

# Lancierte Studie soll Kommunikation mit allophonen Migrantinnen erleichtern

Schwangere Migrantinnen sind gesundheitlich erheblich belastet, wenn mangelnde Sprachkenntnisse oder ein unsicherer Aufenthaltsstatus vorliegen. Das Bundesamt für Gesundheit und die Fachstelle für Rassismusbekämpfung haben ein Forschungsprojekt zur Verbesserung der perinatalen Betreuung von Migrantinnen lanciert. Die kürzlich genehmigte Studie «Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen» (BRIDGE) soll Anhaltspunkte liefern, wie die Verständigung zwischen nicht Deutsch sprechenden Migrantinnen und Fachpersonen sowie die Koordination zwischen den Diensten verbessert werden kann.

.....  
Paola Origlia Ikhilior et al.

Schwangere Migrantinnen und ihre Familien erfahren in einem Aufnahmeland mehrfache Belastungen, einerseits durch die Anforderungen an die fremden Lebensbedingungen und die Integration, andererseits durch die erforderliche Anpassung an die Mutterschaft. Die daraus resultierenden gesundheitlichen Probleme in der reproduktiven Phase sind umfassend dokumentiert. Schwangere und Mütter weisen einen schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand auf, die Anzahl der postpartalen Depressionen sowie die mütterliche Sterblichkeit sind erhöht. Ebenso ist die perinatale Sterblichkeit erhöht; Kaiserschnittgeburten und Verlegungen auf die Neonatologie sind deutlicher häufiger (Merten und Gari, 2013).

## **Gesundheitliche Ungleichheit bei Migrantinnen**

Migrantinnen sind generell öfter krank als die einheimische Bevölkerung. Auffallend dabei ist, dass ihre gesundheitliche Verfassung schlechter ist, wenn zusätzlich mangelnde Sprachkenntnisse, Erwerbslosigkeit und wenig soziale Unterstützung vorliegen (Bundesamt für Gesundheit, BAG, und Bundesamt für Migration, BFM, 2011). Ein unsicherer Aufenthaltsstatus steigert die Vulnerabilität und erschwert die Integrationsmöglichkeit der betroffenen Frauen zusätzlich (Achermann et al., 2006). Sowohl für Forschungsvorhaben als auch für den Praxisalltag ist daher eine differenzierte Betrachtung der spezifischen Situation von Migrantinnen für das Verständnis ihrer jeweiligen Bedürfnisse und für angemessene Versorgungsangebote sehr wichtig.

Ein bekannter Zusammenhang gesundheitlicher Ungleichheit bei Migrantinnen ist ein erschwerter und nicht für alle Schwangeren gewährleiteter Zugang zu adäquater Schwangerenvorsorge (Merten und Gari, 2013). Generell häufiger bei der Migrationsbevölkerung sind Notfallbehandlungen, Behandlungen bei Depressionen sowie erhöhter Schmerzmittelkonsum. Die Muster der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind allerdings komplex und abhängig von Faktoren wie Nationalität oder Aufenthaltsstatus (Moreau-Gruet, 2013).

## **Frauen der ausländischen Wohnbevölkerung ...**

Da sich die Betreuungspfade von Migrantinnen der ständigen Wohnbevölkerung und aus dem Asylwesen unterscheiden, sollten diese beiden Gruppen gesondert betrachtet werden. Frauen der ständigen Wohnbevölkerung mit ausländerrechtlichem Status (Aufenthaltsbewilligung B, C oder L) orientieren sich weitgehend selbstständig im Schweizer Gesundheitssystem. Besonders schwierig ist dies für allophone Migrantinnen, die der lokalen Sprache nicht mächtig sind. Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS) war 2011 der Anteil der seit über einem Jahr in der Schweiz wohnhaften Personen mit Migrationshintergrund, die keine Landessprache beherrschen, 9,9%, wobei Frauen (9,3%) im Vergleich zu den Männern (7,2%) seltener sprachkompetent sind. Nicht-EU27- und Nicht-EFTA-Staatsangehörige der ersten Generation geben mit rund 23% am häufigsten an, keine Landessprache zu verwenden (BFS, 2015b). Fremdsprachige Staatsangehörige der ständigen Wohnbevölkerung stammten 2013 der Häufigkeit nach aus Portugal, Spanien, Serbien, Kosovo und der Türkei (BFS, 2014). Migrantinnen der ersten Generation, die bspw. im Rahmen des Familiennachzugs eingewandert sind und erst wenige Jahre in der Schweiz leben, haben am häufigsten Probleme mit der

lokalen Sprache. Es gibt keine etablierten Systeme, um diese Frauen bei der Orientierung im Schweizer Gesundheitswesen gezielt zu unterstützen.

