

Aus der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Die geburtsmedizinische Versorgung von Frauen mit  
Migrationshintergrund in Berlin aus der Sicht des geburtshilflichen  
Personals

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Claudia Großkreutz  
aus Teterow

Datum der Promotion: 17. September 2021

---

## Vorwort

Teile dieser Arbeit sind bereits in der Zeitschrift „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ im Artikel „Personalbefragung zur geburtshilflichen Versorgung von Immigrantinnen in Berlin“ von Vera Seidel, Claudia Großkreutz, Burcu Gürbüz, Martina Vortel, Wolfgang Henrich, Matthias David, Theda Borde im Jahre 2019 publiziert worden. Dieser Artikel umfasst den quantitativen Abschnitt der hier zu Grunde liegenden Untersuchung. Der genaue Anteil der Autorin am Artikel im Sinne der Koautorenschaft wird am Ende dieser Monographie detailliert dargelegt.

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Begriffserläuterungen</b> .....	<b>v</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>vii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>viii</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Theoretische und historische Hintergründe von Migration .....	1
1.1.1 <i>Motive der Migration</i> .....	1
1.1.2 <i>Geschichte der Migration in Deutschland</i> .....	2
1.1.3 <i>Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin</i> .....	3
1.2 Menschen mit Migrationshintergrund in der neuen Umgebung .....	3
1.2.1 <i>Herausforderungen durch Immigration und Integration</i> .....	3
1.2.2 <i>Immigranten und Gesundheit</i> .....	4
1.3 Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe – Bedeutung zunehmender Immigration für die geburtshilfliche Versorgung in Berlin .....	5
<b>2. Fragestellungen und Ziel der Untersuchung</b> .....	<b>7</b>
2.1 Allgemeine Fragestellungen .....	7
i. <i>Spezifische Fragestellungen – Quantitativer Teil</i> .....	7
ii. <i>Spezifische Fragestellungen – Qualitativer Teil</i> .....	8
a. <i>Hypothesen</i> .....	9
<b>3. Methodik</b> .....	<b>9</b>
3.1 Quantitativer Teil .....	9
3.1.1 <i>Standort und Zeitpunkt</i> .....	9
3.1.2 <i>Zielgruppe und Fragebogen</i> .....	10
3.1.3 <i>Einschlusskriterien und Studienkollektiv</i> .....	10
3.1.4 <i>Statistische Auswertung</i> .....	11
3.2 Qualitativer Teil .....	11
3.2.1 <i>Standort</i> .....	11
3.2.2 <i>Zeitpunkt und Studienteam</i> .....	11
3.2.3 <i>Strukturierung und Inhalt der Interviews</i> .....	12
3.2.4 <i>Zielgruppe und Durchführung der Interviews</i> .....	12
3.2.5 <i>Material und Auswertung</i> .....	12

---

<b>4. Ergebnisse .....</b>	<b>14</b>
4.1 Einschätzung der Betreuungsqualität von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund durch das geburtshilfliche Personal .....	17
4.1.1 <i>Onlinebefragung – Einschätzung der Betreuungszufriedenheit der Frauen mit und ohne Migrationshintergrund durch das geburtshilfliche Personal.....</i>	<i>17</i>
4.1.2 <i>Onlinebefragung – durch das geburtshilfliche Personal für Frauen mit und ohne Migrationshintergrund für die Versorgungsqualität als wichtig eingeschätzte Aspekte .....</i>	<i>18</i>
4.1.3 <i>Vertiefende Interviews – ausschlaggebende Faktoren für die Versorgungsqualität in der peripartalen Vor- und Nachsorge von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund.....</i>	<i>20</i>
4.2 Eine Sicht auf die Frauen, Erkenntnisse aus vertiefenden Interviews – Wie schätzt das medizinische Personal die Erwartungen von Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen ohne Migrationshintergrund an die Versorgung ein?.....	32
4.3 Im Kontakt mit der Patientin – Herausforderungen in der Versorgung durch sprachliche und interkulturelle Differenzen .....	35
4.3.1 <i>Onlinebefragung – belastende Aspekte durch Sprachbarrieren.....</i>	<i>35</i>
4.3.2 <i>Vertiefende Interviews - Geburtsbegleitung mit Sprachbarriere: Reflektionen und Empfindungen von Hebammen, Ärztinnen und Ärzten .....</i>	<i>36</i>
4.3.3 <i>Vertiefende Interviews – Wahrnehmung der geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund: Interkulturelle Herausforderungen und Beobachtungen in der Betreuung.....</i>	<i>42</i>
4.4 Strategien des Personals zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren.....	45
4.4.1 <i>Onlinebefragung – Strategien im Umgang mit Sprachbarrieren zu deren Überwindung .....</i>	<i>45</i>
4.4.2 <i>Vertiefende Interviews – Vorgehensweisen im Umgang mit Sprachbarrieren und deren Vor- und Nachteile .....</i>	<i>46</i>
4.4.3 <i>Vertiefende Interviews – Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund während der Flüchtlingskrise 2015 .....</i>	<i>50</i>
4.5 Wünsche des Personals zur Modifizierung der gegenwärtigen Situation.....	51
4.5.1 <i>Verbesserungswünsche der Immigrantinnenversorgung – Ergebnisse aus der Onlinebefragung .....</i>	<i>51</i>
4.5.2 <i>Anmerkungen zur Verbesserung der Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund von Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmern.....</i>	<i>52</i>
4.6 Schlussbemerkungen.....	60

---

<b>5. Diskussion .....</b>	<b>61</b>
5.1 Einschätzung und Folgen der aktuellen Versorgungssituation .....	61
5.2 Die Bedeutung der sprachlichen Verständigung, Schwächen in Kommunikation und Lösungsansätze .....	63
5.3 Die Bedeutung des kulturellen Hintergrundes und der kulturellen Wahrnehmung für die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund.....	64
5.4 Die Bedeutung struktureller Gegebenheiten des Berliner Gesundheitssystems.....	65
5.5 Die Sicht der Befragten auf Frauen mit Migrationshintergrund .....	66
5.6 Kernfakten zur Versorgungslage und Ausblick.....	66
<b>6. Limitationen der Untersuchung.....</b>	<b>67</b>
<b>7. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>68</b>
<b>8. Anhang .....</b>	<b>76</b>
<b>9. Eidesstattliche Versicherung und Anteilserklärung .....</b>	<b>92</b>
9.1 Eidesstattliche Versicherung .....	92
9.2 Anteilserklärung an erfolgten Publikationen.....	93
<b>10. Lebenslauf.....</b>	<b>94</b>
<b>11. Publikationsliste .....</b>	<b>96</b>
<b>12. Danksagung.....</b>	<b>98</b>

---

## Begriffserläuterungen

*Akkulturation:* Der Begriff der Akkulturation beschreibt den vielschichtigen Vorgang der Auseinandersetzung des Individuums mit der „neuen Welt“. (Zick, 2010)

*Angehörige eines Drittstaats:* Frauen, welche weder Angehörige der europäischen Union noch des europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz sind

*Ausländerinnen:* Staatsrechtlicher Status nach deutschem Recht, welcher Frauen umschließt, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen

*Frauen mit Migrationshintergrund erster Generation/Immigrantinnen:* Mit Immigrantinnen sind Frauen gemeint, die eine eigene Migrationserfahrung gemacht haben, d.h. Frauen, die im Ausland geboren sind und aus dem Ausland nach Deutschland eingewandert sind (selbstständig oder mit ihren Eltern, Verwandten usw.) (Seidel et al., 2019). Dieser Begriff ist für die Bevölkerungsgruppe eingewanderter Menschen, bei denen der Migrationsprozess bereits abgeschlossen ist, zutreffender als der Begriff „Migrantin“, bei dem der Prozess der Migration im Vordergrund steht. Dabei ist nicht entscheidend, ob die deutsche Staatsangehörigkeit besessen wird oder nicht. In Abgrenzung dazu müssen Frauen mit Migrationshintergrund keine eigene Migrationserfahrung besitzen.

*Frauen mit Migrationshintergrund zweiter Generation:* Frauen, von denen lediglich ein Elternteil oder beide Elternteile im Ausland geboren wurden, wobei die Frauen selbst in Deutschland geboren wurden

*Interkulturelle Arbeit:* Interkulturelles Arbeiten beschäftigt sich damit, „die eigenen Vorurteile und Vorannahmen zu reflektieren und sich Rechenschaft abzulegen über den eigenen politischen, sozialen, kulturellen Hintergrund. Es kann nicht darum gehen, Vorurteilsfreiheit anzustreben, sondern darum, eigene und fremde Vorannahmen in die Kommunikation einzubringen, gemeinsam darüber zu reflektieren und sie auf ihre Nützlichkeit für die jeweils einmalige, diesen individuellen Patienten betreffende Behandlungssituation zu überprüfen.“ (Oestereich, 2001)

*Interkulturelle Kompetenz:* Interkulturelle Kompetenz bezeichnet eine „Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren im Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu würdigen und produktiv zu nutzen im Sinne einer wechselseitigen Anpassung...“ (Thomas, 2003)

*Interkulturelle Öffnung:* Interkulturelle Öffnung entsteht durch das Vorhandensein von interkultureller Kompetenz der Mitarbeiter einer (in diesem Falle) Einrichtung des Gesundheitssystems.

*Migration:* „Räumliche Bewegungen von Menschen, die weitreichende Konsequenzen für die Lebensverläufe der Wandernden haben und aus denen sozialer Wandel resultiert. Meist verbunden mit einem längerfristigen Aufenthalt andernorts und als Verlagerung des Lebensmittelpunktes von Individuen, Familien oder Kollektiven angelegt“ (Oltmer, 2016)

*Migrationshintergrund:* „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen

---

umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges und ihre Nachkommen gehören nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund, da sie selbst und ihre Eltern mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind.“ (Destatis, 2020)

---

## **Zusammenfassung**

Bei der Überprüfung der Qualität von Gesundheitsstandards sollten alle Personen eingeschlossen werden, welche eine Versorgung durch das Gesundheitssystem erfahren. Für die geburtshilfliche Versorgung ist von Bedeutung, ob und inwiefern ein Versorgungsunterschied zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund besteht.

Befragt wurden Hebammen, Ärztinnen und Ärzte von Berliner Geburtskliniken, welche Frauen unter der Geburt betreuen. Die Studie umfasste einen quantitativen (Onlinebefragung) und einen qualitativen (vertiefende Interviews) Teil, sodass sowohl Informationen aus einer Daten- als auch aus einer Inhaltsanalyse zur Verfügung stehen. Es konnten Fragebögen von 88 Personen der Onlinebefragung eingeschlossen werden, 34 Personen konnten für die umfassenden vertiefenden Interviews gewonnen werden. Das erhaltene Meinungsbild kann wie folgt zusammengefasst werden: Der Versorgungsstandard wird insgesamt als relativ hoch eingeschätzt. Allerdings wird angenommen, dass bestimmte Gruppen von Frauen mit Migrationshintergrund weniger gut erreicht werden. Diese vulnerablen Gruppen zeichnen sich durch einen prekären Aufenthaltsstatus und entsprechend dem Nichtvorhandensein einer gültigen Krankenversicherung, erst kürzliche Einreise nach Deutschland, keine ausreichenden Sprachkenntnisse, ein mangelhaft ausgeprägtes soziales Netzwerk und schwierige Lebensumstände aus.

Sprachbarrieren und der zu geringe Einsatz von Sprachmittlern stellen nach Einschätzung der Studienteilnehmerinnen und – teilnehmer weiterhin Herausforderungen dar. Kulturell gegebene Diversitäten können zu Misstrauen bezüglich der Nachsorgeangebote der Hebammen führen. Strukturelle Schwierigkeiten wie der Mangel an Personal erschweren die Versorgung aller Frauen, vor allem die Erreichbarkeit von Frauen mit Migrationshintergrund. Für eine Verbesserung der Versorgungslage sollten Maßnahmen wie zielgruppenadaptierte Gesundheitsaufklärung in mehreren Sprachen, der Routineeinsatz von Dolmetschern und Kurse zu interkultureller Verständigung zum Abbau von Skepsis und Misstrauen beider Seiten stattfinden. Das Entstehen von Doppelstandards in der Versorgung sollte vermieden werden. Des Weiteren wurde eine zusätzliche ambulante Versorgung von Flüchtlingen als hilfreich beschrieben.

Die Lösung struktureller Probleme (Personalmangel, ungleiche Versorgung von Frauen ohne gültigen Aufenthaltsstatus) wurde angemahnt.



---

## **Abstract**

To investigate the quality of health care, everyone receiving it should be included. This study aims to identify whether and how maternity care differs between women with and without migration background.

Several maternity care professionals such as midwives and physicians, providing care during labour and birth, were interviewed. Collecting information for a quantitative (online questionnaire) and a qualitative research (semi-structured interviews), the following analysis was then based on its data and content.

Questionnaires filled out by 88 maternity care professionals and 34 in-depth interviews were included. The overall opinion gathered from the study can be conveyed through the following sentiment: maternity care is considered to be of relatively high quality, but some groups of women with migration background are assumed to be less represented in the maternity care system.

These vulnerable subgroups, often having newly arrived in the country, are characterised as having an ambiguous residency status and, due to this, do not possess health insurance, sufficient German language skills, lack a reliable social network and comfortable living conditions.

Language barriers, compounded by the low usage of professional translators, still represent challenges in care. Cultural differences can give way to mistrust concerning midwives' postpartum care. Logistical problems, such as shortage of staff, impede the quality and provision itself of care for all women, especially for vulnerable subgroups. To improve the quality of maternity care, certain measures need to be taken, such as the availability of health education in several languages, the routine use of professional translators and training workshops for intercultural communication to minimise skepticism and mistrust on both sides. Creating double standards should also be avoided. Additional ambulant consultation hours for refugee women were described as useful.

The solution of logistical problems (shortage of staff, unequal care for women with a precarious legal status) was advised.

