

# **Chancengleichheit im Modell der Hebammengeburt**

**Frauen mit Migrationshintergrund im Fokus**

**Bachelorthesis**

Melanie Gerber und Gabriella Grassi

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, Juli 2011

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung und Zielstellung</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>8</b>
3.1	Methodik der Quellensuche und Literaturreview .....	8
3.2	Gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung .....	9
3.2.1	Definition und demographische Fakten .....	9
3.2.2	Sozialepidemiologische Befunde zur allgemeinen und reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung.....	9
3.2.3	Mögliche Ursachen für die schlechtere Gesundheit der Migrationsbevölkerung.....	12
3.2.4	Schwierigkeiten in der Betreuung.....	13
3.3	Die Hebammengeburt .....	14
3.3.1	Definition der Hebammengeburt.....	14
3.3.2	Nationale Studie zur Hebammengeburt.....	14
3.3.3	Internationale Studienlage zur autonomen Hebammenarbeit .....	16
3.4	Diversität und Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung.....	18
3.4.1	Transkulturelle Kompetenz.....	18
3.4.2	National Standards for culturally and linguistically appropriate services in health care (CLAS) .....	19
3.4.3	Chancengleichheit.....	20
<b>4</b>	<b>Methode</b> .....	<b>23</b>
4.1	Erhebung des Kontexts .....	23
4.2	Erhebung empirischer Daten.....	24
4.2.1	Konstruktion des Interviewleitfadens .....	24
4.2.2	Erhebungskontext .....	25
4.3	Auswertung der Daten.....	27
<b>5</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>28</b>
5.1	Kontext.....	28
5.2	Befragungen .....	30
5.2.1	Hebammensprechstunde .....	30
5.2.2	Leitende Ärzte und Hebammenexpertin .....	38
<b>6</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>42</b>
6.1	Methodik .....	42
6.2	Ergebnisse .....	42
6.2.1	Klinikkontext.....	42

6.2.2	Gründe für das Fehlen anderssprachiger Migrantinnen bei den Hebammengeburten im Kontext der Chancengleichheit .....	45
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerungen</b> .....	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>53</b>
<b>9</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>57</b>
<b>10</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>59</b>
<b>11</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>60</b>

## 1 ABSTRACT

In einer schweizerischen Universitäts-Frauenklinik fehlen anderssprachige Migrantinnen im Kollektiv der Hebammengeburten, was fehlende Chancengleichheit vermuten lässt. Es ist bekannt, dass der Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung und deren Zugang zum Gesundheitssystem im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung schlechter sind. Die Ursachen sind multifaktoriell und äusserst komplex. Die Hebammengeburt stellt ein günstiges Modell dar die Gesundheit von Frauen allgemein, und möglicherweise auch von Migrantinnen, zu verbessern und somit Gesundheitskosten einzusparen. Die Konzepte der transkulturellen Kompetenz, der Chancengleichheit und die US-amerikanischen „National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care“ (CLAS) bieten ethische Orientierung und konkrete Hilfestellungen im Umgang mit der Migrationsthematik.

Ziel dieser Arbeit war es, die Ursachen für das Nicht-Vorhandensein fremdsprachiger Migrantinnen bei den Hebammengeburten zu ermitteln und den chancengleichen Zugang zu überprüfen. Dazu wurden eine Kontextanalyse und qualitativ-quantitative Interviews mit Hebammen und Ärzten durchgeführt.

Verständigungsprobleme, migrationsspezifische und kulturelle Faktoren, sowie mangelhafte Aufklärung erwiesen sich als Zugangsbarrieren und Hauptgründe für das Fehlen anderssprachiger Migrantinnen bei den Hebammengeburten. Deren Bedürfnislage blieb weitgehend ungeklärt, weshalb nicht direkt auf fehlende Chancengleichheit geschlossen werden kann. Veränderungsbedarf wurde bei der Aufklärungsarbeit, dem Umgang mit institutionellen Limitationen wie Spar- und Zeitdruck, der Interdisziplinarität sowie der transkulturellen Kompetenz und Selbstreflexion der Mitarbeitenden deutlich.

Alle Informationskanäle sollten migrationsspezifisch angepasst und Alternativen zur Finanzierung professioneller Übersetzungsdienste geprüft werden. Die Transkulturalität soll in der gesamten Klinik durch Personalschulungen in transkultureller Kompetenz, durch Einführung eines transkulturell ausgerichteten Anamneseverfahrens und der Schaffung eines Gremiums für Migrationsfragen erhöht werden. Der Interdisziplinarität müsste mittels teamübergreifender Anlässe, Teambildungs-Events und interdisziplinärem Fachaustausch Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Eigenreflexivität und das Zeitmanagement sollen team- und klinikintern sowie supervisorisch gefördert und thematisiert werden. Zur vollständigen Beurteilung der Chancengleichheit ist eine Bedürfnisanalyse bei Migrantinnen bezüglich der Hebammengeburt unabdingbar.

Keywords: Hebammengeburt, Chancengleichheit, Zugangsbarrieren, Migration, midwife-led care, equity, access, health, immigrant

## 2 EINLEITUNG UND ZIELSTELLUNG

Die autonome Hebammenarbeit, wie sie im Modell der Hebammengeburt zur Umsetzung kommt, aber auch die Migrationsthematik, sind hochaktuelle Themen, die oft unabhängig voneinander diskutiert werden. Und doch haben sie vieles gemeinsam.

Gemäss dem Kompetenzprofil Hebamme Bachelor of Science (BSc) liegen der Hebammenarbeit ethische Werte und Prinzipien wie Gleichheit, Menschenwürde, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit zu Grunde. Die Hebamme hat einen wichtigen Auftrag in der Gesundheitsförderung als auch in der Prävention und betreut deren Klientel<sup>1</sup> transkulturell, ressourcenorientiert, lebenswelt- und genderspezifisch (Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz KFH, 2007). Die Hebammengeburt bedeutet indes eine Stärkung des Berufes, da Hebammen in diesem Kontext ihre Ressourcen und Kompetenzen selbstverantwortlich nützen und ausbauen können.

Diverse internationale Studien zeigen, dass die autonome Hebammenarbeit in der Physiologie dem Arzt-Hebammen-Modell<sup>2</sup> qualitativ keineswegs nachsteht, eine gleiche oder sogar höhere Klientinnenzufriedenheit erlangt und dabei kosteneffizienter ist (Wollenswinkel-van den Bosch et al., 2002, zit. in Detzel & Künzi, 2007). Mit Einführung des neuen Abrechnungssystems der Fallpauschalen (engl.: Diagnosis Related Groups (DRG)), im Jahr 2012 sind die Spitäler daran interessiert, ihre Leistungen möglichst kostengünstig erbringen zu können. Somit stellt die Hebammengeburt auch vom ökonomischen Standpunkt aus betrachtet, ein interessantes Modell für die Zukunft dar.

Welche Rolle spielt nun die Migrationsbevölkerung in diesem Zusammenhang?

Frauen mit Migrationshintergrund<sup>3</sup> sind in Bezug auf deren sozioökonomischen Status und Bildungsstand der einheimischen Bevölkerung gegenüber sehr häufig unterprivilegiert (Bollini, 2000; Weiss, 2003, zit. in Hälg, Salis Gross, Wallimann, & Wick Marcoli, 2004). Im Kontext der reproduktiven Gesundheit finden sich bei Migrantinnen eine erhöhte Säuglingssterblichkeit und perinatale Mortalität (Bollini, 2000; Lehmann, Mamboury, & Minder, 1990; Wanner, Bouchardy, & Raymond, 2001, zit. in Hälg et al., 2004), als auch vermehrt perinatale Komplikationen wieder (Lehmann et al., 1990, zit.

<sup>1</sup> Da Hebammen primär Frauen betreuen, werden bei Begriffen, die deren Klientel betreffen, im weiteren Verlauf dieser Arbeit jeweils die weibliche Form (z.B. „Klientin“) oder ein genderneutraler Ausdruck (z.B. „Klientel“) benutzt. Dabei sind jedoch der Partner / die Partnerin dieser Frauen und deren Kinder mit eingeschlossen.

<sup>2</sup> Beim Begriff „Arzt-Hebammen-Modell“ wird der Leserfreundlichkeit wegen auf die gendergerechte Form verzichtet.

<sup>3</sup> Zu Gunsten der Leserfreundlichkeit wird im Folgenden auf die politisch korrekte Bezeichnung „Frau bzw. Mann oder Person mit Migrationshintergrund“ verzichtet und anstelle dessen die Begriffe „Migrantin“ bzw. „Migrant“ verwendet. Steht der Begriff im Zusammenhang mit dem Klientel von Hebammen, wird in Anlehnung an Fussnote 1, die weibliche Form („Migrantin“ bzw. „Migrantinnen“) benutzt.

in Hälg et al., 2004). Zudem konnte gezeigt werden, dass Migrantinnen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung einen schlechteren Zugang zu Informationen und Angeboten rund um Sexualität, Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit haben (Bollini, 2000; Weiss, 2003, zit. in Hälg et al., 2004).

In einer schweizerischen Universitäts-Frauenklinik, welche das Modell der Hebammengeburt im Jahr 2000 als Pilotprojekt lancierte, ergab dessen Evaluation, dass Migrantinnen im Hebammengeburts-Kollektiv proportional stark untervertreten sind. So machten diese bei den Hebammengeburten im Jahr 2009 gerade mal 10% aus, obwohl gut ein Drittel des Gesamtklientels einen Migrationshintergrund aufwies. Vor allem zeigte sich aber auch, dass fremdsprachige Migrantinnen überhaupt nicht vertreten waren (Wyssmüller, 2010). Somit drängte sich die Frage auf, ob für anderssprachige Migrantinnen ein chancengleicher Zugang zur Hebammengeburt besteht und wenn nicht, wie dieser hergestellt werden könnte.

Ziel dieser Arbeit ist es daher, im Rahmen eines Praxisprojektes in der betreffenden Frauen-Universitätsklinik zu überprüfen, ob anderssprachige Migrantinnen die gleichen Zugangsmöglichkeiten zur Hebammengeburt haben wie deutschsprachige Frauen und Schweizerinnen. Sollte dies nicht der Fall sein, werden Massnahmenansätze erarbeitet, die der Chancengleichheit Rechnung tragen. Daraus ergaben sich folgende Fragestellungen:

1. Warum sind Migrantinnen im Kollektiv der Hebammengeburt untervertreten?
2. Wie steht es um die Chancengleichheit von Migrantinnen in Bezug auf das Angebot der Hebammengeburt?
3. In welchem klinischen Kontext sind die Hebammengeburt und die Migrationsthematik in der betreffenden Universitäts-Frauenklinik eingebettet?
4. Mit welchen Ansätzen könnte man einem allfälligen Veränderungsbedarf gerecht werden?

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt bei der Erfassung der Chancengleichheit und möglicher Gründe für die Abwesenheit von Migrantinnen im Kollektiv der Hebammengeburten. Dabei wird der Fokus auf fremdsprachige Migrantinnen gerichtet, bei welchen Verständigungsschwierigkeiten bestehen. Eine weitere Einschränkung dieser Arbeit besteht darin, dass sich die Kontextanalyse ausschliesslich auf die betreffende Universitäts-Frauenklinik bezieht. Die Klientinnen werden dort primär in der Hebammensprechstunde über das Angebot der Hebammengeburt informiert. Somit werden ausschliesslich diese Hebammen in die Befragung eingeschlossen. Trotzdem soll zur Erweiterung der Perspektive zusätzlich eine Hebammenexpertin zu Wort kommen. Die leitende

Hebamme der Hebammensprechstunde wird bewusst nicht in die Befragung mit einbezogen, da sie Einsicht in die Disposition hatte und somit sehr genau über die Ziele und Fragestellungen dieser Arbeit Bescheid weiss. Zur Erfassung der ärztlichen Sicht sowie gewisser kontextueller Faktoren werden schliesslich zwei leitende Ärzte interviewt, jedoch keine weiteren Personen vom ärztlichen Team. Da die Befragung von Klientinnen nicht möglich ist, wird deren Perspektive indirekt in den Interviews mit den Hebammen und Ärzten erfragt. Beim Aufbau der Arbeit, welcher sich an den Kreislauf von Kraus und Westermann (2001) und Rycroft-Malone et al. (2004) anlehnt, werden die Planung und Umsetzung von Massnahmen nicht detailliert ausgearbeitet und sollen nur als Handlungsansätze betrachtet werden. Dies aufgrund der begrenzten Kapazität und des vorgegeben Umfangs, welcher von Seiten der Ausbildungsstätte vorgängig festgelegt wurde. Aus demselben Grund wird auch auf die Erarbeitung der Projektevaluation verzichtet.

### 3 THEORETISCHER HINTERGRUND

Im Anschluss wird als erstes, nach methodischer Erläuterung von Quellensuche und Literaturreview, die Migrationsthematik aufgegriffen. Denn wie genau steht es um die Lebensbedingungen und die Gesundheit der Migrationsbevölkerung? Welche Rolle nimmt sie im schweizerischen Gesundheitssystem ein? In diesem Zusammenhang soll auch die autonome Hebammenarbeit im Hinblick auf vorhandene Evidenzen und deren Bedeutung für Migrantinnen genauer betrachtet werden. Da es sich dabei um zwei oft separat diskutierte Themengebiete handelt, die dennoch in einem komplexen Zusammenhang stehen, werden im Anschluss daran geeignete Modelle und Konzepte vorgestellt, welche diesbezüglich Orientierung und konkrete Hilfestellungen bieten und gleichzeitig einen Soll-Zustand beschreiben. Dies sind einerseits die transkulturelle Kompetenz, welche durch die US-amerikanischen „National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care“ (CLAS) ergänzt und konkretisiert wird, und andererseits das Prinzip der Chancengleichheit.

#### 3.1 Methodik der Quellensuche und Literaturreview

Die verwendete Evidenz beruht auf Primär- und Sekundärliteratur, welche Bücher und Studien, aber auch Reviews, nationale Strategien, statistische Daten, eine klinikinterne Leitlinie und Evaluation einschliesst. Die mit einbezogene Literatur umfasst somit sowohl die Makro-, die Meso- als auch die Mikroebene. Fachliteratur wurde mittels Suche im Bibliothekskatalog Informationsverbund Deutschschweiz (IDS) Basel Bern identifiziert und nach Lektüre von Titel und Kurzbeschreibung bezüglich deren thematischen Eignung selektiert. In den Datenbanken PubMed, Medline, Medpilot, Geneva Foundation und Cochrane Library wurde unter Verwendung folgender Suchbegriffe nach Studien, Reviews, Artikeln und Leitlinien gesucht: „midwife-led birth“, „midwife-led care“, „models of care“, „migration AND health“, „transcultural midwifery care“, „immigrants AND access to medical care“ – als auch mit verschiedenen Kombinationen der Begriffe: „midwifery“, „safety“, „quality“, „birth“. Die Treffer wurden nach Prüfung des Titels und / oder Abstracts in Bezug auf deren Relevanz für diese Arbeit sortiert. Anschliessend wurden diese durch die Lektüre des Volltextes auf deren thematische und qualitative Eignung hin untersucht. Schlussendlich konnten sieben Reviews, vier Studien und zwei Zeitschriftenartikel ausgewählt werden. Arbeiten mit hoher Relevanz für die vorliegende Bachelorthesis wurden mit einem dafür geeigneten Analyseraster auf deren Qualität hin untersucht und kritisch gewürdigt. Bei der kritischen Würdigung quantitativer Studien orientierte man sich an Polit, Beck und Hungler (2004) und bei qualitativen Untersuchungen an Steinke (2007). Die Reviews wurden gemäss Behrens und Langer



(2006) gewürdigt. Die Evidenzniveaus der Reviews und quantitativen Untersuchungen bestimmte man anhand der Kriterien der Canadian Hypertension Society (zit. in Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF, 2001. vgl. Anhang 13.7, S. 132). Die Universitäts-Frauenklinik stellte den Autorinnen die klinikinterne Leitlinie zur Hebammengeburt und deren Evaluation aus dem Jahre 2009 zur Verfügung. Die Strategie zu Gesundheit und Migration des Bundesamtes für Gesundheit (BAG, 2007), das Herausgeberwerk von Dagmar Domenig zur transkulturellen Kompetenz und eine qualitative Studie des Instituts für Ethnologie der Universität Bern (2004) wurden auf Expertinnenempfehlung hin in die Arbeit mit einbezogen. Die statistischen Daten zur Migrationsbevölkerung stammen von den aktuellen, online verfügbaren Angaben des BAG und des Bundesamtes für Migration (BFM).

## **3.2 Gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung**

### **3.2.1 Definition und demographische Fakten**

Als „Personen mit Migrationshintergrund“ werden gemäss dem BAG (2007, S. 11) all jene Menschen bezeichnet, welche in der Schweiz wohnen und eventuell sogar hierzulande geboren wurden, jedoch bei Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit hatten. Somit sind in dieser Definition die erste und zweite Generation der Migrationsbevölkerung, als auch alle eingebürgerten Personen eingeschlossen (BAG, 2007).

Im Jahr 2010 machte die Migrationsbevölkerung einen Anteil von 21.9% an der schweizerischen Gesamtbevölkerung aus, wobei Menschen aus Italien, Deutschland, Portugal und Serbien am stärksten vertreten waren (BFM Statistikdienst Ausländer, 2011). Im selben Zeitraum wurden in der Schweiz rund 15'500 Asylgesuche gestellt. Am häufigsten stammten die Asylsuchenden aus den Ländern Nigeria, Eritrea, Sri Lanka, Serbien und Afghanistan (BFM Statistikdienst Asyl, 2011).

### **3.2.2 Sozialepidemiologische Befunde zur allgemeinen und reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung**

Die Migrationsbevölkerung, darunter insbesondere die Frauen und Asylsuchenden, schätzt ihren persönlichen Gesundheitszustand im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung schlechter ein (Rommel, Weilandt, & Eckert, 2006). Ein Blick in die Ergebnisse des im Jahre 2006 von Rommel et al. durchgeführten Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM) (vgl. Tabelle 1) zeigt auf, dass diese in einigen Bereichen tatsächlich einen schlechteren Gesundheitszustand aufweist. Von körperlichen, teils psychosomatischen Beschwerden wie bspw. Schlafstörungen, Ener-

gielosigkeit, Kopfschmerzen, Rücken-, Herz- und Bauchbeschwerden sind insbesondere Asylsuchende und die türkische Migrationsbevölkerung signifikant häufiger betroffen (Rommel et al., 2006). In Bezug auf die psychische Gesundheit wird deutlich, dass vor allem unter den Migrantinnen und Asylsuchenden Belastungen, wie Einsamkeitsgefühle, Stress, vermindertes Selbstwertgefühl und Depressionen bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen, häufiger vorkommen (Wicker, 1993, zit. in BAG, 2007). In der qualitativen Studie von Hälg et al. (2004) (vgl. Tabelle 1), welche sich explizit der reproduktiven Gesundheitssituation von Migrantinnen widmete, wird deutlich, dass die peri- und postpartale, aber auch die neonatale Mortalität in der schweizerischen Migrationsbevölkerung erhöht ist (Lehmann et al., 1990; Wanner et al., 2001, zit. in Hälg et al., 2004). Auch treten während Schwangerschaft und Geburt zahlreichere Komplikationen auf (BAG, 2007; Lehmann et al., 1990; Weiss, 2003; Bollini, 2000, zit. in Hälg et al., 2004) und Migrantinnen müssen öfter stationäre Aufenthalte in der Schwangerschaft in Anspruch nehmen (Terzioglu, Baumann, Krause, & Feige, 2000, zit. in Hälg et al., 2004). Schwangerschaftsabbrüche werden in diesem Kollektiv ungefähr dreimal so häufig wie bei Schweizerinnen durchgeführt (Sieber, 2007).