### ... und Frauen aus dem Asylbereich

Für Personen mit asylrechtlichem Status (Aufenthaltserlaubnis N, F und S, d. h. Asylsuchende, vorläufig Aufgenommene und Schutzbedürftige) stellt sich die Situation im Schweizer Gesundheitswesen anders dar. Sie werden von den zuständigen kantonalen Behörden im Hausarztmodell krankensichert (BAG, 2011). Somit sind werdende Mütter grundsätzlich versichert, haben jedoch Einschränkungen bei der Arztwahl. Neuankömmlinge werden in der Regel durch Ansprechpersonen der Betreuungsinstitutionen bei der Wahl der Anbieter, für Terminvereinbarungen und -einhalten oder die Organisation einer Dolmetschenden unterstützt. Die Handhabung ist jedoch kantonal unterschiedlich (Köppel, 2015).

Eritrea zählt neben Afghanistan, Syrien, Sri Lanka und Somalia seit einigen Jahren zu den Herkunftsländern mit den meisten Asylsuchenden in der Schweiz. Im Jahr 2014 ersuchten ca. 7000 eritreische Staatsangehörige um Asyl. Aufgrund der schwierigen Situation in Eritrea erhalten viele von ihnen Asyl oder eine vorläufige Aufnahme (die Schutzquote lag 2014 bei rund 85%) (BFS, 2014). Eritrea verfügt in weiten Teilen des Landes über keine ausreichend gesicherte Grundversorgung. Die Mütter- und Kindersterblichkeit ist auch im innerafrikanischen Vergleich ausserordentlich hoch (GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators, 2015; Kassebaum et al., 2014). Es ist davon auszugehen, dass Eritreerinnen wenig mit dem Schweizer System der medizinischen Grundversorgung, der Mutterschaftsbetreuung oder dem Hausarztssystem vertraut sind. Nebst den sprachlichen Schwierigkeiten erschweren kulturell unterschiedliche Referenzsysteme die Verständigung (Eyer und Schweizer, 2010). Zudem sind bei Eritreerinnen schätzungsweise 40% Analphabetinnen (Central Intelligence Agency, 2013), und sie haben deshalb keinen Zugang zu den seit einigen Jahren vermehrt auch in Tigrinya – eine der neun eritreischen Nationalsprachen – publizierten Gesundheitsinformationen.

### Lücken in der geburtshilflichen Versorgung

Herausfordernd ist also nicht nur, die Frauen dem gesundheitlichen System zuzuführen, sondern auch, dass Mütter durch Information, Beratung und Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett das System für sich und ihre Kinder erschliessen und nutzbar machen können. Hinweise aus der Praxis deuten darauf hin, dass diese Themen in der Betreuung von Migrantinnen ein wichtiges aktuelles Anliegen sind.

Die perinatale Versorgung in der Schweiz zeichnet sich generell durch eine hohe Fragmentierung aus. Zahlreiche ambulant sowie stationär arbeitende Fachpersonen decken den Versorgungsbedarf im ganzen Kontinuum von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeitzeit ab. Eine kontinuierliche Betreuung der Frauen ist kaum möglich, und daraus resultieren Folgeprobleme wie die fehlende oder ungenügende Übermittlung von