---

# 1. Einleitung

Migration und Frauengesundheit sind im nationalen und internationalen Kontext wichtige Themen. Ein hoher medizinischer Versorgungsstandard ist essentiell für den Wohlstand eines Landes. Die medizinische Versorgung im Allgemeinen befindet sich in stetigem Wandel und in diversen Ländern der Welt auf unterschiedlichen Niveaus. Wandel betrifft auch den Versorgungsstandard der Geburtshilfe in Deutschland. Stetige Veränderung in der Bevölkerungszusammensetzung führen zu einer zwangsläufigen Veränderung der Versorgungslage und zu mutmaßlich anderen Bedürfnissen der Menschen. Verschiedene Bedürfnisse sind dabei aufgrund der Diversität der verschiedenen Gruppen von Menschen zu erwarten. Die Migrationsforschung beschäftigt sich mit der Lebensrealität immigrierter Menschen und ihrer Nachfahren. Ob und inwiefern sich ein Unterschied zwischen Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen ohne Migrationshintergrund in der geburtshilflichen Versorgung abzeichnet, sind Fragen der Migrationsforschung und der öffentlichen Gesundheitspflege. Die Bedeutung einer einheitlichen Versorgung aller Frauen Deutschlands ist von großer Wichtigkeit und sowohl für einen guten Lebensstandard als auch für ein harmonisches Zusammenleben innerhalb der Bevölkerung von Interesse. Im Folgenden sollen die Hintergründe von Migration und die aktuelle Forschungslage zur Versorgungssituation von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe weltweit und in Deutschland beleuchtet werden.

## 1.1 Theoretische und historische Hintergründe von Migration

### *1.1.1 Motive der Migration*

Migration kann in die Unterformen Immigration/Einwanderung und Emigration/Auswanderung unterteilt werden. Dabei sind die Beweggründe von Menschen, welche eine eigene Migrationserfahrung aufweisen, sehr unterschiedlich. So lassen sich verschiedene Erscheinungsformen von Migration unterscheiden. Als einige Beispiele gelten Arbeitsmigration, Bildungs- und Ausbildungswanderung, Heiratsmigration oder Gewaltmigration (Oltmer, 2016). Wichtig ist hierbei, ob der Prozess der Migration aus freiem Willen eingeleitet wurde oder ob ein Zwang, wie Flucht und Vertreibung, dahinterstand. Gewaltmigration ist meist das Resultat aus einer prekären politischen Lage, Krieg oder Bürgerkrieg. Wiederum können Deportation, Evakuierung, Flucht, Umsiedlung und Vertreibung unterschieden werden (Oltmer, 2016). Im Falle der Flucht besteht für betroffene Menschen keine realistische Handlungsalternative (Oltmer, 2016). Die Genfer Flüchtlingskonvention beschreibt in dem Abkommen über die

Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 einen Rechtsstatus für als Flüchtling definierte Personen, woraus sich ein Schutzanspruch innerhalb der Unterzeichnerstaaten ergibt (Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft) (Genfer Flüchtlingskonvention, 1951). Verfassungsrechtlich festgehalten ist derselbe Status im deutschen Asylrecht (Anerkennung als Asylberechtigter) (vgl. Artikel 16a GG). Ein Asylrecht nach Asylgesetz ergibt sich dennoch nicht immer, sobald die Flüchtlingseigenschaft gegeben ist (vgl. §2 Abs. 2 AsylG). Verschiedene Voraussetzungen können dies bedingen, beispielsweise die Einreise über einen sicheren Drittstaat.

### *1.1.2 Geschichte der Migration in Deutschland*

Die Geschichte der Migration Deutschlands war bis zum Ende des zweiten Weltkriegs 1945 von Emigration geprägt, welche vor allem aus Flucht und Vertreibung in innereuropäische Länder und nach Übersee im Rahmen der Kriegsumstände bestand (Fassmann and Münz, 1992). Einwanderungsgeschichtlich erfahren in den 50er und 60er Jahren Arbeitsverträge, welche zwischen Deutschland und anderen europäischen Staaten entstanden, eine besondere Rolle. Sogenannte „Anwerbevereinbarungen“ wurden aufgrund von starkem Arbeitskräftemangel 1955 mit Italien, 1960 mit Spanien und Griechenland und daraufhin später auch mit der Türkei (1961), Marokko (1963), Portugal (1964), Tunesien (1965) und Jugoslawien (1968) geschlossen (Bade, 1992). Es zeigten sich im Jahr 1980 mit 33% der Ausländer Deutschlands Menschen aus der Türkei, mit 14% Menschen aus Jugoslawien und mit 13,9% Menschen aus Italien als am stärksten vertretene Ländergruppen der ausländischen Bevölkerung bei einem gesamten Ausländeranteil von 7,2% (Bade, 1992). Die Kohle- und Stahlindustrie stellte einen Hauptarbeitgeber dar (Seidel, 2014). Der Begriff „Gastarbeiter“ sollte dabei die besondere Rolle derjenigen Menschen, welche lediglich aus Gründen der Arbeitsmigration nach Deutschland eingewandert sind, festhalten, ohne dass eine endgültige Niederlassung seitens der Regierung erwünscht war. Daher fehlte es an Infrastruktur und politischen Maßnahmen, welche dies ermöglicht hätten (Knortz, 2008). Den Gastarbeitern folgten deren Familien, was zum stetigen Wandel des Bevölkerungsbildes beitrug. Dieser Nachzug an Familien und der Wunsch des dauerhaften Aufenthaltes basierte vor allem auf der Angst der unmöglichen Wiedereinreise nach einmaliger Ausreise, welche aus dem „Anwerbestopp“ 1973 bei vielen Menschen resultierte (Bade, 1992). Deutschlands Bevölkerungsbild ist bis heute von der Geschichte der Gastarbeiter und deren Familien geprägt. Die 1990er Jahre waren vor allem durch Einwanderung von Menschen aus dem ehemaligen Staat Jugoslawien gekennzeichnet (Butterwegge, 2005).

Ein deutlicher Immigrationsanstieg war ebenfalls 2015 aufgrund des syrischen Bürgerkriegs zu beobachten. Bei kontinuierlicher Zunahme an Einwanderern betraf das Jahr 2015 die höchste Zahl seit Beginn der statistischen Dokumentation 1950 (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2015). Von allen Menschen mit Migrationshintergrund Deutschlands hatten zwei Drittel im Jahre 2015 eine eigene Migrationserfahrung (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2016).

### *1.1.3 Menschen mit Migrationshintergrund in Berlin*

Städtische Gebiete und insbesondere Berlin als Hauptstadt Deutschlands sind große Anlaufpunkte für Immigration. Bei einer Gesamtbevölkerung von 3.748.148 nach Hauptwohnsitz melderechtlich in Berlin registrierten Menschen haben aktuell 34,1% einen Migrationshintergrund (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2019). Menschen mit einer Herkunft aus islamisch geprägten Ländern einschließlich der Türkei vertreten dabei rund 33% aller Menschen mit Migrationshintergrund Berlins (Deutsche mit Migrationshintergrund und Ausländer), wovon rund 43% der Türkei und rund 35% arabischen Ländern einschließlich Syrien zugeordnet werden können. Im Vergleich dazu beträgt der Anteil der Menschen, die aus EU-Ländern stammen, rund 32%. Dabei ist Polen unter den Herkunftsländern der stärkste Vertreter (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2019).

## 1.2 Menschen mit Migrationshintergrund in der neuen Umgebung

### *1.2.1 Herausforderungen durch Immigration und Integration*

Der Begriff des „Fremden“ und die psychologischen Auswirkungen der Konfrontation mit einer neuen Kultur wurden bereits 1944 von Alfred Schütz beschrieben (Schütz, 1944).

Immigrierte Menschen sind mit verschiedenen Herausforderungen im Aufenthaltsland konfrontiert. Sprachliche und kulturelle Anpassungen sind ein zentraler Punkt dieser Herausforderungen. Diskriminierungen und Fremdenfeindlichkeit, subtil und in Form von offenen Aggressionen, sind weitere Aspekte, welche für viele Menschen zum Alltag gehören. Im Zusammenhang mit der Akkulturation können Stresssituationen auftreten, welche dann als „Akkulturationsstress“ bezeichnet werden können. Dieser Begriff wurde vor allem im Zusammenhang mit dem Arbeitsleben von Immigranten verwendet, zeichnet sich beispielsweise durch Skepsis hinsichtlich der Kompetenz des immigrierten Arbeitskollegen aus und impliziert die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Stressbewältigung (Madubuko, 2011). Diskriminierende Erfahrungen führen zu psychophysischen Beeinträchtigungen, wie ein als geringer

wahrgenommenes Selbstbewusstsein, Substanzabusus und eine geringere Lebensqualität (Lewis-Trotter and Jones, 2004, Neuspiel, 1996, Utsey et al., 2002)

### *1.2.2 Immigranten und Gesundheit*

Eine weitere Herausforderung ist die Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem des jeweiligen Aufenthaltslandes. Im internationalen Kontext sind seit langer Zeit Untersuchungen zu den komplexen Zusammenhängen zwischen immigrierten Menschen und dem Gesundheitssystem vorhanden. Ein Zusammenhang zwischen Akkulturation und der Inanspruchnahme von Angeboten des Gesundheitssystems, Zeitpunkt der Diagnostik und Krankheitsprognose ist bekannt (Van der Stuyft et al., 1989). Dieser Zusammenhang wurde mit fortgeschrittenem Akkulturationsprozess nicht immer als positiv beschrieben (Borde et al., 2008). Dieses Phänomen lässt sich einerseits durch die Theorie des „healthy migrant“ erklären, welche auf der mutmaßlichen Eigenselektion durch zur Zeit der Migration gesündere Individuen beruht und andererseits mit einem über die Zeit nach abgeschlossener Migration stattfindenden Abfall der Lebensqualität von Immigranten, die auf die Konfrontationen mit der Realität des Aufenthaltslandes zurückgeführt wird (Razum, 2008, Salinero-Fort et al., 2012). Dabei können Sprachbarrieren zu Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung beitragen (Helman, 1994).

Menschen mit Migrationshintergrund sind, allgemein betrachtet, eher in einer schwierigeren sozialen Lage als Menschen ohne Migrationshintergrund. Dazu werden Faktoren wie Beruf, Erwerbsbeteiligung, Einkommen, Bildungsstand und Sprache betrachtet. Als armutsgefährdet gelten dabei Menschen, deren Einkommen unter 60% des mittleren Einkommens der Bevölkerung liegt. Nach dem Mikrozensus des statistischen Bundesamts 2015 haben Menschen mit Migrationshintergrund eine mehr als doppelt so hohe Armutsrisikoquote im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2016). Ein geringerer sozioökonomischer Status und ein fehlendes soziales Netzwerk führen zu einem schlechteren Gesundheitszustand, als dem der nicht immigrierten Menschen (Salinero-Fort et al., 2012).

Vor allem Asylsuchende und Personen mit Flüchtlingsstatus erfahren einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem (Ansar et al., 2017).

### 1.3 Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe – Bedeutung zunehmender Immigration für die geburtshilfliche Versorgung in Berlin

Über die Hälfte der Berliner Gesamtbevölkerung ist weiblich, 37,5% davon befinden sich im Alter von 18-45 Jahren. Von 1.892.900 Berliner Frauen sind wiederum 32,9% ausländischer Herkunft oder haben einen Migrationshintergrund zweiter Generation (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2019). Eine große Repräsentanz kultureller und sprachlicher Vielfalt bei zunehmender Diversität spiegelt sich demnach im Patientinnenkollektiv der geburtshilflichen Abteilungen der Berliner Krankenhäuser wider. Das Interesse an der Betrachtung von Besonderheiten in der Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe besteht bereits seit einiger Zeit (Rocheron, 1988). So wurde Einwanderung bereits in den 1960er Jahren als neuer sozialer Faktor für die Geburtshilfe beschrieben (Barron and Vessey, 1966).

Vor allem Immigrantinnen, welche sich in einer unsicheren und instabilen Lebenssituation befinden, wie sie während des Prozesses der Asylbeantragung besteht, weisen gesundheitliche Benachteiligungen auf psychosozialer Ebene in Schwangerschaft und Mutterschaft auf (Gewalt et al., 2018). Eine Berliner Untersuchung hat ergeben, dass ein Großteil von Frauen mit Migrationshintergrund die gleiche Versorgungsqualität wie Frauen ohne Migrationshintergrund erfährt, jedoch Immigrantinnen, welche eine kurze Aufenthaltsdauer, einen unsicheren Aufenthaltsstatus und geringe Deutschkenntnisse aufzeigen, einen späteren ersten Termin der regulären Schwangerschaftsvorsorge und insgesamt weniger Vorsorgeuntersuchungen während der gesamten Schwangerschaft aufweisen (Brenne et al., 2015). Sprachbarrieren zwischen geburtshilflichem Personal und Patientinnen determinieren das Nichtverstehen von Informationen und einen schlechteren Zugang zu schwangerschaftsbegleitenden Untersuchungen für die Patientinnen (Reitmanova and Gustafson, 2008). Sie führen auch dazu, dass notwendige medizinische Untersuchungen unterlassen werden (Jacobs et al., 2006). In einer Studie aus England wurde bei Frauen mit Migrationshintergrund Unzufriedenheit aufgrund von Nichtverstehen von Informationen, mangelndem Vertrauen in das Personal, der geringen Teilhabe an Entscheidungen und einem unfreundlichen Umgang mit ihnen durch das Personal festgestellt (Henderson et al., 2013). Eine kürzlich durchgeführte Untersuchung aus Berlin konnte jedoch keinen Unterschied in der Zufriedenheit mit der Versorgung zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund feststellen (Gürbüz et al., 2018).

Auf der Seite des medizinischen Personals befinden sich Herausforderungen im Kontakt mit der geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund. Dass die psychologische Geburtsbegleitung bei einer mangelhaften Kommunikation mit der Patientin fehlt, wurde bereits

in den 1960er Jahren festgestellt (Rimbach, 1967). Kommunikationsprobleme stellen einen Hauptfaktor für Unzufriedenheit des medizinischen Personals in Kliniknotaufnahmen Berlins dar und können zu einer geringeren Versorgungsqualität führen (Babitsch et al., 2008 David, 2008). Der Einsatz von professionellen Sprachmittlern wird dabei als essentiell betrachtet (Babitsch et al., 2008). Im klinischen Alltag werden jedoch kaum professionelle Sprachmittler eingesetzt (Ullrich et al., 2016). Neben sprachlichen Differenzen stellen kulturelle Unterschiede eine Herausforderung für das medizinische Personal dar, welche, bei nicht ausreichender interkultureller Öffnung, zu Stereotypisierung von Immigrantinnen und Schwierigkeiten in der Behandlung führen (Penka et al., 2012). Dazu trägt auch bei, dass das Personal sich durch kulturelle Diskrepanzen überfordert fühlt und nicht ausreichend auf die Arbeit mit Immigrantinnen vorbereitet ist (Puthussery et al., 2008, Boerleider et al., 2013).