Internationale Studien kommen zum Schluss, dass in einigen Migrationsgruppen, bspw. aus dem subsaharischen Afrika, die Zahl der Totgeburten, aber auch die Mortalität von Neugeborenen und Kindern höher ist, als diejenigen der einheimischen Bevölkerung westlicher Industrieländer (Gissler et al., 2009; Mayberry, Mili, & Ofili, 2000). In der Review von Gissler et al. (2009) konnte sogar gezeigt werden, dass zwischen den erhöhten Mortalitätsraten und ungünstigeren sozioökonomischen Faktoren, Sprachproblemen, gewissen mütterlichen Risikofaktoren (bspw. mehr Diabetes, höhere Parität, ernährungsbedingte Mangelerscheinungen, risikvolleres Gesundheitsverhalten) und vorhandenen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, aber auch zu medizinischem Wissen und Informationen ein Zusammenhang besteht (vgl. Tabelle 2). Mayberry et al. (2000) fanden im Migrationskollektiv eine erhöhte Rate von Kindern mit tiefem Geburtsgewicht, als auch häufigere neonatale Komplikationen und Verlegungen von Neugeborenen auf die Neonatologie (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 1: Bewertung der verwendeten qualitativen Studien

Quelle und Bewertung	Beschreibung und Kommentar
<p>Rommel, Weilandt, &amp; Eckert (2006)<sup>4</sup></p> <p>Hohe Qualität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kernkriterien qualitativer Forschung transparent und grösstenteils erfüllt</li> <li>- saubere und stringente Methodik geschichteter Stichprobenziehung</li> <li>- Design der Studie unklar (vermutlich qualitativ)</li> <li>- Auswertung der Daten, sowie Transkriptionsregeln leider nicht erläutert</li> </ul>	<p>Rund 3000 in der Schweiz durchgeführte Telefonbefragungen mit Migrantinnen, Migranten und Asylsuchenden aus dem ehemaligen Jugoslawien, Portugal, der Türkei und Sri Lanka zu deren sozialen Lage, gesundheitlichen Situation und gesundheitsspezifischen Verhaltensweisen.</p> <p>Gesundheitszustand und Beschwerdespektrum werden deutlich. Durch die transkulturelle Validierung des Erhebungsinstrumentes und der Durchführung der Befragung in der Muttersprache der Befragten, kann davon ausgegangen werden, dass die Daten vollständig und authentisch sind. Da die Befragung in der Schweiz durchgeführt wurde und die Kohorten quantitativ so zueinander im Verhältnis standen, wie sie auch innerhalb der Schweizer Bevölkerung vertreten sind, dürfen die Daten als äusserst repräsentativ und geeignet für die vorliegende Arbeit betrachtet werden.</p>
<p>Hälg, Salis Gros, Walliman, &amp; Wick Marcoli (2004)<sup>5</sup></p> <p>Hohe Qualität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kernkriterien qualitativer Forschung vollständig beschrieben und reflektiert</li> <li>- sorgfältige Auswertung der Daten</li> <li>- Methodik der extern durchgeführten Erhebung gemäss Autorenschaft nicht wissenschaftlichen Standards entsprechend</li> </ul>	<p>Qualitative Auswertung einer, durch die Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit (IAMANEH Schweiz) durchgeführten, qualitativ-quantitativen Spitalbefragung anhand von Telefoninterviews mit Hebammen und (Chef-) Ärztinnen und Ärzten zur Betreuung von Migrantinnen in der Geburtshilfe.</p> <p>Die Ziele und die gewonnenen Ergebnisse beziehen sich auf ein Setting, das äusserst gut auf die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit passt und haben daher grosse Relevanz. Durch die Befragung von Hebammen und der Ärzteschaft wurden mehrere Perspektiven berücksichtigt. Im Theorieteil werden relevante Studien zitiert. Da jedoch die Datenerhebungsmethode nicht wissenschaftlichen Standards entsprach, sind die damit gewonnenen Ergebnisse dennoch mit Vorbehalt zu verwenden.</p>

Tabelle 2: Bewertung der verwendeten Reviews

Quelle und Bewertung	Beschreibung und Kommentar
<p>Gissler, Alexander, Macfarlane, Small, Stray-Pedersen, Zeitlin, Zimbeck, &amp; Gagnon (2009)<sup>6</sup></p> <p>Evidenzniveau: Level II (Canadian Hypertension Society, zit. in AWMF, 2001)</p>	<p>Literaturreview zur Prävalenz von Totgeburten, neonataler Mortalität und Kindersterblichkeit in der Migrationsbevölkerung im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung.</p> <p>Da sich die untersuchten Studien auf die Situation in westlichen Industrieländern beziehen, sind die Ergebnisse in gewissem Masse durchaus auf die Schweiz übertragbar. Leider wird nicht transparent gemacht, wie die einzelnen Studien bezüglich deren Qualität und Glaubwürdigkeit beurteilt wurden. Massnahmen der Bias-Vermeidung werden jedoch erläutert.</p>

<sup>4</sup> Detaillierte kritische Würdigung: Rommel et al. (2006) vgl. Anhang 13.5, S. 111

<sup>5</sup> Detaillierte kritische Würdigung: Hälg et al. (2004) vgl. Anhang 13.5, S. 114

<sup>6</sup> Detaillierte kritische Würdigung: Gissler et al. (2009) vgl. Anhang 13.5, S. 117

<p>Mayberry, Mili, &amp; Ofili (2000)<sup>7</sup></p> <p>Evidenzniveau: Level II (Canadian Hypertension Society, zit. in AWMF, 2001)</p>	<p>Literaturreview zu den vorhandenen Unterschieden zwischen verschiedenen Ethnien bezüglich deren Zugang zum Gesundheitssystem.</p> <p>Vollständig beschriebene Methodik. Kohorten vorwiegend aus dem U.S.-amerikanischen Raum, daher sind die Ergebnisse nur bedingt auf die schweizerische Migrationsbevölkerung übertragbar.</p>
--	--

### 3.2.3 Mögliche Ursachen für die schlechtere Gesundheit der Migrationsbevölkerung

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit ein Begriff, der ganzheitlich verstanden werden soll und somit nicht nur mit der Abwesenheit von Krankheit gleichgesetzt werden darf (WHO, 2009). Gesundheit und Krankheit sind also multifaktoriell determiniert. Die folgende Grafik veranschaulicht die verschiedenen Faktoren - gesellschaftliche, politische, umweltbezogene, soziale, individuelle - welche in positivem oder negativem Sinne auf die Gesundheit einwirken und somit die Zugänglichkeit eines Menschen zum Gesundheitssystem dementsprechend beeinflussen (Graham & Kelly, 2004).

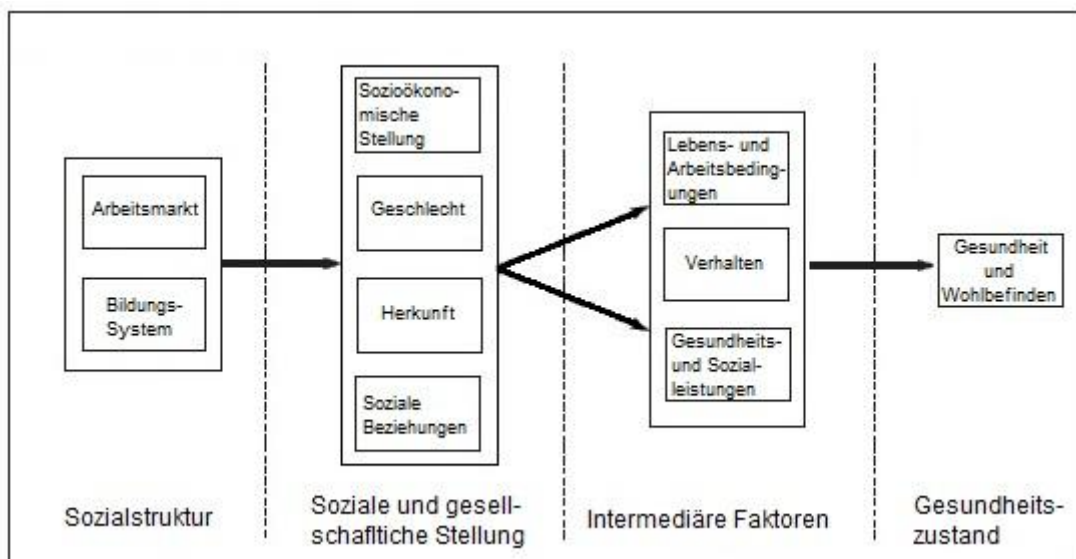


Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten (adaptiert nach Graham & Kelly, 2004)

In der strategischen Ausrichtung des Bundes zur Thematik Migration und Gesundheit (BAG, 2007) wird aufgezeigt, dass Migrantinnen und Migranten oft materiellen und psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind, was deren Gesundheitszustand negativ beeinflussen kann. Dazu gehört bspw. der schlechtere sozioökonomische Status, welcher sich direkt auf die Arbeits- und Lebensbedingungen auswirkt (Leu & Schellhorn,

<sup>7</sup> Detaillierte kritische Würdigung: Mayberry et al. (2000) vgl. Anhang 13.5, S. 119

2004; Schopper, 2002, zit. in BAG, 2007). Ein unsicherer Aufenthaltsstatus gilt als weiterer Risikofaktor für die Gesundheit, da dieser oft mit Abhängigkeitsverhältnissen, mangelnden Zukunftsperspektiven und Zugangsbarrieren zu Gesundheits- und Sozialleistungen einher geht (BAG, 2007).

Weiter wird ausgeführt, dass Sprachbarrieren die Inanspruchnahme und Nutzung von Leistungen des Gesundheitssystems hemmen und die Interaktion mit dem Gesundheitspersonal erschweren können (BAG, 2007). Dies wiederum kann unter anderem Informationsdefizite und mangelnde Compliance nach sich ziehen (BAG, 2007). So können Wissenslücken, möglicherweise bedingt durch Sprachprobleme, zur Nicht-Inanspruchnahme des bestehenden Angebots oder zu inadäquater Betreuung führen (BAG, 2007). Verschiedene internationale Studien aus dem geburtshilflichen Kontext vermuten ein erhöhtes Risiko für diverse ungünstige perinatale und kindliche Outcomes aufgrund von Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem (Alonso, Armada Marasca, Alonso, & Moro, 2006; Bona, Zaffaroni, Cataldo, Sandri, & Savioli, 2001; Buekens et al., 1998, zit. in Gissler et al., 2009). Hälg et al. (2004) schlussfolgern ausserdem, dass die Institutionen der schweizerischen Gesundheitsversorgung noch zu wenig auf den Umgang mit migrationsspezifischen Themen sensibilisiert sind, wodurch deren Angebote für die Migrationsbevölkerung nur beschränkt adäquat sind und somit die Chancengleichheit nicht gewährleistet wird. Auf die Rolle der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich als auch auf deren bioethischen Kontext wird im Kapitel 3.4.3 eingegangen.

### 3.2.4 Schwierigkeiten in der Betreuung

Gemäss einer Spitalbefragung durch die Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit (IAMANEH Schweiz) im Jahre 2002 (vgl. Hälg et al., 2004) stellen die Verständigungsschwierigkeiten mit den Migrantinnen für das Spitalpersonal das Hauptproblem dar. Im Praxisalltag greift man als Lösung für diese Sprachbarrieren oft auf unprofessionelle Übersetzende (Familienangehörige, zufällig anwesendes nicht-medizinisches Personal etc.) zurück, was jedoch zu wesentlichen Problemen führen kann (Stuker, 2007; Rommel et al., 2006). Gesamthaft betrachtet werden professionelle Übersetzungsdienste nicht in nennenswertem Umfang genutzt (Rommel et al., 2006). Hinzu kommt gemäss Hälg et al. (2006) der geringer eingeschätzte Bildungsstand der Klientinnen mit oftmals fehlendem medizinischem Wissen. Als Stolpersteine wurden in erwähnter Spitalbefragung durch IAMANEH Schweiz auch kulturelle Besonderheiten genannt, bspw. viel Besuch, andere Essgewohnheiten oder die unterschiedlichen Erklärungsmodelle für Gesundheit und Krankheit. Des Weiteren

wurde das zum Teil nicht egalitäre Geschlechterverhältnis, in welchem die Frau oft in einer Abhängigkeit vom Mann und in einer passiven Rolle erlebt wird, als weitere Betreuungsproblematik beschrieben (Hälg et al., 2004).

Die Migrationsbevölkerung, insbesondere Frauen und Asylsuchende, weist bezüglich der allgemeinen und reproduktiven Gesundheit im Vergleich zu Schweizerinnen und Schweizern also oft ungünstigere Zahlen auf. Die Ursachen dafür sind äusserst komplex und noch nicht vollständig geklärt. Es scheinen jedoch materielle und psychosoziale Belastungen sowie Zugangsbarrieren zu sein, die sich als Stressoren negativ auf den Gesundheitszustand auswirken können. Die Verständigungsschwierigkeiten zeichnen sich als Hauptproblem ab, wobei der Einsatz von professionellen Übersetzungshilfen nicht in nennenswertem Umfang erfolgt.

Könnten diese Umstände durch autonome Hebammenarbeit, wie sie bspw. im Modell der Hebammengeburt zur Anwendung kommt, allenfalls positiv beeinflusst werden?

### **3.3 Die Hebammengeburt**

#### **3.3.1 Definition der Hebammengeburt**

Die vorliegende Arbeit orientiert sich bezüglich des Begriffes Hebammengeburt grundsätzlich an der Definition der untersuchten Universitäts-Frauenklinik (Universitätsklinik für Frauenheilkunde, 2007; Universitätsklinik für Frauenheilkunde, 2010). Demnach richtet sich die Hebammengeburt an alle Frauen, die sich eine Geburt in einem kleinen, intimen Rahmen wünschen und dabei eine physiologische Schwangerschaft bei risikoloser Anamnese aufweisen (vgl. Anhang 13.6, S. 131). Die Betreuung unter der Geburt findet ausschliesslich durch eine Hebamme statt. Sie trifft eigenverantwortlich Entscheidungen über die Methoden der Wehenregulation und Schmerzbehandlung, führt die fetale Herzfrequenzüberwachung gemäss klinikinternen Richtlinien durch, versorgt allfällige Geburtsverletzungen innerhalb ihres Kompetenzbereiches und betreut die Familie postpartal. Der ärztliche Dienst wird aber dennoch über jeden Eintritt einer Frau und ihren Geburtsverlauf orientiert und bei Komplikationen sofort hinzugezogen. Um eine Hebammengeburt leiten zu können, müssen Hebammen über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung verfügen, wovon sie mindestens ein Jahr auf einer Geburtsstation gearbeitet haben müssen.

#### **3.3.2 Nationale Studie zur Hebammengeburt**

Die untersuchte Institution ist die einzige Universitätsklinik in der Schweiz, welche das Modell der Hebammengeburt anbietet. Dieses wurde im Jahr 2003 erstmals innerhalb

einer Studie von Cignacco und Büchi (2003)<sup>8</sup> evaluiert, welche nach der Canadian Hypertension Society beurteilt einem Evidenzniveau Level II entspricht (zit. in AWMF, 2001). Es wurde ein quantitativ-exploratives Design verwendet, wobei zwei vergleichbare und unabhängige Gelegenheitsstichproben mittels Fragebogen untersucht wurden. Dieser war jedoch nur in deutscher Sprache erhältlich, wodurch fremdsprachige Migrantinnen von der Studie ausgeschlossen wurden. Aus diesem Grund können die Resultate nicht vorbehaltlos auf alle Frauen übertragen werden. Die Evaluation zeigte schliesslich, dass Frauen mit einer Hebammengeburt durchschnittlich älter waren, eher in unkonventionellen Partnerschaften lebten und ein höheres Bildungsniveau aufwiesen als die Klientinnen der Kontrollgruppe. Des Weiteren wurde im Hebammengeburt-Kollektiv signifikant weniger Interventionen, wie Blutentnahmen, Infusionen und Episiotomien durchgeführt. Auch hinsichtlich des künstlichen Blasensprungs bestand eine Tendenz zu mehr Zurückhaltung. Zudem kamen ätherische Öle, persönlich mitgebrachte Musik und die Badewanne während den Hebammengeburten vermehrt zum Einsatz. Bezüglich der Anzahl auftretender Pathologien, der Medikamentenverabreichung, der Geburtsdauer und dem fetalen Outcome konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Als erstaunlich erachtet wurde die Tatsache, dass gut 40% der Hebammengeburten abgebrochen wurden, obwohl die Zulassungskriterien als sehr streng erlassen werden. Als Erklärung hierfür, wurde die Übervorsicht der Hebammen genannt, da es sich schliesslich um ein Pilotprojekt mit erweiterten Kompetenzen und somit auch grösserer Verantwortung für die Hebammen handelte. In beiden Gruppen äusserten die Frauen den Eindruck, dass sie die Geburt mitbestimmen und die Position ihrer Wahl einnehmen konnten. Wodurch die Zufriedenheit der Frauen mit der Betreuung in beiden Gruppen hoch war. Einzelne negative Rückmeldungen gab es lediglich von Frauen, deren Vorstellungen zur Geburt sich aufgrund auftretender Komplikationen nicht erfüllten. Als Beweggrund für den Wunsch nach einer Hebammengeburt nannten knapp drei Viertel der Frauen den kleinen intimen Rahmen, der dennoch die Sicherheit des Spitals bietet. Aber auch ideologische und ökonomische Überlegungen spielten eine entscheidende Rolle. Cignacco und Büchi (2003) schlussfolgern, dass aus Sicht der Hebammen das Angebot der Hebammengeburt, eine Erweiterung ihrer Kompetenzen bedeutet, da sie vordergründig eigenverantwortlich für die gesamte Betreuung der Frau, des Neugeborenen und der Familie zuständig sind. Die Möglichkeit einer von Hebammen geleiteten Geburt wird zudem als wertvolle und dem Bedürfnis der Frauen entsprechende Alternative zum überwiegenden Arzt-Hebammen-Modell erachtet. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive betrachtet, wird es zudem als sehr interessantes Zukunftsprojekt beschrieben.

---

<sup>8</sup> Kritische Würdigung: Cignacco & Büchi (2003), vgl. Anhang 13.5, S. 121

### 3.3.3 Internationale Studienlage zur autonomen Hebammenarbeit

In zahlreichen internationalen Studien wurden Vergleiche zwischen Modellen der autonomen Hebammenarbeit und dem standardmässigen Arzt-Hebammen-Modell durchgeführt. Die Autorinnen wählten schliesslich drei Studien und eine Review aus, welche sich auf das Modell der Hebammengeburt übertragen lassen. Die jeweiligen Ergebnisse werden in Tabelle 3 dargestellt.

