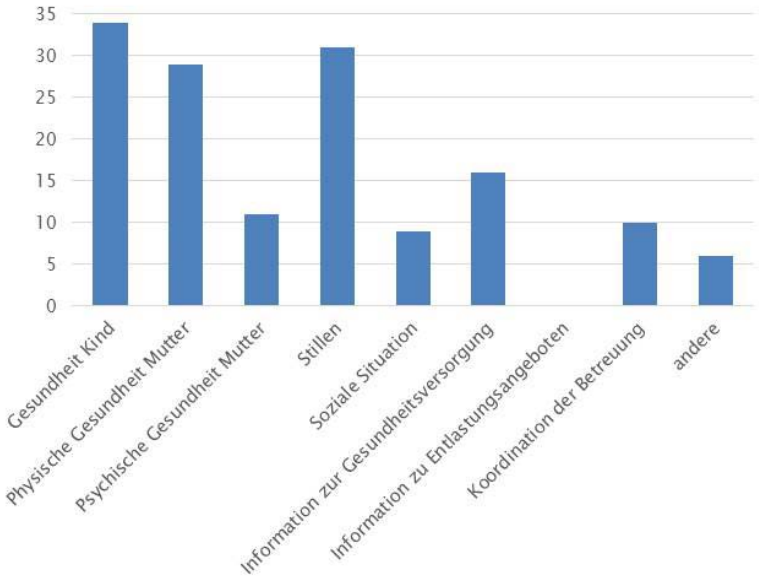

Abbildung 5: Themen der Telefondolmetschgespräche (146 Nennungen, keine Enthaltungen)

4.2.4 Wahrgenommene positive Auswirkungen des Telefondolmetschens

Die wahrgenommenen positiven Auswirkungen des Beizugs eines telefonischen Dolmetschdienstes protokollierten die Hebammen, indem sie Aussagen auswählten, die den folgenden Satz ergänzten: *«Der Dolmetscheinsatz hat dazu beigetragen, dass…»* (Abbildung 6). Am häufigsten gewählt wurden die Aussagen, dass die Klientin die Erklärungen verstanden habe (n=35) und dass sie ihre Anliegen und Fragen äussern konnte (n=32).

Mehrere Hebammen machten im Freitextfeld Angaben zu weiteren positiven Auswirkungen des Einsatzes von Dolmetschenden am Telefon. Wiederholt beschrieben wurden Freude und Zufriedenheit über den Einsatz dieses Dienstes:

> *Die Familie war zufrieden, dass die diversen Erklärungen von meiner Seite via Dolmetscher übermittelt werden konnten und dass für sie geklärt werden konnte, ob noch Fragen da sind. (GP 640)*

Die mehrfache Mutter war sehr glücklich, dass sie […] das erste Mal die Funktion und die Übungen zum Beckenboden erklärt erhielt. Sie sog die Information richtiggehend auf. (GP 642)

Hebammen beschrieben auch, dass Klientinnen dank des Einsatzes von Dolmetschenden ihr Gesundheitswissen erweiterten und an Sicherheit gewannen:

Das Kind war ikterisch. Dank der Dolmetscherin verstand die Mutter, weshalb ein Ikterus entsteht und wie er bei Bedarf behandelt wird. Sie wirkte danach beruhigt. (GP 638)

Die Klientin konnte ihre Gesundheitskompetenz erweitern, sie kennt nun ihre Optionen zu Rückbildung und Verhütung besser. (GP 644)

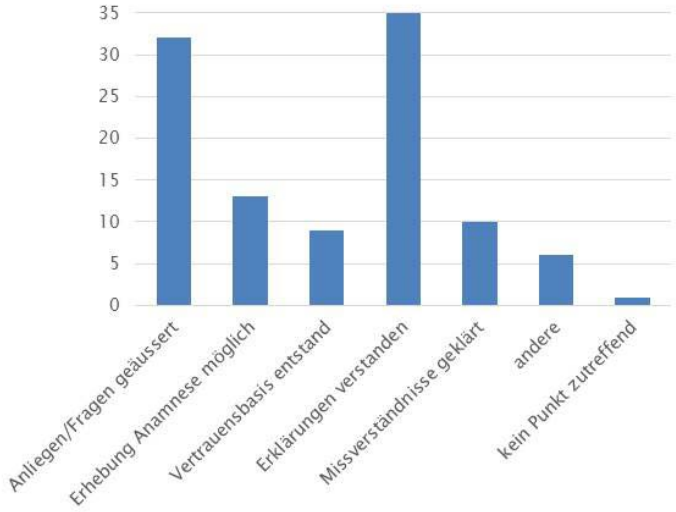

Abbildung 6: Wahrgenommene positive Auswirkungen der Telefondolmetschgespräche (106 Nennungen, 2 Enthaltungen)

Weitere positive Aussagen im Freitextfeld galten der Kompetenz einer Dolmetschenden und der Effizienz des Telefondolmetschdienstes:

Die Dolmetscherin übersetzte sehr fliessend – schien sehr gute Deutschkenntnisse zu haben. (GP 634)

Es gelang in kurzer Zeit eine Verbindung zum Dienst … (GP 613)

4.2.5 Erlebte Schwierigkeiten bei der Nutzung des Telefondolmetschdienstes

Um die Schwierigkeiten mit dem Telefondolmetschdienst zu erörtern, konnten die Hebammen verschiedene Aussagen zum Satz *«Der Dolmetscheinsatz war mit Schwierigkeiten verbunden, weil …»* machen (Abbildung 7). Viele Hebammen machten zu dieser Frage keine Aussage und es wurden verhältnismässig wenige Nennungen gemacht. Am häufigsten wurde angegeben, dass keine der vorgeschlagenen Schwierigkeiten aufgetreten war (n=15). Als erlebte Schwierigkeiten wurden mit je drei Nennungen eine ungenügende Verbindungsqualität und nicht ausreichende Kenntnisse der Dolmetschenden zu den Gesundheitsthemen notiert. Nur zweimal vermerkten Hebammen, dass ein Thema für eine Übersetzung am Telefon zu komplex gewesen sei. Die Frage bleibt offen, ob Hebammen bei einer komplexen Thematik von vornherein auf einen Beizug des Telefondolmetschdienstes verzichteten, weil ihnen dieses Mittel als nicht zielführend erschien.

Wie in der Rubrik «anderes» angedeutet, wurden im Freitextfeld die Probleme näher beschrieben. Manchmal war der Zeitaufwand bis zur erfolgreichen Zuschaltung einer Dolmetschenden ein Problem, die eingeschränkte zeitliche Verfügbarkeit einer Dolmetschenden wurde bemängelt, oder es kam wegen einer besetzten Leitung gar kein Dolmetschgespräch zustande.

Die Telefonleitung war über längere Zeit besetzt. (GP 613)

Dauer bis eine Verbindung mit dem Dolmetscher zustande kam: 15 min. (GP 602)

Die Dolmetscherin musste das Gespräch beenden, da sie keine Zeit mehr hatte. (GP 631)

Beim vorhergehenden Besuch war die Telefonleitung über längere Zeit besetzt, sodass ich ohne «Hilfe» die [Wochenbett-]Kontrolle gemacht habe. (GP 613)

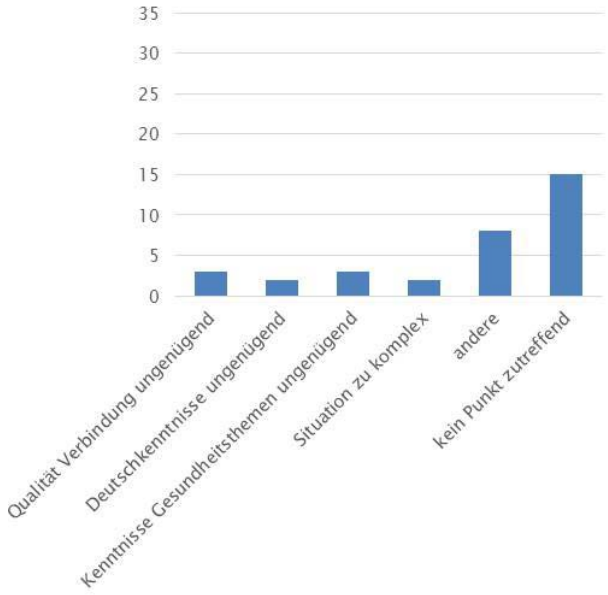

Abbildung 7: Schwierigkeiten bei der Nutzung des Telefondolmetschdienstes (33 Nennungen, 19 Enthaltungen)

Die Erfassung der gesprochenen Sprache für die Vermittlung einer geeigneten Dolmetschenden konnte für die Vermittlungszentrale darstellen, wie beispielsweise im Fall einer Kurmandschi sprechenden Frau:

Fraglich war, ob der Dialekt verstanden wurde. Die Dolmetscherin war aus der Türkei, die Wöchnerin aus dem Irak. War o. k. (GP 623)

Für die Gesprächsleitung konnte es eine Herausforderung darstellen, wenn sich weitere Familienmitglieder am Gespräch beteiligten:

Die Mutter äusserte sich im Telefongespräch nur wenig. Die Hauptperson im Gespräch war die Schwiegermutter – diese leitete auch sonst die Wöchnerin an und gab «Anweisungen». (GP 621)

Der Mann sprach immer wieder dazwischen. (GP 628)

Während des Gesprächs konnten technische Probleme den Nutzen des Dolmetschens einschränken. Teilweise konnten die aufgetretenen Probleme noch während des Gesprächs gelöst werden.

Die Tonqualität über meinen Handylautsprecher war mangelhaft. Die Dolmetscherin hatte deshalb teilweise Mühe, uns akustisch zu verstehen. Ich hielt dann das Handy immer zu mir oder zur Klientin zum Sprechen. So verstand uns die Dolmetscherin besser. (GP 651)

Komplexe Themen konnte ich nicht ansprechen, weil die Verbindung zu schlecht war. (GP 612)

Nach einigen Minuten hörten wir die Dolmetscherin noch, sie uns aber nicht mehr. Wir riefen dann nochmals an und es klappte. (GP651)

Weitere Bemerkungen bezogen sich auf die Kompetenz der Dolmetschenden und auf deren Rollenverständnis:

> *Dolmetscherin sprach länger mit der Klientin, ohne das Gesagte für mich zu übersetzen. (GP631)*
>
> *Die Dolmetscherin verstand ihre Rolle nicht richtig. Sie beantwortete meine Fragen einmal gleich selber oder mischte sich in den Inhalt ein. (GP?)*

Zweimal war notiert, dass die Dolmetschende beim übersetzten nicht wie empfohlen in der direkten Rede sprach, sondern in der dritten Person.

Insgesamt gab es deutlich mehr Nennungen zu positiven Auswirkungen des Telefondolmetschdienstes als zu Schwierigkeiten bei dessen Nutzung. Der Dolmetschdienst per Telefon scheint aus Sicht der befragten Hebammen ein nützliches Instrument zu sein, dessen Einsatz grundsätzlich mit wenigen Hindernissen verbunden ist.

4.2.6 Geschätzter Nutzen des Telefondolmetscheinsatzes für die Betreuungsqualität
Die Hebammen konnten mittels einer VAS den Nutzen einschätzen, den der Telefondolmetscheinsatz aus ihrer Sicht auf die Qualität der Betreuung hatte. Die Skala reichte von «keinen Nutzen» bis zu «sehr hoher Nutzen» (von 0–100 mm, Vergleiche dazu Protokoll im Anhang 11.6). Der Mittelwert aller Angaben lag bei 73,9 mm bei einer Standardabweichung von 18,2 mm. Die Spannweite umfasste Werte von 19 bis 99 mm.

4.3 Synthese

Die Sichtweisen der Fachpersonen, Dolmetschenden und Nutzerinnen zeigen in einigen Punkten ein übereinstimmendes Bild. Zugleich sind aus den verschiedenen Perspektiven auch deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung von Hindernissen und Problemen in der Kommunikation mit allophonen Frauen zu identifizieren. Im Folgenden wird die Synthese der Ergebnisse aus den unterschiedlichen Blickwinkeln dargestellt. Dabei fliessen die Ergebnisse aus der quantitativen Analyse der telefonisch gedolmetschten Beratungsgespräche als Aspekte der Perspektive von Fachpersonen in die Darstellung ein (Tabelle 8).

Tabelle 8: Ergebnismatrix mit Synthese

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

Herausforderung, die jeweils andere Welt zu verstehen
In der Synthese der Perspektiven wurde deutlich, dass es für alle Involvierten eine grosse Herausforderung darstellte, die unterschiedlichen Lebenswelten und das unvertraute System am neuen Ort zu verstehen.

Im Rahmen der reproduktiven Versorgung hatte die Lebenssituation der allophonen Nutzerinnen im Aufnahmeland einen starken Einfluss auf die Kommunikation mit den Fachpersonen. Die Lebensbedingungen der Nutzerinnen, ihre Gewohnheiten, Erwartungen und Wertvorstellungen konnten sich individuell sowie durch die kulturelle Prägung deutlich von den Vorstellungen und Gewohnheiten der Fachpersonen unterscheiden. Kamen noch schwierige soziale Verhältnisse der Nutzerinnen und ein unsicherer Aufenthaltsstatus dazu, wurde die kommunikative Situation besonders komplex und anspruchsvoll. Diese Bedingungen im Rahmen des Versorgungsangebotes angemessen zu berücksichtigen, stellte hohe Anforderungen an die transkulturelle Kompetenz der Fachpersonen, die ihre diesbezügliche Kompetenz zum Teil gezielt entwickelten und ihre persönliche und berufliche Erfahrungen als sehr wertvoll einschätzten.