Weltweit gibt es zahlreiche Untersuchungen zu der Versorgungslage von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe. So wurde beispielsweise in Australien eine geringere Zufriedenheit mit der Versorgung bei Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund festgestellt (Yelland et al., 2015 Brown, 2015). Ein Review untersuchte die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe in Australien, Kanada, Schweden, im Vereinigten Königreich und in den USA, wobei vor allem die Kommunikation zwischen Personal und Patientinnen verbessert werden sollte und die Bedürfnisse der Frauen mit Migrationshintergrund denen der Frauen ohne Migrationshintergrund ähnelten (Small et al., 2014). In den Niederlanden wurden Hebammen zu ihren Erfahrungen mit der Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund befragt, die vor allem sprachliche und kulturelle Herausforderungen benannten (Boerleider et al., 2013).

Studien, welche die Sicht des geburtshilflichen Personals auf die Versorgung der Patientinnen untersuchen, wurden für die Situation in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahren nicht publiziert.

---

## 2. Fragestellungen und Ziel der Untersuchung

Ziel dieser Untersuchung ist es, die Qualität der geburtsmedizinischen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund aus der Sicht von Hebammen und geburtshilflich tätigen Ärztinnen und Ärzten zu untersuchen und gegebenenfalls Schwierigkeiten, welche sich daraus für Patientinnen und das geburtshilfliche Personal ergeben, aufzudecken. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollen für die zukünftige Verbesserung der Versorgungsqualität aller Frauengruppen verwendet werden.

Der quantitative Teil der Studie dient dazu, einen allgemeinen Überblick über die Versorgungssituation zu gewinnen, welche durch den qualitativen Teil detaillierter betrachtet werden soll.

### 2.1 Allgemeine Fragestellungen

- (1) Wie schätzen Hebammen und geburtshilflich tätige Ärztinnen und Ärzte die peripartale Betreuungsqualität von Immigrantinnen im Vergleich zu in Deutschland geborenen Frauen ein?
- (2) Wie erleben Hebammen und geburtshilflich tätige Ärztinnen und Ärzte die peripartale Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund?
- (3) Welche Strategien nutzen Hebammen und geburtshilflich tätige Ärztinnen und Ärzte zur Bewältigung von Herausforderungen, die sich bei der peripartalen Versorgung von Immigrantinnen ergeben?
- (4) Welche Lösungsansätze und Hilfsmittel für die gegenwärtige Situation wünscht sich das medizinische Personal?

#### *i. Spezifische Fragestellungen – Quantitativer Teil*

- Wie schätzt das geburtshilfliche Personal die Zufriedenheit der Patientinnen mit und ohne Migrationshintergrund in Bezug auf die geburtshilfliche Versorgung ein?
- Welche Aspekte sind aus der Sicht des geburtshilflichen Personals für die Patientinnen mit und ohne Migrationshintergrund für eine gute Versorgungsqualität von Wichtigkeit?
- Welche dieser Aspekte bedürfen laut Hebammen, geburtshilflich tätigen Ärztinnen und Ärzten einer Verbesserung?



- Wo liegen die Herausforderungen und Besonderheiten in der Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund?
- Welche Bedenken entstehen bei der Versorgung einer Frau mit Migrationshintergrund in Situationen, in denen keine ausreichende Verständigung möglich ist?
- Welche Hilfsmittel/Strategien der Lösung von Situationen mit Sprachbarrieren werden vom geburtshilflichen Personal genutzt und gefunden?
- Fühlt sich das geburtshilfliche Personal auf die Arbeit mit Frauen mit Migrationshintergrund ausreichend vorbereitet?

*ii. Spezifische Fragestellungen – Qualitativer Teil*

- Welche Assoziationen werden durch das geburtshilfliche Personal im Zusammenhang mit dem Begriff „Frau mit Migrationshintergrund“ getroffen?
- Wie schätzen Hebammen, geburtshilflich tätige Ärztinnen und Ärzte die Versorgungsqualität der Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund zu den verschiedenen Zeitpunkten der geburtshilflichen Versorgung – Schwangerenvorsorge, Geburtsbetreuung und postpartale Versorgung – ein?
- Welche Gründe erklären laut geburtshilflichem Personal einen eventuellen Versorgungsunterschied?
- Werden die Erwartungen der Frauen mit und ohne Migrationshintergrund vom geburtshilflichen Personal als unterschiedlich eingeschätzt?
- Welche spezifischen Herausforderungen ergeben sich für das geburtshilfliche Personal durch die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund?
- Welche Gedanken und Gefühle ergeben sich für das geburtshilfliche Personal in Versorgungssituationen, bei denen eine Sprachbarriere besteht?
- Welche Lösungsansätze und Strategien findet oder nutzt das geburtshilfliche Personal bei der Versorgung einer Patientin beim Vorhandensein einer Sprachbarriere?
- Wurden besondere Maßnahmen zur Zeit der Ankunft der hohen Zahl an Flüchtlingen im Jahre 2015 getroffen?
- Welche Wünsche bestehen an beide Frauengruppen, die gegebenenfalls zu einer Verbesserung der aktuellen Versorgungslage beitragen können?
- Wo sieht das geburtshilfliche Personal die Verantwortung für die Überwindung von Sprachbarrieren?

*a. Hypothesen*

- Die allgemeine Versorgungssituation von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin in der Geburtshilfe wird von Hebammen, geburtshilflich tätigen Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund als schlechter eingeschätzt.
- Sprachbarrieren und interkulturelle Differenzen stellen nach wie vor eine Herausforderung für das medizinische Personal dar.
- Die Erwartungen der Frauen mit und ohne Migrationshintergrund werden vom geburtshilflichen Personal als unterschiedlich eingeschätzt.
- Der Zuwachs an Immigrantinnen seit dem Sommer 2015 stellt das geburtshilfliche Personal vor ein Versorgungsproblem.
- Das geburtshilfliche Personal fühlt sich auf die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund nicht ausreichend vorbereitet.
- Das geburtshilfliche Personal sieht in der Versorgungsqualität von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin Verbesserungsbedarf.

### 3. Methodik

Zur Untersuchung der oben genannten Fragestellungen wurde eine kombinierte Methodik aus einem quantitativen (Teil 1) und einem qualitativen Teil (Teil 2) gewählt.

#### 3.1 Quantitativer Teil

##### *3.1.1 Standort und Zeitpunkt*

Quantitative Daten wurden über eine Online-Befragung gewonnen. Allen Hebammen, Ärztinnen, Ärzten, die in einer Geburtsklinik in Berlin im Kreißaal arbeiten, wurde die Teilnahme angeboten. Von Mai bis Oktober 2017 war es den Teilnehmern möglich, anonym an der Studie teilzunehmen. Die Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin erteilte ihre vorläufige Zustimmung, welche bei Einverständnis der jeweiligen Personalräte der angesprochenen Geburtskliniken eintrat (EA2/187/16). Eine der Kliniken widersprach diesem Einverständnis, somit war eine Möglichkeit der Teilnahme an der Studie bei 16 der 17 Berliner Geburtskliniken gegeben.

### *3.1.2 Zielgruppe und Fragebogen*

Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, welche Frauen unter der Geburt versorgten, sollten in die Studie einbezogen werden. Ausgeschlossen wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche Patientinnen lediglich in der Geburtsvor- und Nachsorge betreuten. Informiert wurden die potentiellen Teilnehmer über Aushänge, elektronische Post und durch eine direkte Vorstellung des Projekts durch eine Vertreterin des Studienteams (an sechs der Kliniken). Aushänge umfassten eine genaue Beschreibung der Untersuchung, den Link zur Teilnahme, sowie die Einverständniserklärung bei gegebener Teilnahme (s. Abb. 6 des Anhangs). Mittels Anonymität und Flexibilität der Online-Befragung sollte eine hohe Rücklaufquote begünstigt werden. Eine vergangene Studie aus Berlin legte den Grundstein für den hier verwendeten Fragebogen, wobei die gegenwärtige Version gekürzt und an geburtshilfliche Fragestellungen angepasst wurde (Borde et al., 2002). Vor dem endgültigen Einsatz des Fragebogens wurde dieser zuvor von 10 Personen, welche frei gewählt wurden, korrekturgelesen und dessen Verwendbarkeit und Verständlichkeit revidiert. Vor der Bearbeitung der ersten Frage wurde der Studienteilnehmer darauf aufmerksam gemacht, dass die Fragen jeweils Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund betreffen. Der Aufbau umschloss 35 Fragen mit bereits zur Auswahl vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und 6 Fragen, welche die Beantwortung im Freitext voraussetzten. Die Abbildungen 7 bis 16 zeigen die exakte Ansicht der Onlinebefragung einschließlich Einverständniserklärung und detaillierter Erläuterung der Studie.

### *3.1.3 Einschlusskriterien und Studienkollektiv*

Während des halbjährigen Zeitraumes der Datenerhebung wurde von 141 Personen das Ausfüllen des Online-Fragebogens begonnen. Zum Einschluss in die Studie wurden diejenigen Online-Fragebögen gewählt, welche eine Beantwortung der mindestens ersten 20 Fragen mit Angabe des Berufs ergaben. Insgesamt erfüllten 131 Fragebögen dieses Einschlusskriterium. Der Personalschlüssel an den jeweiligen Kliniken wurde auf im Durchschnitt je 12 Ärztinnen beziehungsweise Ärzten und 30 Hebammen geschätzt ( $n = 672$ ). Daraus folgt eine Rücklaufquote von 19%.

### *3.1.4 Statistische Auswertung*

Das Datenmaterial, welches sich aus den 131 Fragebögen ergab, wurde mithilfe des Programms *IBM© SPSS© Statistics, Version 25, © Copyright 1989, 2016 SPSS Inc., an IBM Company* statistisch ausgewertet. Zunächst wurden zur deskriptiven Auswertung Häufigkeiten errechnet. Unterschiede zwischen den Berufsgruppen wurden mit dem Fisher-Exakt-Test errechnet. Differenzen zwischen Mittelwerten wurden mit dem zweiseitigen Mann-Whitney-Test ermittelt. Für Differenzen zwischen Gruppen wurde der zweiseitige Fisher-Exakt-Test und für multiple Gruppen der Pearson-Chi-Quadrat-Test hinzugezogen. Das Signifikanzniveau wurde auf  $p < 0,05$  festgelegt. Des Weiteren wurde ein Modell verwendet, welches ursprünglich aus der Qualitätssicherung stammt und Erwartungen und Zufriedenheit von Patientinnen miteinander in Verbindung bringt (Follmer, 1998, Thill, 1997); daraufhin konnten über eine graphische Darstellung des Datenmaterials in einem Koordinatensystem zentrale Schwächen und zentrale Stärken bestimmter Aspekte der momentanen geburtshilflichen Versorgung festgestellt werden.

## 3.2 Qualitativer Teil

### *3.2.1 Standort*

Der qualitative Teil der Studie zur Untersuchung der Einschätzung der geburtshilflichen Versorgungssituation von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin durch das geburtshilfliche Personal wurde in 4 Kliniken für Geburtshilfe durchgeführt. Davon befanden sich 2 im ehemaligen Ostteil und 2 im ehemaligen Westteil Berlins. Diese Überlegung basiert auf der besonderen historischen Situation vor dem Fall der Berliner Mauer. Es ist bekannt, dass sich bei der Betrachtung der Verteilung der Population der Frauen mit Migrationshintergrund Berlins ein Unterschied zwischen sich im ehemaligen Osten oder Westen der Stadt befindlichen Stadtteilen feststellen lässt (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2019).

### *3.2.2 Zeitpunkt und Studienteam*

Zwischen Mai und August 2017 wurden insgesamt 34 qualitative Interviews von einem Studienteam durchgeführt. Das Studienteam, welches zwei Medizinstudentinnen und eine Assistenzärztin der Gynäkologie und Geburtshilfe umfasste, weist keinerlei persönlichen Bezug zu den Studienteilnehmern auf und war diesen bis zum Zeitpunkt der Befragung unbekannt. Jede der drei Interviewerinnen wurde zuvor in qualitativer Befragung geschult.

### *3.2.3 Strukturierung und Inhalt der Interviews*

Die halbstrukturierten, qualitativen Interviews fußten auf einem Interview-Leitfaden (s. Abb. 20, 21 des Anhangs). Es war lediglich eine individuelle Änderung der Fragereihenfolge erlaubt, um eine möglichst fließende Unterhaltung zu ermöglichen. Fettgedruckte Inhalte musste in jedem Falle angesprochen werden, falls eine leichte Änderung der Fragestellung stattfand. Alle Themen wurden als offene Fragen formuliert und erlaubten keine Suggestivfragen. Ferner wurden Anregungen für das Darstellen von Beispielen aus der klinischen Praxis gegeben, wobei die subjektiven Eindrücke der Befragten dabei im Mittelpunkt standen.

### *3.2.4 Zielgruppe und Durchführung der Interviews*

In die Studie eingeschlossen wurden Ärztinnen, Ärzte und Hebammen, die Frauen unter der Geburt betreuen. Das Interview wurde mit Aufnahmegegeräten aufgezeichnet. Nach Vorstellung der eigenen Person, kurzer Beschreibung des Inhalts der Studie, Datenschutzaufklärung und Erläuterung der Art und Weise der Durchführung der Befragung, war es den Interviewpartnern möglich, sich freiwillig für oder gegen die Teilnahme an der Studie zu entscheiden. Es erfolgte eine schriftliche Einverständniserklärung vor Interviewbeginn (s. Abb. 17 und 18 des Anhangs). Daraufhin wurden die Befragten gebeten, zur Auswertung soziodemographischer Kriterien einen Kurzfragebogen auszufüllen (s. Abb. 19 des Anhangs). Die Durchführung der Interviews fand in geschützten Räumen mit dem Ziel statt, eine möglichst freie und ungezwungene Unterhaltung zu ermöglichen.

### *3.2.5 Material und Auswertung*

Die Tonaufnahmen der Interviews wurden transkribiert. Insgesamt standen fast 9 Stunden Audiomaterial für die Auswertung zur Verfügung.

Die wortwörtlichen Niederschriften erlaubten dann eine Auswertung entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring in induktiver Form (Mey and Mruck, 2010).