Als markante Vorteile lassen sich zusammenfassend die verminderte Anzahl an Interventionen und die vermehrten Spontangeburt bei gleichbleibendem maternalem und fetalem Outcome hervorheben. Zudem zeichnet sich die autonome Hebammenarbeit durch eine hohe oder gar höher eingestufte Klientinnenzufriedenheit aus, welche gleichzeitig qualitativ hochwertig und kosteneffizient ist.

Tabelle 3: Kommentierte Ergebnisse aus den einzelnen Studien und Reviews zur autonomen Hebammenarbeit

Quelle und Bewertung	Ergebnisse und Kommentar
Detzel, & Künzi (2007) <sup>9</sup>  Evidenzniveau: Level II (Canadian Hypertension Society, zit. in AWMF, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weniger Interventionen (z.B. Episiotomie, Periduralanästhesie (PDA), Einleitung) bei gleicher oder höher eingestufte Klientinnenzufriedenheit</li> <li>- Kein Unterschied bezüglich des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind im Vergleich mit dem üblichen Arzt-Hebammen-Modell</li> <li>- Hebammenarbeit im Vergleich mit den Leistungen von Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen qualitativ gleichwertig, jedoch kosteneffizienter</li> <li>- Einige Studien deuten darauf hin, dass Hebammen auch komplexe Schwangerschaften und Geburten substitutiv betreuen können.</li> </ul> <p>Es wird nicht beschrieben, ob sich die einzelnen Studien nur mit der einheimischen oder auch mit der immigrierten Bevölkerung auseinandersetzen. Daher sind die Ergebnisse nicht vorbehaltlos auf Migrantinnen übertragbar. Es wird jedoch ein direkter Bezug zur Schweiz hergestellt, wodurch die Erkenntnisse zur autonomen Hebammenarbeit allgemein, zutreffen.</p>
Morano, Cerutti, Mistrangelo, Pastorino, Benussi, Costantini, Ragni (2007) <sup>10</sup>  Evidenzniveau: Level II (Canadian Hypertension Society, zit. in AWMF, 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiefe Anzahl medizinischer Interventionen, hohe Rate an Spontangeburt (86%), gutes mütterliches und fetales Outcome</li> <li>- Niedrige Episiotomierate von 17.1% (italienisches Mittel: 54.8%)</li> <li>- Intrapartal 203 Verlegungen (14.1%), davon nur 87 Geburtsbeendigungen per Sectio (6.1% vom Gesamtkollektiv, im Vergleich zu Sectoraten von teilweise bis zu 60% in Italien)</li> </ul> <p>Beim Beschrieb der Studienteilnehmenden wird nicht auf deren Ethnie eingegangen. Dadurch ist unklar, ob Migrantinnen im Kollektiv vertreten sind und die Erkenntnisse somit ohne weiteres auf diese übertragen werden können. Das untersuchte Modell ähnelt jedoch stark demjenigen der untersuchten Universitäts-Frauenklinik, wodurch die Ergebnisse für dieses Angebot und die autonome Hebammenarbeit allgemein übernommen werden können.</p>

<sup>9</sup> Detaillierte kritische Würdigung: Detzel & Künzi (2007) vgl. Anhang 13.5, S. 123

<sup>10</sup> Detaillierte kritische Würdigung: Morano et al. (2007) vgl. Anhang 13.5, S. 125



<p>Eide, Vika Nilsen, &amp; Rasmussen (2009)<sup>11</sup></p> <p>Evidenzniveau: Level I (Canadian Hypertension Society, zit. in AWMF, 2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringfügig, aber signifikant tiefere Episiotomierate</li> <li>- Mehr Variationen bei den Geburtspositionen</li> <li>- Häufiger nicht-pharmakologische Schmerzbehandlungen (z.B. Akupunktur, Quaddeln, Bad)</li> <li>- Im Vergleichskollektiv signifikant häufigerer Gebrauch pharmakologischer Schmerztherapien (z.B. PDA, Lachgas, Pudendusblock), vermehrte Verabreichung von Opiaten bei der Untersuchungsgruppe</li> <li>- Kein statistisch signifikanter Unterschied in Geburtsdauer, Rate vaginal-operativer Geburten, postpartaler Hämorrhagien, Dammrissen 3. und 4. Grades, intaktem Perineum, 5'-Apgar-Scores von &lt; 7, Verlegung Neugeborener auf die Neonatologie</li> </ul> <p>Es wird nicht deklariert, ob Migrantinnen in den Untersuchungsgruppen vertreten sind. Die Forschenden selbst beziehen ihre Resultate auf die norwegische Bevölkerung sowie Populationen anderer wohlhabender Länder. Eine eins-zu-eins Übertragung auf fremdsprachige Migrantinnen ist also nicht ohne Vorbehalte möglich. Die Studie weist aber eine hohe Qualität auf und die Ergebnisse stärken die autonome Hebammenarbeit.</p>
<p>Hatem, Sandall, Devane, Soltani, Gates (2009)<sup>12</sup></p> <p>Evidenzniveau: Level I (Canadian Hypertension Society, zit. in AWMF, 2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemein weniger Interventionen während Schwangerschaft und Geburt (z.B. antenatale Hospitalisation, Gebrauch regionaler Analgetika (PDA), Episiotomien, vaginal-operative Entbindungen)</li> <li>- Häufiger Spontangeburt ohne intrapartale Analgesie / Anästhesie</li> <li>- Frauen äusserten ein subpartales Gefühl der Kontrolle, wurden öfters von einer bereits bekannten Hebamme betreut</li> <li>- Positive Tendenz zu Gunsten der Hebammenbetreuung in Bezug auf Klientinnenzufriedenheit und Kosteneffizienz</li> <li>- Kein Unterschied bezüglich Sectorate</li> <li>- Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für nachteilige Outcomes</li> </ul> <p>Die elf untersuchten Studien wurden in vier industrialisierten, englischsprachigen Ländern durchgeführt. Zwei Studien erwähnen explizit den Ausschluss nicht-englischsprachiger Frauen, die restlichen gehen nicht auf ethnische Eigenschaften der Teilnehmerinnen ein. Eine eins-zu-eins Übertragung der Resultate auf Migrantinnen ist dadurch fraglich. Für die autonome Hebammenarbeit allgemein sind die Ergebnisse jedoch durchaus als positiv und stärkend zu bewerten.</p>

Da sich keine der Quellen explizit mit der Migrationsbevölkerung auseinandersetzt und die Studienteilnehmerinnen bezüglich deren Ethnie und Herkunft nicht näher beschrieben wurden, sind die Resultate nicht vorbehaltlos auf fremdsprachige Migrantinnen übertragbar. Es ist jedoch durchaus denkbar, dass diese ebenfalls von den aufgezeigten Vorteilen profitieren könnten. Abgesehen von diesen Evidenzen zur autonomen Hebammengeburt bedarf es jedoch zur Gewährleistung einer ganzheitlichen und zudem migrationsspezifischen Betreuung weiterer Fertigkeiten und Konzepte, auf welche im Folgenden eingegangen wird.

<sup>11</sup> Detaillierte kritische Würdigung: Eide et al. (2009) vgl. Anhang 13.5, S. 127

<sup>12</sup> Detaillierte Kritische Würdigung: Hatem et al. (2009) vgl. Anhang 13.5, S. 129

## 3.4 Diversität und Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung

### 3.4.1 Transkulturelle Kompetenz

In der untersuchten Universitäts-Frauenklinik machen Migrantinnen einen grossen Prozentsatz des Klientels aus. Somit treffen Hebammen täglich auf Migrantinnen, welche andere Wertvorstellungen, Religionen, Lebensweisen etc. als die ihrigen aufweisen können. Die transkulturelle Kompetenz hat laut Dagmar Domenig (2007) zum Ziel, diesen unterschiedlichen Lebenswelten und -vorstellungen gerecht zu werden und dadurch eine erfolgreiche und befriedigende Zusammenarbeit zu ermöglichen. Es handelt sich somit um ein grundlegendes Konzept zur Auseinandersetzung mit der Migrationsthematik und umschreibt gleichzeitig einen Soll-Zustand für die adäquate Betreuung von Migrantinnen und Migranten. Die Definition lautet folgendermassen:

Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen. (Domenig, 2007, S. 174)

Die Basis der transkulturellen Kompetenz besteht somit aus den drei Grundpfeilern Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie Empathie.

In Anlehnung an dieses Konzept wurde das Instrument der transkulturellen Anamnese entwickelt (Domenig, Stauffer & Georg, 2007). Dieses berücksichtigt die wichtigsten Fragen und Themen, um die Sichtweise von Migrantinnen und Migranten erfassen zu können und ist nachfolgend in vereinfachter Form dargestellt (vgl. Abbildung 2). Schliesslich ist eine gründliche und möglichst vollständige Anamnese grundlegend für eine dem Klientel angepasste und ganzheitliche Betreuung. Sie stellt ein anschauliches Arbeitsinstrument dar, das die Erfassung von Diversitäten und Individualitäten unter der Migrationsbevölkerung ermöglicht. Weitere konkrete Leitlinien bieten die nachfolgenden U.S.-amerikanischen CLAS.

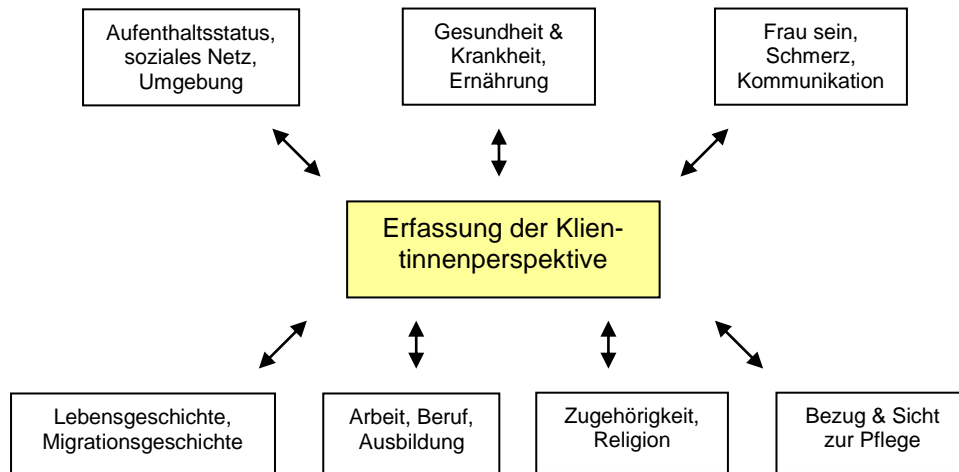


Abbildung 2: Die transkulturelle Anamnese: gezielte Fragen bezüglich der aufgeführten Determinanten, ermöglichen eine umfassende, migrationspezifische Anamnese (angelehnt an die "Transkulturelle Pflegeanamnese" © von Domenig, 2007, S. 309)

### 3.4.2 National Standards for culturally and linguistically appropriate services in health care (CLAS)

Die CLAS wurden vom U.S. Office of Minority Health (2001) anhand aktueller Evidenzen entwickelt, um Dienstleistungen von Gesundheitsorganisationen kulturell und sprachlich für alle zugänglich zu machen. Von den insgesamt 14 Standards wurden sieben ausgewählt, welche sich besonders zur Umschreibung des erwünschten Zustandes von Institutionen im Gesundheitsbereich eignen. Demnach sollte eine Gesundheitsinstitution:

- Eine effektive, verständliche und respektvolle Pflege gewährleisten, die mit den jeweiligen kulturellen Einstellungen und Praktiken des Klientels vereinbar ist.
- Dafür Sorge tragen, dass alle Mitarbeitenden über eine aktuelle Ausbildung verfügen, um kulturell und sprachlich adäquate Dienstleistungen erbringen zu können.
- Allen Klientinnen und Klienten mit sprachlichen Limitationen jederzeit und innerhalb eines angemessenen Zeitraumes kostenlose Übersetzungsdienste anbieten.
- Allen Klientinnen und Klienten verbale und schriftliche Informationen in ihrer bevorzugten Sprache anbieten und sie über ihr Recht informieren, einen Übersetzungsdienst zu beanspruchen.

- Mit professionellen Übersetzungsdiensten zusammenarbeiten. Angehörige sollten nicht zur Übersetzung hinzugezogen werden, es sei denn, dies wird von der Klientin bzw. dem Klienten ausdrücklich gewünscht.
- Das Informationsmaterial und die Beschilderung leicht verständlich, in allen gängigen Sprachen und klientinnenfreundlich gestalten.
- Laufend demographische, kulturelle und epidemiologische Daten erheben, sowie eine Bedarfsanalyse durchführen, um die Dienstleitungen den sprachlichen und kulturellen Charakteristiken des Klientels anzupassen.

Das diesen Standards zu Grunde liegende Ziel ist es, allen die gleichen Chancen zu ermöglichen. Doch was versteht man im Detail unter Chancengleichheit und welche Dimensionen umfasst diese?

### 3.4.3 Chancengleichheit

In der Bioethik wird die Chancengleichheit von Beauchamp und Childress (2001) im Rahmen der distributiven Gerechtigkeit diskutiert. In diesem Diskurs geht es grundsätzlich um die Frage der gerechten Verteilung von Zugangsmöglichkeiten und von diversen Gütern des Gesundheitsbereichs (Krankenversicherung, medizinische Infrastruktur, Therapien, Präventionsangebote etc.). Sie zeigen auf, dass sich im Laufe der Zeit ein allgemeiner Anspruch auf ein Recht für Gesundheitsversorgung entwickelt hat. Dieser Anspruch wird gemäss Beauchamp und Childress (2001) durch zwei moralische Hauptargumente befürwortet, wobei sich insbesondere das Argument der „fair-opportunity rule“ für eine Annäherung an den Begriff der Chancengleichheit eignet.

Insofar as injury, disability, or disease creates profoundly significant disadvantages and reduces agents' capacity to function properly, justice requires that we use societal health care resources to counter these effects and to restore to persons a fair chance to use their capacities (Beauchamp & Childress, 2001, p. 243).

Es braucht also ein Gesundheitssystem, das krankheitsbedingte Ungerechtigkeiten ausgleicht und jedem Individuum eine faire Chance ermöglicht, sein Potential auszuschöpfen.

Margaret Whitehead (1991) setzte sich im Kontext des Gesundheitsbereichs mit der Chancengleichheit auseinander. Sie erläutert, dass sich der Begriff der fehlenden Chancengleichheit auf Unterschiede im Gesundheitszustand bezieht, „die nicht allein unnötig und vermeidbar, sondern darüber hinaus auch unfair und ungerecht sind“ (Whitehead, 1991, S. 10). Es gilt also, die nicht vermeidbaren von den vermeidbaren

und unfairen Unterschieden abzugrenzen. Somit würde man nicht von fehlender Chancengleichheit sprechen, wenn es sich bspw. um natürliche, biologische Variationen oder um Krankheiten, bedingt durch bewusst und freiwillig gewählte, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen handelt. Speziell auf die Gesundheitsversorgung bezogen, kommt sie zu folgender Definition, die auch für die vorliegende Arbeit als passend befunden wurde. Chancengleichheit bedeutet demnach: „gleicher Zugang zur verfügbaren Versorgung für gleiche Bedürfnisse“, „gleiche Nutzbarmachung für gleiche Bedürfnisse“, „gleiche Qualität der Versorgung für alle“ (Whitehead, 1991, S.13). Sie stellt somit die Aspekte des Zugangs, der Nutzbarmachung und der Qualität ins Zentrum, wobei jedoch das Bestehen des Bedürfnisses die Grundvoraussetzung darstellt. In Bezug auf den Zugang erläutert sie, dass alle Personen mit dem gleichen Bedürfnis das gleiche Recht auf die vorhandenen Angebote haben. Alle Barrieren, welche den Zugang behindern, seien diese nun geographischer, kultureller, sprachlicher, finanzieller oder anderer Art, sollen beseitigt werden. Den Gesichtspunkt der Nutzbarmachung wird wie folgt verdeutlicht: „Findet man im Nutzungsgrad verschiedener Dienstleistungen durch verschiedene soziale Gruppen Unterschiede, so heisst das nicht automatisch, dass diese auf fehlende Chancengleichheit zurückzuführen sind. Eher spricht hier einiges dafür, dass man genauer untersuchen muss, weshalb die Nutzungsziffern unterschiedlich sind“ (Whitehead, 1991, S. 15). Es gilt also auch hier wieder eine bedürfnisgestützte Perspektive einzunehmen und nicht bloss aufgrund statistischer Unterschiede auf fehlende Chancengleichheit zu schliessen. Der Aspekt der Qualität zielt darauf ab, dass jedes Individuum, ein „gleich hohes Niveau professioneller Fürsorge erwarten kann“ (Whitehead, 1991, S. 17).

Die Chancengleichheit im moralischen und ethischen Kontext ist primär eine Gerechtigkeitsfrage bzw. ein Diskurs über die Existenz ungerechter Unterschiede. Konkret sollte zunächst nach den Gründen für die vorhandenen Unterschiede gefragt werden. Anschliessend muss untersucht werden, ob es sich dabei tatsächlich um vermeidbare, unfaire Unterschiede handelt und ob bei den scheinbar Benachteiligten das Bedürfnis für das entsprechende Angebot überhaupt vorhanden ist. Erst nachdem alle diese Fragen mit Ja beantwortet wurden, kann von fehlender Chancengleichheit gesprochen werden.

Aufgrund der vorhandenen statistischen Daten aus der untersuchten Universitäts-Frauenklinik zur Hebammengeburt könnte man eine fehlende Chancengleichheit für Migrantinnen vermuten. Dies wäre sehr zu bedauern, da das Modell der Hebammengeburt eine optimale Variante darstellt, die reproduktive Gesundheit von Frauen allgemein, und möglicherweise auch von Migrantinnen, effizient zu verbessern und somit

auch Gesundheitskosten zu senken. Ausserdem wird dadurch die Autonomie der Hebammen gestärkt und gefördert, was auch berufspolitisch für diese positiv sein dürfte. Wenn Hebammen zudem ihre ethische Verantwortung wahrnehmen und sich für eine transkulturelle Betreuung einsetzen, wird auch dem Migrationsaspekt genügend Rechnung getragen.

## 4 METHODE

Um die zu Beginn aufgestellten Fragestellungen zu beantworten, entschied man sich für die Durchführung eines Praxisprojekts. Dabei lehnt sich die Vorgehensweise an den Kreislauf von Kraus und Westermann (2001) und Rycroft-Malone et al. (2004) an. Es wurde also zuerst ein konkretes Problem in der Praxis erkannt, anhand dessen Ziele und Fragestellungen aufgestellt wurden. Danach wurde mittels Literaturreview und unter Berücksichtigung verschiedener Konzepte und Modelle die Ausgangslage evaluiert, als auch der Soll-Zustand erhoben. Mit Befragungen ermittelte man den entsprechenden Ist-Zustand und stellte diesen schliesslich dem Soll-Zustand gegenüber. Dadurch konnte ein Veränderungsbedarf mitsamt vorhandenen Ressourcen, erleichternden Faktoren aber auch eventuellen Stolpersteinen aufgezeigt werden. Wie in der Einleitung beschrieben, wurde auf die Planung und Umsetzung von Massnahmen als auch auf die Projektevaluation verzichtet.