**Michelle Pichon**

Leiterin des Ausbildungsgangs Hebamme  
an der Haute école de santé, Genf

## Liebe Leserin, lieber Leser

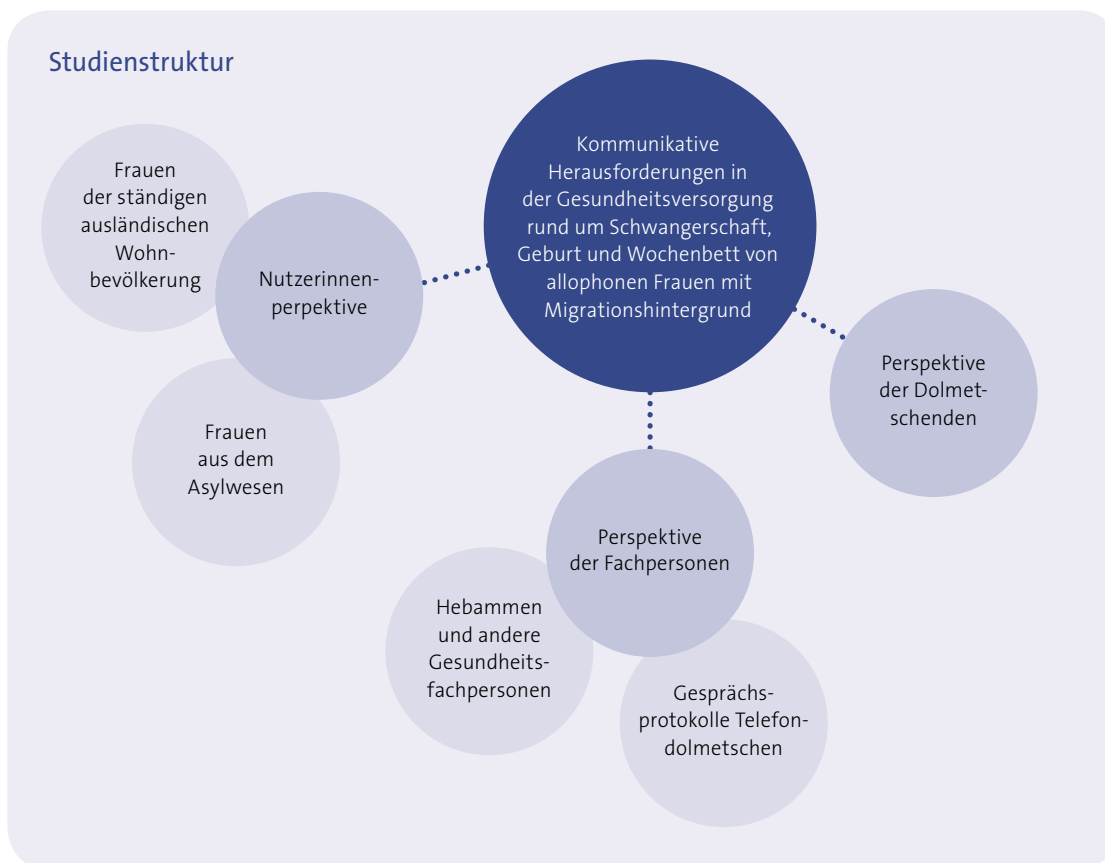
*Leider ist es eine erwiesene Tatsache: Die sozialen Begleiter der Gesundheit – zum Beispiel die Armut – wirken sich negativ auf die Gesundheit aus. Die betroffenen Menschen sind somit doppelt bestraft. Die Mutterschaft ist eine Zeit der physischen, psychischen und auch der sozialen Verletzlichkeit. Deshalb haben die Gemeinschaften von jeher dafür gesorgt, dass sie den Frauen die materielle Sicherheit, Erholung und Ruhe bieten können, die diese brauchen, um ganz auf ihre Bedürfnisse und auf jene ihres Säuglings eingehen zu können.*

*Doch in unseren Städten leben manche Frauen und Familien in schwierigen Verhältnissen, sodass die Mutterschaft und der Empfang ihres Kindes stark darunter leiden. Und oft stossen sich die besten, wissenschaftlich belegten Empfehlungen an alltäglichen Hindernissen und führen zu zusätzlichen Komplikationen (beispielsweise Risiko eines bleibenden Diabetes nach einem Gestationsdiabetes). Welche Ungerechtigkeit in einem der reichsten Länder der Welt!*