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring umfasst das Möglichwerden einer nachvollziehbaren (intersubjektiven) und objektivierbaren Textinterpretation. Induktives Kategorienfinden bezeichnet dabei einen Prozess, bei dem im Verlauf Textabschnitten zugeordnete Kategorien zu Hauptkategorien gruppiert werden. Dabei steht nicht nur die inhaltliche Analyse im Vordergrund, sondern die Verbindung aus Inhalt und Anzahl der jeweiligen Kategorien (Mayring and Gläser-Zikuda, 2008). Die detaillierte Strategie zur Kategorienentwicklung zeigt sich in Abbildung 1 (Mayring and Brunner, 2006).

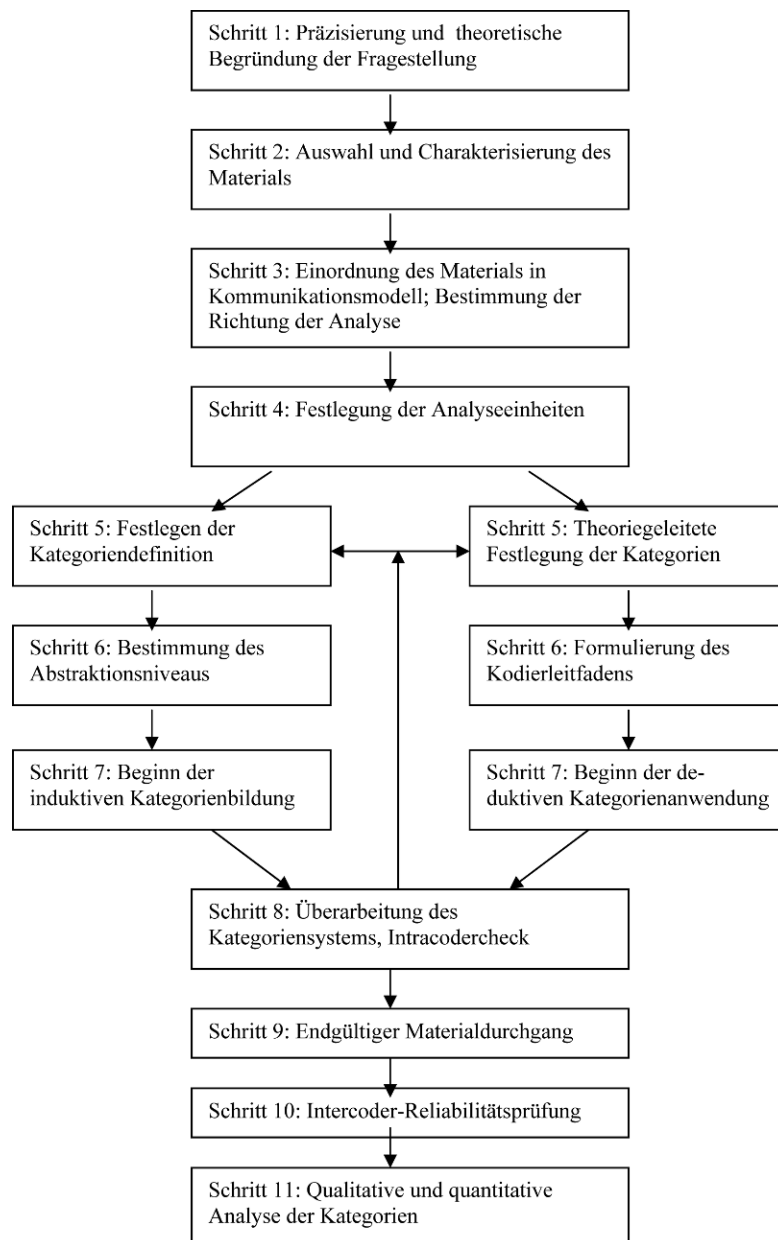


Abbildung 1: Prozess der induktiven Kategorienbildung (linke Seite des Fließschemas) nach Mayring und Brunner (Mayring and Brunner, 2006)

Die Niederschriften und das Audiomaterial wurden verschlüsselt und bis zur vollständigen Auswertung gemäß Datenschutz an einem gesicherten Ort verwahrt.

Zur Detektion vermeintlicher Unterschiede innerhalb der jeweiligen Aussagen nach Geschlecht und Profession wurden ebenfalls Verschlüsselungen verwendet, welche sich im späteren Verbleib des Materials nicht mehr auf die Person zurückführen ließen bzw. entfernt wurden. Das transkribierte Material wurde von den Studienmitarbeiterinnen jeweils gegenseitig kontrolliert,

sodass eventuelle Transkriptionsfehler weitgehend ausgeschlossen werden konnten. Kodierungen („Codes“) nach MAXQDA12 wurden von mehr als einer Studienmitarbeiterin vorgenommen. Auf diese Weise ließ sich ein gewisser Konsens der verschiedenen nach Mayring induktiv bestimmten Hauptkategorien und Subkategorien verifizieren und somit die Glaubwürdigkeit der Aussagen sichern. Einige Unterschiede wurden zwischen den Mitgliedern des Studienteams diskutiert. Dabei wurde jeweils ein Konsens gefunden. Die Auswertung des Datenmaterials wurde parallel zur Datenerhebung durchgeführt. Es wurde schließlich eine Sättigung festgestellt und die Befragung nach 34 von 40 anfänglich vorgesehenen Interviews eingestellt. Insgesamt wurden jeweils fünf Hebammen und fünf Ärztinnen und Ärzte für Geburtshilfe in drei Kliniken und jeweils zwei Hebammen und zwei Ärztinnen und Ärzte in einer weiteren Klinik befragt. Dies stellte eine gleichmäßige Verteilung beider Berufsgruppen auf die Gesamtheit der Interviews sicher.

## 4. Ergebnisse

### *Studienkollektive:*

Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer der Onlinebefragung waren 43 Hebammen und insgesamt 88 Ärztinnen und Ärzte mit einem vergleichsweise höheren Anteil an weiblichen Befragten. Dies entspricht auch erfahrungsgemäß der Beobachtung in den Kliniken, welche einen deutlich größeren Anteil an weiblichen Angestellten in der Geburtshilfe aufweisen. Die Analyse ergab, dass 34,4% der Befragten im früheren Ostberlin und 65,6% im früheren Westberlin tätig waren. Eine erhöhte Teilnahmefrequenz zeigte sich dabei im früheren Westberlin. Erfragt wurden weitere Merkmale wie Berufserfahrung, eigene Migrationserfahrung und Alter (Tab.1)

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Onlinebefragung

Variable	Hebammen	Ärztinnen/Ärzte	Total
<b>Geschlecht</b>			
weiblich	43 (100%)	68 (77,3%)	111 (84,7%)
männlich	–	20 (22,7%)	20 (15,3%)
<b>Alter in Jahren</b>			
Mittelwert (Range)	39,8 (22-66)	37,5 (26-66)	38,7 (22-66)
<b>Migrationshintergrund</b>			
erste Generation	5 (11,6%)	14 (15,9%)	19 (14,5%)
zweite Generation	4 (9,3%)	8 (9,1%)	12 (9,2%)
<b>Auslandserfahrung</b>			
	13 (30,2%)	41 (46,6%)	54 (41,2%)
<b>Staatsangehörigkeit</b>			
deutsch	39 (90,7%)	78 (90,7%)	
andere	4 (9,3%)	8 (9,3%)	
<b>Muttersprache</b>			
deutsch	39 (90,7%)	76 (86,4%)	115 (87,8%)
andere	4 (9,3%)	12 (13,6%)	16 (12,2%)
<b>Anz. gespr. Sprachen (inkl. Deutsch)</b>			
zwei	22 (51,2%)	36 (41,8 %)	58 (44,3%)
drei	8 (21,1%)	38 (44,2%)	46 (35,1%)
vier	3 (7,9%)	10 (11,6%)	13 (9,9%)
fünf	5 (13,2%)	2 (2,3%)	7 (5,3%)
<b>Berufserfahrung</b>			
≤ 3 Jahre	20 (46,5%)	52 (59,1 %)	72 (55%)
>3 Jahre	23 (53,5%)	36 (40,9%)	58 (44,3%)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtmenen der jeweiligen Gruppen; Migrationshintergrund erster Generation= selbst im Ausland geboren; Migrationshintergrund zweiter Generation= selbst nicht im Ausland geboren, jedoch ein oder beide Elternteile im Ausland geboren (modifiziert aus (Seidel et al., 2019))

Insgesamt 30 weibliche und 4 männliche Befragte nahmen an den vertieften Interviews teil. Das Alter betrug 35,5 Jahre mit einer Arbeitserfahrung von 6 Jahren (Angaben jeweils im Median). Weitere Unterschiede sind hinsichtlich eigener Migrationserfahrung, Herkunft der Eltern, Muttersprache und Fremdsprachenkenntnisse zu betrachten (Tab.2).



Tabelle 2: Soziodemographische Angaben der Befragten der vertiefenden Interviews

Variable	Hebammen	Ärztinnen/Ärzte	Total
<b>Geschlecht</b>			
Weiblich	17 (100%)	13 (76,5%)	30 (88,2%)
Männlich	–	4 (23,5%)	4 (11,8%)
<b>Alter in Jahren</b>			
Mittelwert	36	38,5	37,3
(Range)	(22-55)	(26-56)	(22-56)
<b>Arbeitserfahrung in Jahren</b>			
Mittelwert	8,5	10,5	9,5
(Range)	(1 Mon-32)	(1 Mon-31)	(1 Mon-32)
<b>In Deutschland geboren</b>			
	17 (100%)	14 (82,3%)	31 (91,2%)
<b>Migrationshintergrund</b>			
erste Generation	–	3 <sup>b, b, l</sup> (17,6%)	3 (8,8%)
zweite Generation	3 <sup>b, b, l</sup> (17,6%)	1 <sup>l</sup> (5,9%)	4 (11,8%)
<b>Muttersprachen</b>			
Deutsch	16 (94,1%)	15 (88,2%)	31 (91,2%)
Türkisch	1 (5,9%)	–	1 (2,9%)
Englisch	–	2 (11,8%)	2 (5,9%)
Spanisch	–	2 (11,8%)	2 (5,9%)
Arabisch	1 (5,9%)	–	1 (2,9%)
mehr als eine	1 (5,9%)	2 (11,8%)	3 (8,8%)
<b>Fremdsprachen</b>			
Englisch	17 (100%)	15 (88,2%)	32 (94,1%)
Französisch	5 (29,4%)	11 (64,7%)	16 (47,1%)
Spanisch	4 (23,5%)	6 (35,3%)	10 (29,4%)
Deutsch	1 (5,9%)	2 (11,8%)	3 (8,8%)
Russisch	1 (5,9%)	1 (5,9%)	2 (5,9%)
Polnisch	1 (5,9%)	–	1 (2,9%)
Griechisch	1 (5,9%)	–	1 (2,9%)
Italienisch	–	1 (5,9%)	1 (2,9%)

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtmen gen der jeweiligen Gruppen; b = beide Eltern im Ausland geboren; l = ein Elternteil im Ausland geboren; Migrationshintergrund erster Generation= selbst im Ausland geboren; Migrationshintergrund zweiter Generation= selbst nicht im Ausland geboren, jedoch ein oder beide Elternteile im Ausland geboren

## 4.1 Einschätzung der Betreuungsqualität von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund durch das geburtshilfliche Personal

### 4.1.1 Onlinebefragung – Einschätzung der Betreuungszufriedenheit der Frauen mit und ohne Migrationshintergrund durch das geburtshilfliche Personal

Für den Gesamteindruck über die allgemeine peripartale Versorgungssituation von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund sollte die Betreuungszufriedenheit während der Geburt beider Frauengruppen anhand von vier gegebenen Antwortmöglichkeiten „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „wenig zufrieden“ und „gar nicht zufrieden“ bewertet werden. Es zeigt sich bei beiden Frauengruppen eine als relativ hoch eingeschätzte Zufriedenheit: über 90% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer empfanden beide Frauengruppen als sowohl „zufrieden“ als auch „sehr zufrieden“.

Allerdings wurden Frauen mit Migrationshintergrund weniger als „sehr zufrieden“ eingeschätzt (14,0%) als Frauen ohne Migrationshintergrund (26,4%; bei  $p=0,024$  im zweiseitigen Pearson Chi-Quadrat-Test). Es wurden mehr Frauen mit Migrationshintergrund (86%) als Frauen ohne Migrationshintergrund (73,6%) als „nicht sehr zufrieden“ eingeschätzt (Abbildung 2).

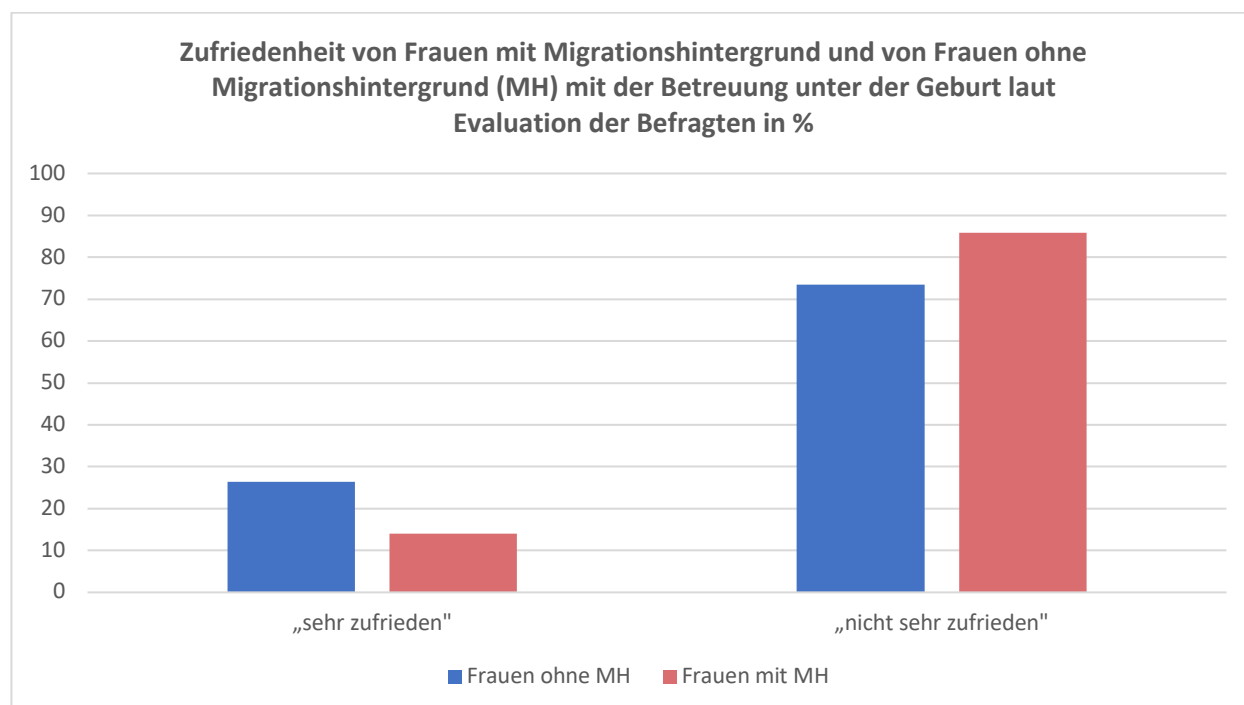


Abbildung 2: geschätzte Betreuungszufriedenheit während der Geburt von Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen ohne Migrationshintergrund laut geburtshilflichem Personal in

Prozent. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „wenig zufrieden“, „gar nicht zufrieden“ wurden je in „sehr zufrieden“ und „nicht sehr zufrieden“ zusammengefasst

#### *4.1.2 Onlinebefragung – durch das geburtshilfliche Personal für Frauen mit und ohne Migrationshintergrund für die Versorgungsqualität als wichtig eingeschätzte Aspekte*

Es standen in einem weiteren Fragenkomplex je 13 (Frauen ohne Migrationshintergrund betreffend) und 14 (Frauen mit Migrationshintergrund betreffend) Aspekte zur Verfügung, wovon jeweils 5 ausgewählt werden sollten, welche für die entsprechende Patientinnengruppe für die Betreuungszufriedenheit entscheidend sind.