Alle Beteiligten, sowohl die Nutzerinnen als auch die Fachpersonen und die Dolmetschenden, versuchten zu verstehen, wie sich die Realität aus der jeweils anderen Perspektive darstellte. Für die Nutzerinnen bedeutete es eine schwierige Aufgabe, sich im ausdifferenzierten und komplex organisierten Gesundheitssystem der Schweiz zurechtzufinden und die Betreuungsangebote einordnen zu können. Die Orientierungslosigkeit der Nutzerinnen war auch für die Dolmetschenden und die Fachpersonen erkennbar. Letztere stellten ausserdem fest, dass bei den Nutzerinnen existentielle Probleme im Vordergrund standen, zu deren Lösung sie – die Dolmetschenden und die Fachpersonen – jedoch kaum einen Beitrag leisten konnten.

Den Dolmetschenden gelang es leichter, Verständnis für die Lebenssituation der allophonen Migrantinnen aufzubringen, weil sie das Herkunftsland kannten, auf ihre eigene Migrationserfahrung zurückgreifen konnten und vergleichbare Anpassungsprozesse in einem fremden Land durchlaufen hatten. Manchmal konnten sie auch aus persönlichen Erfahrungen schöpfen, die sie selber im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterwerden gemacht hatten. Zudem verstanden sie den Hintergrund der Betreuungsziele von Fachpersonen, konnten diese in das hiesige Wertesystem einordnen und erkannten häufig, welche Informationen den Nutzerinnen in ihrer Situation fehlten. Die meisten Befragten erachteten das Zuziehen von Dolmetschenden als den Schlüssel zu einer Kommunikation, die auf sprachliches und kulturelles Verständnis aufbaute. Allerdings legten Ergebnisse unserer Studie nahe, dass Dolmetschende zu selten hinzugezogen wurden.

Eine Ressource verkörperten für die Nutzerinnen häufig die Angehörigen und der Partner. Sie waren für sie meist der wichtigste Halt in der unbekannten Situation. Die Fachpersonen erlebten die Angehörigen teilweise eher als hinderlich, fanden manchmal schwer Zugang zu ihnen und nutzten sie über den Einbezug als Ad-hoc-Dolmetschende hinaus kaum als Ressource. Auch hier stellten interkulturelle Dolmetschende eine wichtige Hilfe dar. Ohne sie würden Fachpersonen das Familiensystem der Nutzerinnen hinsichtlich der innerfamiliären Ressourcen manchmal nicht gut einschätzen, auch wäre es für sie schwieriger, diese Ressourcen nutzen zu können.

Die Dolmetschenden schilderten, dass die allophonen Migrantinnen manchmal alle ihre Fragen an die Gesundheitsfachpersonen adressierten, auch solche Anliegen, die nicht mit gesundheitlichen Aspekten zusammenhingen. Die Nutzerinnen hegten grosse Hoffnungen, im Rahmen der geburtshilflichen Betreuung auch darauf Antworten zu erhalten. Sie könnten schlecht einschätzen, welche Aufgaben und Kompetenzen die Gesundheitsfachpersonen hätten und inwiefern ihnen diese von Nutzen sein könnten. Die Fachpersonen erkannten diese Bedürfnisse der Nutzerinnen und sahen sich mit Fragen konfrontiert, zu deren Beantwortung sie keinen befriedigenden Beitrag leisten konnten. Dabei beobachteten vor allem die Dolmetschenden manchmal die enttäuschten Hoffnungen und die Ratlosigkeit der Frauen.

Sich um das Verstehen bemühen und oft nicht vom Gleichen sprechen
Die aus allen Perspektiven unternommenen Anstrengungen zur Verständigung reichten häufig nicht aus, um angemessen über die Behandlung informieren und den Erwartungen und Bedürfnisse der allophonen Migrantinnen adäquat begegnen zu können.

Die asymmetrische Interaktion zwischen Fachpersonen als Expertinnen und Nutzerinnen als Laien verstärkte sich bei der Betreuung allophoner Migrantinnen. Die Kommunikation und Informationsvermittlung war für beide Seiten ohne die Sprachvermittlung nur sehr eingeschränkt möglich. In vielen Situationen sahen die Fachpersonen keine Möglichkeit, Bedürfnisse und Erwartungen der Nutzerinnen in Erfahrung zu bringen und das Betreuungsangebot daran auszurichten. Für die Fachpersonen schien die Situation manchmal durch die Verständigung mit Händen und Füssen zwar im Hinblick auf den Kommunikationsprozess nicht befriedigend gelöst worden zu sein, aber im Resultat, wenn Mutter und Kind gesund nach Hause gehen konnten, doch zu einem angemessenen Ergebnis geführt zu haben.

Fachpersonen engagierten sich häufig stark, um ihre Klientinnen über die Betreuungsziele und über Interventionen angemessen aufzuklären und zu einer selbstbestimmten und informierten Entscheidung zu befähigen. Bei Sprachbarrieren gelang dies jedoch oft nicht, es kam zu Abstrichen bei der Aufklärungspflicht. Insbesondere in Notfallsituation befanden sich die verantwortlichen Fachpersonen in einem Dilemma zwischen der Anforderung, ihrem Handeln eine informierte Entscheidung der Nutzerinnen zugrunde zu legen, und ihrer beruflichen Pflicht, alle zur Sicherheit von Mutter und Kind notwendigen Massnahmen unverzüglich zu ergreifen. Betroffene Migrantinnen erlebten sich in solchen Situationen als ohnmächtig und den Entscheidungen der Fachpersonen ausgeliefert.

Die Fachpersonen wussten meist wenig darüber, wie sich der Gesundheitsverlauf und die Elternschaft nach Abschluss der Betreuungsphase, in die sie involviert waren, gestaltete, und erfuhren von später auftretenden Problemen oder nachhaltig schlechten Erinnerungen der Nutzerinnen an die perinatale Betreuung in der Regel nichts.

Für die Nutzerinnen waren die Auswirkungen des erlebten Gefühls, wesentliche Informationen nicht erhalten zu haben und der Willkür von Fachpersonen ausgeliefert gewesen zu sein, noch lange spürbar. Sie erhielten auch im Nachhinein keine Erklärung auf ihre Fragen, verstanden wesentliche Behandlungsentscheidungen, wie zum Beispiel die Durchführung eines Kaiserschnitts, auch später nicht. In der Folge befürchteten Nutzerinnen, auch bei Folgeschwangerschaften ähnliche Erfahrungen machen zu müssen. Es wurden keine Strategien der Nutzerinnen erkennbar, wie diese in Zukunft das Versorgungsangebot besser zu nutzen gedachten.

Die Erfahrungen der Dolmetschenden bestätigten die Unterschiede zwischen den Perspektiven der Fachpersonen und der Nutzerinnen. Sie nahmen in den Gesprächen unterschiedliche Erwartungen wahr, z. B. dass die Frauen den Wunsch hatten, mehr über ihre Sorgen sprechen zu können, während die Fachpersonen bestrebt waren, möglichst viele Fachinformationen abzugeben. Die Dolmetschenden erkannten, dass sich die Nutzerinnen oft in einer unterlegenen Position fühlten, in der sie eigene Bedürfnisse und Anliegen nicht zu äussern oder deren Befriedigung sie nicht einzufordern wagten. Dieses Beziehungsgefälle kombiniert mit Sprachbarrieren würde es den Fachpersonen erschweren, die Situation der Klientin auf dem Hintergrund ihrer Lebenswelt richtig einzuschätzen.

Auch dann, wenn die Nutzerinnen bereits eigene Sprachkompetenzen erworben hatten und das Gespräch auf Deutsch geführt wurde, konnte die Menge an Informationen, denen sie im Zusammenhang mit der Mutterschaft begegneten, Gefühle von Überforderung und Selbstzweifel auslösen. Es gelang den allophonen Migrantinnen dabei nur schwer, relevante von weniger relevanten Aussagen zu unterscheiden und die Nutzerinnen waren in Sorge, etwas Wichtiges zu verpassen. Dies wurde von den Fachpersonen unter Umständen nur schwer erkannt. Die Fachpersonen schilderten keine Situationen, in denen, in denen sie die Sprachkompetenzen der Nutzerinnen nicht eindeutig einzuschätzen wussten.

Fachpersonen waren sich der erschwerten Bedingungen, unter denen sie mit fremdsprachigen Migrantinnen arbeiteten, durchaus bewusst. Sie sahen oft keine befriedigenden Möglichkeiten, ihren eigenen Ansprüchen an eine gute Betreuung gerecht zu werden, insbesondere dann, wenn die Sprachbarriere

nicht oder nur mit hohem Aufwand überwunden werden konnte. Die Fachpersonen erwarteten auch von den Nutzerinnen Bemühungen, durch den Erwerb der lokalen Sprache dazu beizutragen, dass die Verständigung besser gelingen würde. Sie waren ernüchtert, wenn diese für sie kaum erkennbar waren. Die Nutzerinnen hingegen beschrieben, dass sich die Fachpersonen ihnen gegenüber teilweise diskriminierend geäussert hätten bzw. dass sie diskriminierend behandelt worden seien.

Dolmetschende überbrückten diese widersprüchlichen Erwartungen, indem sie einen Beitrag zur transkulturellen Verständigung leisteten. Dies taten sie z. B., indem sie vermittelten, warum eine Fachperson eine Frage stellte (z. B. zur Beschneidung), oder indem sie erklärten, warum eine Nutzerin die Fragen möglicherweise nicht richtig verstand oder sie nicht beantworten mochte.

Die interviewten Dolmetschenden bewerteten telefonisch gedolmetschte Gespräche zwar als einfacher zu organisieren als jene vor Ort, hielten diese aber eher dann für geeignet, wenn es um kurze, einfache Informationen ging. Bei komplexen Themen und zur Etablierung einer vertrauensvollen Beziehung erachteten sie das vor Ort Dolmetschen für besser geeignet. Telefondolmetschen sei aber unbedingt «besser als nichts». Aus der quantitativen Analyse der telefonisch gedolmetschten Beratungsgespräche von Hebammen in der Wochenbettnachsorge war ersichtlich, dass mehrheitlich somatische Probleme Inhalt dieser Gespräche waren, während es weniger darum ging, psychosoziale Probleme zu lösen. Es wurde deutlich, dass der Beizug von Telefondolmetschenden zahlreiche positive Auswirkungen hatte, am häufigsten jene, dass die Klientin ihre Fragen und Anliegen äussern konnte und die Erklärungen verstand. In einigen Fällen beschrieben Hebammen, wie dies aus ihrer Sicht die Gesundheitskompetenz und die Zufriedenheit der Klientin positiv beeinflusst hatte. Von erlebten Schwierigkeiten beim Beizug von Telefondolmetschenden berichteten die Hebammen seltener. Kritik, die die Fachpersonen äusserten, galt vor allem dem zusätzlichen Zeitaufwand, der Qualität der Telefonverbindung und der Professionalität der Übersetzung. Gemäss Aussagen der Fachpersonen in den FGI kam auch in Kliniken der kostengünstigere Einsatz von Telefondometschenden vermehrt vor.

Übergestülpte Gesundheitsleistungen
Aus der Synthese der verschiedenen Sichtweisen erschien das reproduktive Versorgungsangebot im Schweizer Gesundheitssystem aufgrund der mangelnden sprachlichen Verständigung in gewissen Situationen als autoritär, übergestülpt und nicht bedürfnisorientiert.

Die Fachpersonen erkannten ein grosses Informationsdefizit der allophonen Nutzerinnen und unternahmen beträchtliche Anstrengungen, um dieses zu decken, wobei sie aufgrund der Sprachbarriere rasch an Grenzen stiessen. Die Fachpersonen machten viele hilfreiche Betreuungsangebote, die von den Nutzerinnen gerne angenommen wurden. Die befragten Migrantinnen wertschätzten auch alle Bemühungen, die sie bei den Fachpersonen erkannten. Sie wünschten sich aber manchmal eine zurückhaltende und eine weniger invasive geburtshilfliche Begleitung, die den natürlichen Prozessen mehr Raum liesse. Darüber hinaus waren medizinische Leistungen, wie z. B. im Bereich der Pränataldiagnostik, nicht immer mit dem Wertesystem der befragten Migrantinnen vereinbar, so dass die detaillierte Information und Aufklärung als Zumutung wahrgenommen wurde. Die Fachpersonen wiederum fühlten sich in einem Dilemma, da sie ihren Klientinnen das Recht auf eine informierte Entscheidung ermöglichen wollten. Wenn der Hintergrund und das Ziel der geburtshilflichen Interventionen nicht verstanden wurden oder den eigenen Erwartungen und Überzeugungen wiedersprachen, erlebten Nutzerinnen sich teilweise als Objekt von Entscheidungen der Fachpersonen. Die befragten Nutzerinnen erlebten in gewissen Situationen das Versorgungsangebot als autoritär und nicht bedürfnisorientiert.

Aus allen Berichten wurde klar, dass im Rahmen der Versorgungsangebote der Einbezug von Dolmetschenden meist nur punktuell möglich und selten kontinuierlich vorgesehen war. Dies führte gemäss Dolmetschenden aber auch Fachpersonen dazu, bei geplanten gedolmetschten Gesprächen viel zu viele Informationen unterzubringen, die letztlich die Nutzerinnen überfordern. Es sei den Nutzerinnen oft nicht möglich gewesen, alle Informationen auf einmal aufzunehmen und alle ihre Fragen zu stellen. Insbesondere in den ersten Wochenbetttagen sei für die jungen Mütter vieles neu und unbekannt und ihr Interesse gelte den aktuellen Problemen, die Schritt für Schritt zu lösen seien. Die vermeintlich bestmögliche Nutzung der Gelegenheiten, Dolmetschende beizuziehen, konnte so dazu führen, dass

eine Fülle von Informationen bei der Nutzerin abgeladen wurde, ohne dass diese davon profitieren konnte – und im schlimmsten Fall, ohne dass sie die Informationen zur Lösung ihrer Probleme nutzen konnte.