*Der Artikel von Patricia Perrenoud zeigt, dass die Übergänge zwischen Spitalbetreuung, sozialer Begleitung und Betreuung zu Hause verbesserungsbedürftig sind. Eine Intensivierung der bereits existierenden gemeinsamen Bemühungen würde die Ohnmacht der verschiedenen Fachpersonen in gewissen Situationen begrenzen und deren Zuständigkeiten besser aufeinander abstimmen helfen, sodass auftretende Probleme und Massnahmen bei den Eltern koordiniert angegangen werden könnten.*

*Parallel dazu müssten die Begleitumstände der Massnahmen genau geprüft werden. Denn diese erfordern Erfahrung, Anpassungsvermögen und Fingerspitzengefühl sowie komplexe Berufskennntnisse. Im Rahmen der Anthropologie der Gesundheit kann man sich diese Kenntnisse aneignen, damit sie anschliessend unterrichtet und weitergegeben werden können. Das «wirkliche Leben» berücksichtigen bedeutet, allen die Chance zu geben, besser auf ihre Gesundheit achten zu können und die sozialen Ungerechtigkeiten zu vermindern.*

Herzlich, Michelle Pichon



gesundheitsrelevanten Daten an weiterführende Betreuungspersonen (v. a. im Bereich der psychosozialen oder psychologischen Unterstützung) (König und Pehlke-Milde, 2010). Dies ist für allophone Migrantinnen fatal, da sie schlecht in der Lage sind, diese Lücken selber auszugleichen.

#### Projekte mit aufsuchendem Ansatz sind erfolgreich

In den letzten Jahren wurde jedoch kontinuierlich in die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung investiert, und es wurden einige migrationspezifische Angebote im Bereich der Mutterschaftsversorgung in der Schweiz geschaffen. Eine Bestandsaufnahme zeigt, dass sich lokale Projekte zwar zunehmend etablieren, diese aber je nach Gebiet sehr heterogen sind und weiterhin Versorgungslücken bestehen (Hermann, 2013; Merten und Gari, 2013). Als besonders erfolgreich zeigten sich Projekte, die den aufsuchenden Ansatz verfolgen, beispielsweise das Projekt für Geburtsvorbereitung «mamamundo» und das Mütter- und Väterberatungsprojekt «Miges Balu». Die Kontaktaufnahme mit den Migrantinnen findet an ihren gewohnten Aufenthaltsorten statt. Es werden Schlüsselpersonen eingesetzt, die persönlich und mündlich über die Angebote informieren (Hermann, 2013). Wenn sie auf sich selbst angewiesen sind, wählen Migrantinnen viel häufiger den «konventionellen» Weg der perinatalen Versorgung und nehmen alternative Angebote weniger in Anspruch (Karrer, 2005). Die hebammengeleitete Geburtsbetreuung im Spital bspw., die einen ausgeprägten klientinnenzentrierten und gesundheitsfördernden Ansatz verfolgt, wird

von Fachpersonen gegenüber Migrantinnen weniger angepriesen und somit von diesen auch seltener genutzt (Gerber und Grassi, 2011).

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

#### Die Anzahl Übersetzungen nimmt zu

In einer Evaluation des Einsatzes und der Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern konnte gezeigt werden, dass sich der Einsatz von Dolmetschenden positiv auf die Gesundheit auswirkt (Gehrig et al., 2012). Dafür wurde anhand der Daten des Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung II der Gesundheitszustand von verschiedenen Patientengruppen mit und

\* Siehe [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)

ohne Einsatz von Dolmetschenden verglichen. Gut ein Fünftel der Einsätze von interkulturell Übersetzenden in Schweizer Spitälern erfolgt im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich. Dolmetschende werden häufiger bei Patientinnen und Patienten eingesetzt, die einen schlechteren Gesundheitszustand und eine geringere Gesundheitskompetenz haben.

Die Anzahl der über die Vermittlungsstelle organisierten Einsätze hat sich zwischen 2006 und 2010 fast verdoppelt. Trotzdem wird vermutet, dass noch immer in beträchtlicher Masse auf Ad-hoc-Übersetzende ausgewichen wird (Gehrig et al., 2012). Trotz dieser beachtlichen Zunahme sollten professionelle Übersetzungsleistungen über die komplexen und gesundheitlich problematischen Situationen hinaus weiter ausgebaut werden, denn auch bei regelrichtigen und physiologischen Verläufen braucht es für die Beratung und Edukation eine differenzierte Verständigung.