Die genannten Aspekte für Frauen ohne Migrationshintergrund sind in aufsteigender Häufigkeit „Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des medizinischen Personals“ (88 von 131), „eigene Beteiligung an Entscheidungen während der Geburt“ (89 von 131) und „individuelle Betreuung“ (100 von 131). Für Frauen mit Migrationshintergrund wurden zunächst „verständliche Informationen über die medizinischen Maßnahmen“ (65 von 131) und „Einsatz professioneller Dolmetscherinnen bei Verständigungsproblemen“ (65 von 131), „Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des medizinischen Personals“ (80 von 131) und am häufigsten „Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten“ (95 von 131) genannt. Eine vierstellige Likert-Skala der Patientinnenzufriedenheit wurde zur Überprüfung der Umsetzung oder Gegebenheit der jeweiligen Aspekte im Arbeitsalltag eingesetzt. Durch das Zusammenbringen der eingeschätzten Zufriedenheit mit der eingeschätzten Wichtigkeit eines jeden Aspekts in ein Koordinatensystem ergeben sich „zentrale Stärken“ und „zentrale Schwächen“.

Als „zentrale Schwächen“, d.h. Aspekte, welche als wichtig eingeschätzt wurden, aber nur eine geringe mutmaßliche Zufriedenheit erfahren, zeigten sich: für Frauen ohne Migrationshintergrund „lange Wartezeiten“ (Abbildung 3), für Frauen mit Migrationshintergrund „verständliche Informationen über die medizinischen Maßnahmen“, „Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten“ und „Einsatz professioneller Dolmetscherinnen bei Verständigungsproblemen“ (Abbildung 4).

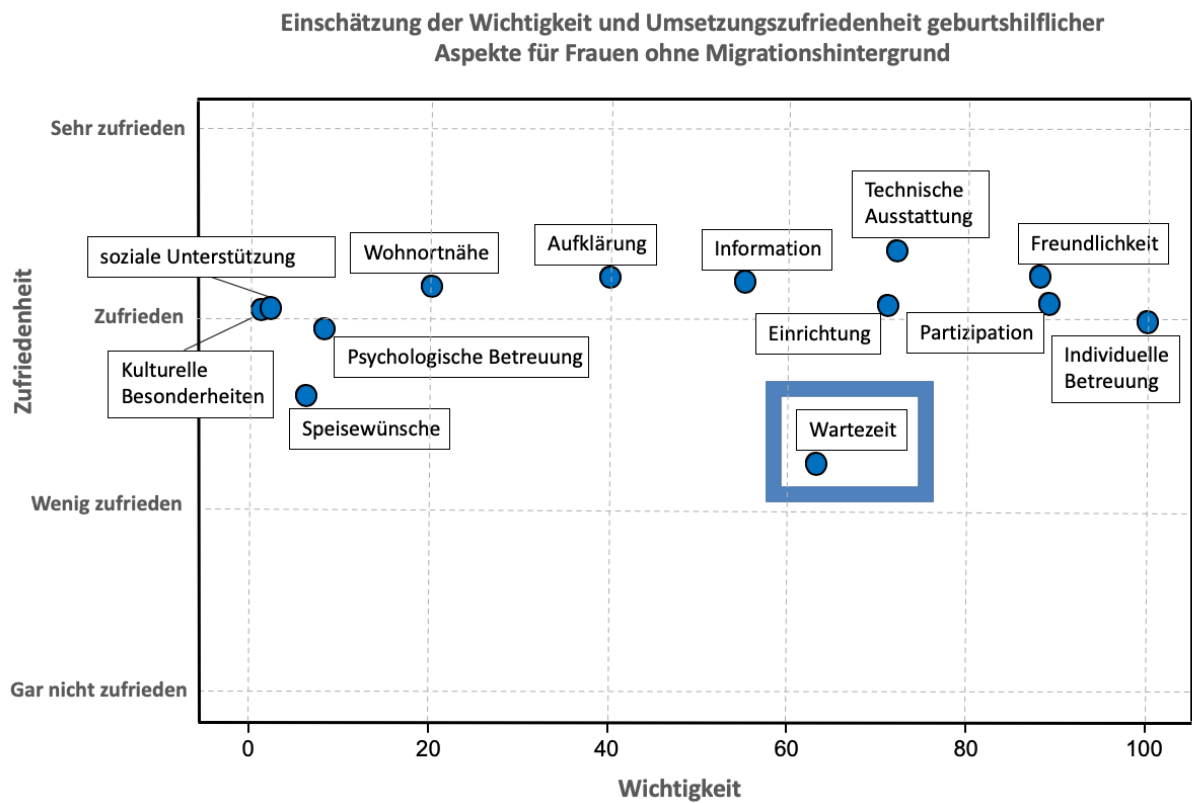


Abbildung 3: Einschätzung der Wichtigkeit von geburtshilflichen Versorgungsaspekten für Frauen ohne Migrationshintergrund und deren dazugehörige Umsetzungszufriedenheit der Patientinnen

Es ergaben sich „zentrale Stärken“ bei hoher Wichtigkeit und hoher Zufriedenheit eines Aspekts (oberes rechtes Koordinatenfeld) und „zentrale Schwächen“ bei hoher Wichtigkeit und geringer Zufriedenheit eines Aspekts (unteres rechtes Koordinatenfeld). In der Abbildung ist die „zentrale Schwäche“ eingerahmt.

Die Abszissenachse stellt die Häufigkeit  $n$  der angegebenen Wichtigkeit der Aspekte dar. Die Ordinatenachse zeigt den errechneten Mittelwert aus den 4 Antwortmöglichkeiten „gar nicht zufrieden“, „wenig zufrieden“, „zufrieden“ und „sehr zufrieden“.

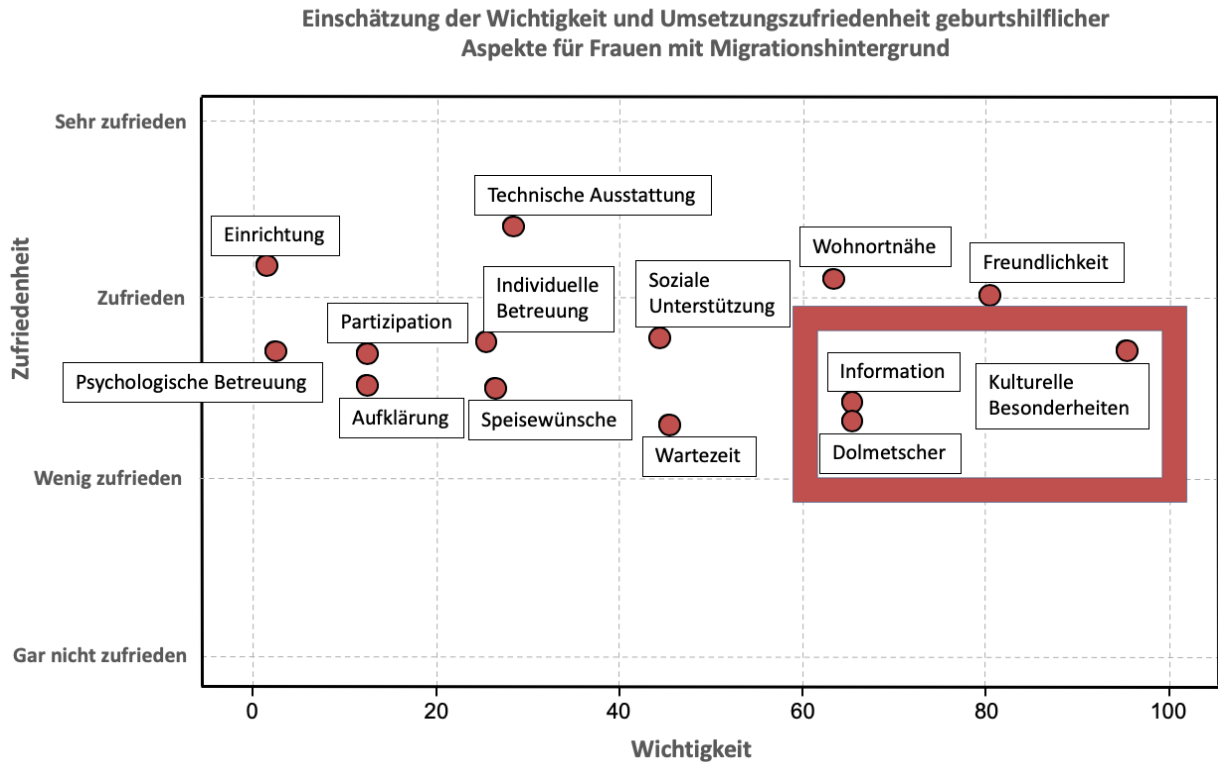


Abbildung 4: Einschätzung der Wichtigkeit von geburtshilflichen Versorgungsaspekten für Frauen mit Migrationshintergrund und deren dazugehörige Umsetzungszufriedenheit der Patientinnen

Es ergaben sich „zentrale Stärken“ bei hoher Wichtigkeit und hoher Zufriedenheit eines Aspekts (oberes rechtes Koordinatenfeld) und „zentrale Schwächen“ bei hoher Wichtigkeit und geringer Zufriedenheit eines Aspekts (unteres rechtes Koordinatenfeld). In der Abbildung sind die „zentralen Schwächen“ eingerahmt.

Die Abszissenachse stellt die Häufigkeit  $n$  der angegebenen Wichtigkeit der Aspekte dar. Die Ordinatenachse zeigt den errechneten Mittelwert aus den 4 Antwortmöglichkeiten „gar nicht zufrieden“, „wenig zufrieden“, „zufrieden“ und „sehr zufrieden“.

#### 4.1.3 Vertiefende Interviews – ausschlaggebende Faktoren für die Versorgungsqualität in der peripartalen Vor- und Nachsorge von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund

Die Versorgungsqualität beider Frauengruppen wurde verglichen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede benannt. Die Zeitpunkte Schwangerenvorsorge, Betreuung während der Geburt und die postpartale Betreuung wurden jeweils getrennt betrachtet.

Überwiegend wird die Versorgung von bestimmten Gruppen von Frauen mit Migrationshintergrund, sowohl in der Schwangerenvorsorge als auch in der postpartalen Versorgung, von den Befragten als weniger gut eingeschätzt, als die der Frauen ohne Migrationshintergrund. Der Begriff „Frau mit Migrationshintergrund“ ließ sich für viele

Befragte schlecht verallgemeinern und erfordert eher eine differenziertere Betrachtung, je nach Generation, Akkulturation und Sprachkenntnis der Frau. Geringe Sprachkenntnisse, keine Krankenversicherung, ein erst kurzer Aufenthalt im Land und ein geringes soziales Netzwerk kennzeichnen schlechter versorgte Gruppen, wie in diesen Interviewausschnitten deutlich wird:

*„Das ist schwierig zu beantworten, weil ich glaube, da muss man einfach auch nochmal sehr unterscheiden, ne, es gibt Frauen mit Migrationshintergrund, die aber eben sehr gut aufgeklärt sind, sehr regelmäßig zum Frauenarzt gehen, die ‘ne Versicherung haben, die eh vielleicht auch einfach ein bisschen besser deutsch sprechen oder wenigstens gebrochen deutsch sprechen oder immer ‘nen Dolmetscher dabei haben. Das sind Frauen, wo ich glaube, dass sie ‘ne gute Vorsorge bekommen und dann gibt es natürlich Frauen, die keine Versicherungskarte haben, die keinen Arzt finden, der ihre Sprache spricht, die dann dadurch oder ja einfach gar keinen Arzt haben, gegebenenfalls schlechter versorgt sind, was die Vorsorge betrifft. Also, ich finde es schwierig, dass so zu verallgemeinern, zu sagen, Frauen mit oder Patientinnen mit Migrationshintergrund kann man so finde ich nicht sagen, sondern es kommt einfach drauf an, welche Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund gemeint ist. [...] Also bei Frauen mit Migrationshintergrund haben wir sehr viele und eben auch sehr viele, die deutsch fließend sprechen oder sehr gut sprechen. [...] also eine Frau, die Migrantin ist oder ‘nen Migrationshintergrund hat und deutsch spricht unterscheide ich nicht von einer Frau, die Deutsche ist.“ (Interview Nr. 11)*

*„Also kulturell bedingt merkt man natürlich schon ‘nen Unterschied, wie lange die Menschen in Deutschland sind, einfach von der Sprache und auch vom Umgang und von der Selbstverständlichkeit der medizinischen Versorgung. Da zum Beispiel finde ich, merkt man einfach von den geflüchteten Frauen, die jetzt akut hier die letzten Jahre viel da sind, dass die sehr viel unsicherer sind und sehr viel ängstlicher und auch überfordert sind damit, wie das hier läuft. Das merkt man schon. Ansonsten gibt es natürlich auch gerade bei den türkischen Familien viele, die auch sehr gut deutsch sprechen, dann trotzdem natürlich ‘nen Hintergrund haben, aber hier sehr sozialisiert sind.“ (Interview Nr.30)*

Ebenfalls zähle die Unterscheidung nach Bildungsniveau, es sei eher eine „[...] Frage der sozialen Schicht, das ist ganz entscheidend. Also wenn wir insbesondere die ersten Generationen sehen der arabischen und türkischen Migrantinnen, dann haben wir doch oftmals sozial- und bildungsfernere häufig, also so ist mein Vorurteil zumindest. Im Gegensatz zum Beispiel zu den Syrern, wo doch viele Akademiker da sind und das merkt man schon auch im Umgang und

*Mitdenken, also es ist einfach eine andere Art, so wie ich mir auch gut vorstellen kann, dass die allgäuische Bäuerin in Deutschland auch als Migrantin durchgehen würde, weil sie eben auch ein anderes Gesundheitsverständnis manchmal haben, ne.“ (Interview Nr.15). So sei auch laut einer befragten Person, wenn man von Frauen mit Migrationshintergrund spreche, eine ganz bestimmte Gruppe von Frauen aus bestimmten Herkunftsländern gemeint: „Weil, mit Migrantinnen meine ich jetzt nicht Italiener, Engländer, Iren, Franzosen, Spanier, sondern das geht dann schon eher in die türkische, arabische Richtung.“ (Interview Nr. 27).*

#### *4.1.3.1 Informationsmangel und Exklusion durch Sprachbarriere*

Eine zentrale Rolle für die Versorgungssituation stellen für die meisten Befragten die Kenntnisse der deutschen Sprache dar. Sobald eine Frau mit Migrationshintergrund gute Sprachkenntnisse besitzt, bestehen keine wesentlichen Unterschiede in der Versorgung im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund. Wenn keine Sprachkenntnisse vorhanden sind, ziehe dies eine Reihe von Konsequenzen nach sich, welche im Folgenden detailliert präsentiert werden.