Die Möglichkeit, Dolmetschende hinzuzuziehen, bestand nicht für alle Fachpersonen im gleichen Masse und wurde unterschiedlich genutzt. Die Befragten berichteten sowohl vom kontinuierlichen Beizug in allen relevanten Situationen (z. B. in spezialisierten Sprechstunden), manchmal sogar mit immer der gleichen Dolmetschenden, als auch vom praktisch vollständigen Fehlen dieser Möglichkeit, oder davon, dass das Beiziehen von Dolmetschenden an einen enormen administrativen Aufwand gekoppelt war. Einzelnen Berichten zufolge wurde der Einsatz von Vor-Ort-Dolmetschenden teilweise abgebaut und mit Telefondolmetschenden ersetzt.

Die Dolmetschenden spürten den Wunsch der Nutzerinnen, sich bezüglich vieler brennender sozialer Fragen zu orientieren. Oft wurden sie von den Nutzerinnen explizit um Hilfe gebeten. Dabei gab es grosse Unterschiede zwischen Dolmetschenden, die bis zu einem gewissen Grad auch zuliessen, persönlich involviert zu werden (z. B. die Telefonnummer für Notfälle während der Geburt abgaben), und solchen, die versuchten, sich stärker abzugrenzen. Zuweilen fühlten sie sich durch die Konfrontation mit den psychosozialen Problemen der Nutzerinnen überfordert.

Die Forderung nach einer Verbesserung der Verfügbarkeit von Dolmetschleistungen erschien in allen Perspektiven und wurde am stärksten von den Nutzerinnen betont. Diese forderten explizit und wiederholt die konsequente Möglichkeit, Dolmetschende beizuziehen. Es wurde aus allen Perspektiven sehr deutlich, dass der Beizug von Dolmetschenden für informierte Entscheidungen und für die Selbstbestimmung der Nutzerinnen unerlässlich sei. Gesundheitsfördernde, edukative oder präventive Ziele könnten in der Arbeit mit allophonen Migrantinnen nur dann verfolgt und erreicht werden, wenn Dolmetschende verfügbar seien.

5 Limitationen und Stärken der Studie

Diese Studie hatte zum Ziel, kommunikative Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von allophonen Migrantinnen zu beschreiben. Die Triangulation der verschiedenen Sichtweisen von Nutzerinnen, Fachpersonen und interkulturellen Dolmetschenden war für die Schweiz erstmalig. Indem der Forschungsgegenstand aus drei Perspektiven untersucht wurde, konnte herausgearbeitet werden, inwiefern sich die Einschätzungen der Befragten deckten bzw. Unterschiede aufwiesen. Eine Stärke dieser Studie besteht darin, dass gerade die Nutzerinnen, die die lokale (deutsche) Sprache nicht beherrschten, die Möglichkeit erhielten, ihre Erfahrungen darzustellen. Häufig wird in Studien aufgrund des grossen Übersetzungsaufwandes auf die Stimme allophoner Teilnehmenden verzichtet. Als Schlüsselpersonen lieferten die Dolmetschenden klärende Deutungen zu den in der Praxis erlebten Situationen. Durch die Peer Review und die kommunikative Validierung der Interviews wurde die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse sowohl im Forschungsteam als auch bei den Befragten breit abgestützt.

Eine Limitation des qualitativen Teils der Studie betrifft die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Obschon die Stichprobe mit 36 Teilnehmenden für eine qualitative Erhebung insgesamt gross war, war die Gruppe der Nutzerinnen mit sechs eritreischen Frauen und vier Albanisch sprechenden Frauen klein. Die teilnehmenden Nutzerinnen stammten aus zwei Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichen soziokulturellen Merkmalen, Bedingungen im Heimatland und Migrationsgeschichten (Burri Sharani et al., 2010; Eyer & Schweizer, 2010). So widerspiegeln die Ergebnisse ein breites Erfahrungsspektrum, das die Kommunikation und die erlebten sprachlichen Barrieren von Frauen mit einem heterogenen Hintergrund während der Mutterschaftsversorgung umfasst. Dennoch sind Rückschlüsse auf die übrige Migrationsbevölkerung nur bedingt möglich. Ausserdem gab es Ergebnisse – etwa betreffend Zufriedenheit mit der Versorgung –, die sich zwischen den beiden Sprachgruppen klar unterschieden. Die Aussagen der Fachpersonen waren hingegen nicht auf ihre Erfahrungen mit bestimmten Sprachgruppen beschränkt, sondern umfassten ihre Erfahrungen mit allophonen Migrantinnen unabhängig von deren Herkunft.

Der Zugang zu den in dieser Studie befragten Migrantinnen stellte eine grosse Herausforderung dar. Wie in der Literatur empfohlen, erfolgte die Rekrutierung unter Einbezug von Schlüsselpersonen (Krueger & Casey, 2009). Diese übernahmen nach sorgfältiger Einführung bestimmte Rekrutierungsaufgaben selbstständig. Die vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien wurden im Verlauf der Studie leicht gelockert. So nahm beispielsweise eine Albanisch sprechende Frau teil, deren sprachliche Kompetenz nicht eindeutig als allophon bezeichnet werden konnte, da sie in der Lage war, ein einfaches Gespräch in Deutsch zu führen. Die Ergebnisse aus dem mit ihr geführten Interview liessen dennoch Rückschlüsse auf kommunikative Herausforderungen während ihrer geburtshilflichen Versorgung zu und gaben zudem auch Einblicke in die Herausforderungen, die sich im Rahmen des sprachlichen Kompetenzerwerbs stellten. Für diese Studie sollten ursprünglich nur Frauen mit einem problemlosen geburtshilflichen Verlauf rekrutiert werden. Es nahmen letztlich aber auch Mütter teil, die Komplikationen bei der letzten Geburt gehabt hatten. Ausserdem sprachen einige Mütter im Interview von früheren Geburtserfahrungen, die pathologisch verlaufen waren. Weil der Zugang zu den Nutzerinnen sehr schwierig war und sie schwer zur Teilnahme motiviert werden konnten, entschieden wir uns dafür, diese Frauen nicht aus der Studie auszuschliessen.

Die Eritreerinnen wurden ausschliesslich über eine Schlüsselperson rekrutiert, die gleichzeitig als Dolmetschende bei der geburtshilflichen Beratung einiger Nutzerinnen involviert war. Diese Frau war auch anwesend beim FGI, um das Gespräch für die anwesenden Forscherinnen simultan zu übersetzen. Der Einbezug von bekannten Dolmetschenden könnte bei den teilnehmenden Nutzerinnen einen Loyalitätskonflikt aufgelöst haben. Aufgrund eines möglichen Abhängigkeitsverhältnisses konnten sozial erwünschten Antworten nicht ausgeschlossen werden.

Bei den übersetzten Interviews musste in Kauf genommen werden, dass Teile der zwischen Interviewerin und Befragten ausgetauschten Informationen den Forschenden nicht unmittelbar und vollumfänglich zugänglich waren. Es liegt jedoch ein fachmethodischer Konsens vor, dass trotzdem ein relevanter Erkenntnisgewinn möglich sei (Kruse, 2012; Lauterbach, 2014). Daher wurde grosser Wert darauf gelegt, die Moderatorinnen und Dolmetschenden vorgängig intensiv zu schulen und in das Forschungsteam zu integrieren, so dass sie selber über ein umfassendes Verständnis der Methode verfügten.

Die Rekrutierung von Fachpersonen hingegen gestaltete sich unproblematisch. Das könnte Ausdruck einer hohen Motivation sein, ein relevantes Praxisproblem zu thematisieren, und könnte bedeuten, dass Personen, denen die Thematik besonders am Herzen lag und die sich deshalb bei der Betreuung allophoner Migrantinnen besonders engagieren, übervertreten waren.

Bei der quantitativen Erhebung der Erfahrungen mit dem Telefondolmetschen handelte es sich um die erste Evaluation des Nationalen Telefondolmetschdienstes seit dessen Einführung im Jahr 2011. Die Ergebnisse geben Einblick in die Möglichkeiten und Grenzen des Dolmetschens per Telefon aus Sicht von Hebammen bei postpartalen Hausbesuchen. Hinsichtlich der Daten handelte es sich um eine Vollerhebung aller Einsätze während einer Pilotphase im Setting der ambulanten Wochenbettbetreuung durch Hebammen. Im spitalexternen Bereich hatten Hebammen im Rahmen des FamilyStart-Versorgungsmodells erstmals Zugang zu finanzierten Telefondolmetschleistungen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Settings und Berufsgruppen ist eingeschränkt.

Nicht befragt wurden Hebammen, die den Telefondolmetschdienst trotz entsprechender Schulung und kostenfreiem Zugang nicht nutzten. Es wäre interessant gewesen zu erfahren, welche Gründe sie von der Nutzung abhielten. Da Hebammen im Netzwerk einen hohen Anteil von Familien mit Migrationshintergrund betreuen, ist davon auszugehen, dass auch diese Hebammen fremdsprachige Klientinnen betreuten. Die Hebammen, die den Telefondolmetschdienst nutzten, taten dies meist sehr selten. Auch hier bleibt die Frage offen, weshalb sie bei anderen Wochenbettbesuchen auf den Beizug des Telefondolmetschdienstes verzichteten.

Da kein validiertes Erfassungsinstrument für Erfahrungen mit Telefondolmetschenden existierte, wurde aufgrund von Expertenmeinungen ein kurzer Fragebogen mit Mehrfachantwort-Fragen und einem Freitextfeld entwickelt. Eine Frage fokussierte die positiven Auswirkungen des Teledolmetschens auf die Klientin, eine andere die Hindernisse im Bereich Technik und Kompetenzen der Dolmetschenden.

Dies liess keinen direkten Vergleich der beiden Fragen zu. Positive Seiten der Technik und der Dolmetschkompetenz sowie Problematiken, welche durch das Telefondolmetschen für die Klientin hätten entstehen können, wurden nicht explizit erfragt. Das Freitextfeld erlaubte jedoch, spezifische Erfahrungen zusätzlich zu beschreiben.

Die Anzahl der protokollierten Dolmetschgespräche war zu klein, um in der statistischen Analyse Assoziationen zwischen erlebten positiven Auswirkungen und Schwierigkeiten des Telefondolmetschens und dem eingeschätzten Nutzen bezüglich der Betreuungsqualität zu berechnen.

Die im Hebammen-Netzwerk für die Qualitätsentwicklung zuständige Hebamme initiierte die Erstellung des Fragebogens, nahm als praktizierende Hebamme an der Datenerhebung zur Evaluation des Telefondolmetschdienstes teil und war Teil des BRIDGE-Forschungsteams. Bei der Analyse der Daten zum Telefondolmetschen war sie nicht beteiligt. Die Verantwortung für die Datenanalyse oblag der BRIDGE-Studienleiterin, die nicht Teil des Hebammen-Netzwerkes ist.

6 Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie haben gezeigt, dass bei allophonen Migrantinnen im reproduktiven Versorgungsalltag kommunikative Barrieren vorhanden sind, die den Zugang zu und die Nutzung von Gesundheitsleistungen behindern. Dieser Befund bestätigt Ergebnisse früherer Studien aus der Schweiz (Bihr & Kaya, 2014; Bollini, Stotzer & Wanner, 2007). Vor allem vulnerable Personen sind konfrontiert mit Barrieren im Gesundheitssystem, welche wiederum die Verletzlichkeit dieser Menschen erhöhen. Eine unzureichende Kommunikation mit Leitungserbringern, das Gefühl, Rassismus und Diskriminierung ausgesetzt zu sein sowie prekäre Arbeits- und Aufenthaltssituationen gelten als stressauslösende Faktoren. Abläufe in den Institutionen und die Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten sind ausschlaggebend dafür, ob sich diese ausreichend informiert fühlen (Bihr & Kaya, 2014; Bollini et al., 2007). Mangelnde Sprachkenntnisse beeinflussen die reproduktive Gesundheit erwiesenermassen negativ (Flores, 2005; Merten & Gari, 2013; Sentell, Chang, Ahn & Miyamura, 2016).

Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden ist herausfordernd
Die befragten Nutzerinnen gehörten bis auf zwei vorläufig Aufgenommene alle der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung (Aufenthaltsbewilligung B oder C) an. Ihre Aussagen können daher nicht direkt in Verbindung gebracht werden mit ihrem Aufenthaltsstatus. Es ist aber davon auszugehen, dass die eritreischen Frauen bei ihrer Einreise in die Schweiz in einem laufenden Asylverfahren waren. Fachpersonen und Dolmetschende hielten dazu fest, dass die Situation und Betreuung von Asylsuchenden höchst problembehaftet sei. Asylsuchende weisen kumulierte psychosoziale Probleme auf, die direkt mit ihrer Gesundheit in Verbindung stehen. Neuankömmlinge und alleinstehende Frauen haben ein grosses Risiko für Schwangerschaftsdepressionen, zudem sind prekäre Wohnverhältnisse ein Risikofaktor für geburtshilfliche Komplikationen (Ratcliff, Sharapova, Suardi & Borel, 2015). Ein niedriger sozioökonomischer Status, hohe Sprachbarrieren, ein relativ kurzer Aufenthalt im Aufnahmeland und der damit verbundene späte Beginn der Schwangerschaftsvorsorge erhöhen die schwere akute mütterliche Morbidität im Vergleich zu anderen Migrantinnen und zur einheimischen Bevölkerung (Van Hanegem, Miltenburg, Zwart, Bloemenkamp & Van Roosmalen, 2011). Vier der sechs Eritreerinnen in unserer Studie gaben an, erst nach dem siebten Schwangerschaftsmonat ihre erste Kontrolle in Anspruch genommen zu haben. Bei der Betreuung von allophonen Migrantinnen, insbesondere von Asylsuchenden, stehen nicht nur Gesundheitsthemen im Zentrum. Die Erwartungen der Migrantinnen beziehen sich auch auf viele ungelöste soziale Probleme. Fachpersonen haben aber angesichts der Sprachbarrieren und der Komplexität der Probleme oft nicht die Möglichkeit, auf die Bedürfnisse der Frauen einzugehen oder auf die sozialen Probleme direkt Einfluss zu nehmen. Allophone Migrantinnen können nicht gezielt Informationen suchen und stellen ihre unmittelbaren Anliegen und Sorgen in den Vordergrund.