Die vorgenommene Untersuchung an der Universitäts-Frauenklinik wurde keiner Prüfung durch eine Ethikkommission unterzogen, da es nicht zu direkter Forschung am Menschen im medizinischen Kontext kam. In Anlehnung an die Prinzipien der Forschungsethik des Belmont-Reports von 1979 war man dennoch darin bestrebt, Konzeption und Realisierung dieser Arbeit ethisch vertretbar zu gestalten (vgl. The National Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research, 1979).

### 4.1 Erhebung des Kontexts

Bei der Erfassung des Kontextes der Universitäts-Frauenklinik, der Hebammensprechstunde und dem Modell der Hebammengeburt, orientierte man sich an den theoretischen Grundlagen von Rycroft-Malone (2009). Dieser setzt einen Schwerpunkt auf die drei Dimensionen Kultur, Führung und Evaluation. Von diesen berücksichtigte die vorliegende Arbeit besonders die Aspekte der Werte und Überzeugungen, der Teamarbeit, der Veränderungsbereitschaft und der Organisationsstruktur. Zu deren Erhebung wurden schriftliche Informationsquellen wie die Homepage der Institution, Antworten auf Fragen diesbezüglich durch die leitende Hebamme der Hebammensprechstunde (vgl. Anhang 13.4, S. 106 ff.), als auch Teile der klinikinternen Evaluation und Statistik zur Hebammengeburt vom Geburtsjahr 2009 (Wyssmüller, 2010) verwendet. Hinzu kamen mündliche Informationen von den Befragungen der Fachpersonen.

## 4.2 Erhebung empirischer Daten

### 4.2.1 Konstruktion des Interviewleitfadens

Zur empirischen Datenerhebung führten die Autorinnen mit insgesamt neun Hebammen, einer Hebammenexpertin und zwei leitenden Ärzten ein persönliches Interview durch. Die Auswahl der Befragten richtete sich nach den Zielen dieser Arbeit und soll nachfolgend kurz erläutert werden:

1. Die Hebammen der Hebammensprechstunde: Sie haben sowohl den häufigsten, als auch einen kontinuierlichen Kontakt mit potentiellen Klientinnen für eine Hebammengeburt. Zudem leisten sie die hauptsächliche Aufklärungs- und Informationsarbeit über das Angebot.
2. Die leitenden Ärzte: Diese haben einen wesentlichen Einfluss auf den klinikinternen Kontext und stellen somit wichtige potentielle Stakeholder und Entscheidungsträger für allfällige Neuerungen und Massnahmen dar. Zudem erfordert eine Hebammengeburt letztendlich ihr Einverständnis.
3. Die Hebammenexpertin: Deren Tätigkeitsfeld umfasst unter anderem die Bereiche Qualitätsmanagement, praktische Tätigkeit, Öffentlichkeitsarbeit und Forschung (J. Scholz, 2011). Dadurch bringt sie eine praxisnahe Hebammensichtweise ein, welche auch wissenschaftliche und klinikspezifische Aspekte berücksichtigt.

Durch Einbezug dieser verschiedenen Berufsgruppen wurde ausserdem der Multidisziplinarität und dem ethischen Prinzip der Gerechtigkeit Rechnung getragen. So gab man auch denjenigen Personen das Wort, die bei allfälligen Veränderungen wirtschaftliche Risiken zu tragen hätten. Die aus der Befragung ausgeschlossene leitende Hebamme beantwortete während der Befragungsperiode einige schriftliche Fragen zum Kontext der Klinik und der Hebammensprechstunde.

Der Leitfaden für die Interviews wurde semi-strukturiert gestaltet und enthielt sowohl quantitative wie auch qualitative Fragen (vgl. Anhang 13.2.1, S. 65 und 13.3.1, S. 95). Damit die Fragen möglichst identisch eingeleitet und gestellt werden konnten, wurden Moderationssätze eingefügt. Um die Protokollierung und Auswertung der Antworten auf offene Fragen zu vereinfachen, wurden teilweise mögliche Antworten aufgeführt, die bei entsprechender Nennung angekreuzt werden konnten. Der Interviewleitfaden der Hebammenbefragung wurde in insgesamt zehn themenbezogene Frageblöcke unterteilt. Für die Befragung der Hebammenexpertin und der leitenden Ärzte wurde der bereits bestehende Interviewleitfaden der Hebammenbefragung gekürzt, adaptiert und



bestand schliesslich aus drei Frageblöcken. Die jeweilige Reihenfolge der Frageeinheiten wurde dabei von den Autorinnen bewusst gewählt und nach Durchführung des Pretests als schlüssig und rund empfunden. Der Interviewleitfaden für die Befragung der Hebammen war wie folgt gegliedert:

Als Einstieg wurde die Einschätzung des persönlichen Stellenwerts und der klinikinternen Grundstimmung bezüglich der Hebammengeburt gewählt. Anschliessend wurde durch die Frage nach der Häufigkeit der Aufklärung von Migrantinnen über das Angebot differenziert, ob die Folgefragen hebammengeburtsspezifisch oder in Bezug auf die allgemeine Betreuung von Migrantinnen gestellt wurden. Dies, damit aus jedem Interview migrationsspezifische Aspekte und Erkenntnisse gewonnen werden konnten, auch wenn die entsprechende Hebamme möglicherweise nur selten oder nie Migrantinnen über das Angebot der Hebammengeburt aufklärt. In den folgenden drei Frageblöcken wurden die Hebammen zu vorhandenen und / oder erwünschten Hilfestellungen, bestehenden Schwierigkeiten, ihrem persönlichen Vorgehen und den Aufklärungsinhalten befragt. Dadurch sollten sowohl verfügbare Ressourcen, gegenwärtige Wünsche als auch allfällige Stolpersteine aufgedeckt werden. Um die Perspektive der Migrantinnen indirekt mit einzubeziehen, wurde anschliessend nach deren Zugangsmöglichkeiten, Erwartungen und Wünschen gefragt. Die abschliessenden drei Frageblöcke bestanden aus der Ermittlung theoretischer Grundlagen und Kenntnisse bezüglich der Arbeit mit Migrantinnen. Auch wurden die Hebammen um eine Einschätzung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Zukunft der Hebammengeburt gebeten.

Die Hebammenexpertin und die leitenden Ärzte wurden zu Beginn ebenfalls nach dem persönlichen Stellenwert der Hebammengeburt befragt. Ausserdem wurden sie um eine Einschätzung der Vor- und Nachteile, sowie nach einer Erklärung für den relativ geringen Anteil an Hebammengeburten im Vergleich zum Gesamtkollektiv gebeten. Der zweite Frageblock war spezifisch auf die Erwartungen und Wünsche von Migrantinnen ausgerichtet, um wiederum deren Perspektive anhand der Meinung Dritter mit einzuschliessen. Die Befragung schloss erneut mit einem Blick in die Zukunft, und erfasste die persönliche und realistische Veränderungsbereitschaft der Befragten.

#### 4.2.2 Erhebungskontext

Mit der Genehmigung der Disposition durch die betreffende Universitäts-Frauenklinik und durch die Ausbildungsstätte, erhielten die Autorinnen die grundsätzliche Befugnis zur Durchführung der geplanten Interviews. Die befragten Personen wurden vorgängig zu verschiedenen Zeitpunkten und über verschiedene Kanäle über die Arbeit und die Befragung informiert. Die Hebammen der Hebammensprechstunde erfuhren als erstes

mündlich durch ihre Vorgesetzte davon. Mit der Hebammenexpertin und den leitenden Ärzten trat man persönlich oder via Sekretariat in Kontakt. Zwei Wochen vor der Befragung wurden alle Beteiligten mittels Informationsschreiben aufgeklärt (vgl. Anhang 13.1, S. 62 f.). Vor Beginn der Befragung wurden sie erneut persönlich durch die interviewenden Autorinnen informiert und deren Einverständnis zur Befragung eingeholt. Folgende Aspekte kamen bei der Aufklärung zu Sprache: Zweck, Ziel und Hintergründe der Bachelorarbeit, Schwerpunkte der Befragungen, Ablauf, Methodik und Zeitrahmen der Interviews, Anonymisierung der Daten, Freiwilligkeit, Recht auf das Nicht-Beantworten von Fragen. Die Autorinnen sind sich der Gefahr bewusst, dass durch das relativ kleine Kollektiv an Befragten, möglicherweise trotz konsequenter Anonymisierung, auf einzelne Personen Rückschlüsse gezogen werden könnten. Die Interviews wurden im April und Mai 2011 durchgeführt. Das Setting bestand jeweils aus dem Untersuchungszimmer oder Büro der befragten Person in der Klinik. Die Hebammen wurden einzeln befragt. Bei den geschlossenen Fragen wurden die entsprechenden Antworten durch die Autorinnen angekreuzt und bei Bedarf Randnotizen angefügt. Um die Beantwortung dieser Fragen zu erleichtern, legte man ihnen Antwortkarten mit den jeweiligen Antwortvorgaben vor. Die Antworten auf die offenen Fragen hielt man als paraphrasierte Notiz fest. Zur Überprüfung der Vollständigkeit und Exaktheit der Notiz wurde diese mit der befragten Person kommunikativ validiert. Nach den ersten beiden Interviews verglichen die Autorinnen untereinander das Vorgehen und die Protokollierung, welche als einheitlich befunden wurden. Die drei Interviews mit der Hebammenexpertin und den zwei leitenden Ärzten führten die Autorinnen zu zweit durch, da vornehmlich qualitative Fragen gestellt wurden, die umfangreiche Antworten anstrebten. So erleichterte die Aufteilung in Fragestellende und Protokollantin die Antwortdokumentation und ermöglichte ein flüssiges Gespräch. Die Vorgehensweise bei der Fragestellung und Dokumentation der Antworten waren identisch mit der Hebammenbefragung. Die Sprache war in allen Interviews Schweizer Mundart.

Im Rahmen dieser Bachelorthesis wurden keine direkten, potentiell schädlichen Interventionen an Mitarbeitenden oder Klientinnen durchgeführt und das Auslösen von Traumata durch die Befragung erscheint unwahrscheinlich. Man war sich darüber im Klaren, dass durch gewisse Fragen in den Interviews (z.B. Vorschläge für Veränderungen) die Gefahr bestehen könnte, falsche Erwartungen zu wecken. Durch die mehrmalige Informierung über Ziel und Zweck der Arbeit versuchte man diesem Risiko entgegenzuwirken.

### 4.3 Auswertung der Daten

Die gewonnenen Daten aus der Kontextanalyse wurden zusammengefasst und die relevanten Aspekte in den Ergebnissen integriert. Die insgesamt zwölf Interviews konnten alle in die Ergebnisse eingeschlossen werden. Statistische Daten und quantitative Antworten wertete man mittels deskriptiver Statistik aus. Bei der Auswertung des qualitativen Antwortmaterials aus den Interviews, orientierte man sich an den Techniken qualitativer Inhaltsanalyse von Mayring (2003), die man der vorliegenden Arbeit entsprechend adaptierte. Dabei wurden die handschriftlichen Notizen der Antworten als Analyseeinheit definiert. Die Fragestellungen, die dieser Bachelorarbeit zu Grunde gelegt worden sind, gaben der inhaltlichen Analyse die Richtung. Die Interviews mit den Hebammen und diejenigen mit den Ärzten bzw. mit der Hebammenexpertin wurden separat ausgewertet. Pro qualitative Frage wurde eine Tabelle mit den jeweiligen Antworten aus den verschiedenen Interviews erstellt und in drei Schritten analysiert. Als erstes wurden die Interviewnotizen, welche bereits eine erste Paraphrasierung der mündlichen Antwort darstellten, in die erste Tabellenspalte übertragen. Dies wurde in Einzelarbeit durch diejenige Person vollzogen, welche für die Notizen im jeweiligen Interview verantwortlich war. Somit konnten Verzerrungen und Übertragungsfehler aufgrund individueller Notiztechniken und Handschriften vermieden werden. Es folgte eine Generalisierung der ersten Paraphrase. Aus dem so zusammengefassten Antwortmaterial wurden schliesslich Kategorien gebildet. Die Kategorien wurden induktiv hergeleitet, also aus den vorangegangenen Generalisierungen. Während des Generalisierungsprozesses, als auch bei der Bildung der Kategorien wurde immer wieder überprüft, ob die Generalisierung bzw. die Kategorie den Inhalt des Originals angebracht wiedergab. Die ersten vier Fragen wurden von beiden Autorinnen in Einzelarbeit bis und mit Kategorienbildung analysiert und die Resultate miteinander verglichen. Auf diese Weise konnten unterschiedliche Analysier- und Interpretationsweisen aufgedeckt, diskutiert und gemeinsame Kodifizierungsregeln festgelegt werden, was zum Erreichen einer guten Interraterreliabilität notwendig war (vgl. Anhang 13.2.2, S. 72, 13.2.3, S. 78, 13.3.2, S. 98, 13.3.3, S. 100).

## 5 ERGEBNISSE

### 5.1 Kontext

Die untersuchte Universitäts-Frauenklinik ist international anerkannt und in der medizinischen Frauenheilkunde führend. Das Angebot richtet sich an alle Frauen, Neugeborenen und Familien und umfasst jegliche Bereiche der Gynäkologie und Geburtshilfe. Um einen Eindruck vom Umfang des breitgefächerten Angebots zu erhalten, sind nachfolgend einige Beispiele aufgeführt: Betreuung rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit, Nabelschnurblutspende, Familienplanungs- und Sexualberatungsstelle, Lebens- und Trauerbegleitung sowie Ernährungs- und Sozialberatung. Die Institution wurde zudem vom United Nations Children's Found (UNICEF)<sup>13</sup> als stillfreundliche Klinik ausgezeichnet. Das Leitbild wurde unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien, humanistisch und transparent gestaltet. Klinikintern wird eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit gepflegt, welche sich über alle stationären und ambulanten Bereiche erstreckt. Diese wiederum umfassen unter anderem die Bereiche Gynäkologie und Geburtshilfe, die Wochenbettstation, eine Pränatalstation, den Operationsbereich, einen Aufwachraum, mehrere gynäkologische Ambulatorien sowie ein Endokrinologie- und Kinderwunsch-, als auch ein Brust- und Tumorzentrum. Die Mitarbeitenden arbeiten klientinnenzentriert und stehen ihren Klientinnen jederzeit kompetent und mit aktuellem Fachwissen zur Seite. Zudem wird mittels Bezugspflege eine hohe Kontinuität in der Begleitung des Klientels angestrebt, sowie auf Einbezug der Familie und des jeweiligen soziokulturellen Hintergrundes geachtet. Diese professionelle Betreuung wird durch ein breites Angebot an Weiter- und Fortbildungen für alle Mitarbeitenden gefördert. Zudem engagiert sich die Institution sowohl in der Forschung als auch in der Lehre und Ausbildung neuer Fachkräfte. Die Leitung der Klinik ist hierarchisch ausgelegt und transparent dargestellt, wodurch eine klare Rollen- und Verantwortungsaufteilung besteht.

In der Hebammensprechstunde, die einen Teil des ambulanten Bereichs der Geburtshilfe darstellt, arbeiten insgesamt elf Hebammen, welche Frauen während der Schwangerschaft und bis sechs Wochen postpartum in der Regelrichtigkeit selbständig betreuen. Alle Hebammen sind in einer Teilzeitanstellung tätig und deren Dienstjahre reichen von einem halben Jahr bis zu mehr als zwanzig Jahren, wobei der Grossteil der Hebammen seit rund zehn Jahren in der Hebammensprechstunde arbeitet. Die Leitung der Hebammensprechstunde hat eine erfahrende Hebamme seit acht Jahren

---

<sup>13</sup> „Baby Friendly Hospital Initiative“, abgefragt am 25.06.2011 unter [www.unicef.ch/de/kampagnen/initiativen/bfhi/](http://www.unicef.ch/de/kampagnen/initiativen/bfhi/)

inne (vgl. Anhang 13.4.1, S. 106, Frage 2). Sie erfüllt die Aufgaben einer Stationsleitung und ist sowohl mit anderen klinikinternen Führungspersonen im Austausch, als auch in der Praxis selbst tätig. Gemäss ihrer Aussage, fühlt sie sich durch ihr Teilpensum in der Praxis dem Team sehr nahe, was ihr auch erlaube Schwierigkeiten zu erkennen (vgl. Anhang 13.4.1, S. 106, Frage 5). Das Tätigkeitsfeld der Hebammen kann in zwei Hauptarbeitsbereiche unterteilt werden: Am Empfang finden neben administrativen Arbeiten, auch telefonische Beratungsgespräche und Triage statt. In den Untersuchungszimmern werden die Kontrollen und Beratungen durchgeführt. Bei Regelabweichungen oder im Zusammenhang mit dem Wunsch nach einer Hebammengeburt wird eng mit der Ärzteschaft kooperiert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit reicht jedoch darüber hinaus, denn es wird auch mit der Geburtsstation, der Familienplanungsstelle, dem Sozialdienst, dem Ultraschall und anderen diagnostischen Bereichen (Labor etc.) als auch mit externen Stellen wie z.B. dem Übersetzungsdienst zusammengearbeitet. Angelehnt an die im schweizerischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankerte Regelung, haben Frauen Anspruch auf sieben Schwangerschaftskontrollen und eine Nachkontrolle sechs Wochen postpartum. Weitere Konsultationen müssen medizinisch indiziert sein (Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, s.a.). Für eine Konsultation wird eine Stunde eingeplant, wobei knapp die Hälfte dieser Zeit den Hebammen zu direkter Beratung und Untersuchung zur Verfügung steht. Die restliche Zeit wird für administrative Arbeiten (Dokumentation, Abrechnung etc.) benötigt (vgl. Anhang 13.4.1, S. 107, Frage 9). Die leitende Hebamme schätzt die Arbeitsbelastung als hoch, beim Eintreten vieler Notfällen gar als sehr hoch, ein (vgl. Anhang 13.4.1, S. 106, Frage 3). Einmal pro Woche trifft sich das Team zu einem gemeinsamen Rapport mit der Ärzteschaft, an welchem organisatorische Neuerungen angekündigt werden, aber auch die tägliche Arbeit bspw. mittels Fallbesprechungen reflektiert wird. Alle sechs Wochen findet eine Teamsitzung der Hebammensprechstunde statt (vgl. Anhang 13.4.1, S. 106, Frage 6). Der Teamgeist wird von der leitenden Hebamme als gut eingestuft. Zusätzlich werde die Teamentwicklung von einer auswärtigen Supervisorin begleitet (vgl. Anhang 13.4.1, S. 106, Frage 4). Die Autorinnen waren selbst nicht in diesem Team tätig. Eine der beiden absolvierte jedoch in der betreffenden Universitäts-Frauenklinik im Rahmen ihres Studiums ein Praktikum und erhielt dabei während zwei Tagen einen Einblick in das Tätigkeitsfeld der Hebammensprechstunde.