Der Zugang zu Informationen über verschiedene Angebote und Möglichkeiten sowie in der Vor- als auch in der Nachsorge, wie Geburtsvorbereitungskurse und die Begleitung durch Nachsorgehebammen, sei nicht gegeben. Der dadurch entstehende Informationsmangel führe dazu, dass Frauen mit Migrationshintergrund von bestimmten Angeboten nicht erreicht werden, seien diese gewünscht oder nicht, da zunächst das Wissen über deren Existenz nicht vorhanden ist, denn „[...] die Frage ist halt dann wieder, wie das in Anspruch genommen wird, wenn ich diese Sprachbarriere habe. Von Seiten der Frauen auch her glaube ich, dass es nicht immer so einfach ist, obwohl man sagt, sie haben den gleichen Zugang. Das ist ja trotzdem ein anderer Standpunkt, von dem die aus zu den Vorsorgen gehen und sie müssen erstmal wissen, dass sie das alles bekommen könnten.“ (Interview Nr. 7). Sprachkenntnisse seien erforderlich, um einige der Angebote wahrnehmen zu können, da diese oftmals lediglich auf Deutsch vorhanden sind. Ansonsten sei eine Frau mit Migrationshintergrund „[...] genauso eine Schwangere, wie jede andere auch. Schwierig finde ich es halt wirklich in den Angeboten, die man den Frauen mitgeben kann. Gerade so wenn es Geburtsvorbereitungskurse oder so angeht, wenn es wirklich eine Frau ist, die wirklich nur rudimentär englisch spricht, ist es halt fraglich, ob ein Geburtsvorbereitungskurs auf englisch wirklich das Richtige ist. Die Angebote, die man den Frauen einfach machen kann, sind sehr gering.“ (Interview Nr. 18). So meinte eine andere befragte Person, gebe es „[...] in Berlin super wenig, also eigentlich gar nicht, glaube ich, Geburtsvorbereitungskurse für arabische Patienten.“ (Interview Nr. 16). Der Mangel an

Informationsmaterial in den verschiedenen Sprachen führe dazu, dass „[...] sie es oft nicht wissen, dass sie auch zu Hause besucht werden können [...]. Und dann mangelt es auch oft zusätzlich nicht nur an Hebammen, sondern auch an Hebammen, die die Sprache der Leute sprechen und die dann halt auch einfach gut betreuen können.“ (Interview Nr. 8). Das Wahrnehmen der Versorgung durch Nachsorgehebammen, welche die Patientin nach der Geburt optional betreuen, ist sehr stark an sprachliche Herausforderungen gebunden, die nicht nur die Patientinnen, sondern auch die Nachsorgehebammen selbst betreffen. So ist in diesem Interview zu erkennen, dass einige Hebammen bei vorhandenen Sprachbarrieren den Anfragen der Patientinnen nicht nachkommen: „[...] viele, die mit einem Akzent deutsch sprechen, dass sie Probleme haben, 'ne Hebamme zu bekommen. Also da denke ich eher, dass eine deutsche Frau größere Chancen hat, im Moment, wo es nicht genug Nachsorgehebammen gibt, [...] eine Nachsorgehebamme zu bekommen, als zum Beispiel, wenn die hören, Flüchtlingsheim [Ort in Berlin], dann hat mit dem Mal keiner mehr Zeit. [Dann] finde ich das für die Paare sehr, sehr schwer, damit umzugehen. Weil, die meisten haben die Familie nicht hier, die sind mit ihren Problemen ganz alleine, die wissen nicht, wo sie hingehen können. Es mag sein, dass in Deutschland dann die medizinische Versorgung entsprechend besser ist, als im eigenen Land, aber, denke ich, erstmal sind sie mit den Problemen ziemlich alleine.“ (Interview Nr. 10). Frauen mit Migrationshintergrund weisen auffallend weniger Vorsorgeuntersuchungen auf und stellen sich später als Frauen ohne Migrationshintergrund zur ersten Untersuchung vor: „[...] die kommen im vierten, fünften Monat und waren noch gar nicht bei der Frauenärztin, wissen aber, dass sie die ganze Zeit schon schwanger sind. Das erlebt man bei deutschen Frauen eigentlich nie. Ja, also das ist ganz extrem.“ (Interview Nr. 2). Gründe dafür werden im Gefühl der Scham beim Arztbesuch gesehen, wenn keine ausreichenden Sprachkenntnisse vorhanden sind: „[...] wahrscheinlich ist es für sie unangenehm, die Situation, auch zum Arzt zu gehen, wo sie nichts verstehen [...].“ (Interview Nr. 5).

#### 4.1.3.2 Informationsmangel durch ausstehende Integration und mangelndes soziales Netzwerk

Unwissenheit und Mangel an Information bestehen auch bei denjenigen Frauen, welche sich erst relativ kurzzeitig in Deutschland befinden, bestimmte Abläufe nicht kennen und mit dem hiesigen Gesundheitssystem noch nicht vertraut geworden sind.

Erschwerend hinzu käme ein nicht ausreichendes soziales Netzwerk, was die Bedingungen für die Frauen unter der Schwangerschaft und auch nach der Geburt deutlich verschlechtert und im



Vergleich zu bereits „sozialisierten“ Frauen einen deutlichen Unterschied repräsentiere. In den folgenden Interviewabschnitten wird insbesondere die Schwangerenvorsorge beleuchtet:

*„Finde ich ganz unterschiedlich, weil, manche Frauen sind wirklich ganz gut betreut. Haben genauso gut Vorsorgen wie Frauen ohne Migrationshintergrund und ja andere Frauen, die vielleicht auch nicht lange in Deutschland sind, die müssen halt erstmal ankommen, die sind noch nicht so aufgefangen. Oder kennen das Procedere vielleicht auch noch nicht.“ (Interview Nr. 34)*

*„Sie sind halt oft schlechter informiert als Frauen, die vielleicht in einem Geburtsvorbereitungskurs waren, sie wissen einfach viel weniger, was mit ihnen und ihrem Körper passiert. Und auch was sie für Möglichkeiten haben, damit umzugehen und dann fehlt natürlich ganz häufig, wenn die alleine hier in Deutschland sind, die Familie, der familiäre Hintergrund, der dann auch mal sagt: Warte mal ab, ist noch nicht so weit, geh noch nicht ins Krankenhaus, viele Dinge sind normal. Und deshalb sind manche Frauen auch sehr unsicher.“ (Interview Nr. 26)*

Vor allem geflüchtete Frauen, „[...] die jetzt akut hier die letzten Jahre viel da sind, dass die sehr viel unsicherer sind und sehr viel ängstlicher und auch überfordert sind damit, wie das hier läuft.“ (Interview Nr. 30). Auch in der postpartalen Versorgung zeichne sich eine ähnliche Problematik ab, denn so sei es, „[...] dass man Anspruch auf Hebammenhilfe hat, ganz häufig zum einen nicht kommuniziert wird, dann ist [da] die Problematik, dass gerade bei den Flüchtlingsfamilien, sie sind meistens sehr kurz erst im Land, die ganzen Ämtergänge erst noch gestartet werden [müssen]. Bis da diese Informationen fließen, ist [das] manchmal schwierig.“ (Interview Nr. 33).

Die Information und Versorgung in der postpartalen Phase seien eng mit einer guten sozialen Eingliederung verbunden. Schwierigkeiten entstehen, wenn familiäre Strukturen durch den Migrationsprozess fehlen: *„Nein, sind sie nicht [informiert]. Weil auch da die sprachlichen Probleme, kulturelle Probleme, organisatorische Probleme, denke ich, gegeben sind. Da wird rein kulturell viel familiär übernommen in ihrer, also, im tradierten Wochenbett, sage ich mal. Und da das nicht immer der Fall ist, weil sie zum Teil keine Familie hier haben, gibt es da, glaube ich, große Probleme.“ (Interview Nr. 28).*

#### *4.1.3.3 Versorgungsunterschied durch medizinische Herausforderungen in der Vor- und Nachsorge bei Frauen mit Migrationshintergrund*

Ist eine ausreichende Kommunikation aufgrund einer Sprachbarriere nicht gegeben, folgen daraus Herausforderungen in Diagnostik und Anamnese im Kontakt mit der Patientin. Dies führe zu inkorrektem oder unvollständigem Erfassen der medizinischen Vorgeschichte der Frau. Zusätzlich ergeben sich für das Personal Schwierigkeiten in der Behandlung, so wie den Vorstellungsgrund der Patientin nicht zu verstehen und dadurch keine Therapie einleiten zu können.

Bestimmte Maßnahmen und medizinische Hinweise des Personals können nicht hinreichend erklärt werden:

*„Naja, also die kommen halt häufig ohne, dass jemand dabei ist, der deutsch kann und [...] das [ist] einfach ein Problem für uns, weil, ich kann die halt nicht adäquat behandeln die Patienten. Und dann errate ich oder ich versuche zu erraten, was sie hat und guck mir halt an, also mach meine Untersuchung und wenn da alles gut ist, dann schicke ich die halt nachher auch manchmal wieder nach Hause ohne, dass ich wirklich weiß, weswegen sie kam, also das passiert halt auch. Das ist so ein bisschen schwierig, die hatte halt ihren Mann dabei, der halt auch ein bisschen deutsch konnte, aber letztendlich, das kam überhaupt nicht da an, was ich gesagt hab. Und [...] letztlich auch ein bisschen das Problem, denk ich, dass wir hier größtenteils haben, das ist einfach die Kommunikation. Dass ich gar nicht weiß, was bei der Patientin ankommt und die ist dann halt nach Hause gegangen, gegen ärztlichen Rat. Aber ich gehe halt davon aus, dass sie nicht verstanden hat, was ich ihr eigentlich erzählt hab.“ (Interview Nr. 13)*

*„Das ist auf jeden Fall ein Unterschied, weil, das Problem ist die Sprachbarriere wieder. Ein Beispiel: wir führen hier eigentlich bei jeder Frau, die entbunden hat, ein sogenanntes Abschlussgespräch durch, das heißt wir erklären denen, [...] auf was sie im Wochenbett alles achten müssen: Genitalhygiene und Fieber als Alarmzeichen et cetera, tausend solche Sachen und die meisten haben ja dann auch Hebammen, die sie noch weiter betreuen, die ihnen das dann auch nochmal sagen. Das Problem ist, die ausländischen Frauen haben oft diese Anbindung nicht, die haben oft keine Nachsorgehebammen, also gerade Flüchtlinge oder so, die erst seit kurzem hier sind [...]. Das ist im Klinikalltag nicht realisierbar [Sprachmittler zu organisieren]. Und ich hab mir das schon oft gedacht im Stillen, dass das eigentlich echt traurig ist, weil die wirklich dadurch vielleicht auch einfach viel wichtige Information nicht wissen und vielleicht baden gehen, obwohl sie es nicht sollen, Tampons benutzen, gut, das machen die*

*meistens eh nicht, aber irgendwelche Regeln nicht befolgen, weil sie es nicht gehört haben.“  
(Interview Nr.2)*