Die Fachpersonen beschrieben, dass die Betreuung von Asylsuchenden eine grosse Herausforderung darstellte, weil sie neben den gesundheitlichen und sprachlichen mit einer Reihe von sozialen, rechtli-

chen und strukturellen Problemen konfrontiert wurden. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass Gesundheitsfachpersonen bei der Betreuung von Asylsuchenden oft an Grenzen stossen und dies als emotional belastend erleben, weil sie keine adäquate Behandlung garantieren können oder die Untersuchungen einschränken müssen (Kurth, Jaeger, Zemp, Tschudin & Bischoff, 2010). Behörden (z. B. das Sozialamt) können bei Asylsuchenden über die Finanzierung von gesundheitsbezogenen Untersuchungen entscheiden und diese gegebenenfalls verweigern (Bihr & Kaya, 2014). In den Asyl- und Durchgangsheimen fehlt es den Schwangeren und Wöchnerinnen oft an Rückzugsmöglichkeiten und an der nötigen Intimität für die eigene Pflege sowie für diejenige des Kindes. Die betreuenden Hebammen stossen an Grenzen, weil die Situation in den Einrichtungen oft unübersichtlich ist, ihre Rolle innerhalb des Betreuungssystems dem Heimpersonal nicht bekannt ist und es zu Aggressionen und Gewalt kommen kann (Deutscher Hebammenverband, 2015). Problematisch sind ausserdem die fehlende Betreuungskontinuität sowie die mangelnde Übermittlung gesundheitsrelevanter Daten bei häufigen Wohnortwechseln. Ein gänzlich blinder Fleck stellt die Situation der unter Zwangsmassnahmen gestellten Frauen dar. Abgewiesene Asylsuchende können in Administrativhaft genommen und ausgeschafft werden. Dem psychischen Stress und den gesundheitlichen Auswirkungen, die solche Zwangssituationen auf schwangere Frauen haben, wird kaum Rechnung getragen (Wegelin, 2017).

Zugang und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten
Für alle befragten Nutzerinnen war es schwierig, sich im äusserst ausdifferenzierten und komplex organisierten Gesundheitsversorgungssystem der Schweiz zurechtzufinden und die Betreuungsangebote einordnen zu können. Die Orientierungslosigkeit der Nutzerinnen war auch für die Dolmetschenden und die Fachpersonen erkennbar. Die Schwierigkeiten zeigten sich auf verschiedenen Ebenen: So gab es Frauen, die beispielsweise die Schwangerenvorsorge spät und eine Fachperson bei Gesundheitsproblemen gar nicht aufsuchten, die keine Kenntnisse von alternativen Angebote und von der Möglichkeit einer Kostenübernahme hatten, und die nicht verstanden, weshalb sie überwiesen wurden. Der Zugang zu Gesundheitsinstitutionen, -angeboten und -informationen ist als ein Zusammenspiel von Gesundheitskompetenzen der Individuen und der Ausgestaltung der Institutionen und Angebote zu verstehen (Levesque, Harris & Russel, 2013). Auch einheimische Schwangere und Mütter kann die Komplexität und Fragmentierung des schweizerischen Versorgungssystems vor Herausforderungen bezüglich der Wahl des passenden Angebotes stellen (König & Pehlke-Milde, 2010). Es gibt in der Schweiz weit mehr als nur einen Pfad zur geburtshilflichen Betreuung. Die erste Anlaufstelle bei einer Schwangerschaft kann beispielsweise die Sprechstunde im Spital, die Hausärztin bzw. der Hausarzt, die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe oder eine frei praktizierende Hebamme sein. Der Zugang und die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung hängen in der Schweiz, im Gegensatz zu manch anderen Ländern, nicht nur davon ab, ob das Angebot überhaupt vorhanden ist oder ob die Versorgung finanziert wird. Vielmehr ist auch die Fähigkeit des Einzelnen wichtig, sich das Versorgungsangebot zu erschliessen. Dies kann für allophone Migrantinnen eine besondere Herausforderung darstellen. Deshalb sollen spezifische Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz *(Health Literacy)* dieser Bevölkerungsgruppen getroffen werden. Um die Gesundheitskompetenz der Population im Allgemeinen zu erweitern, stellt sich darüber hinaus die Frage, wie das Versorgungssystem zu gestalten ist, damit dessen Zugang erleichtert werden kann. Nur so lassen sich die Kompetenzen der Individuen an den Anforderungen der Systeme ausrichten und eine effiziente Interaktion und Patientenzentriertheit erlangen (Sorensen et al., 2012). Weiter unten werden verschiedene Szenarien diskutiert, wie die Angebote besser auf die Frauen ausgerichtet werden können. Gleichzeitig brauchen die allophonen Migrantinnen Unterstützung und Informationen über die Funktionsweise des schweizerischen Gesundheitsversorgungssystems und insbesondere über die geburtshilflichen Angebote, damit sie in der Lage sind, vermehrt selbst kontrollierte Entscheide zu fällen.

Trotz Orientierungsschwierigkeiten betonten vor allem die Albanisch sprechenden Nutzerinnen, dass sie mit der erhaltenen Betreuung sehr zufrieden gewesen seien. Im Gegensatz dazu äusserten mehrere Fachpersonen, dass ihnen der Zugang zu Frauen und Familien aus dem Balkan nur schwer gelungen sei. Die schwierige Erreichbarkeit von Migrantinnen insbesondere aus den Balkanländern wurde auch von anderen Autorinnen beschrieben (Karrer, 2006; Künzler, 2003). In der qualitativen Untersuchung von Karrer waren kosovo-albanische Frauen insgesamt auch sehr zufrieden mit der geburtshilflichen Versorgung, der guten Ausbildung des Gesundheitspersonals und der daraus resultierenden Sicherheit. Sie nahmen eher medizinische Dienste als Geburtsvorbereitungskurse, Still- oder Mütterberatungen in Anspruch, selbst wenn ihnen diese bekannt waren. Oft waren sie nicht über den Ablauf

und die Vorteile dieser gesundheitsfördernden Angebote aufgeklärt (Karrer, 2006). Ähnliches zeigte eine Review über kosovarische Einwanderinnen und Einwanderer im schweizerischen Gesundheitssystem. Viel Wert wurde von den Befragten auf medizinische Handlungen gelegt, wie z. B. Untersuchungen und die Abgabe von Medikamenten, während das Gespräch, z. B. zur Anamneseerhebung, nicht den gleichen Stellenwert hatte (Künzler, 2003). Dass Beratungsangeboten weniger Bedeutung zugemessen wird als medizinischen Untersuchungen und Interventionen, kann mehrere Gründe haben. Naheliegend ist, dass die Frauen sie aufgrund einer eingeschränkten sprachlichen Verständigung als überflüssig erachten. Es ist aber auch denkbar, dass die Frauen den Einsatz von Technik bzw. die Verabreichung von Medikamenten angesichts der zumindest vormals prekären Verhältnisse im Heimatland als prestigeträchtigen Gewinn verstehen. Das Vertrauen, das Migrantinnen der medizinischen Versorgung grundsätzlich entgegenbringen, sollte genutzt werden, um Schwangere und Mütter für gesundheitsfördernde und präventive Angebote zu gewinnen (Origlia Ikhilor, Hasenberg & Mühlheim, 2016).

Angehörige als Stütze

Die Nutzerinnen beschrieben ihre Angehörigen als wichtige Stütze vor und nach der Geburt, und zwar moralisch, praktisch und auch als Hilfe bei der Verständigung. Insbesondere weibliche Angehörige, die selber Mütter sind, nahmen eine wichtige Rolle als Vorbild ein. Es gab Beispiele, in denen sich die Nutzerinnen auch in Krankheits- und Krisensituationen eher an Familienangehörige als an Fachpersonen wendeten. Die Fachpersonen hingegen schilderten, dass es ihnen nicht immer gelungen sei, die Angehörigen angemessen in den Betreuungsprozess einzubinden oder dass sie diese gar als hinderlich für den Zugang zu den Betreuten erlebten. Diese Schwierigkeiten werden auch in anderen Studien beschrieben. Manche Angehörige fühlen sich unerwünscht, machen sich selbst Sorgen um die Situation und erhalten oft ungenügende Informationen (Bihr & Kaya, 2014). Von aussen betrachtet scheinen Migrationsfamilien häufig besonders geschlossen und schwer zugänglich zu sein. Die Interaktion im Kontext eines Familiensystems, welches von einem soziozentrierten Gruppenverständnis ausgeht, unterscheidet sich grundsätzlich von den Interaktionsmustern, die in individuumzentrierten Gesellschaften vorherrschend sind (Domenig, 2007). Bei soziozentrierten Familiensystemen kann nicht einfach zwischen den Interessen eines Individuums und denen der Familie unterschieden werden, da beide Aspekte für den Einzelnen ein und dasselbe sind und der Familienzusammenhalt einen nicht in Frage gestellten Wert bedeutet. Bei Familien aus soziozentriert ausgerichteten Kontexten sollte die Familie in viel stärkerem Mass in die Betreuung einbezogen werden und Gruppenwerten und -zielen eine grössere Bedeutung beigemessen werden, als dies normalerweise bei Klientinnen aus individuumzentrierten Kontexten der Fall ist (ebd.). Nur wenige Migrantinnen haben ein tragendes soziales Netzwerk in der Schweiz. Die gewählten Vertrauenspersonen erhalten damit eine besonders wichtige Funktion und sind Mitbetroffene. Fachpersonen sollten sie deshalb nicht nur als Unterstützende besser einbinden, sondern auch aktiv auf sie zugehen, sie umfassend informieren und ihre persönlichen Ängste und Anliegen ernst nehmen (Bihr & Kaya, 2014). Gelingt es der Fachperson, mit der Familie zusammenzuarbeiten, können protektive Faktoren und Ressourcen des familiären Systems besser genutzt werden. Dolmetschende stellen hier eine wichtige Hilfe dar, weil sie das Familiensystem der Migrantinnen bezüglich vorhandener innerfamiliärer Ressourcen besser einschätzen können.

Transkulturelle Kompetenzentwicklung

Knapp die Hälfte der befragten Fachpersonen hatte Schulungen in den Themenbereichen Migration oder transkulturelle Kompetenz absolviert. Die Fachpersonen werteten aber vor allem die persönlichen und beruflichen Erfahrungen als nützlich für die Entwicklung ihrer transkulturellen Kompetenz. In einer Studie zur transkulturellen Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten sowie von Medizinstudierenden in einem Genfer Spital schätzten sich die Befragten insgesamt bei interkulturellen Aufgaben weniger kompetent ein als bei medizinischen Fertigkeiten. Befragte mit einer grösseren klinischen Erfahrung, mit mehr Interesse an der Betreuung von Migrantinnen und Migranten und einer Ausbildung in der interkulturellen Kommunikation bewerteten sich bezüglich aller klinischen Aufgaben als erheblich kompetenter (Hudelson, Perron & Perneger, 2011). Obschon Kommunikationsthemen zusehends im Grundstudium integriert sind, werden Themen wie nichtkonventionelle Therapien, soziale und medizinische Dienstleistungen für undokumentierte Migrantinnen und Migranten, die Arbeit mit Dolmetschenden oder die Anpassung der Behandlung an die Wünsche der Patientin bzw. des Patienten nur selten oder nur in Weiterbildungsseminaren behandelt (ebd.). Die Anforderungen des Praxisalltags verlangen neben den in der Grundausbildung erworbenen transkulturellen Kompetenzen auch

nach Möglichkeiten, um komplexere Situationen mit vielfältigen Adressaten verstehen und meistern zu können. Weiterbildungen sollten mit praktischen Übungsmöglichkeiten ausgestatten sein. Fallbesprechungen im interprofessionellen Team können für die kontinuierliche Entwicklung von transkultureller Kommunikation sehr nützlich sein.

Im Rahmen der transkulturellen Kompetenzentwicklung sollte auch das Thema der Diskriminierung beleuchtet werden. Die Nutzerinnen in den Interviews beschrieben, dass sich die Fachpersonen ihnen gegenüber teilweise diskriminierend geäussert oder verhalten hätten. Fachpersonen und Dolmetschende machten dazu keine direkten Aussagen. Allerdings äusserten befragte Fachpersonen Erwartungen bezüglich der Integrationsbemühungen der Frauen und Familien. Denkbar ist, dass implizite Erwartungen unbewusst ausgedrückt wurden und so zu negativen Empfindungen von Migrantinnen führten. In einer schweizerischen Studie (Mühlemann, 2015) wurde registriert, dass vor allem Schwarze und Muslime diskriminiert wurden, und zwar am Arbeitsplatz, in Kontakt mit der öffentlichen Verwaltung oder an öffentlichen Orten. Vergleichsweise wenige Diskriminierungsvorfälle wurden aus dem Gesundheitswesen gemeldet. Sozioökonomisch benachteiligte Schwangere schildern aber vielfältige Formen von Diskriminierung oder Stigmatisierung bei der vorgeburtlichen Betreuung, z. B. gegenüber jüngeren oder unverheirateten Frauen oder aufgrund des Einkommens- und Versicherungsstatus (Origlia, Jevitt, Sayn-Wittgenstein & Cignacco, 2017). Wie oben erwähnt, können bei Asylsuchenden medizinische Leistungen eingeschränkt werden. Ein solches Vorgehen kann bei den Betroffenen nicht nur Gefühle der Ausgeschlossenheit auslösen, sondern auch medizinische Nachteile mit sich bringen. Eine bewusste Diskriminierung sowie unbeabsichtigte, ungünstige Haltungen von Fachpersonen entmutigen die Frauen und können sie davon abhalten, Konsultationen wahrzunehmen (Origlia et al., 2017).