Informationen über das Angebot der Hebammengeburt erhalten die Klientinnen einerseits in der Schwangerenvorsorge, in Geburtsvorbereitungskursen und anlässlich von Informationsveranstaltungen der Institution, welche jeweils einmal pro Monat stattfin-

den. Zudem kennen Gynäkologinnen und Gynäkologen, als auch freipraktizierende Hebammen der Region das Angebot und können Frauen zur Hebammengeburt zuweisen (Universitätsklinik für Frauenheilkunde, 2007). Interessiert sich eine Frau für das Angebot und erfüllt zudem die notwendigen Kriterien, wird bei einer regulären Kontrolle zusätzlich ein hebammengeburtsspezifisches Gespräch von dreissig Minuten eingeplant. Dabei wird auch die Informationsbroschüre gemeinsam besprochen. Sie umfasst eine kurze, übersichtliche Zusammenfassung über das Angebot und ist ausschliesslich in deutscher Sprache erhältlich. Der Antrag zur Hebammengeburt muss schlussendlich von den leitenden Ärzten genehmigt werden, da sie die Gesamtverantwortung für das Betreuungsmodell tragen. Das Angebot wird klinikintern mittels Statistiken evaluiert. Die vorliegende Bachelorarbeit stützt sich dabei auf die aktuellsten Daten, die aus dem Jahre 2010 stammen und das Geburtsjahr 2009 betreffen (Wyssmüller, 2010). Wie bereits erwähnt, machte die Hebammengeburt dazumal 2.1% der Gesamtgeburtenszahl aus. Das Klientel bestand zu 90% aus Schweizerinnen und zu 10% aus anderen deutschsprachigen Europäerinnen. Es waren somit keine fremdsprachigen Migrantinnen vertreten, welche jedoch, laut Einschätzung der leitenden Hebamme, aktuell einen geschätzten Anteil von 40-50% innerhalb der Hebammensprechstunde ausmachen (vgl. Anhang 13.4.1, S. 107, Frage 7).

## **5.2 Befragungen**

Die absolute Anzahl Nennungen ist jeweils in Klammern angegeben oder in den grafischen Darstellungen und Tabellen ersichtlich. Die Details zur Auswertung der Befragungen können im Anhang 13.2.2 bis 13.3.3 nachgeschlagen werden.

### **5.2.1 Hebammensprechstunde**

1. Frageblock: Bei der Frage nach dem persönlichen Stellenwert der Hebammengeburt waren sich alle neun befragten Hebammen einig, dass diese einerseits wichtig und wertvoll für die Frauen, Familien und den Hebammenberuf ist und andererseits ein geeignetes Modell für die Zukunft darstellt. Dass das Angebot auch die Attraktivität der Universitäts-Frauenklinik erhöht, wurde einmal verneint. Dies mit der Begründung, dass es sich um eine Universitätsklinik handle, was dieser ohnehin eine bestimmte Anzahl an Klientinnen sichere, unabhängig der Hebammengeburt. Jemand äusserte indes genau das Gegenteil und meinte, dass sich einige Frauen explizit wegen der Hebammengeburt für diese Klinik als Geburtsort entscheiden würden. Weiter wurde die interne Grundstimmung zur Hebammengeburt von acht Hebammen als unterstützend und fördernd beschrieben, wobei fünf einbrachten, dass dies vor allem von Seiten der Hebammen der Fall sei. Fünf Hebammen beschrieben die Haltung der Institution als

zurückhaltend und hemmend, wobei sich vier Aussagen explizit auf die Ärzteschaft bezogen. Es kam also zu vier Doppelnennungen, wobei zwischen der positiven Einstellung der Hebammen und der eher zögerlichen Haltung der Ärzteschaft unterschieden wurde. Diese Einschätzung spiegelt sich auch in der Beantwortung der Folgefrage wieder, bei welcher fünf Hebammen einer polarisierenden Wirkung der Hebammengeburt zustimmten. Die anderen vier Hebammen hingegen empfanden die Hebammengeburt als Angebot, das von allen Berufsgruppen gleichermassen getragen werde.

2. Frageblock: In der Abbildung 3 wird ersichtlich, dass gut die Hälfte der Hebammen angab, Migrantinnen nur selten über das Angebot der Hebammengeburt aufzuklären. Ein Drittel antwortete, dass dies meistens der Fall sei.

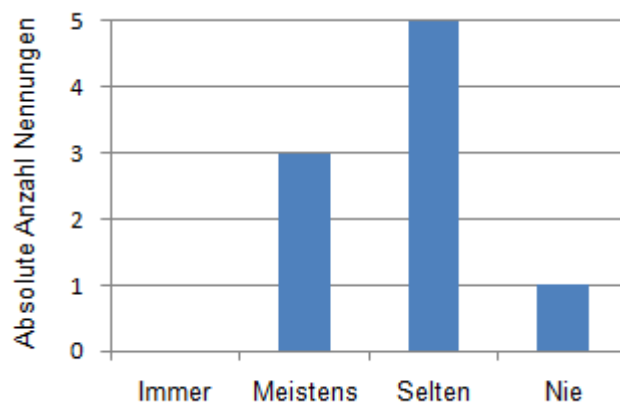


Abbildung 3: Antworten auf die Frage: „Wie oft klären Sie Migrantinnen über das Angebot der Hebammengeburt auf?“ (vgl. Anhang 13.2.2, S. 73, Frage 3)

Die Hebamme, welche angab Migrantinnen nie aufzuklären, ist auf die Gestationsdiabetes-Sprechstunde spezialisiert. Da dieses Krankheitsbild ein Ausschlusskriterium für eine Hebammengeburt darstellt, ist es nachvollziehbar, dass in diesem spezifischen Setting keine Aufklärung darüber stattfindet. Anhand dieser Frage wurde schliesslich differenziert, ob die Folgefragen im Interview hebammengeburtsspezifisch (bei Antwort „immer“ und „meistens“) oder allgemein auf die Betreuung von Migrantinnen bezogen (bei Antwort „selten“ und „nie“) gestellt wurden.

3. Frageblock: Die vorhandenen bzw. von der Institution zur Verfügung gestellten Hilfestellungen zur Aufklärung von Migrantinnen empfanden vier Hebammen als genügend und vier als nicht ausreichend. Eine Hebamme gab zur Antwort, dass für die Betreuung allgemein genügend Hilfestellungen bestehen würden, jedoch nicht zur Aufklärung über die Hebammengeburt. Als konkrete institutionelle Hilfestellungen wurden schriftliche Informationsmaterialien, wie Broschüren (5) und der Mutterpass (1) genannt, aber auch Anschauungsmaterialien wie der Geburtsatlas (3), das Beckenmodell (1) oder die

Stoffbrust (1). Weiter wurden der Übersetzungsdienst (6) und der Informationsabend (1) der Klinik zum Thema Geburt erwähnt. Faktoren, die bei der Beratung von Migrantinnen allgemein als erleichternd empfunden werden, sind in der folgenden Tabelle 4 ersichtlich:

Tabelle 4: Antworten auf die Frage: "Was erleben Sie bei der Beratung von Migrantinnen (über die Hebammengeburt bzw. allgemein) als erleichternd?" (vgl. Anhang 13.2.3, S. 78, Frage 4)

Erleichternde Faktoren seitens der Klientinnen (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissen / Erfahrung (3)</li> <li>- Angehörige (2)</li> <li>- Sprachkenntnisse (3)</li> <li>- Offenheit (1)</li> </ul>
Erleichternde Faktoren seitens des Personals (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigene Sprachkenntnisse (1)</li> <li>- Anwesenheit des Arztes / der Ärztin (1)</li> <li>- Physiologischer Umgang mit der Thematik (1)</li> </ul>
Erleichternde Faktoren Seitens der Institution (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übersetzungsdienst (5)</li> <li>- Hilfsmaterialien (3)</li> </ul>

Anhand der Anzahl Nennungen wird ersichtlich, dass vor allem Faktoren von Seiten der Klientin und Hilfestellungen der Institution genannt wurden.

4. Frageblock: Die Frage, ob die Aufklärung von Migrantinnen über die Hebammengeburt bzw. allgemein als befriedigend empfunden werde, wurde von zwei Dritteln mit „eher ja“ beantwortet. Die restlichen Antworten sind in untenstehender Abbildung 4 ersichtlich.

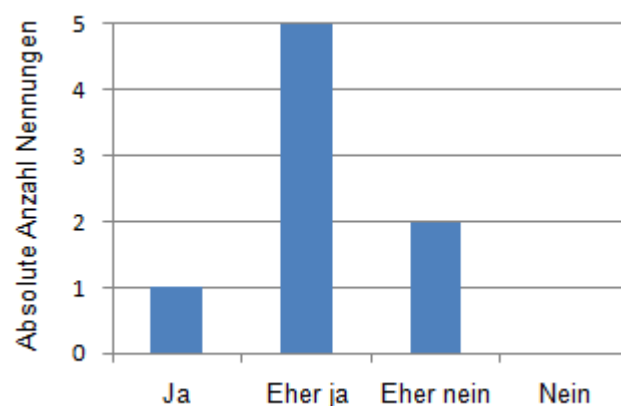


Abbildung 4: Antworten auf die Frage: "Erleben Sie die Aufklärung von anderssprachigen Migrantinnen über die Hebammengeburt bzw. allgemein als befriedigend?" (vgl. Anhang 13.2.2, S. 73, Frage 9)

Als besonders erschwerender Faktor diesbezüglich, stellte sich die Sprachproblematik heraus, welche bei insgesamt sieben Nennungen sechsmal als Hauptfaktor angeführt



wurde. Weiter wurden klientinnenspezifische Faktoren, wie deren unterschiedliche Einstellung (4) und das teilweise eingeschränkte bzw. unterschiedliche Wissen zur Thematik (4), die traumatischen Migrations- und Lebenserfahrungen der Frauen (1), deren Unpünktlichkeit (1) und die schwierige Bedürfniserhebung (1) genannt. Ausserdem äusserten zwei Hebammen, dass die verminderte autonome Entscheidungskompetenz und der allgemein schlechtere Gesundheitszustand von Migrantinnen mögliche Hindernisse für eine Hebammengeburt darstellen könnten. Was hinsichtlich der institutionellen Gegebenheiten als hinderlich betrachtet wurde, sind die Zeitknappheit (3) und Sparmassnahmen (1), welche laut Aussagen auch dazu führen würden, dass der Übersetzungsdienst nur beschränkt nutzbar (2) sei. Die Frage nach erwünschten Hilfestellungen, um die Arbeit mit Migrantinnen befriedigender und einfacher zu erleben, wurde grösstenteils mit konkreten Beispielen beantwortet. Dazu gehörten materielle Hilfestellungen, wie mehrsprachiges (2) oder bildliches Hilfsmaterial (1). Aber auch eine Vielzahl an institutionellen Faktoren wurde genannt. So äusserten drei Hebammen, dass vor allem genügend Zeit für die Sprechstunde einberechnet werden müsse. Zwei weitere Nennungen betrafen die Möglichkeit, den Übersetzungsdienst vermehrt nutzen zu können. Jeweils einmal wurde erwähnt, dass es ausreichend Personal, vermehrte Unterstützung durch die Ärzteschaft, allgemein bessere Rahmenbedingungen, einen verbesserten Wissenszugang für Migrantinnen aber auch Pünktlichkeit von Seiten der Klientinnen braucht.

5. Frageblock: Um herauszufinden welchen Stellenwert die Hebammengeburt in der Sprechstunde einnimmt, wurden die Hebammen gebeten sechs vorgegebene Tätigkeiten nach Prioritäten zu ordnen. Daraus ergab sich, dass die Information über das Angebot der Hebammengeburt insgesamt an vierter Stelle steht. Ob sie dabei bei Migrantinnen ein bestimmtes Vorgehen beachten, verneinten sieben der neun Hebammen. Von diesen gaben sechs an immer unterschiedlich vorzugehen und eine Hebamme meinte, dass das Vorgehen gleich wie bei Schweizerinnen bzw. deutschsprachigen Frauen sei. Lediglich zwei Hebammen gaben an ein bewährtes Vorgehen zu haben, wobei auf die Befolgung des Flussplanes als auch auf den verstärkten Einsatz von Mimik, Gestik und Zeichnungen verwiesen wurde. Die Frage nach inhaltlichen Unterschieden bei der Aufklärung von Migrantinnen wurde von allen verneint. Die von den Hebammen individuell vermittelten Inhalte wurden ebenfalls erfasst, erwiesen sich bei der Auswertung aber als irrelevant und werden aus diesem Grund an dieser Stelle nicht aufgelistet. Sie sind jedoch im Anhang (13.2.3, S. 84 f., Frage 13) ersichtlich. Die Frage, ob Migrantinnen in der Sprechstunde auch über die spezifischen Kompetenzen der Schweizer Hebammen aufgeklärt werden, welche sich wesentlich von denjenigen

in anderen Ländern unterscheiden können, wurde jeweils viermal mit „immer“ bzw. „meistens“ beantwortet. Lediglich eine Hebamme gab an, dies selten zu tun, wie in nachfolgender Grafik deutlich wird (vgl. Abbildung 5).

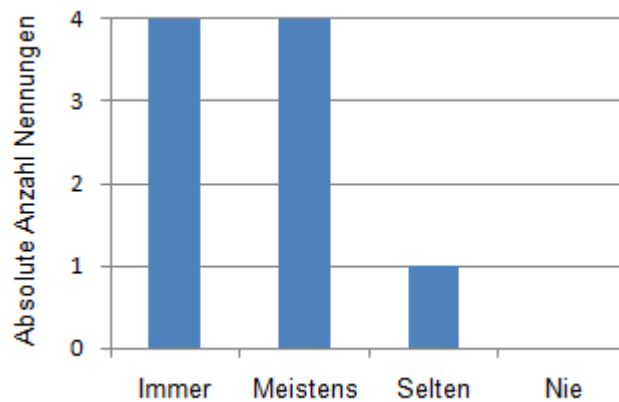


Abbildung 5: Antworten auf die Frage: „Klären Sie Migrantinnen über die spezifischen Kompetenzen und die Autonomie einer Schweizer Hebamme auf? Z.B. eine physiologische Geburt eigenverantwortlich zu betreuen, gewisse Entscheidungen ohne Ärztin oder Arzt zu treffen - was in ihrem Heimatland vielleicht nicht unbedingt der Fall ist? Klären Sie Migrantinnen darüber auf?“ (vgl. Anhang 13.2.2, S. 74, Frage 15)

Bei der Frage nach der Anwesenheit von Übersetzenden wurde unterschieden, wie oft diese bei Aufklärungsgesprächen allgemeiner Natur anwesend sind, und wie häufig diese bei der Aufklärung über die Hebammengeburt beigezogen werden. Dabei wurde deutlich, dass der professionelle Übersetzungsdienst grundsätzlich selten beigezogen wird und vor allem dann, wenn keine übersetzenden Angehörigen anwesend sind. Ergänzend zu dieser Frage äusserten zwei Hebammen, dass der Übersetzungsdienst aufgrund von Sparmassnahmen heutzutage weniger in Anspruch genommen werden könne als früher. Bei der Frage nach dem Zeitaufwand zur Aufklärung einer Migrantin über die Hebammengeburt, stellte sich die klare Tendenz heraus, dass dieser im Vergleich zu deutschsprachigen Klientinnen erhöht ist.

6. Frageblock: Die Frage, ob Migrantinnen die gleichen Chancen haben an Informationen über die Hebammengeburt zu kommen, wurde von der knappen Mehrheit (5) verneint. Jemand bejahte zwar die Frage, fügte aber an, dass die Chancengleichheit theoretisch vorhanden bzw. an gewisse Bedingungen wie Deutschkenntnisse gebunden sei. Als Zugangsbarrieren bzw. Faktoren, welche die Chancengleichheit erschweren, wurden hauptsächlich die ungünstigen Informationskanäle als auch migrationsspezifische Aspekte, mit dem Schwerpunkt der Sprachbarriere (5), aber auch institutionelle Faktoren, bspw. die inkonsequente / mangelhafte Aufklärung (2), erwähnt. Weitere Nennungen zu diesen drei Arten von Zugangsbarrieren sind in Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 5: Antworten auf die Frage: "Was ist Ihr Eindruck, haben Migrantinnen im Vergleich zu Schweizerinnen / deutschsprachigen Frauen, die gleichen Chancen an Informationen über dieses Angebot zu kommen?" - Nein. - "Was ist bei Migrantinnen anders?" (vgl. Anhang 13.2.3, S. 87, Frage 18)

Migrationspezifische Zugangsbarrieren (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprachbarriere (5)</li> <li>- Ungünstige sozioökonomische Lebenssituation (1)</li> <li>- Geringerer Bildungsstand (1)</li> </ul>
Ungünstige Informationskanäle als Zugangsbarrieren (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informationsabend (wird nicht besucht) (2)</li> <li>- Internet (geringe Nutzung) (2)</li> <li>- Broschüre über Hebammengeburt in Deutsch (2), nicht migrationsgerecht gestaltet (1)</li> </ul>
Institutionelle Zugangsbarrieren (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkonsequentes Aufklären / Informieren von Migrantinnen über die Hebammengeburt (2)</li> <li>- Mangelnder Einsatz des Übersetzungsdienstes (1)</li> <li>- Zeitknappheit (1)</li> </ul>

Auf die Frage nach möglichen Gründen für das Fehlen anderssprachiger Migrantinnen bei den Hebammengeburten wurden teilweise Antworten gegeben, die sich mit den bereits genannten Zugangsbarrieren deckten, was bei der Auswertung berücksichtigt wurde. Die Aussagen wurden bei der Datenauswertung in fünf Kategorien eingeteilt und werden in Tabelle 6 veranschaulicht.

Tabelle 6: Antworten auf die Frage: "Wie erklären Sie sich, dass Migrantinnen praktisch nie eine Hebammengeburt haben?" (vgl. Anhang 13.2.3, S. 88, Frage 19)

Gründe für das Fehlen von anderssprachigen Migrantinnen	
Mangelhafte Aufklärung (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelnder Einsatz des Übersetzungsdienstes (1)</li> <li>- Aufklärungsverfahren kompliziert (1) und zeitaufwändig (2)</li> <li>- Wegen Sprachproblemen (2)</li> </ul>
Bedürfnis (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anwesenheit Arzt/Ärztin erwünscht (4), weil: Gilt möglicherweise als Statussymbol (1) Arzt/Ärztin gehört zu richtiger Betreuung (1) Nicht-Hinterfragen des Arzt-Hebammen-Modells (1)</li> </ul>
Kulturelle Verschiedenheiten (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verminderte Entscheidungskompetenz der Frauen (1)</li> <li>- Passive Einstellung (2)</li> <li>- Orientierung an der Norm (1)</li> </ul>
Sprachprobleme im Allgemeinen (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprachprobleme (3)</li> </ul>
Schlechterer Gesundheitszustand(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfüllen von Ausschlusskriterien (2)</li> </ul>

Das Fehlen von Migrantinnen wird also mit mangelhafter Aufklärung und dem fehlenden oder anderen Bedürfnis begründet. Aber auch die kulturellen Unterschiede, die Verständigungsproblematik und der tendenziell schlechtere Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung werden als Erklärung dafür betrachtet.