Das Nichtvorhandensein des Mutterpasses, welcher nicht in allen Ländern als Instrument der Schwangerenversorgung existiert, sei eine weitere Herausforderung und trage in Verbindung mit Sprachbarrieren zum mangelhaften Erfassen der medizinischen Historie bei: *“[...] , dass die Frauen aus Angst, das nicht richtig äußern zu können oder auch gar nicht sprachlich, wir haben ja auch Frauen die von einem Tag bis erst ein paar Wochen da sind, die dann auch wirklich nicht erklären können, was sie vorher hatten und den Geburten, was halt an Vorsorge gewesen ist, was nicht. Ja, was [es] einfach auch schwierig macht, auch für die Frauen vor allem [...]. Was war in der Vergangenheit, bei denen, die versorgt waren? [...] was ist in der Anamnese da? Was ist an Geburtsverletzungen? Es gibt ja nicht so ‘ne Dokumentation wie hier in Deutschland, dass du ‘nen Mutterpass hast, wo alles drinnen steht. Dann, selbst als Frau, man vergisst ja nach der Geburt, was alles war, können die nicht immer genau sagen, was sie hatten, auch zum Beispiel mit Blutverlusten, ja? Damit eh ist man halt auch sehr stark konfrontiert.“* (Interview Nr. 29). Eine schwierige persönliche Vorgeschichte verursache bestimmte medizinische Herausforderungen, wie sie bei einigen Frauen mit Migrationshintergrund zu erwarten seien. Es führe dazu, dass *„[...] sie häufig viel mehr Betreuung brauchen, weil eher unter Umständen Probleme auftauchen, auch Probleme, die wir hier so gar nicht kennen, also irgendwelche Infektionen in der Schwangerschaft, die es hier bei uns eigentlich gar nicht mehr gibt. Oder Impfungen fehlen und so.“* (Interview Nr. 12). So seien darunter auch *„[...] viele unüberwachte Schwangerschaften, viele Pathologien, die dann da aufkommen [...].“* (Interview Nr. 30). Eine mangelhafte Vorbetreuung bei geflüchteten Frauen ließe geburtshilfliche Komplikationen öfter erwarten: *„Ja, weil wir durch die Flüchtlinge natürlich in viel mehr Notsituationen geraten. Also alles, was ich an Notsituationen und dramatischen Sachen im letzten Jahr hatte, placenta praevia, increta, nachts um drei hier blutend aufm Tisch, wo ich ‘ne HE [Hysterektomie] machen muss. Auch nichts bekannt und so, also das sind alles so Sachen mit sechs Litern Blutverlust und allem und das mitten in der Nacht, ne, keine Kommunikation. Wir haben dadurch viel, viel mehr Notfälle, weil die Frauen ja kommen und waren vorher nicht gut versorgt, in anderen Ländern, gerade bei dieser Flüchtlingsproblematik [...].“* (Interview Nr. 4). Postpartal treten bei Frauen mit Migrationshintergrund vermehrt Komplikationen auf: *„[...] das ist jetzt wieder ein ganz subjektives Gefühl, aber ich hab‘ auch das Gefühl, dass Frauen, die mit Problemen nach Kaiserschnitt oder Geburten hierher kommen, auch eher die Patienten, also die*

*mit Migrationshintergrund sind, mit Nahtdehiszenz oder irgendwelchen Problemen.“ (Interview Nr. 2).*

#### *4.1.3.4 Versorgungsunterschied durch soziokulturelle Diversitäten im Umgang mit Schwangerschaft und Mutterschaft bei Frauen mit Migrationshintergrund*

Ein weiterer Faktor, der für einige Befragte den Versorgungsunterschied begründe, liege in dem soziokulturell bedingt verschiedenen Umgang mit Schwangerschaft und Stillzeit. Dies bestimme ebenso den Mangel an Information, wodurch Versorgungsangebote wie Geburtsvorbereitungskurse auf diese Weise verborgen bleiben. Frauen ohne Migrationshintergrund seien im Allgemeinen besser versorgt, „[...] weil sie einfach aufgeklärter sind und wissen und hier auch in Berlin ja ein breites Versorgungsspektrum haben, sich auch informieren können, viel erfahren, viel in Geburtsvorbereitungskursen lernen. Und die Frauen mit Migrationshintergrund, wenn die jetzt noch nicht so lange da sind, die kennen das ja nicht. Weil, in diesen Gebieten gibt es ja keine Vorsorge in dem Sinne, nur beim Gynäkologen, es gibt keine Hebammenbetreuung als Vorsorge oder nach der Geburt, da ist halt nur die Familie, ja? Das gibt es ja nicht, da gibt es keine Geburtsvorbereitungskurse. Da, wenn du Glück hast, erzählt dir deine Tante ihre Horrorgeschichte, ja [...]. Wenn die das auch nicht anders kennen, dann erfragen sie ja auch Dinge nicht, ob es das gibt, ob sie das bekommen können, wenn sie hier sind.“ (Interview Nr. 29). Ein anderes Prozedere in den Herkunftsländern wurde als Grund für die geringere Wahrnehmung der Nachsorge erwähnt: „[...] die [postpartale Versorgung] ist genauso unzureichend. Das ist nicht selten, ich beobachte das ja schon über einige Jahre, ist ja nun egal ob aus dem asiatischen Raum, afrikanischen Raum oder [...] und das ist absolut unzureichend, wenn überhaupt gibt es noch eine Nachsorge nach der Entbindung irgendwann mal und das war’s, wenn überhaupt. Also ich denke ein Kommunikationsproblem, dann zu dem Thema, dass es in den Herkunftsländern dann natürlich ganz anders gehandhabt wird, da gibt es sicher keine Nachuntersuchung nach Entbindung, bin ich mir ganz sicher und dann sieht man sie oft erst wieder, wenn sie wieder schwanger sind. (Interview Nr. 3).

Ein anderer soziokulturell bedingter Umgang mit Mutterschaft und der Versorgung des Neugeborenen führe wohl auch bei einigen Hebammen dazu, bei der Arbeit mit Frauen mit Migrationshintergrund auf Schwierigkeiten zu stoßen und demnach zu bevorzugen, diese Frauen nicht mehr aufzusuchen: „[...] es ist ganz schwierig auch für Hebammen, mit der Tradition umzugehen. Ich hab‘ selber erst zweimal bei vietnamesischen Frauen ‘ne postpartale Betreuung so als Nachsorge gemacht und man hat gegen sehr viele Klischees zu kämpfen, nicht, was man in Deutschland eben überhaupt nicht machen würde, zum Beispiel: da ruft die Mutter an und sagt,

*du musst das Kind jeden Tag baden. In Deutschland würde man ein Kind nie jeden Tag baden, weil man sagt, das ist nicht gut für die Haut, für alles und die Mutter hat gesagt, du musst jeden Tag baden das Kind, also badet das Kind und da muss die Creme auf den Po, weil man vielleicht mit 'ner Stoffwindel wickelt, aber wir wickeln nicht mehr mit 'ner Stoffwindel, also kommt keine Creme auf den Po. Und so diese Dinge zu überwinden sind sehr schwierig und die Frauen sind oft sehr hin- und hergerissen, auf wen hören sie, auf die Mutter am Telefon oder auf die Hebamme vor Ort. Und deshalb gibt's auch Kollegen, die sagen: Nee, da gehe ich gar nicht hin, weil es mich irre macht.“ (Interview Nr. 6). Misstrauen und Skepsis seien ein Grund, warum Frauen mit Migrationshintergrund Hebammen weniger in Anspruch nehmen, sobald sie von dem Angebot der Unterstützung durch Nachsorgehebammen erfahren. Ursache für das Misstrauen sei die Angst, dass daraus eine für die Frauen prekäre Situation entstehen könne:*

*„Die [Nachsorge] ist schlecht, glaube ich. Also die werden entweder über die Familie oder gar nicht [versorgt]. So oder wenn sie Glück haben, dass sie [sich] halt hier bei uns anmelden, dass sie das durch ihren Frauenarzt mitgekriegt haben und dann über unsere Babylotsen versucht wird, noch eine Hebamme zu finden. Ganz oft wissen die einfach gar nicht, was eine postpartale Betreuung ist und wenn man sie dann fragt: Wollen Sie eine Hebamme nehmen?, Nee, will ich nicht. Weil die einfach auch gar nicht wissen, was da möglich ist und dass wir keine Menschen sind, die beißen und dass wir nur helfen wollen und dass wir nicht mit dem Jugendamt kooperieren. Ich glaube, da besteht noch ganz viel Berührungsangst und Unwissen.“ (Interview Nr. 18)*

*„Häufig habe ich das Gefühl, dass es denen ein bisschen Angst macht und dass sie das Gefühl haben, kontrolliert zu werden, wobei das ja nur eine Unterstützung ist. Ich habe schon häufig gehört: Nee, 'ne Hebamme habe ich nicht, die mischen sich immer überall ein. Das finde ich eigentlich schade, weil, das ist ja eigentlich ein Angebot, was man annehmen kann.“ (Interview Nr. 17)*

Für eine befragte Person sei es die Familie der Patientin, welche an Stelle der Frau entscheide und keine Betreuung durch eine Hebamme ermögliche: „[...] die [Frauen mit Migrationshintergrund] wissen sehr gut Bescheid! Also, oft wird es eben von der Familie geblockt, damit da kein anderer was zu sagen hat, das kriegt man auch schon mit. Weil, eine Hebamme brauchen wir nicht, weil, meine Mutter ist da oder meine Schwiegermutter ist da.“ (Interview Nr. 27).

#### 4.1.3.5 Strukturelle Hindernisse für die Qualität der Versorgung

Ein Faktor, welcher die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund zusätzlich erschwert, ist der derzeitige Hebammenmangel. Dieser ist ein allgemeines strukturelles Versorgungsproblem und wirkt sich auf alle Frauen aus, die geburtshilfliche Versorgung benötigen. Jedoch erfahren Frauen mit Migrationshintergrund häufiger organisatorische Schwierigkeiten: *„Also, ich glaube in Vorsorgen ist schon eher, dass die Deutschen besser informiert sind und früher Hebammenbetreuung aufsuchen und bei Migrantinnen eher erst bei der Geburtsanmeldung, also vier Wochen vor der Geburt erfahren, ich bräuchte eine Hebamme. Dann oft viel zu spät dran sind, weil auch Hebammenmangel gerade so groß ist und man vier Wochen vorher gar keine bekommt. Das ist schon eher so der Eindruck, wenn [...] man jetzt so Akten [...] sieht [...], dass da keine Hebamme draufsteht, also jetzt von der Hebammenseite her.“* (Interview Nr. 20). So käme es, dass *„[...] sicherlich viel mehr Frauen mit Migrationshintergrund oder die kein deutsch sprechen dann durchs Raster fallen und nicht mitbekommen, dass sie eigentlich nochmal zur Gynäkologin gehen sollten, dass sie vielleicht auch öfter keine Hebamme haben, die dann die Nachbetreuung macht.“* (Interview Nr. 11). Ein klarer Versorgungsunterschied bestehe für die Frauen, bei denen eine gesetzmäßige Krankenversicherung nicht vorhanden ist, was vor allem diejenigen ohne regulären Aufenthaltsstatus betreffe. In diesem Fall greife nur eine medizinische Grundversorgung, was einige Angebote, wie z.B. die Feindiagnostik in der Schwangerschaft nicht umschließe:

*„Ja, also da ist ja schon die ganz große Frage, sind sie [Frauen mit Migrationshintergrund] krankenversichert? Und wir haben ja die Möglichkeit, für nicht versicherte Frauen gibt's ja Schwangerenvorsorge bei den Gesundheitsämtern und es ist eine reine Standardversorgung, da fehlt schon einiges, was sich andere Frauen gut dazu kaufen können, wie eben Streptokokkenteste oder Feindiagnostik, da sind sie schlechter versorgt, nicht? Die Patientin mit Migrationshintergrund, die krankenversichert ist, die zu einem Arzt geht und nicht über das Gesundheitsamt die Vorsorge in Anspruch nimmt, die wird glaube ich genauso behandelt, wie eine deutsche Patientin, aber eben die Gruppe, die so im Anerkennungsverfahren sind oder die eben nicht sich gemeldet haben, die eben wirklich illegal, um bei diesem unglücklichen Wort zu bleiben, in Deutschland sind, die sind schlechter versorgt, das finde ich schon.“* (Interview Nr. 6)

*„[...] die fehlenden diagnostischen Angebote, ne. Also sprich Feindiagnostik und dergleichen. Und soweit ich weiß, stehen den Migrantinnen in den ersten 18 Monaten, steht denen nur ‘ne Grundversorgung zu.“ (Interview Nr. 3)*

Ein deutlicher Nachteil sei das Leben in Notunterkünften. Daraus resultieren schwierige Lebensumstände, sowohl für die schwangeren Frauen als auch für solche, welche kurzzeitig zuvor entbunden haben: *„[...] und dann mit ‘nem Neugeborenen, das ist natürlich ‘ne Katastrophe [...].“ (Interview Nr. 12).* Daraus resultierten oft organisatorische Herausforderungen: *„[...] weil, wie es eigentlich auch vom Senat so gewollt wurde, dass die entbunden haben, die dann eh ‘nen deutlich höheren Anspruch haben auf ‘ne eigene Wohnung, auf zumindest ‘nen Zimmer separat für die Familie, das hat aber in vielen Fällen nicht so schnell geklappt, das heißt wir mussten die Frauen dann mit den Neugeborenen wieder aufs Tempelhofer Feld geben. Manchmal haben wir’s dann so gemacht, dass wir sie länger bei uns behalten haben, aber wenn da gar keine Aussicht war, ging das natürlich auch nicht mehr, das können wir auch leider nicht leisten und dann sollten die eben weiter postpartal zu den niedergelassenen [Ärzten]. Da haben wir auch tatsächlich kein Angebot, außer wenn es akut was ist, ne.“ (Interview Nr. 12).*

Dies sei eine *„[...] sehr schwierige soziale Situation. Was ich auch schwierig finde, dass auch manchmal Frauen kommen, die dann, wo man kurz davor ist, die aus sozialer Indikation eigentlich aufnehmen zu wollen, [...] dass in dem Flüchtlingsheim, wenn man da irgendwie zu zwanzigst schläft und hochschwanger ist, dass man da dann irgendwie sich nicht wohl fühlt. Das finde ich schon manchmal einfach unangenehm, die Frauen dann auch wieder in diese Situation zurückschicken zu müssen. Klar, postpartal wahrscheinlich genau das Gleiche.“ (Interview Nr. 24).*

#### *4.1.3.6 Stärken in der geburtshilflichen Versorgungssituation von Frauen mit Migrationshintergrund*

Bei der Beleuchtung der Versorgungssituation von Frauen mit Migrationshintergrund sind nicht nur vulnerable Faktoren zu finden. Frauen mit Migrationshintergrund weisen oftmals eine stärkere Bindung an die Familie auf, welche gegebenenfalls die Abwesenheit von Nachsorgehebammen relativieren könne. Einige waren sogar der Meinung, dass dies einen deutlichen Vorteil im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund darstelle, da diese oftmals nicht so sehr auf ihre Familie zur Unterstützung zurückgreifen. Vorteile in der Versorgung ergeben sich durch die permanente Anwesenheit und Verfügbarkeit der Mutter oder