Mit Händen und Füssen kommunizieren

Die weitaus häufigste Aussage in den Interviews mit den Nutzerinnen und den Fachpersonen im Zusammenhang mit Sprachbarrieren war, dass sie sich zur Verständigung mit Händen und Füssen behelfen mussten. Diese Kommunikationsform mit allophonen Migrantinnen schien allgegenwärtig zu sein und bis zu einem gewissen Grad auch gebilligt zu werden. Zwar war den Fachpersonen in vielen Situationen bewusst, dass sie damit ihre Aufgabe nicht befriedigend lösen konnten, trotzdem werteten sie das Ergebnis als genügend. In gewissen Situationen begnügten sich die Fachpersonen mit Händen und Füssen zu kommunizieren, selbst wenn Dolmetschmöglichkeiten vorhanden gewesen wären, z. B. der Telefondolmetschdienst für Wochenbettbesuche. Die Fachpersonen schienen also diese Art von Kommunikation widersprüchlich zu taxieren: Einerseits erkannten sie deren Unzulänglichkeit, andererseits erklären sie sie für angemessen. Die Nutzerinnen hingegen waren angesichts der eingeschränkten Kommunikation oft ratlos und hatten selbst nach Abschluss der Behandlung noch viele unbeantwortete Fragen. In ihrer unterlegenen Position übernahmen sie teilweise auch die Verantwortung für ihre mangelnde Sprachkompetenzen. Später auftretende Probleme oder nachhaltig schlechte Erinnerungen an die perinatale Betreuung blieben den Fachpersonen oft verborgen. Durch die ungenügende Kommunikation konnte es zu einer Negativspirale kommen, die zum Vertrauensverlust führte. Aus den Daten ging nicht hervor, ob die Fachpersonen die tatsächliche Tragweite der ungenügenden Kommunikation erkennen konnten oder ob sie die Zustände billigten, zumal sie nur begrenzte Möglichkeiten hatten, um die Sprachbarrieren zu überwinden.

Ad hoc Dolmetschen

Eine weitere in den Interviews häufig erwähnte Kommunikationsform bei Sprachbarrieren war das Ad-hoc-Dolmetschen durch den Ehemann oder andere Familienmitglieder. In der Literatur besteht Konsens darüber, dass Angehörige sowie ungeschulte, mehrsprachige Mitarbeitende als Ad-hoc-Dolmetschende ungeeignet sind (Bischoff & Steinauer, 2007). Wegen einer möglichen Verzerrung der Informationen aufgrund einer persönlichen Betroffenheit sowie ungenügender Dolmetschkompetenz wird von ihrem Einsatz grundsätzlich abgeraten. Vereinzelte Studien sprechen sich in Ausnahmefällen für das Dolmetschen durch Angehörige aus, da dies möglicherweise sinnvoll ist, wenn beim Dolmetschen Fürsprache geleistet werden kann (Bischoff & Steinauer, 2007). Es sollte aber so sein, dass ein Angehöriger explizit ausgewählt wird und die Wahl nicht aufgrund von Defiziten des Systems getroffen werden muss. Der konsequente Einsatz von Dolmetschenden würde aber Angehörige, welche die Sprache beherrschen, entlasten und ihnen die Rolle zukommen lassen, die sie tatsächlich haben.

Professionelle Dolmetschdienste
Die befragten Fachpersonen hatten in ihrem Praxisalltag oft nur eine beschränkte oder gar keine Möglichkeit, professionelle interkulturelle Dolmetschende beizuziehen bzw. zu finanzieren. Dabei waren Fachpersonen aus ländlichen gegenüber solchen aus städtischen Gebieten sowie die ambulanten Bereiche gegenüber den Spitälern stärker benachteiligt. Keine Möglichkeit zu haben, professionelle Dolmetschende beizuziehen, wurde von den Fachpersonen als belastend bewertet. Oft konnten sie den Frauen keine informierte oder gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglichen. Gesundheitserziehung und -förderung blieben ebenso oft aus und es kam zu Missverständnissen und Fehlbehandlungen. Obschon Gesundheitsfachpersonen an die Aufklärungspflicht gebunden sind, sieht die Gesetzgebung keine bezahlten Übersetzungsleistungen vor. Wenn diese nicht finanziert werden, müssen Einbussen bei der Gleichbehandlung, der Qualität der Pflege und der Sicherheit der Klientinnen in Kauf genommen werden. Im ambulanten Bereich fordern auch Hausärztinnen und -ärzte die konsequente Kostenübernahme von Dolmetschdiensten (Oetterli, Laubereau, Krongrava, Essig & Studer, 2017). Die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) bezeichnet den Zugang zur Kommunikation als eine Voraussetzung für die Wahrung der universellen Menschenrechten jedes einzelnen und fordert bei Sprachbarrieren interkulturelles Dolmetschen (NEK, 2017). Es braucht eine einheitliche schweizweite Lösung, die beispielsweise darin bestehen könnte, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen für ein «Recht auf Verständigung» in der geburtshilflichen Gesundheitsversorgung geschaffen werden.

Das Telefondolmetschen stellte aus Sicht von Fachpersonen und Dolmetschenden eine mögliche Alternative zum Dolmetschen vor Ort dar. Im häuslichen Umfeld trug es zur Verbesserung der Betreuungsqualität, der Gesundheitskompetenz und der Zufriedenheit der Klientinnen bei. Auch in anderen Studien erlebten die Fachpersonen positive Auswirkungen des Telefondolmetschens auf die Qualität der Gesundheitsversorgung (Dowbor et al., 2015; Haith-Cooper, 2014; Wong, Korenbrot & Stewart, 2004). Für die Dolmetschenden in der vorliegenden Studie war die Organisation von am Telefon gedolmetschten Gesprächen einfach, während sie für die Fachpersonen einen zusätzlichen Zeit- und Organisationsaufwand bedeutete. In anderen Studien verzichteten manchmal die Fachpersonen wegen des grossen organisatorischen und zeitlichen Aufwandes auf gedolmetschte Telefongespräche (Huang & Phillips, 2009; Wong et al., 2004). Anderen Berichten zufolge lohnte sich die Zeitinvestition in die Organisation eines am Telefon gedolmetschten Gespräches, da die Zeit durch die erleichterte Kommunikation wieder eingespart werden konnte (Dowbor et al., 2015). In unserer Studie nutzten die frei praktizierenden Hebammen den Telefondolmetschdienst in der häuslichen Wochenbettbetreuung insgesamt relativ selten. Zudem waren es häufig dieselben Hebammen, die darauf zurückgriffen. Da der Dienst im Rahmen des Netzwerkprojektes Familystart finanziert war, spielten die direkten Kosten keine Rolle. Frei praktizierenden Hebammen haben aber im Rahmen ihrer Abrechnungspauschalen keine Möglichkeit, komplexe Beratungen als zusätzliche Leistung abzurechnen und somit eine zusätzliche Gesprächsdauer oder einen Mehraufwand für die Organisation geltend zu machen. Nicht nur Dolmetschleistungen, sondern auch komplexe Betreuungsleistungen sollten honoriert werden. Schulungsmöglichkeiten und eine diesbezügliche Teamkultur können anfänglichen Schwierigkeiten und gegebenenfalls Widerständen bei der Anwendung entgegenwirken.

Beratungen effizient gestalten
Die Beratung von allophonen Migrantinnen konnte auch dann wenig effizient sein, wenn die Gespräche gedolmetscht wurden. Fachpersonen liessen sich manchmal dazu verleitet, zu viele andere Personen einzubeziehen oder zu viele Informationen auf einmal abzugeben, was die Nutzerinnen überforderte. Dolmetschende bekräftigten wiederholt, dass einfache Erklärungen, genügend Zeit und das Eingehen auf die aktuelle Situation der Frau ausschlaggebend seien für ein gutes Gespräch. Edukative und präventive Ziele in einer Beratung zu verfolgen ist grundsätzlich anspruchsvoll. Werden Beratungen so gestaltet, dass die breite Palette der anstehenden Themen rund um die mütterliche und kindliche Gesundheit einfach abgearbeitet werden, kann es leicht dazu kommen, dass Frauen durch die Fülle von Informationen regelrecht «erschlagen» werden (Sanders, Hunter & Warren, 2016). Für nachhaltige Beratungen sollten stattdessen die Anliegen der Frauen ins Zentrum gestellt werden und eine Kontinuität in der Betreuung sollte gewährleistet werden. Broschüren in der Sprache der Klientinnen können hilfreiche Zusatzinformationen liefern, sofern diese gut aufbereitet sind (Sanders et al., 2016).

Vielen Fachpersonen fiel es schwer, komplizierte Inhalte in einfacher, verständlicher Sprache zu vermitteln, was auch die Dolmetschenden vor Schwierigkeiten stellte, wenn sie eine komplizierte medizinische Fachsprache übersetzen sollten. Um das zu vermeiden, könnten Materialien (z. B. Informationsbroschüren) helfen, die in einfacher Sprache verfasst und mit Bildern versehen sind. Eine damit unterstützte Beratung wäre einfacher zu übersetzen. Die Entwicklung von leicht verständlichen Informationen ist ein zentrales Handlungsfeld für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz (Kickbusch, Pelikan, Haslbeck, Apfel & Tsouros, 2016). Ferner stellen für benachteiligte Gruppen neue Medien eine sinnvolle Informationsmöglichkeit dar. In unseren Interviews zeigte sich, dass die meisten Frauen über ein Mobiltelefon verfügten und dass viele allophone Migrantinnen oder ihre Familienangehörigen mindestens Grundkompetenzen in der Anwendung von digitalen Medien hatten. Bei der Bereitstellung von digital vermittelten Informationen ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Anwendungskompetenzen für digitale Medien gleichzeitig unterstützt werden müssen, um eine zusätzliche Verschärfung der Bedingungen, die zur gesundheitlichen Ungleichheit führen, zu vermeiden (Newman, Biedrzycki & Baum, 2012). Ausserdem sollten Informationen aus dem Internet zusätzlich mit Fachpersonen besprochen werden, weil nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie immer zuverlässig sind (Sayakhot & Carolan-Olah, 2016).

Notfallsituationen sind für alle belastend

Sowohl für Nutzerinnen als auch für Fachpersonen stellten Notfallsituationen eine hohe Belastung dar. Fachpersonen standen vor einem Dilemma: Einerseits wollten sie der Nutzerin eine informierte Entscheidung ermöglichen, andererseits mussten sie unverzüglich therapeutische Massnahmen zur Sicherheit von Mutter und Kind ergreifen. Es gab auch Berichte, wonach Frauen sich von Fachpersonen gezwungen fühlten, eine Einwilligungserklärung zu unterschreiben, ohne dass sie deren Inhalt verstanden hatten. Ein solches Vorgehen konnte für sie noch grössere Ängste zur Folge haben als jene, die durch die Notfallsituation per se erzeugt wurden. Die NEK spricht sich für ein Beiziehen von Dolmetschenden in Notfallsituationen aus, z. B. über einen Telefondolmetschdienst, nicht nur damit eine Patientin ausführlich über den Verlauf, die erwarteten Auswirkungen und die Risiken der Behandlung informiert wird, sondern auch, damit die Fachpersonen die Möglichkeit haben, die Diagnose durch eine korrekte medizinische Anamnese und klinische Untersuchung zu sichern (NEK, 2017). Gerade unter Zeitdruck kann aber der Aufbau der Telefonverbindung mit dem Dolmetschdienst langwierig sein. In unserer Studie bereitete ausserdem das Übersetzen in Notfallsituationen manchmal Schwierigkeiten, beispielsweise weil die Eltern mit einem Eingriff nicht einverstanden waren und es am Telefon und unter Zeitdruck schwierig war, vertieft auf sie einzugehen. Telefondolmetschen in Notfallsituationen erfordert seitens der Dolmetschenden und der Fachpersonen zusätzliche Kompetenzen. Die Organisation des Dienstes sollte, wenn für die Frau eine Notfallbereitschaft besteht, so vorausschauend wie möglich gestaltet werden.

Betreuungsangebote an die Bedürfnisse anpassen

Die befragten Fachpersonen unterlagen vielen Sachzwängen, die sie daran hinderten, flexibel auf die Bedürfnisse der Frauen einzugehen. Dazu gehörten z. B. die vorgegebene Routine der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, interne Weisungen zu geburtshilflichen Interventionen, ein straffer Sprechstundenzeitplan und Sparmassnahmen. Auch hatten sie oft aufgrund der Komplexität der Probleme nicht die Möglichkeit, auf die Verbesserung der sozialen oder praktischen Probleme der Frauen und Familien direkt Einfluss zu nehmen und sie ganzheitlich zu betreuen. Andere Autoren sehen die enorme Herausforderung in der Praxis auch in der Heterogenität der Neuankömmlinge und der Geschwindigkeit der Veränderungen, die im Zusammenhang mit der Migration passieren (Phillimore, 2016). Für die Fachpersonen ist es schwierig, umfassendes Wissen über die Migrantinnen sowie deren eigentliche Bedürfnisse in der Mutterschaftsversorgung zu ermitteln. Eine grundsätzliche Veränderung der Mutterschaftsversorgung mit flexiblem, aufsuchendem und niederschwelligem Ansatz ist erforderlich, damit auf die Heterogenität der Migrantinnen und ihrer Erfahrungen Rücksicht genommen werden kann (Phillimore, 2016).