7. Frageblock: Die Frage, ob nach Meinung der Hebammen bei Migrantinnen der Bedarf für eine Hebammengeburt besteht, konnte nur mit grossen Schwierigkeiten und zweimal nicht beantwortet werden. Tendenziell deuteten die Antworten jedoch darauf hin, dass eher kein Bedürfnis dafür besteht (vgl. Abbildung 6). Von den drei Hebammen, welche bei Migrantinnen einen entsprechenden Bedarf vermuten, wurde dies zweimal mit dem traditionellen und / oder religiösen Wunsch nach einer Betreuung durch eine Frau begründet. Alle ausser einer Hebamme wurden noch nie von einer Migrantin selbst auf die Hebammengeburt angesprochen und um mehr Information darüber gebeten.

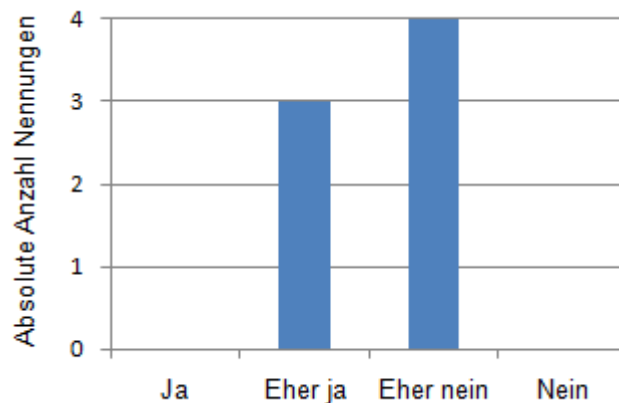


Abbildung 6: Antworten auf die Frage: "Was ist Ihr Eindruck, besteht bei den anderssprachigen Migrantinnen ein Bedürfnis für eine Hebammengeburt?" (vgl. Anhang 13.2.2, S. 75, Frage 20)

8. Frageblock: An dieser Stelle wurden theoretische Grundlagen zur transkulturellen Kompetenz erfasst. Es wurde explizit nach dem Begriff der transkulturellen Kompetenz gefragt, welchen knapp die Hälfte der Hebammen kannte (4). Zwei konnten den Begriff nicht einordnen und drei waren sich nicht sicher. Von denjenigen, welche angaben den Begriff zu kennen, konnte eine die korrekte Definition nennen und zwei absolvierten eine Weiterbildung zu diesem Thema. Die anderen Definitionsversuche fielen ungenau und unvollständig aus. Das Instrument der transkulturellen Anamnese ist einer Person bekannt. Die Frage nach benötigten Hilfestellungen, um die transkulturelle Kompetenz im Alltag besser umsetzen zu können, wurde aufgrund ihrer Unergiebigkeit nicht in die Auswertung eingeschlossen.

9. Frageblock: Bei den Fragen zur interdisziplinären Zusammenarbeit bezogen sich die Aussagen ausnahmslos auf die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft. Diese wurde von den meisten als „partnerschaftlich“ (8) (versus „distanziert“ (2)) und „effizient“ (8) (versus „ineffizient“ (4)) beschrieben. Die Frage fiel den meisten sehr schwer zu beantworten und es gab drei Doppelnennungen, mit der Begründung, dass die Art der Zusammenarbeit von den einzelnen Personen abhängt. Alle konnten Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit nennen. Drei davon ergänzten aber, dass sie die Zusammenarbeit im Allgemeinen trotzdem als gut empfinden würden. Am meisten wurden Meinungsverschiedenheiten aufgrund unterschiedlicher, berufsbedingter Sichtweisen zu Physiologie und Pathologie genannt (3). Aber auch unklare Kommunikation (2) und ineffiziente Organisationsabläufe (2) (z.B. Wartezeiten) wurden erwähnt. Als weitere erschwerende Faktoren wurden der Zeitdruck (1) und erlebte Unstimmigkeiten in der Klinikleitung (1) betrachtet.

10. Frageblock: Mit den Fragen des letzten Frageblocks versuchte man die Bereitschaft für Veränderungen, als elementarer Kontextfaktor, zu erfassen. Fast alle Hebammen (8) erklärten sich dazu bereit allfällige Veränderungen mitzutragen und umzusetzen, um vermehrt auch Migrantinnen für eine Hebammengeburt gewinnen zu können (vgl. Abbildung 7). In der Folgefrage, wo es um die Umsetzbarkeit im Kontext der Arbeitsauslastung ging, waren sie sich nicht mehr so einig. Einen Mehraufwand empfanden zwei Personen als tragbar, drei beantworteten die Frage mit „eher ja“. Ein weiteres Drittel hatte Bedenken, wobei jemand insbesondere den Zeitfaktor als Problem diesbezüglich hervorhob. Eine Hebamme empfand es nicht realistisch einen Mehraufwand zu leisten (vgl. Abbildung 8).

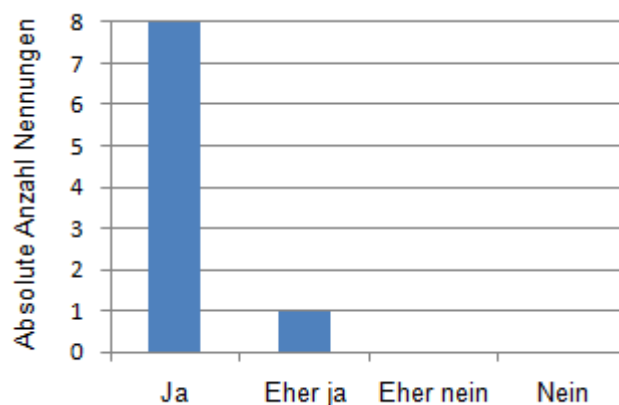


Abbildung 7: Antworten auf die Frage: "Wären Sie bereit, allfällige Veränderungen mitzutragen und umzusetzen, damit Migrantinnen vermehrt das Angebot der Hebammengeburt in Anspruch nehmen könnten?" (vgl. Anhang 13.2.2, S. 77, Frage 30)

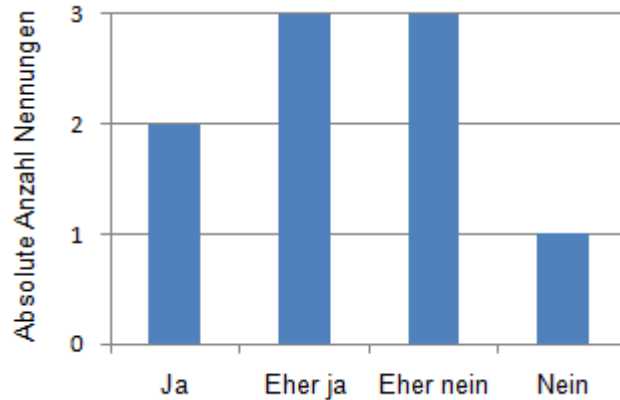


Abbildung 8: Antworten auf die Frage: "Ist es in Anbetracht der gegenwärtigen Arbeitsauslastung realistisch, einen allfälligen Mehraufwand für die Aufklärung von Migrantinnen über die Hebammengeburt zu leisten?" (vgl. Anhang 13.2.2, S. 77, Frage 31)

## 5.2.2 Leitende Ärzte und Hebammenexpertin

1. Frageblock: Die Frage nach dem persönlichen Stellenwert der Hebammengeburt ergab, dass diese von allen drei Befragten als wichtig und wertvoll für die Frauen, Familien und den Hebammenberuf und als geeignetes Modell für die Zukunft erachtet wird. Ob das Angebot auch die Attraktivität der Institution erhöht, wurde zweimal bejaht und einmal verneint. Ein neuer Aspekt dieser Interviews war die Frage nach einem potenziellen Interessenkonflikt zwischen den Berufsgruppen, der die Hebammengeburt auslöst. Dies wurde von allen Befragten bejaht. Einmal wurde die Antwort so ergänzt, dass ein Konflikt vor allem zwischen der Hebammengeburt und dem Ausbildungsauftrag der Institution bestehe, weil dadurch die Assistenzärzte weniger Erfahrungen in der physiologischen Geburtshilfe sammeln könnten. Die Vor- und Nachteile, welche das Angebot aus Sicht der Befragten mit sich bringt, wurden in fünf Kategorien unterteilt und sind in Tabelle 7 dargestellt. Daraus wird ersichtlich, dass die meisten Vorteile mit insgesamt zehn Nennungen den Hebammen zugeschrieben wurden und die meisten Nachteile mit sechs Nennungen der Ärzteschaft. Weiter wurden sowohl für die Klientinnen, als auch für die Institution nur Vor- aber keine Nachteile erwähnt.

Tabelle 7: Antworten auf die Frage: "Was erachten Sie als Vor- bzw. Nachteile der Hebammengeburt?"  
(vgl. Anhang 13.3.3, S. 100 f., Fragen 2 und 3)

	Vorteile	Nachteile
Sicht der Klientinnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intimer Rahmen (2)</li> <li>- Respektierung individueller Wünsche (1)</li> <li>- Weniger Medikamente (1)</li> <li>- Spitalsetting (= Sicherheit) (1)</li> <li>- Kontinuierlichere Betreuung (1)</li> </ul>	--
Sicht der Hebammen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomie (2)</li> <li>- Kompetenzbereich: Nutzung und Erweiterung (3)</li> <li>- Spitalsetting (= Sicherheit) (2)</li> <li>- Gesteigerte Arbeitsmotivation durch Kompetenzerweiterung und Autonomie (2)</li> <li>- Training der Physiologie (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefahr für Kompetenzüberschreitungen (1)</li> </ul>
Sicht der Ärzteschaft	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitsentlastung (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefühl ausgeschlossen, unerwünscht zu sein (1)</li> <li>- Negatives Bild der medizinischen Geburtshilfe (1)</li> <li>- Ausbildungsauftrag wird vernachlässigt (2)</li> <li>- Assistenzärzte und -ärztinnen erleben weniger Physiologie (2)</li> </ul>
Sicht der Institution	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attraktivitätserhöhung (1)</li> <li>- Statistik (nicht nur Pathologie sondern auch Förderung der Physiologie) (1)</li> <li>- Wirtschaftlichkeit (1)</li> </ul>	--
Konzept	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeine Förderung der Physiologie (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strenge Ein- / Ausschlusskriterien (3)</li> <li>- Image der Hebammengeburt (1)</li> <li>- Vermehrter Aufwand (1)</li> </ul>

2. Frageblock: An dieser Stelle wurde sowohl auf das Bedürfnis als auch auf die Chancengleichheit von Migrantinnen eingegangen. Die Frage nach dem Bedürfnis für eine Hebammengeburt beantworteten alle mit „eher nein“ (3). Zwei Personen schätzen die Chancengleichheit als grundsätzlich vorhanden (2) ein. Jemand verknüpfte die bejahende Aussage explizit mit der Bedingung, dass die Sprachbarriere dazu überwunden sein müsse. Alle ergänzten ihre Aussage mit Aspekten, welche die Chancengleichheit

vermindern oder gar verhindern, so bspw. die Sprachbarriere (3), den geringeren Bildungsstand (1) und die erschwerten Aufklärungsbedingungen mit dem Übersetzungsdienst (1). Jemand äusserte die Vermutung, dass das Personal die Migrantinnen möglicherweise unterschätze, was ebenso in verminderter Chancengleichheit resultiere (1). Die genannten Gründe für das Fehlen fremdsprachiger Migrantinnen bei den Hebammengeburten wurden in fünf Kategorien eingeteilt. Alle führten an dieser Stelle die Verständigungsprobleme an. Dazu kam als zweite Kategorie, gemäss aller Befragten, das Unwissen der Migrantinnen über das Angebot der Hebammengeburt (2) selbst, aber auch über die Kompetenzen der Hebammen in der Schweiz (1) und die verschiedenen Betreuungsmodelle (1). Unter die dritte Kategorie fielen alle Aussagen zum Bedürfnis von Migrantinnen, das von allen angezweifelt wurde. Man hat dabei den Eindruck, dass die Anwesenheit der Ärzteschaft während der Geburt von den Migrantinnen geschätzt wird und gewissermassen als Statussymbol (1) gilt oder Sicherheit (1) vermittelt. Eine Person erwähnte, dass Migrantinnen öfters Ausschlusskriterien erfüllen würden.

3. Frageblock: Hier wurde die Veränderungsbereitschaft der Befragten, in Bezug auf die verbesserte Integration von Migrantinnen im Modell der Hebammengeburt, erfasst. Zwei Personen erklärten sich für Veränderungen solcher Art bereit. Jemand konnte sich nicht entscheiden und machte eine Doppelnennung. Denn die persönliche Bereitschaft sei zwar vorhanden, doch unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte, müsse die Frage verneint werden. In der nachfolgenden Abbildung 9 wurde die Doppelnennung als zwei separate Nennungen gewertet. Einen allfälligen Mehraufwand zu leisten, betrachten zwei der Befragten als realistisch (vgl. Abbildung 10). Die dritte Person meinte, dass aufgrund des Spardrucks überall die Effizienz geprüft werden müsse. Da den Hebammen für ihre Sprechstunden relativ viel Zeit zur Verfügung stehe, werde man wohl deren Sprechstundenzeiten tendenziell eher kürzen müssen, als dass man diese noch erweitert.



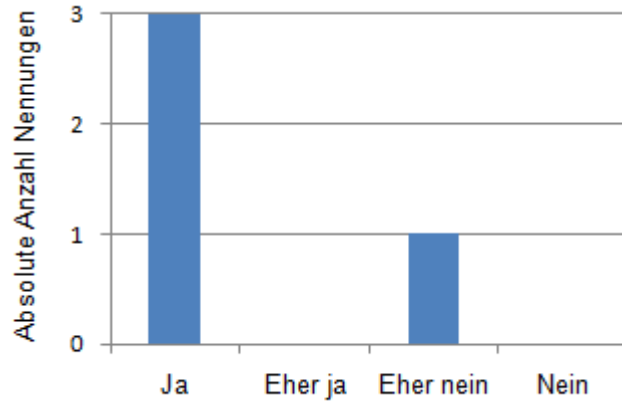


Abbildung 9: Antworten auf die Frage: "Wären Sie bereit, allfälligen Veränderungen mitzutragen und umzusetzen, damit anderssprachige Migrantinnen vermehrt das Angebot der Hebammengeburt in Anspruch nehmen könnten?" (vgl. Anhang 13.3.2, S. 99, Frage 9)

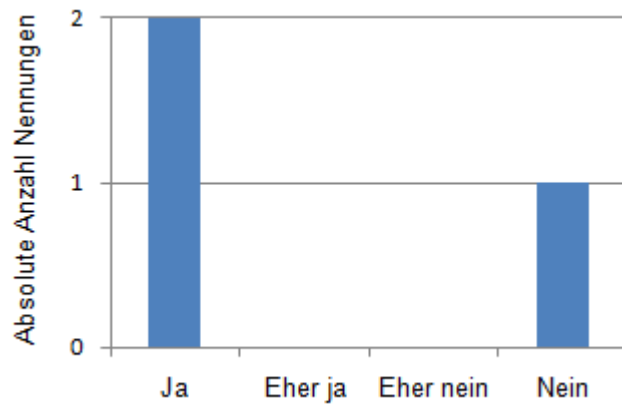


Abbildung 10: Antworten auf die Frage: "Ist es in Anbetracht der gegenwärtigen Arbeitsauslastung realistisch, einen allfälligen Mehraufwand für die Aufklärung von Migrantinnen über die Hebammengeburt zu leisten?" (vgl. Anhang 13.3.2, S. 99, Frage 10)

## **6 DISKUSSION**

### **6.1 Methodik**

Da die vorliegende Bachelorthesis in Form eines Praxisprojektes erarbeitet wurde, wählte man die Vorgehensweisen nach Kraus und Westermann (2001) und Rycroft-Malone et al. (2004), welche sich durchaus als geeignet erwiesen.

Bezüglich der Befragungen ziehen die Autorinnen ebenfalls eine überwiegend positive Bilanz. Der dafür konstruierte, semi-strukturierte Interviewleitfaden erwies sich als dienliches Instrument. Alle geplanten Interviews konnten durchgeführt und für die Auswertung verwendet werden. Die Antworten auf vier Fragestellungen wurden im Nachhinein anderen Fragen zugeordnet oder stellten sich als irrelevant heraus. Insgesamt konnten aber viele wertvolle und aussagekräftige Informationen gewonnen werden – dies auch dank einheitlicher Auswertung nach Mayring (2003) bzw. mittels deskriptiver Statistik. Somit war es schliesslich möglich, die Fragestellungen zu beantworten und die Ziele der Arbeit weitgehend zu erreichen. Begünstigt wurde dies zusätzlich durch den Einbezug verschiedener Berufsgruppen und unterschiedlicher institutioneller Ebenen. Die Anzahl befragter Fachpersonen ist als relativ klein zu bewerten und dadurch auch nur begrenzt repräsentativ. Für weitere Untersuchungen wäre es durchaus erstrebenswert, möglichst alle beteiligten Fachpersonen der Hebammensprechstunde, aber auch des Gebärsaals und der Ärzteschaft zu befragen. Insbesondere sollten auch die direkt Betroffenen, sprich die Migrantinnen, in eine zukünftige Untersuchung mit einbezogen werden.

Den ethischen Prinzipien wurde während des ganzen Arbeitsprozesses Rechnung getragen. Den realen und potentiellen Stolpersteinen aus ethischer Sicht war man sich bewusst und fand jeweils eine für alle zufriedenstellende Lösung.

### **6.2 Ergebnisse**

#### **6.2.1 Klinikkontext**

Wie bereits in den Ergebnissen dargestellt wurde, verfügt die untersuchte Universitäts-Frauenklinik über ein breitgefächertes Angebot, welches sich durch hochgradige Qualität und internationales Ansehen auszeichnet. Diesen grundsätzlich herausragenden Grundbedingungen stehen jedoch wirtschaftliche und politische Realitäten entgegen, welche den tatsächlichen Handlungsspielraum mitbestimmen und eingrenzen. Dies äussert sich bspw. in der aufgrund von Sparmassnahmen begrenzten Möglichkeit,

fremdsprachigen Migrantinnen einen Übersetzungsdienst zu gewährleisten, obwohl dieser theoretisch verfügbar wäre. Somit wird ihnen die uneingeschränkte Nutzung eines professionellen Übersetzungsdienstes, welche die CLAS unter anderem proklamieren, vorenthalten (U.S. Office of Minority Health, 2001). Wie in den Befragungen deutlich wurde, bedeutet die Zusammenarbeit mit dem Übersetzungsdienst für die Hebammen zudem einen erhöhten Aufwand, was hinsichtlich des ohnehin stark empfundenen Zeitdruckes ein weiteres Hindernis darstellt. Somit ist es nicht verwunderlich, dass oftmals auf Übersetzende und damit auch auf die Aufklärung über die Hebammengeburt bei fremdsprachigen Migrantinnen verzichtet wird.