### **Mangelnde Verständigung hat gravierende Folgen**

Aufgrund fehlender Finanzierung war der Einsatz von professionellen Dolmetschenden bisher in der spital-externen Tätigkeit von Hebammen nicht möglich. Im Jahr 2014 begleiteten frei praktizierende Hebammen rund 70% aller Wöchnerinnen zu Hause (BFS, 2015a; Erdin et al., in Druck). Bei sprachlichen Verständigungsproblemen in der spital-externen Tätigkeit von Hebammen werden vorwiegend Ad-hoc-Übersetzende, meist (Ehe-)Partner, beigezogen. Aber gerade intime Themen wie Stillen, Rückbildung, Sexualität und Verhütung müssten geschlechts- und kulturspezifisch sowie durch professionelle Vertrauenspersonen gehandhabt werden. Die mangelnde sprachliche Verständigung führt laut Aussagen von frei praktizierenden Hebammen manchmal dazu, dass auf eine Beratung oder gar auf einen Wochenbettbesuch verzichtet wird. Diese Lücke erkannt hat FamilyStart beider Basel, ein Hebammennetzwerk, das Eltern von Neugeborenen eine Helpline und Hausbesuche durch Hebammen anbietet (Kurth, 2013). Seit September 2013 arbeitet FamilyStart zur barrierefreien Betreuung fremdsprachiger Familien mit dem nationalen Telefondolmetschdienst zusammen. Doch selbst in diesem Setting, wo die Übersetzungsleistung entschädigt war, wurde der Dienst von Hebammen viel seltener genutzt als anfänglich erwartet (AOZ, 2015). Dieser Fakt ist überraschend und bedarf einer genaueren Analyse.

### **Wer steht hinter der Studie?**

Anfang dieses Jahres haben das BAG und die Fachstelle für Rassismusbekämpfung (FRB) im Rahmen des Integrationsdialogs der Tripartiten Agglomerationskonferenz (TAK) «Aufwachsen – gesund ins Leben starten» die beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände eingeladen, gemeinsam mit Forschungsinstitutionen Projekte einzureichen, die sich mit der Thematik der Zugangsschwierigkeiten zur Gesundheitsversorgung rund um Schwangerschaft und Geburt beschäftigen. Die TAK ist die politische Plattform von Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden für eine gemeinsame Agglomerationspolitik in der Schweiz. Der SHV entwickelte gemeinsam mit der Berner Fachhochschule, der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, dem Schweizerischen

Tropen- und Public Health-Institut und FamilyStart beider Basel die Studie «Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen» (BRIDGE).

Das Projekt wird vom BAG und von der FRB finanziert. Es hat zum Ziel, kommunikative Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung bzw. in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von allophonen Frauen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund aus der Perspektive von Nutzerinnen, geburtshilflich tätigen Fachpersonen und Dolmetschenden zu beschreiben. Diese Erkenntnisse sollen dazu dienen, die barrierefreie und transkulturelle Verständigung zwischen Fachpersonen und Frauen sowie die Koordination zwischen den Diensten zu verbessern.

### **So ist die Studie aufgebaut**

Es handelt sich um eine explorative Studie in drei Teilen (siehe Grafik). Im ersten Teil wird dargelegt, inwiefern Frauen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund die Versorgung, die mündliche Verständigung und die schriftlichen Informationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als anschlussfähig, hilfreich und verständlich empfinden. In Fokusgruppendifkussionen sollen die Erfahrungen, Erwartungen und Bedürfnisse einer Gruppe Eritreerinnen und einer Gruppe Migrantinnen aus der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung (z. B. Türkei, Kosovo) erfasst werden. Dabei werden professionelle Dolmetscherinnen die Diskussionen mitgestalten und sinngemäss übersetzen. Im zweiten Teil werden ebenfalls in einer Fokusgruppe die Erfahrungen und Einschätzungen von Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Pädiater/innen sowie Mütterberaterinnen erhoben. Aus den Befragungen der