Ein Modell für eine bedürfnisgerechte Betreuung von allophonen Migrantinnen bietet das Zentrum für vulnerable Bevölkerungsgruppen der medizinischen Universitätspoliklinik des Kantons Waadt (Bodenmann, 2016; Bodenmann et al., 2014). Patientinnen und Patienten, die als vulnerabel gelten oder besonders häufig den Notfalldienst in Anspruch nehmen, z. B. Asylsuchende, werden nach einem Case-Management-Prinzip betreut. Das übernehmende Kernteam besteht aus einer Pflegefachperson,

einer administrativen Fachperson und einem bzw. einer Dolmetschenden. Diese arbeiten eng mit den Haus- und Kinderärztinnen bzw. -ärzten zusammen. Dank der Übersetzung kann eine effiziente Situationseinschätzung und Triage erfolgen und die Pflegefachpersonen können gesundheitliche Basisleistungen erbringen. Erst in einem zweiten Schritt oder bei einem akuten Notfall werden die Patientinnen und Patienten an entsprechende Fachspezialisten weitergeleitet. Ausserdem verfügt das Zentrum über eine mobile Einheit, die aufsuchende Arbeit leisten kann. Auch geburtshilfliche Leistungen liessen sich nach einem adaptierten Modell erbringen, indem beispielsweise Hebammen als Case Managerinnen fungieren könnten. Hebammengeleitete Geburtshilfe stellt ein effektives und sicheres Modell dar (Aubry & Cignacco, 2015). Für die Betreuung von allophonen Migrantinnen müssten neben gesicherten Dolmetschleistungen auch aufsuchende Angebote bestehen. Ausserdem bräuchte es interprofessionelle Teams mit guter Vernetzung zu anderen Behandlungsangeboten.

Ein weiterer Ansatzpunkt, der auch in den Interviews erwähnt wurde, sind gedolmetschte Gruppenberatungen, welche den Austausch zwischen den Frauen in ähnlichen Situationen erlauben. In den USA, in einigen Ländern Asiens und Europas wird die Schwangerenvorsorge in Gruppen *(Group Antenatal Care)* erfolgreich angeboten. Die regulären Vorsorgekontrollen werden anstatt eins zu eins mit der Klientin in Gruppen durchgeführt. Bei gleich guten geburtshilflichen Outcomes weisen die Schwangeren eine hohe Zufriedenheit auf und schätzen die Möglichkeit, Kontakte zu andern Schwangeren knüpfen zu können (Homer et al., 2012; Teate, Leap, Rising & Homer, 2011). *Group Antenatal Care* soll insbesondere auch vulnerable Frauen und Paare unterstützen. In einer Befragung schätzten Hebammen diese Form von Schwangerenvorsorge für Migrantinnen in der Schweiz als geeignet ein (Marinello & Ramseier, 2015). In der Schweiz werden bereits gedolmetschte Geburtsvorbereitungskurse angeboten, z. B von Panmilar und Mamamundo (Wyssmüller & Hurni, 2017). Die Evaluation des Mamamundo-Kursangebots ergab, dass diese Kurse den Peer-Austausch, die Gesundheitskompetenz und die Systemkenntnis erhöhten (Tschirren, 2017). Neben Geburtsvorbereitungskursen birgt auch Schwangerenvorsorge als Gruppenangebot ein grosses Potential.

In einem weiteren Aspekt standen die Anliegen der Nutzerinnen im Widerspruch zur Behandlungspraxis. Einige Frauen wünschten sich ein interventionsarmes Vorgehen, z. B. einen spontanen Wehenbeginn, keinen Dammschnitt oder keinen Kaiserschnitt. Natürlich lässt sich aus Einzelberichten nicht nachvollziehen, wie solche Interventionen medizinisch rechtfertigt wurden. Möglicherweise handelte es sich hierbei nicht nur um die persönlichen Präferenzen von Nutzerinnen, sondern um eine generelle Überversorgung innerhalb eines hochdifferenzierten Gesundheitssystems. In den vergangenen Jahrzehnten war eine drastische Zunahme von geburtshilflichen Eingriffen zu verzeichnen. Darin lässt sich eine Überversorgung erkennen, die sich durch zu viele geburtshilfliche Interventionen auszeichnet und als Public-Health-Problem erkannt wird. Diese Überversorgung setzt Frauen und Neugeborene unnötigen unmittelbaren und langfristigen Gesundheitsproblemen aus (Bingham, Ruhl & Cockey, Bingham, Ruhl, & Cockey, 2013). Um persönliche und kulturell geprägte Vorlieben in Verbindung mit den physiologischen Prozessen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu ermöglichen, brauchen Fachpersonen den Handlungsspielraum, um entsprechende Alternativen anbieten zu können. Geburtshilfliche Standards sollten daher auf eine mögliche Überversorgung geprüft werden.

Zusammenarbeit zwischen den Diensten

Eine effiziente Zusammenarbeit zwischen den am Betreuungsprozess von allophonen Migrantinnen Beteiligten war gemäss den Fachpersonen sehr wichtig. Leider sei aber die Kommunikation an den Schnittstellen zwischen den vielen verschiedenen Institutionen und Anbietern nicht immer genügend. Ausserdem bedauerten die Fachpersonen, dass Informationen über den weiteren Verlauf und über Probleme, die aus der unzureichenden Verständigung während der Betreuung entstanden waren, nicht wieder an die betreuenden Fachpersonen gelangten. Eine Studie aus den Niederlanden zeigt auf, dass die dortigen fragmentierten Organisationsstrukturen die interprofessionelle Kommunikation erschweren (Schölmerich et al., 2014). Insbesondere an der Schnittstelle zwischen den primären ambulanten Angeboten und den Referenzspitälern gibt es Lücken bei der Informationsübermittlung, aber auch unterschiedliche Behandlungsansätze und divergierende Auffassungen von perinataler Gesundheit werden beschrieben. Ausserdem zeigt die Studie, dass diese Informationslücken durch die Frauen ausgeglichen werden, indem diese selbst Verantwortung für die Übermittlung der Daten übernehmen müssen (ebd.). Um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern, werden unter anderem vermehrt multidisziplinäre Treffen und Schulungen sowie die Implementierung einer gemeinsamen

geburtshilflichen Dokumentation vorgeschlagen (Schölmerich et al., 2014). Der Mutterschaftspass stellt eine einfache und effiziente Möglichkeit der Datenübermittlung dar und fördert zugleich die Eigenverantwortung der Klientinnen, indem diese Zugang zu den eigenen Daten haben. Eine für die Frau in ihrer Sprache zugängliche geburtshilfliche Dokumentation sollte auch im Zusammenhang mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers berücksichtig werden.

Einige befragte Fachpersonen berichteten, dass gemeinsam gestaltete Übergabetermine den Zugang zum Folgedienst erleichtern würden. In einigen Schweizer Kantonen, wie z. B. im Kanton Bern, haben die Hebammen und die Mütterberaterinnen ein Konzept ausgearbeitet, das eine formalisierte Übergabe von Wöchnerinnen bei einem gemeinsamen Hausbesuch erlaubt. Diese Massnahme ist Teil des Konzepts für eine frühe Förderung und wird für beide Berufsgruppen vom Kanton finanziert. Angewendet wird sie in komplexen Situationen. Gleichzeitig wird ein standardisiertes Früherkennungsinstrument benutzt, das der Vorbeugung einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls dient (Schweizerischer Hebammenverband Sektion Bern & Mütter- und Väterberatung Kanton Bern, 2016). Die in unserer Studie befragten Hebammen und Mütterberaterinnen sahen darin aber auch eine Chance, den Zugang zur Mütterberatung zu verbessern, das Vertrauen einfacher aufzubauen und dadurch die Gesundheitsförderung allgemein verbessern zu können. Die Daten aus vorliegender Studie weisen darauf hin, dass es im Kontext der Betreuung von allophonen Migrantinnen neben einer besseren Kommunikation mit den Frauen auch eine stärkere Vernetzung zwischen den Fachdisziplinen sowie zwischen den spitalinternen und externen Anbietern braucht.

7 Empfehlungen

Sprachbarrieren haben direkte und indirekte negative Folgen auf die Betreuung und die Gesundheit von allophonen Migrantinnen und ihren Neugeborenen. Die vorliegende Studie liefert ausgehend von den erlebten kommunikativen Barrieren von Nutzerinnen, Fachpersonen und interkulturellen Dolmetschenden Anhaltspunkte, welche Bereiche in der geburtshilflichen Versorgung einer besonderen Aufmerksamkeit und Verbesserungen bedürfen. Aber isolierte Anstrengungen werden auch in Zukunft kaum genügen. Um eine Verbesserung der Verständigung und der Gesundheit zu erzielen sind Massnahmen sowohl in regulativen, strukturellen und professionellen Bereichen erforderlich. Die nachfolgenden Empfehlungen richten sich an die vielen unterschiedlichen Akteure des Gesundheitswesens auf den verschiedenen Ebenen.

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

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

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

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

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

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

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

Asylsuchende und Flüchtlinge stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Neben ausgeprägten Kommunikationsbarrieren bedeuten mangelnde Eigenressourcen, eine fehlende Privatsphäre und ungenügende Betreuungskontinuität Probleme für eine zukunftsorientierte Gesundheitsförderung und -edukation von Schwangeren, Müttern und Neugeborenen. Die Fachpersonen brauchen mehr Spielraum und Unterstützung, damit sie ihre Leistungen unter den erschwerten Bedingungen erbringen können.

Die adäquate geburtshilfliche Versorgung von Asylsuchenden muss über die Notfallversorgung hinausgehen und auch präventive Angebote umfassen. Dafür müssen von der Politik die rechtlichen Bedingungen geschaffen werden. Das SEM und die Kantone sollten im Rahmen ihrer Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden aktiv präventive Angebote zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit vorsehen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fachpersonen sollten fähig sein, individuelle Lebenswelten der Migrantinnen und deren Familien situations- und kontextbezogen zu erfassen um eine angepasste Betreuung anzubieten.
In allen Ausbildungscurricula von Berufsgruppen, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, muss der Erwerb transkultureller Kompetenzen verankert sein. In interdisziplinären Lernsettings sollen alle Beteiligten auf eine zielführende Zusammenarbeit vorbereitet werden. Weiterbildungen müssen angeboten werden, damit transkulturelle Kompetenzen kontinuierlich weiterentwickelt werden können.
Für die kontinuierliche Reflexion des Betreuungsprozesses im interprofessionellen Team bzw. im Praxisalltag sollten Rahmenbedingungen und Gelegenheiten geschaffen werden, z. B. durch Intervision, Fallbesprechungen und Qualitätszirkel. Dabei sollte das Ziel auch darin bestehen, alle Beteiligten für diskriminierendes Verhalten zu sensibilisieren.
Indikatoren einer transkulturellen Kompetenz sollten in die regulären Qualitätsprozesse integriert werden und auch in Leitlinien und Qualitätsstandards der Institutionen erscheinen.

6. Fachpersonen brauchen Unterstützung und Kompetenzen für die Beratung von allophonen Migrantinnen.

Fachpersonen müssen bei fehlender Verfügbarkeit von Dolmetschleistungen in der Praxis häufig Kompromisse eingehen und versuchen, sich mit nonverbaler Kommunikation so gut wie möglich zu behelfen. Dabei erfahren sie nicht immer, wenn für die allophonen Migrantinnen nachhaltige Probleme bestehen bleiben, die aus der ungenügenden Aufklärung resultierten, und unterliegen deshalb der Fehlannahme, dass die Betreuung am Ende zu einem akzeptablen Ergebnis führte. Die weit verbreitete Annahme, dass eine Kommunikation mit Händen und Füssen in der geburtshilflichen Versorgung genügt, muss kritisch reflektiert werden.
Im Rahmen der Beratung und Betreuung werden auch präventive und edukative Ziele verfolgt. Liegen Verständigungsprobleme vor, werden die damit verbundenen Themen zum Teil nicht besprochen. Eine komplexe, ethisch anspruchsvolle Beratung und Aufklärung stellt für Fachpersonen und allophone Migrantinnen eine besondere Herausforderung dar. Auch Dolmetschende sehen sich oft mit einer schwer verständlichen Fachsprache konfrontiert. Um eine bedarfsgerechte Beratung anbieten und eine informierte Wahl ermöglich zu können, müssen Trialoge interprofessionell geschult und trainiert werden.
Kommunikationstrainings mit sog. standardisierten Patientinnen und Patienten sind eine effektive Möglichkeit, Beratungskompetenzen für komplexe Situation zu erwerben, und sollten in der Aus- und Weiterbildung eingesetzt werden.
Informationsmaterial in leichter Sprache unterstützt die Fachpersonen darin, komplexe Themen wie z. B. die pränatale Diagnostik, prophylaktische Massnahmen oder die kindliche Entwicklung für allophone Migrantinnen verständlich zu vermitteln.
Fachverbände, Organisationen und Institutionen sollten Lücken hinsichtlich der Entwicklung bedürfnisgerechter Materialien schliessen und bereits entwickelte Materialien verstärkt multiplizieren. Non-Profit-Organisationen und Bundesbehörden können die Multiplikation fördern, indem sie Unterstützung bei den Aufwandsentschädigungen, der Qualitätssicherung oder allfälligen Lizenzmodalitäten leisten.