Sind es also unter anderem diese erschwerenden, institutionellen Rahmenbedingungen, welche die Handlungsmöglichkeiten der Hebammen aufgrund von Spar- und Zeitdruck begrenzen und den Migrantinnen somit deren Recht auf einen chancengleichen Zugang verwehren?

Betrachtet man das Ganze aus der Perspektive der Institution bzw. der leitenden Personen, so wird deutlich, dass selbst hier ein ethisches Dilemma besteht. Wie sich bei der Erfassung der Veränderungsbereitschaft zeigte, konkurrieren sich persönliche Interessen, welche eine hohe Betreuungsqualität und Chancengleichheit für alle befürworten würden, mit wirtschaftlichen Gegebenheiten. Im Kontext der baldigen Einführung der DRG scheinen dabei insbesondere die ökonomischen Gesichtspunkte in den Vordergrund zu rücken, was sich schliesslich in Sparmassnahmen und Zeitdruck äussert. Man kann an diesem Punkt die Frage aufwerfen, inwiefern solche essentiellen Interessenkonflikte, mit welchen Klinikleitungen heutzutage konfrontiert werden, ethisch vertretbar sind. Inwieweit dürfen wirtschaftliche Interessen über die Versorgungsqualität, die Chancengleichheit und nicht zuletzt auch über die Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals bestimmen? Und führen Sparmassnahmen in diesen Bereichen auch wirklich zum gewünschten Resultat? Schliesslich werden dadurch unter Umständen Zugangsbarrieren begünstigt, die eine inadäquate Versorgung, Incompliance etc. zur Konsequenz haben können. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass sich die autonome Hebammenarbeit, und indes auch die Modelle der Hebammensprechstunde und der Hebammengeburt, in mehreren Studien als äussert kostengünstig, qualitativ hochstehend und gesundheitsfördernd erwiesen haben. Selbst wenn im Hinblick auf deren Bedeutung für die Migrationsbevölkerung noch keine eindeutigen Evidenzen bestehen, so ist eine Übertragung der aufgezeigten Vorteile auf diese denkbar, wodurch zudem erneut Gesundheitskosten eingespart werden könnten.

Wird die klinikinterne Kultur nach Rycroft-Malone (2009) beurteilt, ist diese im Hinblick auf vorherrschende Werte und Überzeugungen als mittelmässig einzustufen. Denn

ideell geniesst die Hebammengeburt einen hohen Stellenwert, birgt aber in der alltäglichen Praxis ein Konfliktpotenzial und hat innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen eine polarisierende Wirkung. Dies zeigte sich auch in den Antworten der leitenden Ärzte und der Hebammenexpertin zu den Vor- und Nachteilen der Hebammengeburt. So wurden die positiven Aspekte primär den Klientinnen und Hebammen zugeordnet, wobei der Ärzteschaft die meisten Nachteile zugeschrieben wurden. Diesbezüglich fiel auch der Widerstreit zwischen dem Ausbildungsauftrag der Klinik und der autonomen Hebammenarbeit auf. Es wurde die Befürchtung geäußert, dass die Autonomie der Hebammen zu einer mangelhaften Ausbildung der Assistenzärzte und -ärztinnen in der Physiologie führen könnte. Doch inwiefern stehen sich diese beiden Komponenten tatsächlich im Weg, und welchen Anteil haben althergebrachte, berufliche und hierarchische Diskrepanzen daran? Das Kompetenzprofil der Hebammen BSc besagt, dass diese im Rahmen der Physiologie eigenständig und selbstverantwortlich arbeiten können (Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz KFH, 2007). Erst bei regelabweichenden oder -widrigen Umständen ist die Hinzuziehung einer Ärztin oder eines Arztes erforderlich. Das Arbeitsfeld der Ärzteschaft, das primär die Pathologie ist, wird also durch die Hebammengeburt, welche ausschliesslich im physiologischen Bereich Anwendung findet, weder in Frage gestellt noch geschmälert. Sind sich Hebammen und Ärzteschaft ihrer jeweiligen Kompetenzbereiche und deren Grenzen bewusst, so birgt die Hebammengeburt für die beiden Berufsgruppen keinerlei Konkurrenzpotential, sondern kann viel mehr als Chance für eine gut funktionierende, interdisziplinäre Zusammenarbeit betrachtet werden. Denn das Modell setzt voraus, dass sich Hebammen und Ärzteschaft inter- und intradisziplinär voll und ganz aufeinander verlassen können, damit die Schnittstellen der Kompetenzbereiche ohne Zwischenfälle überwunden werden können. Ein weiterer Aspekt ist, dass die Hebammengeburt gemäss klinikinterner Statistik lediglich einen geringen Anteil an der Gesamtgeburtenszahl ausmacht und die grosse Mehrzahl der Frauen durch das Arzt-Hebammen-Modell betreut wird. Weiter soll man bedenken, dass nicht zuletzt auch die Ausbildung der Hebammen in ihrem gesamten Kompetenzspektrum unterstützt und gegenüber dem medizinischen Ausbildungsauftrag gleichermassen berücksichtigt werden sollte. Diesbezüglich wird den involvierten Berufsgruppen empfohlen die allenfalls althergebrachten, hierarchischen Denkmuster gegenüber der anderen Disziplin kritisch zu hinterfragen. Anstelle dessen sollen der interdisziplinäre Zusammenhalt und die gemeinsamen Ziele, so bspw. die hohe Qualität der Betreuung, in den Vordergrund gestellt werden. So könnten bspw. gemeinsame Teamausflüge oder Teambildungs-Events die Interdisziplinarität und das gegenseitige Vertrauen stärken und fördern. Um einander aber auch auf beruflicher Ebene näher zu kommen, sollten gemeinsame Treffen eingeführt werden,

bei denen ein Austausch von hebammenspezifischem und rein medizinischem Wissen stattfindet. Dadurch würde auch die Hauptschwierigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit angegangen, welche gemäss der Befragungsergebnisse in den unterschiedlichen, berufsbedingten Ansichten über Physiologie und Pathologie gesehen wird. Zu Beginn könnten hierfür die ohnehin wöchentlich stattfindenden Rapporte genutzt werden.

Weiter zeigte die Auswertung der Hebammenbefragung, dass sowohl Ressourcen als auch erschwerende Faktoren vor allem auf Seiten der Klientinnen (z.B. Bildung, Sprachkenntnisse) oder der Institution (z.B. Informationsmaterial, Zeit) gesehen werden. Die persönlichen Ressourcen und Schwächen der Hebammen kamen innerhalb der Befragungen jedoch kaum zur Sprache. Es scheint menschlich zu sein, primär externe Gegebenheiten als Erklärungsansätze für bestehende Schwierigkeiten zu fokussieren. Doch gerät man dadurch nicht in eine Abhängigkeit von äusseren, institutionellen Faktoren, welche ein Gefühl der Ohnmacht und Resignation begünstigen? Daher sollen die Hebammen ermutigt werden, sich sowohl ihrer individuellen und teaminternen Ressourcen (z.B. Berufserfahrung, Teamgeist) als auch persönlichen Stressoren bewusst zu werden. Konkret könnte dies anhand von Reflexionsprozessen bei Teamsitzungen oder Mitarbeitendengesprächen umgesetzt werden. Zudem sollte die Thematik auch mit der externen Team-Supervisorin aufgegriffen werden.

Eine äusserst wichtige Ressource bildet bei all den diskutierten Punkten die allseits vorhandene Veränderungsbereitschaft, welche laut Rycroft-Malone (2009) für einen starken Kontext steht.

Doch gibt es abgesehen dieser institutionellen und berufsspezifischen Einflüsse noch weitere Faktoren, welche die Abwesenheit fremdsprachiger Migrantinnen im Hebammengeburts-Kollektiv begründen bzw. verursachen? Dies soll im nachfolgenden Abschnitt in Verbindung mit der Chancengleichheit diskutiert werden.

### 6.2.2 Gründe für das Fehlen anderssprachiger Migrantinnen bei den Hebammengeburten im Kontext der Chancengleichheit

Es war die Tatsache, dass anderssprachige Migrantinnen in der untersuchten Universitäts-Frauenklinik bei den Hebammengeburten nicht vertreten sind, welche eingangs die Fragen nach den Ursachen und der Chancengleichheit aufwarf. Die Gründe für das Fehlen fremdsprachiger Migrantinnen im Hebammengeburts-Kollektiv stellten sich als vielschichtig heraus. Sie scheinen in engem Zusammenhang mit der Thematik der Zu-

gangsbarrieren und der Chancengleichheit zu stehen, weshalb diese Themenschwerpunkt zusammen diskutiert werden.

In den durchgeführten Befragungen erwiesen sich die Verständigungsschwierigkeiten als wesentliche Zugangsbarriere und Erschwernis bei der Betreuung und Aufklärung von Migrantinnen, was auch bereits in der Literatur als Zugangsbarriere (BAG, 2007) bzw. als Hauptproblem (Hälg et al., 2004) beschrieben wurde. Wie sich in den Befragungen zeigte, können Übersetzungsdienste diesbezüglich nur teilweise Abhilfe verschaffen, da deren Nutzung aufgrund von Sparmassnahmen nur beschränkt möglich ist. In diesem Zusammenhang wäre es sehr zu empfehlen, die bisherige Finanzierung des Übersetzungsdienstes zu überdenken und allfällige Alternativen zu prüfen.

Die inkonsequente und / oder mangelhafte Aufklärung, die oft aus der Verständigungsproblematik resultiert, stellt jedoch den Hauptgrund für das Nicht-Vorhandensein fremdsprachiger Migrantinnen bei den Hebammengeburten dar. Dies dient als Begründung für deren Fehlen bei den Hebammengeburten, verdeutlicht aber auch, dass bei der Aufklärung selbst ein Problem vorliegen muss. Schliesslich haben Hebammen im Rahmen ihres Ethik-Kodexes die Verpflichtung, alle Frauen gleichermassen zu beraten, damit sich diese aktiv an Entscheidungen beteiligen können (Schweizerischer Hebammenverband SHV, 1994). Genau dies geschieht aber offenbar aus verschiedenen migrationsspezifischen (z.B. Verständigungsproblematik) und institutionellen Gründen (z.B. Zeit- und Spardruck) nicht. Interessanterweise findet im Gegensatz dazu die Aufklärung über die Kompetenzen der Schweizer Hebammen praktisch immer statt. Die Hebammengeburt scheint in der Hebammensprechstunde keine grosse Priorität inne zu haben, obwohl alle Hebammen diese sehr befürworten und als wichtig erachten. In den Befragungen fiel zudem auf, dass obwohl die Mehrheit der Hebammen nur selten Migrantinnen über die Hebammengeburt informiert, fast alle die Betreuung und Aufklärung von diesen als befriedigend empfinden. Diese teils widersprüchlichen Ergebnisse lassen die Frage aufkommen, ob das Nicht-Aufklären der Migrantinnen von Seiten der Hebammen wirklich als Problem betrachtet wird? Daraus abgeleitet, wäre es äusserst sinnvoll in gewissem Masse an die Aufklärungspflicht zu appellieren, für die Problematik zu sensibilisieren und Bedingungen zu schaffen, welche den Hebammen die Aufklärungsarbeit ermöglichen. Um diesen Aspekten konkret Rechnung zu tragen, sollte die Aufklärungshäufigkeit bei Migrantinnen als weiterer Parameter in der Evaluation der Hebammengeburt erfasst werden. Somit würde man die Hauptursache im Auge behalten und könnte auch verfolgen, welche Auswirkungen die Aufklärungshäufigkeit auf die Anzahl Migrantinnen bei den Hebammengeburten hat. Andererseits würde die Erfassung auch als Ansporn für eine möglichst konsequente Aufklärung dienen.

In der empirischen Datenerhebung wurde deutlich, dass die bereits verwendeten Informationskanäle so bspw. das Internet, die Informationsbroschüre, aber auch das Aufklärungsverfahren selbst, als kompliziert, inadäquat oder nicht migrationsgerecht erachtet werden. Dies kann wiederum als Zugangsbarriere und Ursache für das Fernbleiben von Migrantinnen verstanden werden. Dementsprechend möchte man anregen, die bestehenden Informationskanäle zur Hebammengeburt kritisch zu überprüfen. Die Informationsbroschüre sollte in mehrere Sprachen übersetzt und deren Layout migrationsgerecht adaptiert werden. Es wäre in diesem Falle sehr zu empfehlen, mit Migrationsnetzwerken und interkulturellen Vermittlungsdiensten zusammenzuarbeiten, um gezielt an der Bereitstellung adäquater Informationsmaterialien und -medien und deren zielgruppenspezifischen Verbreitung zu arbeiten.

Mittels Literaturreview und Befragungen konnte aufgezeigt werden, dass migrationspezifische und kulturelle Faktoren (z.B. sozioökonomische und psychosoziale Belastungen, Bildungsstand, Tendenz zu Passivität) den Zugang negativ beeinflussen. Hier drängt sich die Frage auf, wie mit solch spezifischen Stressoren umgegangen werden kann? Eine konkrete Empfehlung hierfür ist die Erhöhung der transkulturellen Kompetenz in der gesamten Klinik sowie die Gründung eines interdisziplinären und transkulturell kompetenten Gremiums. Dieses wäre dafür verantwortlich Evidenzen zur Migrationsthematik zu bearbeiten, Leitlinien diesbezüglich auszuarbeiten, Unterstützung bei Unsicherheiten und Fragen aus der Praxis zu bieten und offene Foren zu organisieren, die den Austausch von Wissen und Erfahrungen des Personals untereinander fördern. Dadurch würden die Interdisziplinarität als auch die jeweiligen Eigenressourcen gefördert und gestärkt. Wichtig wäre auch, dass dieses Gremium in der strategischen Ebene der Klinik vertreten ist, womit die Migrationsthematik im Sinne von Mainstreaming auf verschiedenen Ebenen der Institution diskutiert und verankert wird. Die bereits bestehende Arbeitsgruppe von Hebammen zur Thematik der weiblichen Beschneidung könnte bspw. in diesem Sinne ausgeweitet werden.

Doch handelt es sich nun bei den ermittelten, teilweise unvorteilhaften Ergebnissen tatsächlich um fehlende Chancengleichheit? Whitehead (1991) umschrieb die Chancengleichheit als gleicher Zugang, gleiche Nutzbarmachung und gleiche Qualität der Versorgung beim Vorhandensein gleicher Bedürfnisse. Die Befragten selbst hinterfragen die Chancengleichheit kritisch und knüpfen diese an Bedingungen wie bspw. Deutschkenntnisse, obwohl sich die Chancengleichheit im Grunde genommen durch ihre Bedingungslosigkeit charakterisiert. Zudem haben die empirischen Resultate ergeben, dass Migrantinnen nur selten über das Angebot der Hebammengeburt aufgeklärt werden. Grundvoraussetzung um an dieser Stelle von fehlender Chancengleich-

heit zu sprechen, wäre, dass anderssprachige Migrantinnen das Angebot der Hebammengeburt überhaupt in Anspruch nehmen möchten. Wie es jedoch um deren Bedürfnislage in der untersuchten Universitäts-Frauenklinik steht, ist noch weitgehend ungeklärt. Die gewonnenen Ergebnisse deuten zwar darauf hin, dass diesbezüglich eher kein Bedürfnis besteht. Diese Resultate beruhen jedoch nicht auf Antworten von Migrantinnen, sondern auf Einschätzungen und vor allem auf vagen Vermutungen der Mitarbeitenden, welche diese Frage nur mit grossen Schwierigkeiten oder gar nicht beantworten konnten. Ob der statistische Nutzungszifferunterschied zwischen fremdsprachigen und deutschsprachigen Klientinnen mit fehlender Chancengleichheit begründet werden muss, kann folglich nicht umfassend beantwortet werden. Eine detaillierte Bedürfnisanalyse durch direkte Befragung von Migrantinnen wäre für die Beantwortung dieser elementaren Frage von Nöten. Aber warum konnten die Mitarbeitenden keine Auskunft über die Bedürfnisse der Migrantinnen geben? Und warum empfinden sie die Bedürfniserhebung bei Migrantinnen schwierig? Ein möglicher Grund könnte die ungenügende Kenntnis über das Konzept der transkulturellen Kompetenz sein. Dies äusserte sich bspw. auch darin, dass nur eine einzige Hebamme diese korrekt definieren konnte, obwohl einige Angaben in dieser Hinsicht eine Fortbildung besucht zu haben. Letzteres könnte darauf hindeuten, dass dieses Konzept zu abstrakt und zu theoretisch erscheint und aufgrund dessen in der Praxis keine Anwendung findet. Die Autorinnen empfehlen der untersuchten Institution daher, das gesamte Personal, also Hebammen wie auch Ärztinnen und Ärzte, verstärkt in transkultureller Kompetenz zu schulen, da das Klientel mit Migrationshintergrund einen sehr hohen Anteil ausmacht. Diese statistische Realität wird sich wohl, angesichts der gegenwärtigen Weltlage, in näherer Zukunft kaum ändern. Die Betreuung von Migrantinnen ist also für Hebammen als auch für die Ärzteschaft alltäglich und sollte dementsprechend gewichtet werden. In diesem Zusammenhang könnte die Ablösung des konventionellen Anamneseverfahrens durch eine transkulturell ausgerichtete Anamnese, die bei Migrantinnen aber auch bei Schweizerinnen angewandt würde, ein konkretes, praxisnahes Arbeitsinstrument darstellen. Dies wäre zudem ein wichtiger Beitrag an eine bedürfnisorientierte, klientinnenzentrierte und migrationssensible Betreuung.

Der von den Hebammen erlebte und immer wieder erwähnte Zeitdruck kristallisierte sich bei allen erwähnten Problempunkten als zusätzlich verstärkender Faktor heraus. Im Gegensatz dazu steht eine Einschätzung aus den Befragungen der leitenden Ärztin und der Hebammenexpertin, welche besagt, dass den Hebammen relativ viel Zeit zur Verfügung stehe. In Bezug auf diese unterschiedliche Wahrnehmung und Betrachtung des Zeitfaktors wäre es ratsam den Dialog zu suchen. Dies scheint gerade auch in



Anbetracht allfälliger Neuorganisationen von Arbeitsstrukturen im Zuge der DRG-Einführung elementar zu sein. Dem Team der Hebammensprechstunde wird ausserdem empfohlen, das Zeitmanagement bspw. in explizit dafür vorgesehenen Fallbesprechungen zu thematisieren. So könnten Problempunkte erkannt, benannt und der wirkliche Zeitaufwand transparent gemacht werden. Dadurch würde ermöglicht, gemeinsame Lösungen zu finden und untereinander von den verschiedenen Strategien im Umgang mit dem Zeitdruck zu profitieren. In dieser Hinsicht werden sich auch die Investitionen in eine gute transkulturelle Kompetenz des Personals positiv äussern. Denn wird diese in der Praxis angewandt, können viele zeitraubende Faktoren wie sprachliche und kulturelle Missverständnisse, Incompliance oder Unpünktlichkeit vermieden werden.