.....  
Autorinnen

**Paola Origlia Ikhlor**, MSc, Hebamme,  
Dozentin und Projektleiterin der BRIDGE-Studie,  
Berner Fachhochschule, Disziplin Geburtshilfe  
paola.origlia@bfh.ch

**Susanne van Gogh**, BSc, MA Ethnologie und  
Geschlechterforschung, Hebamme und Wissen-  
schaftliche Assistentin, Zürcher Hochschule für  
Angewandte Wissenschaften, Institut für Hebammen,  
Forschungsstelle Hebammenwissenschaft

**Elisabeth Kurth**, PhD, Geschäftsführerin von  
FamilyStart beider Basel, frei praktizierende Hebamme  
und Pflegewissenschaftlerin am Schweizerischen  
Tropen- und Public Health-Institut

**Eva Cignacco**, PD, PhD, Hebamme, Pflegewissen-  
schaftlerin und Forschungsleiterin der Disziplin  
Geburtshilfe, Berner Fachhochschule, Angewandte  
Forschung und Entwicklung

**Barbara Stocker Kalberer**, MSc, Hebamme,  
Präsidentin des Schweizerischen Hebammen-  
verbandes, vertritt diesen im TAK-Integrationsdialog  
«Aufwachsen – gesund ins Leben starten»

**Jessica Pehlke-Milde**, Prof., Dr. rer. cur., Leiterin  
Forschungsstelle Hebammenwissenschaft, Zürcher  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut  
für Hebammen

Fachpersonen können Anhaltspunkte gewonnen werden, wie die Verständigung bei Sprachbarrieren gelingt, ob bestehende Strukturen, Angebote und Dienste (z. B. mehrsprachige Informationsmaterialien, spezifische Instrumente, Einsatz von professionellen bzw. nicht professionellen Dolmetschenden) unterstützend sind und wo gegebenenfalls Schnittstellenproblematiken vorliegen. Ausserdem werden Protokolle von Beratungsgesprächen frei praktizierender Hebammen analysiert, die im Rahmen von FamilyStart beider Basel bei Hausbesuchen den nationalen Telefondolmetschdienst nutzten. In einem dritten Teil werden professionelle Dolmetschende mittels Einzelinterviews befragt. Diese nehmen in der Studie eine Schlüsselfunktion ein und könnten Hindernisse und Ressourcen von beiden Seiten darlegen.

### Versorgungsangebote der Zielgruppe anpassen

Dies ist eine der wenigen Studien, die explizit die Perspektive allophoner Migrantinnen in der Schweiz erschliesst. Die Erkenntnisse aus den zusammengeführten, verschiedenen Perspektiven können genutzt werden, um Versorgungsangebote sowie Informationsmaterialien zielgruppenspezifisch anzupassen. Die Hindernisse und Chancen einer bedürfnisorientierten Betreuung in den verschiede-

nen Arbeitssettings der Hebammen, insbesondere auch in der freien Praxis, werden offengelegt, und so werden auch Möglichkeiten aufgezeigt, mittels derer Hebammen auch bei sozial benachteiligten Gruppen ihrem gesundheitsfördernden Auftrag und ihrer Begleitungs- und Beratungsfunktion entsprechen können. Unterstützende Angebote für eine barrierefreie Verständigung könnten im Bereich von Schulungen, Beratungen oder Sachmitteln liegen. Dank Fokus auf die Schnittstellenproblematik könnten in der Studie auch Bereiche erschlossen werden, die der besseren Übermittlung von gesundheitsrelevanten Daten oder einer besseren Kontinuität bei der Betreuung von allophonen Klientinnen dienen. Ferner hat die Studie das Potenzial, Möglichkeiten zu beschreiben, wie die transkulturellen Kompetenzen der Hebammen weiter gefördert werden können. Anfang 2017 sollen Empfehlungen an den SHV und an andere Fachgesellschaften formuliert werden, damit möglichst konkrete Massnahmen zur Verbesserung der perinatalen Versorgung eingeleitet werden können.

### Literatur

**Achermann, C. et al. (2006)** Migration, Prekarität und Gesundheit. In S. S. F. F. M. a. P. Studies (Series Ed.) Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich.