7. Die Kommunikation in Notfallsituationen muss gesichert werden.

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

hineinkatapultiert zu werden. Das kann erreicht werden, indem bei Notfallbereitschaft der Einbezug von Dolmetschenden als expliziter Punkt in die Handlungschecklisten aufgenommen wird. Auch die vorsorgliche Abklärung der Disponibilität der Dolmetschenden kann helfen.
Telefondolmetschen ist aufgrund der Verfügbarkeit rund um die Uhr häufig der Modus der Wahl. Bei der Vermittlung von Telefondolmetschenden kann es immer wieder zu Verzögerungen kommen, was in Notfallsituationen besonders problematisch ist. Vermittlungsstellen sollten in Absprache mit den Institutionen den Vermittlungsprozess bei Notfällen überprüfen und bei Bedarf optimieren.
In jedem Fall müssen einschneidende Entscheidungen und Eingriffe mit der Klientin und ihrer Familie im Nachhinein in Ruhe und vor Ort mit einer Dolmetschenden besprochen werden. Das potentiell als traumatisch Erlebte muss erörtert werden und getroffene Entscheide müssen nachträglich erklärt werden. Auch Fachpersonen profitieren von der Klärung im Nachgespräch und können so ihre Erfahrungen stetig verbessern.
Der Trialog ist in Notfallsituationen für alle Beteiligte besonders anspruchsvoll. Neben der Dringlichkeit der Situation kann telefonische Übermittlung zusätzlich herausfordern. Deswegen sollten solche Szenarien in den Aus- und Weiterbildungen von Dolmetschenden und Fachpersonen explizit aufgenommen und miteinander geübt werden. Ausserdem braucht es seitens der Dolmetschenden in Notfallsituationen ein besonders gutes Fachverständnis.

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

In der Regel kommen alle geburtshilflichen Leistungserbringer mit allophonen Migrantinnen in Berührung, entsprechend müssen alle über die nötigen Kompetenzen und Rahmenbedingungen für deren Versorgung verfügen. Dennoch können punktuell (z. B. in Zentren) spezialisierte Angebote sinnvoll sein. Eine auf vulnerable Nutzerinnen ausgerichtete Behandlung und Betreuung braucht viel mehr Flexibilität als die Spitalroutine oft zulässt. Spezialisierte Angebote sollen einen bewusst flexiblen, aufsuchenden und niederschwelligen Ansatz verfolgen.
Es braucht ausserdem eine gute Vernetzung mit den Zubringer- und Abnehmerdiensten (z. B. mit Sozialdiensten, Asylunterkünften, Integrationsstellen etc.). Für die aufwändige Vernetzungsarbeit müssen die Institutionen genügend Ressourcen zur Verfügung stellen.
Gedolmetschte Gruppenangebote in der geburtshilflichen Versorgung für allophone Nutzerinnen können den Peer-Austausch, die Gesundheitskompetenz und die Systemkenntnis fördern. Bereits angeboten werden Geburtsvorbereitungskurse für allophone Migrantinnen. Das Angebot sollte aber z. B. auch auf die Schwangerenvorsorge und die Mütterberatung ausgeweitet werden. Die Multiplikation und Vernetzung von bereits bestehenden Angeboten sollte weiterhin vorangetrieben werden und die Finanzierung durch Kantone, Non-Profit-Organisationen oder Förderstiftungen unterstützt werden.
Spezialisierte Zentren können ausserdem als Kompetenzzentren zur Beratung von freiberuflichen Fachpersonen oder nicht spezialisierten Institutionen fungieren. Institutionen sind gefordert, innovative Modelle zu entwickeln und zu evaluieren. Solche Pilotprojekte sollten von den Bundesbehörden angestossen werden. Kantone und Institutionen müssen dazu finanzielle Mittel bereitstellen.

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

In Anbetracht der stark fragmentierten Versorgung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und im ersten Lebensjahr sind die interprofessionelle Zusammenarbeit und klare Absprachen zwischen den Diensten für alle Beteiligten sehr wichtig.
Institutionen und Fachverbände sollten mit den nachfolgenden Diensten koordinierte und standardisierte Übergabemodalitäten ausarbeiten. Dabei soll der Einbezug und die Verantwortlichkeit der Klientinnen mitgedacht werden. Der Mutterschaftspass stellt eine einfache und effiziente Möglichkeit der Datenübermittlung dar und fördert zugleich die Eigenverantwortung der Klientinnen, indem sie Zugang zu den eigenen Daten haben. Ausserdem müssen zwischen den relevanten Stellen Informationen über administrative Daten (z. B. Sprache, Notwendigkeit von Dolmetschenden) ausgetauscht werden.

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

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

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

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

Manche Migrantinnen wünschen sich ein interventionsarmes Vorgehen, das im Widerspruch zur medikalisierten geburtshilflichen Versorgungspraxis in der Schweiz stehen kann. Dieser Befund verweist möglicherweise nicht nur auf individuelle Präferenzen, sondern auch auf eine generelle Überversorgung innerhalb eines hochdifferenzierten Gesundheitssystems. Allophone Migrantinnen sind aufgrund der Sprachbarriere nur schwer in der Lage, ihre Wünsche zu äussern und eine gezielte Wahl zu treffen.

Fachgesellschaften und Berufsverbände sollten geburtshilfliche Standards auf mögliche Überversorgung prüfen (z. B. Geburtseinleitungen, peridurale Anästhesie, Dammschnitte, Kaiserschnitte), z. B. im Rahmen von Forschungsprojekten. Fachpersonen sollten unterschiedliche Vorstellungen von Geburtshilfe berücksichtigen, über das Recht auf Wahl der geburtshilflichen Betreuung informieren und den Frauen eine Wahl ermöglichen.

Massnahmen für den Praxisalltag

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

- In einfacher Sprache sprechen, also kurze, klar strukturierte Sätze machen und keine Fremdwörter gebrauchen, auch wenn die Sprache nicht verstanden wird. Die Frau gewinnt auch nonverbale Informationen und versteht meistens Bruchstücke.
- Vorhandene Sprachkompetenzen würdigen und wertschätzen.
- Hochdeutsch sprechen, dies ist für Nutzerinnen und Dolmetschende deutlich besser zu verstehen.
- Einfache Gespräche über informelle Themen können vertrauensstiftend sein.
- Kommunikationsformen wie Berührung, Massage und Körperarbeit nutzen, um im Kontakt zu bleiben. Auch ein Lachen kann einmal helfen.
- Sich den unmittelbaren Anliegen und Sorgen der Frauen prioritär annehmen.
- Die Wünsche, Gewohnheiten und praktischen Vorgehensweisen der Frauen respektieren und darauf aufbauen, sofern sie nicht schädlich sind.
- Den Partner und die Familie schon früh einbeziehen. Oft stellen sie eine nicht voll ausgeschöpfte Ressource dar.
- So viel Betreuungskontinuität wie möglich schaffen.

- Das Wissen der Dolmetschenden über soziokulturelle und migrationsspezifische Kontextfaktoren nutzen.
- Berücksichtigen, dass allophone Migrantinnen nicht gezielt nach Informationen suchen können.
- Die Integrationsgeschichte der Frauen und Familien nicht werten.
- Mit schlechten Vorerfahrungen rechnen. Viele Frauen haben bereits die Erfahrung gemacht, dass sie die gewollten Informationen nicht erhalten, was zu Misstrauen gegenüber Gesundheitsfachpersonen führen kann.

8 Literaturverzeichnis

Achermann, C., Chimienti, M., & Stants, F. (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit, Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich*. In SFM Swiss Forum for Migration and Population Studies (Series Ed.) SFM Studien 41, (pp. 135). Retrieved from https://doc.rero.ch/record/6440/files/s_41.pdf

Aubry, E., & Cignacco, E. (2015). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern*. Retrieved from Bern: https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/Grundlagenbericht_Berner_Fachhochschule__Fachbereich_Gesundheit.pdf

Azemi, M., Gashi, S., Berisha, M., Kolgeci, S., & Ismaili-Jaha, V. (2012). Rate and Time Trend of Perinatal, Infant, Maternal Mortality, Natality and Natural Population Growth in Kosovo. *Materia Socio Medica, 24*(4), 238-241.

Bakken, K. S., Skjeldal, O. H., & Stray-Pedersen, B. (2015). Immigrants from conflict-zone countries: an observational comparison study of obstetric outcomes in a low-risk maternity ward in Norway. *Pregnancy and Childbirth, 15*, 162-175.

Bihr, S., & Kaya, B. (2014). *Verletzliche Personen in der Gesundheitsversorgung. Erfahrungen aus der Sicht von Personen mit Migrationshintergrund*. Retrieved from Wabern-Bern: https://www.redcross.ch/de/soziale-integration/transkulturelle-kompetenz/kolumnen-aus-dem-berufsalltag

Bingham, D., Ruhl, C., & Cockey, C. D. (2013). Don't Rush Me . . . Go the Full 40: AWHONN's Public Health Campaign Promotes Spontaneous Labor and Normal Birth to Reduce Overuse of Inductions and Cesareans. *The Journal of perinatal education, 22*(4), 189-193. doi:10.1891/1058-1243.22.4.189

Bischoff, A., Kurth, E., & Henley, A. (2012). Staying in the middle: A qualitative study of health care interpreters' perceptions of their work. *Interpreting, 14*(1), 1-22. doi:10.1075/intp.14.1.01bis

Bischoff, A., & Steinauer, R. (2007). [Nursing interpreters? Interpreting nurses?]. *Pflege, 20*(6), 343-351. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18357748

Bodenmann, P. (2016, 24.06.2016). *Quels soins pour les plus vulnérables?* Paper presented at the 2. Nationale Tagung Gesundheit & Armut, Bern.

Bodenmann, P., Velonaki, V.-S., Ruggeri, O., Hugli, O., Burnand, B., Wasserfallen, J.-B., . . . Daeppen, J.-B. (2014). Case management for frequent users of the emergency department: study protocol of a randomised controlled trial. *BMC health services research, 14*(1), 264. doi:10.1186/1472-6963-14-264

Bollini, P., Stotzer, U., & Wanner, P. (2007). Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *International journal of public health, 52*(2), 78-86. doi:10.1007/s00038-007-6003-3

Brändle, T., & Pulver, S. (2016). *Barrierefreie Kommunikation im Wochenbett, Analyse von Telefondolmetsch-Protokollen*. Bachelor Thesis. Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit. Bern.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

Brendel-Hofmann, K., & Schwager, M. (2014). *Cultural Competence Development within the Bachelor of Midwifery Programme: Poster*. Paper presented at the International Conference of Midwives, , Prague. https://www.zhaw.ch/en/about-us/person/brek/

Bundesamt für Gesundheit. (2013a). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit 2020*. Bern: BAG Retrieved from www.gesundheit2020.ch.

Bundesamt für Gesundheit. (2013b). *Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17*. Bern: BAG Retrieved from https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit/programm-migration-und-gesundheit.html.

Bundesamt für Gesundheit, & Bundesamt für Migration. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht*. Retrieved from https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/forschung-migration-und-gesundheit/gesundheitsmonitoring-der-migrationsbevoelkerung/gmm-2/schlussbericht/schlussbericht-gmm-ii.pdf.download.pdf/Schlussbericht-GMM-II.pdf (PDF)

Bundesamt für Gesundheit, & Schweizerisches Rotes Kreuz. (2011). Gesundheitswegweiser Schweiz. Liebefeld & Wabern: BAG & SRK.

Bundesamt für Statistik. (2015a, 17.02.2017). Bevölkerung: Ständige Wohnbevölkerung 2015. Retrieved from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html

Bundesamt für Statistik. (2015b, 17.02.2017). Personen, die 3, 2, 1 oder keine Landessprache beherrschen. Retrieved from https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/alle-indikatoren/sprache/3-2-1-0-landessprachen.html

Bundesamt für Statistik. (2016a, 17.02.2017). Als Hauptsprachen genannte Sprachen, 2014. Retrieved from https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen.gnpdetail.2016-0023.html

Bundesamt für Statistik. (2016b). *Die Bevölkerung der Schweiz 2015*. (348-1500). Neuchâtel: BFS Retrieved from https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/1401562/master (PDF)

Burri Sharani, B., Efionayi-Mäder, D., Hammer, S., Pecoraro, M., Soland, B., Tsaka, A., & Wyssmüller, C. (2010). *Die kosovarische Bevölkerung in der Schweiz*. Bern-Wabern: Bundesamt für Migration Retrieved from https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/publikationen/diaspora/diasporastudie-kosovo-d.pdf.

Central Intelligence Agency. (2013). The world factbook 2013-14. Eritrea. Retrieved from https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/er.html

David, M., & Borde, T. (2011). *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration.* Frankfurt am Main: Mabuse.

Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuchbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber.

Dornheim, J. (2007). Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell. In D. Domenig (Ed.), *Transkulturelle Kompetenz, Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2 ed., pp. 29-48). Bern: Huber.

Dowbor, T., Zerger, S., Pedersen, C., Devotta, K., Solomon, R., Dobbin, K., & O'Campo, P. (2015). Shrinking the language accessibility gap: a mixed methods evaluation of telephone interpretation services in a large, diverse urban health care system. *International journal for equity in health, 14*, 83. doi:10.1186/s12939-015-0212-9

Erdin, R., Iljuschin, I., van Gogh, S., Schmid, M., & Pehlke-Milde, J. (2015). *Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz. Bericht zur Erhebung 2014. Im Auftrag des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV)*. Retrieved from Winterthur: http://www.hebamme.ch/x_dnld/stat/Statistikbericht_2014_d.pdf

European Asylum Support Office. (2015). *EASO-Bericht über Herkunftsländer-Informationen, Länderfokus Eritrea*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

Eyer, P., & Schweizer, R. (2010). *Die somalische und die eritreische Diaspora in der Schweiz*. Retrieved from Bern: https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/publikationen/diaspora/diasporastudie-eritrea-d.pdf

Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (2010). *Qualitative Forschung* (8 ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev, 62*(3), 255-299. doi:10.1177/1077558705275416

Gehrig, M., Caldéron, R., Guggisberg, J., & Gardiol, L. (2012). *Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS Retrieved from http://www.buerobass.ch/pdf/2012/BAG_2012_Einsatz_Wirkung_ikUe_Schlussbericht.pdf.