## 7 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die eingangs aufgestellten Fragestellungen konnten anhand des Praxisprojektes angemessen bearbeitet und beantwortet werden. Es ergaben sich folgende Erkenntnisse und Massnahmenansätze, welche im Zuge künftiger Anpassungen und Veränderungen berücksichtigt und allenfalls ausgeweitet werden könnten:

Die institutionellen Grundvoraussetzungen sind als gut zu bewerten, werden jedoch durch wirtschaftliche und politische Einschränkungen begrenzt. Dies äussert sich im Arbeitsalltag der Hebammen vor allem durch begrenzte finanzielle und zeitliche Kapazitäten. Die kostengünstige und qualitativ hochstehende autonome Hebammenarbeit, wie sie durch das Modell der Hebammengeburt vertreten wird, sowie eine transkulturell kompetente und dadurch zeitsparende Arbeitsweise können hier Abhilfe schaffen.

Zur Stärkung der klinikinternen Kultur und zur Annäherung der teilweise unterschiedlichen interdisziplinären Werte und Überzeugungen, wird den Beteiligten empfohlen, die berufsspezifischen Überzeugungen und Einstellungen, aber auch die jeweiligen Kompetenzbereiche kritisch zu reflektieren. Zudem sollen der interdisziplinäre Teamgeist und das gegenseitige Verständnis durch gemeinsame ausserklinische Veranstaltungen und Teambildungs-Events gefördert werden. Zur Förderung der Interdisziplinarität auf professioneller Ebene, sollten gemeinsame Fachaustausche eingeführt werden, bei welchen Themen aller Disziplinen bspw. in Form von Vorträgen behandelt werden.

Die Eigenkompetenz der Hebammen kam innerhalb der Befragungen nur geringfügig zur Sprache. Daher werden diese ermutigt, sich auf ihre Stärken wie auch Schwächen zu besinnen, um sie entsprechend zu nutzen bzw. auszubauen. Gezielte Reflexionen innerhalb der Teamsitzungen sowie bei Mitarbeitendengesprächen bieten hierbei Unterstützung. Die Thematik kann zudem mit der externen Team-Supervisorin behandelt werden.

Hinsichtlich der Gründe für das Fehlen anderssprachiger Migrantinnen bei den Hebammengeburten und der Chancengleichheit lässt sich sagen, dass es sich um ein komplexes Ursachennetz handelt, indem sich migrationsspezifische und institutionelle Faktoren vermischen oder gar synergistisch zusammenwirken. Die Verständigungsproblematik, mangelhafte und / oder inkonsequente Aufklärung, als auch migrationsspezifische und kulturelle Faktoren erwiesen sich dabei als wesentliche Ursachen. Gleichzeitig stellen diese Faktoren für Migrantinnen entscheidende Zugangsbarrieren für das Angebot der Hebammengeburt dar.

Im Zusammenhang der Verständigungsschwierigkeiten scheint es grundlegend, die bisherige Finanzierung des Übersetzungsdienstes zu überdenken und allfällige Alternativen zu prüfen. Hinsichtlich der weiteren Zugangsbarrieren sollten die Informationskanäle zur Hebammengeburt kritisch hinterfragt werden. Die Übersetzung der Informationsbroschüre in mehrere Sprachen und die migrationsgerechte Adaptation des Layouts stellen dabei erste Schritte dar. Im Weiteren ist die Zusammenarbeit mit Migrationsnetzwerken und interkulturellen Vermittlungsdiensten sehr zu empfehlen, um auch die zielgruppenspezifische Verbreitung dieser Informationen zu verbessern. Die Schaffung eines klinikinternen, interdisziplinären Gremiums für Migrationsfragen, stellt eine Möglichkeit dar, die Thematik auf verschiedenen Ebenen der Institution zu verankern und diese dafür zu sensibilisieren. Es gilt zu überdenken, ob die bereits bestehende Arbeitsgruppe von Hebammen zur Thematik der weiblichen Beschneidung im Sinne eines solchen Gremiums ausgeweitet werden könnte.

Sparmassnahmen und Zeitdruck wirken zusätzlich verstärkend auf oben genannte Zugangsbarrieren. Der Faktor Zeit wird jedoch unterschiedlich empfunden und eingeschätzt. Daher wäre es ratsam diesbezüglich den Dialog zu suchen und gemeinsam Lösungen auszuarbeiten. Dem Team der Hebammensprechstunde wird empfohlen, das Zeitmanagement in dafür vorgesehenen Fallbesprechungen zu thematisieren und dadurch die Eigenressourcen im Umgang mit dem Zeitdruck zu stärken.

Die Bedürfnislage der Migrantinnen kann nur vermutet werden, womit trotz aufgezeigter Zugangsbarrieren und vorhandenen Nutzungsunterschieden nicht sofort auf fehlende Chancengleichheit geschlossen werden kann. Aufgrund dessen soll eine Bedürfnisanalyse durchgeführt werden. Des Weiteren empfehlen die Autorinnen der untersuchten Institution, das gesamte Personal verstärkt in transkultureller Kompetenz zu schulen. Dadurch werden nicht nur zeitraubende Missverständnisse verhindert, sondern die gesamte Betreuung von Migrantinnen adäquat gestaltet und auch die Bedürfniserhebung erleichtert. In diesem Zusammenhang soll die Ablösung des konventionellen Anamneseverfahrens durch eine transkulturell ausgerichtete Anamnese in Betracht gezogen werden, was eine konkrete Umsetzung transkultureller Kompetenz darstellen würde.

Aufgrund der aktuellen kontextuellen und wirtschaftlichen Gegebenheiten schätzen die Autorinnen die Wahrscheinlichkeit, dass Veränderungen und Anpassungen spezifisch für das Angebot der Hebammengeburt vorgenommen werden, als eher gering ein. Dies auch weil die Hebammengeburt momentan den Status eines kleinen, speziellen Teilangebotes mit entsprechend kleinem Zielpublikum innerhalb einer Universitätsklinik innehat. Als durchaus denkbar wird aber eine migrationsspezifische Schulung des ge-

samten Personals erachtet. Auch wird die migrationsgerechte Adaptation der Informationsbroschüre als realistisch eingeschätzt, da der damit verbundene Kostenaufwand machbar erscheint. Die Ergebnisse zur interdisziplinären Zusammenarbeit deuten darauf hin, dass durch konstruktiven Dialog eine Annäherung von unterschiedlichen Perspektiven, Werten und Überzeugungen sowie Verbesserungen in Bezug auf die Zeitproblematik erreicht werden können. Auch scheint die Thematisierung des Zeitmanagements bspw. in teaminternen Fallbesprechungen der Hebammensprechstunde durchaus umsetzbar. Hingegen erachtet man es eher als unwahrscheinlich, dass den Hebammen mehr Zeit zugesprochen wird – dies ebenfalls aufgrund der momentan herrschenden Unsicherheit über die Bedeutung und Konsequenzen der DRG-Einführung und der damit verbundenen eher restriktiven, kostendrückenden Haltung.

Für die Hebammen wäre es rein aus berufsspezifischer Sicht erstrebenswert, wenn die Hebammengeburt nicht als Spezial-Angebot gälte, sondern der Standard bei allen physiologischen Schwangerschaften und Geburten darstellen würde. Somit würde einerseits die Physiologie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gefördert und andererseits der Kompetenzbereich der Hebammen optimal genutzt. Betrachtet man jedoch die in der Schweiz vorherrschende Betreuung während dieser Phasen, welche überwiegend in den Händen der Ärzteschaft liegt, so rückt dieses Ziel in weite Ferne. Daher ist es aus Hebammensicht dringend erforderlich sich berufspolitisch zu engagieren und bezüglich der autonomen Hebammenarbeit weiter Forschung zu betreiben. Dies damit evidenzbasiert argumentiert werden kann und konkrete Kosten-Nutzen-Analysen möglich werden, was gerade im Zusammenhang mit dem DRG-Abrechnungssystem unabdingbar sein wird. Auch bezüglich der Migrationsbevölkerung bedarf es weiterer Forschung. Denn um das Angebot des Gesundheitswesens den Bedürfnissen und Eigenschaften der Migrationsbevölkerung entsprechend zu gestalten, müssen fortlaufend soziale, demographische und epidemiologische Daten erhoben und deren Bedürfnisse eruiert werden. Eine Bedarfsanalyse wäre gerade im Bezug auf die Hebammengeburt von grosser Wichtigkeit. Erst dadurch könnten der Aspekt der Chancengleichheit präziser beurteilt und Angaben darüber gemacht werden, inwieweit entsprechende institutionelle und kontextuelle Anpassungen und Veränderungen notwendig sind.

## 8 LITERATURVERZEICHNIS

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2001). Systematische Evidenz-Recherche. In AWMF. Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*. Supplement 1, Kapitel 5. München: Urban & Fischer. Abgefragt am 20. Juni. 2011 unter <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-entwicklung/mdb/edocs/pdf/leitlinien-manual/kapitel5.pdf>
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F., (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5th ed.). Oxford : University Press.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based nursing and caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Borde, T. & David, M. (2007). Migrantinnen in der Gesundheitsversorgung. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S. 425-438). Bern: Huber.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2007). *Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013)*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Migration BFM, Statistikdienst Ausländer (2011). *Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit – Ende Dezember 2009 und 2010*. Abgefragt am 20. Juni 2011, unter <http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/statistik/auslaenderstatistik/aktuelle/2010/ts8-bevoelkerung-staat-2010-12-d.pdf>
- Bundesamt für Migration BFM, Statistikdienst Ausländer (2011). *Bestand der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung nach Wohnkanton und Ausländergruppe – Ende August 2010*. Abgefragt am 20. Juni 2011, unter <http://www.bfm.admin.ch/content/dam/data/migration/statistik/auslaenderstatistik/aktuelle/2010/107-bevoelkerung-kt-2010-12-d.pdf>
- Bundesamt für Migration BFM, Statistikdienst Asyl (2011). *Asylstatistik 2010*. Bern-Wabern: BFM.
- Cignacco, E., & Büchi, S. (2003). Ein Evaluationsbericht «Hebammengeburt». *Schweizer Hebamme*, 2003(5), 4-8.
- Detzel, P. & Künzi, K. (2007). Innovation in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen [Electronic version]. *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*. Arbeitsdokument 27.

- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (s.a.). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung 832.10 (2011)*. Abgefragt am 22. Juni 2011, unter <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.10.de.pdf>
- Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (s.a.). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 0.810.1 (2009)*. Abgefragt am 4. Mai 2011, unter <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>
- Domenig, D., Stauffer, Y., Georg, J. (2007). Transkulturelle Pflegeanamnese. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S. 301-310). Bern: Huber.
- Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Eide, B.I., Vika Nilsen, A.B., Rasmussen, S. (2009). Births in two different delivery units in the same clinic – A prospective study of healthy primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9:25.
- Gissler, M., Alexander, S., Macfarlane, A., Small, R., Stray-Pedersen, B., Zeitlin, J., et al. (2009). Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, 134-148.
- Graham, H., Kelly, M. P. (2004). *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. London: Health Development Agency.
- Hälg, R., Wallimann, G., Salis Gross, C., Wick Marcoli, M. (2004). *Migration und reproduktive Gesundheit. Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz*. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Gates, S. (2009). Midwife-led versus other models of care for childbearing women (Review). *The Cochrane Library*, Issue 3.
- Jadad, A.R., Haynes, R.B., Hunt, D., & Browman, G.P. (2000). The internet and evidence-based decision-making: a needed synergy for efficient knowledge management in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 162(3), 362-365.
- Kraus, G. & Westermann, R. (2001). *Projektmanagement mit System. Organisation, Methoden, Steuerung* (3. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Kuntner, L. (2007). Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S. 439-456). Bern: Huber.
- Mayberry, R.M., Mili, F., Ofili, E. (2000). Racial and Ethnic Differences in Access to Medical Care. *Medical Care Research and Review*, 57, 108-145.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim; Beltz.

- Morano, S., Cerutti, F., Mistrangelo, E., Pastorino, D., Benussi, M., Costantini, S., Ragni, N. (2007). Outcomes of the first midwife-led birth centre in Italy: 5 years experience. *Arch Gynecol Obstet*, 276, 333-337.
- Office of Human Subjects Research (n.d.). *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research*, Retrieved June, 20, 2011, from <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P. (2001). *Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Kritische Würdigung und Anwendung von Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz KFH. (2007). *Kompetenzprofil Diplomierete Hebamme BSc Berufsdefinition der Hebamme*. Abgefragt am 25. Februar 2011, unter [https://studium.wgs.bfh.ch/gesundheits/home/heb/Dokumente/Austrittsprofil\\_Berufskonf\\_HEB\\_2007\\_web.pdf](https://studium.wgs.bfh.ch/gesundheits/home/heb/Dokumente/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web.pdf)
- Rommel, A., Weilandt, C., Eckert, J. (2006). *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V. (WIAD).
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Nursing and health care management and policy*. 47, 81-90.
- Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung – der PARIHS-Bezugsrahmen. In B. McCormack, K. Manley, R. Garbett (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege* (S. 105-124). Bern: Huber.
- Scholz, J. (2011). *Untersuchung zu der Rolle der Hebammenexpertinnen an einem Universitätsklinikum in der Schweiz*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück.
- Schweizerischer Hebammenverband [SHV] (s.a). *Internationaler Ethikkodex für Hebammen, 1994*. Abgefragt am 5. Juli 2011, unter [http://www.hebamme.ch/x\\_dnlld/doku/ethikkodexd.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnlld/doku/ethikkodexd.pdf)
- Sieber, Ch. (2007). Verhütung und Schwangerschaftsabbruch bei Migrantinnen. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S. 457-472). Bern: Huber.
- Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319-331). Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

- Stuker, R. (2007). Professionelles Übersetzen. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2. Aufl., S. 221-235). Bern: Huber.
- The Office of Minority Health. (2007). *National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS)*. Retrieved March 15, 2011, from <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=15>
- Universitätsklinik für Frauenheilkunde (2007). *Konzept Hebammengeburt*. Bern: FKI.
- Universitätsklinik für Frauenheilkunde (2010). *Hebammengeburt*. Bern: FKI.
- Universitätsklinik für Frauenheilkunde (1998). *Leitbild der Frauenklinik*. Abgefragt am 20. Juni. 2011 unter <http://frauenheilkunde.insel.ch/leitbild-fk.html>
- Whitehead, M. (1991). *Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit*. Kopenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.
- Wyssmüller, D. (2010). *Evaluation Hebammengeburten 2009* [Powerpoint Präsentation].



## 9      **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten (adaptiert nach Graham & Kelly, 2004).....	12
Abbildung 2: Die transkulturelle Anamnese: gezielte Fragen bezüglich der aufgeführten Determinanten, ermöglichen eine umfassende, migrationsspezifische Anamnese (angelehnt an die "Transkulturelle Pflegeanamnese" © von Domenig, 2007, S. 309) .....	19
Abbildung 3: Antworten auf die Frage: „Wie oft klären Sie Migrantinnen über das Angebot der Hebammengeburt auf?“ (vgl. Anhang 13.2.2, S. 73, Frage 3).....	31
Abbildung 4: Antworten auf die Frage: "Erleben Sie die Aufklärung von anderssprachigen Migrantinnen über die Hebammengeburt bzw. allgemein als befriedigend?" (vgl. Anhang 13.2.2, S. 73, Frage 9).....	32
Abbildung 5: Antworten auf die Frage: „Klären Sie Migrantinnen über die spezifischen Kompetenzen und die Autonomie einer Schweizer Hebamme auf? Z.B. eine physiologische Geburt eigenverantwortlich zu betreuen, gewisse Entscheidungen ohne Ärztin oder Arzt zu treffen - was in ihrem Heimatland vielleicht nicht unbedingt der Fall ist? Klären Sie Migrantinnen darüber auf?“ (vgl. Anhang 13.2.2, S. 74, Frage 15).....	34
Abbildung 6: Antworten auf die Frage: "Was ist Ihr Eindruck, besteht bei den anderssprachigen Migrantinnen ein Bedürfnis für eine Hebammengeburt?" (vgl. Anhang 13.2.2, S. 75, Frage 20).....	36
Abbildung 7: Antworten auf die Frage: "Wären Sie bereit, allfällige Veränderungen mitzutragen und umzusetzen, damit Migrantinnen vermehrt das Angebot der Hebammengeburt in Anspruch nehmen könnten?" (vgl. Anhang 13.2.2, S. 77, Frage 30) .....	37
Abbildung 8: Antworten auf die Frage: "Ist es in Anbetracht der gegenwärtigen Arbeitsauslastung realistisch, einen allfälligen Mehraufwand für die Aufklärung von Migrantinnen über die Hebammengeburt zu leisten?" (vgl. Anhang 13.2.2, S. 77, Frage 31).....	38
Abbildung 9: Antworten auf die Frage: "Wären Sie bereit, allfälligen Veränderungen mitzutragen und umzusetzen, damit anderssprachige Migrantinnen vermehrt das Angebot der Hebammengeburt in Anspruch nehmen könnten?" (vgl. Anhang 13.3.2, S. 99, Frage 9).....	41
Abbildung 10: Antworten auf die Frage: "Ist es in Anbetracht der gegenwärtigen Arbeitsauslastung realistisch, einen allfälligen Mehraufwand für die Aufklärung von	

Migrantinnen über die Hebammengeburt zu leisten?" (vgl. Anhang 13.3.2, S. 99, Frage  
10) ..... 41

## 10 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Bewertung der verwendeten qualitativen Studien .....	11
Tabelle 2: Bewertung der verwendeten Reviews .....	11
Tabelle 3: Kommentierte Ergebnisse aus den einzelnen Studien und Reviews zur autonomen Hebammenarbeit .....	16
Tabelle 4: Antworten auf die Frage: "Was erleben Sie bei der Beratung von Migrantinnen (über die Hebammengeburt bzw. allgemein) als erleichternd?" (vgl. Anhang 13.2.3, S. 78, Frage 4).....	32
Tabelle 5: Antworten auf die Frage: "Was ist Ihr Eindruck, haben Migrantinnen im Vergleich zu Schweizerinnen / deutschsprachigen Frauen, die gleichen Chancen an Informationen über dieses Angebot zu kommen?" - Nein. - "Was ist bei Migrantinnen anders?" (vgl. Anhang 13.2.3, S. 87, Frage 18).....	35
Tabelle 6: Antworten auf die Frage: "Wie erklären Sie sich, dass Migrantinnen praktisch nie eine Hebammengeburt haben?" (vgl. Anhang 13.2.3, S. 88, Frage 19) .....	35
Tabelle 7: Antworten auf die Frage: "Was erachten Sie als Vor- bzw. Nachteile der Hebammengeburt?" (vgl. Anhang 13.3.3, S. 100 f., Fragen 2 und 3) .....	39

## 11 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BSc	Bachelor of Science
IDS	Informationsverbund Deutschschweiz
DRG	Diagnosis Related Groups (deutsch: Fallpauschalen)
CLAS	National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFM	Bundesamt für Migration
GMM	Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
IAMANEH	Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit
PDA	Periduralanästhesie
UNICEF	United Nations Children's Found
KVG	Schweizerisches Krankenversicherungsgesetz
SHV	Schweizerischer Hebammenverband