[https://doc.rero.ch/record/6440/files/s\\_41.pdf](https://doc.rero.ch/record/6440/files/s_41.pdf)

**AOZ (2015)** Jahresstatistik Telefondolmetschdienst FamilyStart beider Basel AOZ. Zürich.

**Bundesamt für Gesundheit (2011)** Gesundheitswegweiser Schweiz. In Bundesamt für Gesundheit und Schweizerisches Rotes Kreuz (Eds.). Liebefeld und Wabern: BAG und SRK.

**Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Migration (2011)** Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz. Schlussbericht: Arbeitsgemeinschaft BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S. TREND.

**Bundesamt für Statistik (2014)** Migration und Integration – Indikatoren. Ausländische Bevölkerung: Staatsangehörigkeit. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) im Suchfenster komplettes Thema eingeben.

**Bundesamt für Statistik (2015a)** Bevölkerungsbewegung – Indikatoren. Geburten und Entbindungen. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) im Suchfenster komplettes Thema eingeben.

**Bundesamt für Statistik (2015b)** Integration – Indikatoren: Sprache – Personen, die 3, 2, 1 oder keine Landessprache beherrschen. [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) im Suchfenster komplettes Thema eingeben.

**Central Intelligence Agency (2013)** The world factbook 2013-14. Eritrea. [www.cia.gov](http://www.cia.gov) Eingabe «Eritrea».

**Erdin, R. et al. (In Druck)** Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz. Bericht zur Erhebung 2014. Im Auftrag des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV). Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.

**Eyer, P. und Schweizer, R. (2010)** Die somalische und die eritreische Diaspora in der Schweiz. In Bundesamt für Migration (Ed.). Bern.

**GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015)** Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study The Lancet, 385(9963), 117–171. doi:10.1016/s0140-6736(14)61682-2.

**Gehrig, M. et al. (2012)** Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) im Suchfenster komplettes Thema eingeben.

**Gerber, M. und Grassi, G. (2011)** Chancengleichheit im Modell der Hebammengeburt: Frauen mit Migrationshintergrund im Fokus. (BSc Bachelorthesis), Berner Fachhochschule, Bern. [www.gesundheit.bfh.ch](http://www.gesundheit.bfh.ch) Bachelor > Hebamme > Publikationen.

**Hermann, M. (2013)** Migrationsgerechte Angebote im Bereich reproduktive Gesundheit und frühe Kindheit in der Schweiz. In E. D. d. I. Schweizerische Eidgenossenschaft (Ed.), Eine Bestandaufnahme von Projekten, Massnahmen und Arbeitsmethoden: Bundesamt für Gesundheit, Sektion Migration und Gesundheit.

**Karrer, T. (2005)** Migrantinnen im Schweizerischen Geburtssystem. Wie Fraue mit Migrationshintergrund Schwangerschaft und Geburt in der Schweiz erleben: Fallstudien. (Lizentiatsarbeit), Universität Bern, Bern. [www.tanuca.ch/images/lizentiatsarbeit\\_tanyakarrer.pdf](http://www.tanuca.ch/images/lizentiatsarbeit_tanyakarrer.pdf)

**Kassebaum, N. J. et al. (2014)** Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet, 384(9947), 980–1004. [www.thelancet.org](http://www.thelancet.org) Titel eingeben.

**König, C. und Pehlke-Milde, J. (2010)** Bestandaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften.

**Köppel, H. (31. März 2015)** SRK, Leiter Abteilung Asyl. Kurth, E. (2013) FamilyStart beider Basel – ein koordinierter Betreuungsservice für Familien nach der Geburt. [hebamme.ch](http://hebamme.ch)(7/8), 35–37.

**Merten, S. und Gari, S. (2013)** Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006–2012. Basel: Swiss Tropical and Public Health Institute.

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

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

**Pluess, S. und Zellweger, E. (2014)** Diversitätsmanagement im Spital. Aktionsprogramme «Migrant-Friendly Hospitals». Bern: evaluanda.

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

**Schweizerischer Hebammenverband Sektion Bern (2009)** Familienverdung in der Migration – Reproduktive Gesundheit bei Frauen mit Migrationshintergrund fördern Berner Hebammenfortbildung. Bern: Schweizerischer Hebammenverband, Sektion Bern.