Gerber, M., & Grassi, G. (2011). *Chancengleichheit im Modell der Hebammengeburt: Frauen mit Migrationshintergrund im Fokus*. (BSc Bachleorthesis), Berner Fachhochschule, Bern. Retrieved from http://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/Gerber_Grassi_2011_Chancengleichheit_Hebammengeburt.pdf

Goldblatt, H., Karnieli-Miller, O., & Neumann, M. (2011). Sharing qualitative research findings with participants: study experiences of methodological and ethical dilemmas. *Patient Educ Couns, 82*(3), 389-395. doi:10.1016/j.pec.2010.12.016

Haith-Cooper, M. (2014). Mobile translators for non-English-speaking women accessing maternity services. *British Journal of Midwifery, 22*(11), 795-803. doi:10.12968/bjom.2014.22.11.795

Hermann, M. (2013). *Migrationsgerechte Angebote im Bereich reproduktive Gesundheit und frühe Kindheit in der Schweiz*. Retrieved from https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/mutter-kind-gesundheit-in-der-migrationsbevoelkerung/bestandesaufnahme/angebote-reproduktive-gesundheit.pdf.download.pdf/angebote-reproduktive-gesundheit.pdf

Homan, F. F., Hammond, C. S., Thompson, E. F., Kollisch, D. O., & Strickler, J. C. (2010). Post-Conflict Transition and Sustainibility in Kosovo: Establishing Primary Healthcare-Based Antenatal Care. *Prehospital and Disaster Medicine, 25*((1), 28-33.

Homer, C. S., Ryan, C., Leap, N., Foureur, M., Teate, A., & Catling-Paull, C. J. (2012). Group versus conventional antenatal care for women. *The Cochrane database of systematic reviews, 11*, CD007622. doi:10.1002/14651858.CD007622.pub2

Huang, Y. T., & Phillips, C. (2009). Telephone interpreters in general practice - Bridging the barriers to their use. *Aust Fam Physician, 38*(6), 443-446. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19521589

Hudelson, P., Perron, N. J., & Perneger, T. (2011). Self-assessment of intercultural communication skills: a survey of physicians and medical students in Geneva, Switzerland. *BMC medical education, 11*, 63. doi:10.1186/1472-6920-11-63

Interpret. (2016). *Einsatzstatistiken zum interkulturellen Dolmetschen und Vermitteln 2015*. Retrieved from Bern: http://www.inter-pret.ch/de/service/statistiken-77.html

Interpret. (2017). Interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln. Retrieved from http://www.inter-pret.ch/de/angebote/interkulturelles-dolmetschen-und-vermitteln-6.html

Karrer, T. (2006). *Migrantinnen im Schweizerischen Geburtssystem. Wie Frauen mit Migrationshintergrund Schwangerschaft und Geburt in der Schweiz erleben: Fallstudien.* (Lizenziatsarbeit Lizenziatsarbeit), Universität Bern, Bern. Retrieved from http://www.tanuca.ch/images/lizentiatsarbeit_tanyakarrer.pdf

Kassebaum, N. J., Bertozzi-Villa, A., Coggeshall, M. S., Shackelford, K. A., Steiner, C., Heuton, K. R., . . . Lozano, R. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, 384*(9947), 980-1004. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6

Kickbusch, I., Pelikan, J., Haslbeck, J., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten.* (Careum Stiftung, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, & AOK-Bundesverband Deutschland Eds.). Zürich: Careum Stiftung.

König, C., & Pehlke-Milde, J. (2010). *Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht*. Retrieved from Winterthur:

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups : a practical guide for applied research* (4th ed. ed.): Thousand Oaks, California : Sage Publications.

Kruse, J. (2012). *Qualitative Interviewforschung in und mit fremden Sprachen : eine Einführung in Theorie und Praxis*: Weinheim : Beltz Juventa.

Künzler, E. (2003). Gesundheit und Krankheit bei kosovarischen MigrantInnen; Hinweise zur medizinischen Betreuung. Health and Illness by Kosovar immigrants; Indications to Medical Consultation. *Praxis, 92*, 228-232.

Kurth, E. (2013). FamilyStart beider Basel – ein koordinierter Betreuungsservice für Familien nach der Geburt. *Hebamme.ch*(7/8), 35-37.

Kurth, E., Jaeger, F. N., Zemp, E., Tschudin, S., & Bischoff, A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC public health, 10*, 659. doi:10.1186/1471-2458-10-659

Lauterbach, G. (2014). Dolmetscher/inneneinsatz in der qualitativen Sozialforschung. Zu Anforderungen und Auswirkungen in gedolmetschten Interviews. *Forum: qualitative Sozialforschung, 15*(2). http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2025/3654

Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health, 12*, 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, California: Sage Publications.

Marinello, C., & Ramseier, D. (2015). *Group Antenatal Care. Ein Schwangerschaftsvorsorgemodell für die Schweiz?* (Bachelorthesis), Berner Fachhochschule Fachbereich, Bern.

Meier Magistretti, C., Villiger, S., Luyben, A., & Varga, I. (2014). *Qualität und Lücken der nachgeburtlichen Betreuung. Eine Studie zu postnatal care im Rahmen der COST-Aktion IS907: „ Childbirth: cultures, concerns and consequences ".* Retrieved from Luzern: http://m.srf.ch/gesundheit/content/download/5375498/72235326/version/2/file/s-projektbericht_postnatalcare%5B1%5D.pdf

Merry, L., Low, A., Carnevale, F., & Gagnon, A. J. (2016). Participation of childbearing international migrant women in research: The ethical balance. *Nursing ethics, 23*(1), 61-78. doi:10.1177/0969733014557134

Merten, S., & Gari, S. (2013). *Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012*. Retrieved from Basel: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13722/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLd39

Moreau-Gruet, F. (2013). *Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Migrantinnen und Migranten. Zusammenfassung*. Retrieved from Neuchâtel:

Mühlemann, D. (2015). *Rassismusvorfälle in der Beratungspraxis. Januar bis Dezember 2014*. Retrieved from Bern: http://www.humanrights.ch/upload/pdf/150617_Rassismus_D.pdf

Nationale Ethikkommmission NEK (Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE). (2017). *Migrants allophones et système de soins. Enjeux éthiques de l'interprétariat communautaire*. NEK/CNE Retrieved from http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/fr/DEF_NEK_Stellungnahme_Migranten_A4_FR_web.pdf.

Newman, L., Biedrzycki, K., & Baum, F. (2012). Digital technology use among disadvantaged Australians: implications for equitable consumer participation in digitally-mediated communication and information exchange with health services. *Aust Health Rev, 36*(2), 125-129. doi:10.1071/ah11042

Oetterli, M., Laubereau, B., Krongrava, P., Essig, S., & Studer, C. (2017). *Unterstützung von Hausärzten/-innen bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund: Situationsanalyse, Handlungsbedarf und Empfehlungen zu Massnahmen. Studie zuhanden der Sektion Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG) des Kantons Luzern*. Retrieved from Luzern: http://www.interface-politikstudien.ch/wp-content/uploads/2017/02/Be_Hausaerzte_Migration.pdf

Origlia Ikhilor, P. (2005). *Hebammen als Lebensweltenbummlerinnen: Förderung der transkulturellen Kompetenz an der Hebammenschule Bern*. Abschlussprojekt Weiterbildungszentrum für Geesundheitsberufe WE'G. Aarau.

Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., & Mühlheim, R. (2016). Vertrauen als Chance für die Begleitung von kosovo-albanischen Frauen. *Hebamme.ch*(12), 18-21.

Origlia Ikhilor, P., Jevitt, C., zu Sayn-Wittgenstein, F., & Cignacco, E. (2017). Socioeconomically deprived women's experiences with antenatal care in high-income industrialized countries: an integrative review. *Journal of Midwifery & Women`s Health*.

Phillimore, J. (2016). Migrant maternity in an era of superdiversity: New migrants' access to, and experience of, antenatal care in the West Midlands, UK. *Social Science & Medicine, 148*, 152-159. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.030

Pluess, S., & Zellweger, E. (2014). *Diversitätsmanagement im Spital. Aktionsprogramme «Migrant-Friendly Hospitals»*. Retrieved from Bern: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12522/13674/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLfH1_fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Ratcliff, B. G., Sharapova, A., Suardi, F., & Borel, F. (2015). Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in Geneva. *Midwifery, 31*(9), 871-878. doi:10.1016/j.midw.2015.04.010

Saladin, P. (Ed.) (2009). *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen* (3. ed.). Bern: Bundesamtes für Gesundheit BAG in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz.

SAMW. (2009). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Retrieved from Basel:

Sanders, J., Hunter, B., & Warren, L. (2016). A wall of information? Exploring the public health component of maternity care in England. *Midwifery, 34*, 253-260. doi:10.1016/j.midw.2015.10.013

Sayakhot, P., & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth, 16*, 65. doi:10.1186/s12884-016-0856-5

Schölmerich, V. L., Posthumus, A. G., Ghorashi, H., Waelput, A. J., Groenewegen, P., & Denktaş, S. (2014). Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth, 14*(1), 145. doi:10.1186/1471-2393-14-145

Schulz, M. (2012). Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (pp. 9-22): Springer.

Schweizerischer Hebammenverband Sektion Bern. (2009). Familienwerdung in der Migration - Reproduktive Gesundheit bei Frauen mit Migrantenhintergrund fördern *Berner Hebammenfortbildung*. Bern: Schweizerischer Hebammenverband, Sektion Bern.

Schweizerischer Hebammenverband Sektion Bern, & Mütter- und Väterberatung Kanton Bern. (2016). *Übergabe freipraktizierende Hebammen an MVB BE*. SHV Sektion Bern, MVB Kanton Bern.
Schweizerisches Rotes Kreuz. (2015). Migesplus. Retrieved from http://www.migesplus.ch/
Sentell, T., Chang, A., Ahn, H. J., & Miyamura, J. (2016). Maternal language and adverse birth outcomes in a statewide analysis. *Women Health, 56*(3), 257-280. doi:10.1080/03630242.2015.1088114
Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . Consortium Health Literacy Project, E. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health, 12*, 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
Staatssekretariat für Migration. (2017a, 01.03.2017). Asylgesuche nach Nationen (1986 bis 2017). Retrieved from https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/statistik/asylstatistik/uebersichten.html
Staatssekretariat für Migration. (2017b, 01.03.2017). Asylsuchende aus Eritrea. Retrieved from https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/asyl/eritrea.html
Teate, A., Leap, N., Rising, S. S., & Homer, C. S. (2011). Women's experiences of group antenatal care in Australia--the CenteringPregnancy Pilot Study. *Midwifery, 27*(2), 138-145. doi:10.1016/j.midw.2009.03.001
Thierfelder, C., Tanner, M., & Bodiang, C. M. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *The European Journal of Public Health, 15*(1), 86-90. doi:10.1093/eurpub/cki120
Tschirren, T. (2017). Evaluation einer Geburtsvorbereitung in der Muttersprache. *Hebamme, 30*(02), 90-96. doi:10.1055/s-0042-118619
United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. (2014). *Levels & Trends in Child Mortality, Report 2014*. Retrieved from New York:
Van Hanegem, N., Miltenburg, A. S., Zwart, J. J., Bloemenkamp, K. W., & Van Roosmalen, J. (2011). Severe acute maternal morbidity in asylum seekers: a two-year nationwide cohort study in the Netherlands. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 90*(9), 1010-1016. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01140.x
Wegelin, M. (2017). Reproduktive Gesundheit was erleben asylsuchende Frauen in der Schweiz? *Hebamme.ch*(5), 5-10.
Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Forschung, 1*(1). http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519
Wong, S. T., Korenbrot, C. C., & Stewart, A. L. (2004). Consumer assessment of the quality of interpersonal processes of prenatal care among ethnically diverse low-income women: development of a new measure. *Women's Health Issues, 14*(4), 118-129. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2004100133
World Health Organization. (2014). Coutry cooperation strategy at a glance. Eritrea. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_eri_en.pdf?ua=1
World Health Organization. (2015). Eritrea: WHO statistical profile. http://www.who.int/gho/countries/eri.pdf
World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.
Wyssmüller, D., & Hurni, A. (2017). Geburtsvorbereitung in der Muttersprache. *Hebamme, 30*(02), 84-89. doi:10.1055/s-0042-118617
Yoong, W., Wagley, A., Fong, C., Chukwuma, C., & Nauta, M. (2004). Obstetric performance of ethnic Kosovo Albanian asylum seekers in London: a case-control study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 24*(5), 510-512. Retrieved from http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01443610410001722527?needAccess=true
Zemp, M. (2015). Betreuung von Frauen, die als Flüchtlinge nach Deutschland kommen. Leitfaden für Hebammen. In Deutscher Hebammenverband (Ed.). Berlin: Lochmann Grafische Produktion.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur der Studie 23
Abbildung 2: Sprachen, welche die betreuten allophonen Frauen während des Kontakts mit den Fachpersonen sprachen. 29
Abbildung 3: Auswahl der Telefondolmetschprotokolle und Ausschlüsse 56
Abbildung 4: Ziele der Telefondolmetschgespräche 56
Abbildung 5: Themen der Telefondolmetschgespräche 57
Abbildung 6: Wahrgenommene positive Auswirkungen der Telefondolmetschgespräche 58
Abbildung 7: Schwierigkeiten bei der Nutzung des Telefondolmetschdienstes 59

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter der Teilnehmerinnen, Alter der Kinder und Aufenthaltsdauer der Nutzerinnen in der Schweiz 28
Tabelle 2: Charakteristika der Nutzerinnen 28
Tabelle 3: Charakteristika der Fachpersonen 29
Tabelle 4: Charakteristika der Dolmetschenden 30
Tabelle 5: Ergebnismatrix 31
Tabelle 6: Angaben bei den Zitaten und Zuordnung zu den verschiedenen Teilnehmerinnen 31
Tabelle 7: Beizug Telefondolmetschdienst pro frei praktizierende Hebamme 55
Tabelle 8: Ergebnismatrix mit Synthese 60