Großmutter für die Frau, den gemeinsamen kulturellen Herkunftskreis und die gemeinsame Sprache. Diesen Qualitäten können Nachsorgehebammen nicht in gleichem Maß nachkommen: *„Keine deutsche Frau ist so gut in die Familie integriert. Bei uns sind alle so intuitiv verkümmert, dass wahrscheinlich das ohne Hebamme zu Hause auch gar nicht mehr geht. Und da ist das so, dass die Familie das auffängt und das ist wirklich bei den Vietnamesen so und bei den türkischen Frauen. Also von manchen Sachen glaube ich tatsächlich, dass es besser ist, also, weil die Großmutter dann ja meinetwegen die ganze Zeit dabei ist. Die Hebamme macht einen Besuch von ‘ner halben Stunde am Tag und dann ist die Frau wieder ganz allein gelassen.“* (Interview Nr. 1). Tatsächlich seien die weiblichen Angehörigen für die Frauen *„[...] ihre Ansprechpartnerinnen in der Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit, Wochenbett. Das würde ich mir bei manchen deutschen Frauen auch mehr wünschen, dass da Mütter sind, die ein bisschen dominanter sind und einfach den Töchtern zur Hand gehen.“* (Interview Nr. 16). Die Frage sei, *„[...] möchten die Frauen das überhaupt, ne, weil, die haben jetzt vielleicht auch ‘nen anderen Anspruch oder ‘nen anderen Wunsch und das [ist] einfach in manchen Regionen der Welt gar nicht so, [...] dass es ‘ne Nachsorgehebamme gibt, was [...] in unserer Gesellschaft schon fast Voraussetzung ist oder doch der Standard. Und ich glaube, dass es da bei [...] vielen Menschen auch eher die Familie leistet oder der familiäre Umkreis und gar nicht gewünscht ist, dass jemand von extern kommt und sich mit einmischt und mit berät. Zumal das natürlich auch wieder ‘ne sprachliche Barriere ist, ne, beziehungsweise das überhaupt gut funktioniert, dass ‘ne Hebamme, die der Sprache der Patientin nicht mächtig ist, mit ihr so adäquat kommuniziert, dass es auch wirklich gut ist.“* (Interview Nr. 11). Im Vergleich dazu haben Frauen ohne Migrationshintergrund das Gefühl *„[...] ganz stark sein zu müssen und das alles alleine wuppen zu müssen. [...] es gibt wenige, die wirklich die Familie auch zulassen in dem Rahmen.“*, wobei Frauen mit Migrationshintergrund *„[...] sich auf ihre Familie und Angehörige verlassen können.“* (Interview Nr. 21). Die Familie sei bei Frauen mit Migrationshintergrund nicht nur anwesend, sondern nehme auch eine besonders motivierende Rolle ein: *„Die unterstützen die Frau, wirklich, also die sitzen nicht nur da, die sehen das positiv, [...] die kriegen die über diesen Berg der Nichtmotivation [...] schon da drüber [...]. Die Deutschen kommen hier nur mit ihrem Mann, der meistens nicht weiß, was er machen muss.“* (Interview Nr. 10).



## 4.2 Eine Sicht auf die Frauen, Erkenntnisse aus vertiefenden Interviews – Wie schätzt das medizinische Personal die Erwartungen von Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen ohne Migrationshintergrund an die Versorgung ein?

Die meisten Befragten meinten, dass Frauen mit Migrationshintergrund weniger Erwartungen haben. Frauen ohne Migrationshintergrund wurden oft als diejenigen mit einer gewissen „[...] Anspruchshaltung und dann wirst du [das geburtshilfliche Personal] dem Anspruch entweder gerecht oder nicht [...]“ der geburtshilflichen Versorgung gegenüber gesehen, denn sie „[...] sind das deutsche Gesundheitssystem gewohnt, während die anderen Frauen, ja, die sind einfach dankbar, dass sie wen haben, der sich's anguckt und der sich drum kümmert.“ (Interview Nr. 5). So sei die medizinische Versorgung ein „[...] Recht darauf, gut behandelt zu werden, medizinisch versorgt zu werden. So ein Grundrecht, was jeder sich einfordert [...].“ (Interview Nr. 28). Insbesondere hätten Frauen mit Migrationshintergrund eine „[...] geringere Anspruchshaltung, weniger Erwartungen, haben 'nen respektvolleren Umgang. Sie sehen weniger den Dienstleister, sehen den Arzt und nicht den Erbringer von Leistungen, wie [die] Klientel, [die] sonst hier ist. Viel zufriedener und dankbarer. Die Gründe, glaube ich, liegen gesellschaftlich, dass die deutschen Frauen, auch mit deutschem Hintergrund, eine hohe Anspruchshaltung haben, viel mehr erwarten und auf 'nem hohem Luxusniveau leben.“ (Interview Nr. 4). In diesem Zusammenhang wurden Frauen mit Migrationshintergrund von vielen Befragten als dankbarer erlebt, da „[...] man selten so 'ne ehrliche, aufrichtige Dankbarkeit, finde ich, erlebt bei deutschen Patienten.“ (Interview Nr. 2).

Gründe der Erwartungsunterschiede an die Versorgung liegen im Unterschied von Information und Kenntnis der beiden Frauengruppen. Vor allem Frauen ohne Migrationshintergrund „[...] mit einer sehr hohen Erwartungshaltung sind halt schon meistens gut gebildet und vorinformiert. Die wollen ganz gerne mitbestimmen, was jetzt so unter der Geburt passiert und haben auch so vom Gesellschaftlichen wahrscheinlich her [...] ihren Plan, wie was zu laufen hat. Frauen mit Migrationshintergrund, glaube ich, sind einfach über jede Hilfe dankbar. Dementsprechend sind die Erwartungen nicht so hochgeschraubt und so detailliert, sagen wir mal [...]. Sie wollen alle gut betreut werden, das ist definitiv klar, wobei ich manchmal schon glaube, dass Frauen mit Migrationshintergrund mit weniger zufriedener sind als andere, die mit ihrem Geburtsplan kommen und erstmal alles ausrollen und: das will ich, das will ich nicht und da müssen Sie drauf achten. Andere Vorstellungen auf jeden Fall.“ (Interview Nr. 33). „Geburtspläne“, detaillierte Ausführungen über die persönlichen Vorstellungen des

Geburtsablaufs, stellen Frauen mit Migrationshintergrund weniger auf: „[...] ich [habe] immer das Gefühl, dass viele Frauen mit Migrationshintergrund [das geburtshilfliche Personal] ganz entgeistert angucken und fragen: Was soll ich denn für Wünsche haben, bei einer normalen Geburt? Und die einheimischen Patientinnen, die sind vielleicht eher so, dass sie sich ganz viel informieren und ganz viel lesen und auch manchmal mit seitenlangen Geburtsplänen dann auftauchen. Das habe ich bei Migrationspatientinnen, glaube ich, noch nie erlebt, dass da sich jemand zwei Seiten hinsetzt und hinschreibt, was er sich wünscht und was nicht.“ (Interview Nr. 17). Frauen mit Migrationshintergrund seien eher ein Behandlungsprozedere, welches durch Gewalt und Beschimpfungen geprägt ist, aus ihren Herkunftsländern gewohnt. So seien Frauen mit Migrationshintergrund „[...] häufig, glaube ich, sehr überrascht, was wir ihnen hier bieten und dass wir ihnen auch Freundlichkeit und Unterstützung entgegenbringen. Und dass mit ihnen unter der Geburt zum Beispiel nicht geschimpft wird und dass keine Gewalt angewendet wird. Das ist aus ihren Herkunftsländern eher nicht bekannt.“ (Interview Nr. 28). Auch käme den Patientinnen die Versorgungsqualität im Vergleich zum Herkunftsland besser vor: „[...] dass Frauen, die aus einem Land kommen, wo die Versorgung nicht ganz so gut ist, dass sie froh sind überhaupt in einem Land, [das] sie aufgenommen hat und [...] sie geburtshilflich betreut, dass sie dann weniger Erwartungen haben und einfach dankbar sind. Überhaupt jemand da ist, der guckt, die Vorsorgen macht und genau, sie betreut.“ (Interview Nr. 9). Schlechte Erfahrungen verringern die Erwartungshaltung: „Naja, vielleicht, weil die das ganz anders erfahren haben, dass sie vielleicht in anderen [...] Arztpraxen oder so [...], ob man überall ganz gut betreut sich fühlt oder einfach halt auch gleich betreut fühlt. Ich könnte mir auch vorstellen, dass viele halt auch ein bisschen genervt sind, weil es mit den Papieren von vorne bis hinten schwieriger ist und mit der Versicherung und so weiter, glaube ich, dass man nicht überall willkommen ist oder zumindest sich so fühlt.“ (Interview Nr. 34).

Einstellungen zu Geburt und Schwangerschaft werden als verschieden angesehen. Es sei so, dass Frauen ohne Migrationshintergrund „[...] eher so ‘n bisschen verkopfter sind.“ (Interview Nr. 13), wobei Frauen mit Migrationshintergrund diese Themen eher als etwas Naturgegebenes betrachten. Diese unterschiedlichen Konzepte werden in den folgenden Abschnitten deutlich:

„Sonst an sich sind in den Vorstellungen vielleicht leichte Unterschiede, wie ‘ne Geburt auszusehen hat. Ich glaub, [...] Frauen mit Migrationshintergrund haben nicht so ganz speziell vorgeformte Vorstellungen, wobei man bei den deutschen Frauen sagen muss, die haben meist ganz konkrete oder häufig ganz konkrete Vorstellungen. Die sind dann manchmal auch enttäuscht, von einer Geburt. Das ist mir da nicht so häufig aufgefallen [bei Frauen mit Migrationshintergrund]. [...] Das ist eher unbefangener. [...] Ich glaube, dass in vielen Kulturen

*„einfach das Kinderkriegen mit zum Alltag und zur Familie und zum Sein gehört und ich glaub‘, in Deutschland wird das so sehr gehyped, es werden prozentual weniger Kinder geboren, dass da immer was ganz Besonderes draus gemacht wird. Wohingegen das in anderen Kulturen einfach so dazu gehört. Nicht nichts Besonderes, aber es ist irgendwie doch anders. Natürlicher.“ (Interview Nr. 21)*

*„[...] und auch, dass viele Frauen mit Migrationshintergrund einfach mehr Kinder kriegen und da eigentlich auch so ‘ne Leichtigkeit reinkommt.“ (Interview Nr. 30)*

Eine kleinere Gruppe an Befragten äußerte die Empfindung, dass Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund „fordernder“ seien, was für einige aus einem höheren Anspruch an die Versorgung resultiere: *„[...] direkt während der Austreibung hat man schon gemerkt, dass [ein] Unterschied besteht, dass die dann doch sehr fordernd werden. [...] nicht pauschal, aber da finde ich manchmal ist der Anspruch höher, was einen manchmal wundert. [...] also zum Beispiel, dass sie wegen Beschwerden mit dem Rettungswagen kommen, was ‘ne deutsche Frau nicht, nie machen würde, aber seltener, finde ich. Ich hab‘ manchmal den Eindruck, die fordern mehr, als es deutsche Frauen zum Teil tun. [...] aber das ist mir eher bei Migrantinnen aufgefallen und deren Familien. Die kommen ja auch immer in Großfamilien, alle wollen alles wissen, alle fordern, das erlebt man bei deutschen Familien eher sehr, sehr selten.“ (Interview Nr. 25).* Eine Frage der Nationalität sei es für eine andere befragte Person, ob Frauen mit Migrationshintergrund ihr dankbarer oder fordernder vorkommen: *„Ich denke ja, das ist je nach Nationalität unterschiedlich, also speziell die Vietnamesinnen sind unheimlich dankbar. [...] ich hab‘ noch nie jemanden erlebt, der laut wurde, also der aggressiv wurde, die sind so dankbar für alles, was wir machen. [...] also die gesamten Asiaten sind ja sehr, sehr freundlich, die sind sehr dankbar, [...] die setzen nicht Sachen voraus. Ne, wo es auch schon Unterschiede gibt, es gibt auch Migranten, die sehr fordernd kommen [...].“ (Interview Nr. 10).*

Dass die unzureichende Verständigung mit der Patientin bei einer Sprachbarriere zu nur mutmaßlichen Erwartungen führe, stellt sich in diesem Interview heraus: *„Naja, bei manchen kriegen wir die Erwartung ja gar nicht raus, was sie für ‘ne Erwartung haben, nicht, wenn wir nicht gut miteinander kommunizieren können, können wir die Erwartung nicht erfüllen. [...] die meisten erwarten, was jede Deutsche auch erwartet.“ (Interview Nr. 6).*

Deutlich wurde andererseits, dass die Erwartung der Frau nicht an den Faktor Migration gebunden sei, sondern etwas *„[...] sehr Individuelles ist. Also es gibt Frauen, mit und ohne*

*Migrationshintergrund, die sehr hohe Erwartungen an das Geburtserlebnis haben, an die Versorgung hier, an ihre Betreuung, an die Schmerzmedikation, an die alternative Medikation oder alternative Therapien und es gibt sowohl deutsche als auch Frauen mit Migrationshintergrund, die wenig Erwartungen haben und eher ihr eigenes Ding machen.“(Interview Nr. 11).*

### 4.3 Im Kontakt mit der Patientin – Herausforderungen in der Versorgung durch sprachliche und interkulturelle Differenzen

#### 4.3.1 Onlinebefragung – belastende Aspekte durch Sprachbarrieren

Hebammen, Ärztinnen und Ärzte schätzten den Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund auf ihren Arbeitsplätzen durchschnittlich auf 29%. Einen Durchschnitt von 30% ergab der geschätzte Anteil an Frauen mit Migrationshintergrund, bei denen ein Verständigungsproblem besteht, welches durch nur geringe oder keine Kommunikation auf Deutsch gekennzeichnet ist.

Bei dem Vorliegen einer Sprachbarriere in der Verständigung mit einer Patientin ergab sich im Arbeitsalltag auf Seiten des geburtshilflichen Personals Unzufriedenheit. Mehr als einmal in der Woche unzufrieden mit der Verständigung aufgrund des Vorhandenseins einer Sprachbarriere waren 50% der Hebammen und 45% der Ärztinnen und Ärzte.

Belastende Aspekte bezogen sich auf die Einschränkung der Versorgungsqualität. Eine unzureichende Informationsvermittlung wurde von 94% der Ärztinnen und Ärzte und 92% der Hebammen als belastend beschrieben. 84% der Ärztinnen und Ärzte und 82% der Hebammen gaben an, sich um eine unzureichende Anamnese zu sorgen.

Eine Signifikanz im Unterschied der beiden befragten Gruppen ergab sich bei dem Aspekt der eingeschränkten Möglichkeit, auf die Wünsche der Patientin einzugehen, welcher 62% der Hebammen belastet, jedoch mit 39% bei Ärztinnen und Ärzten weniger häufig anzutreffen war ( $p=0,031$ , zweiseitiger exakter Fisher-Test, Abb.5).

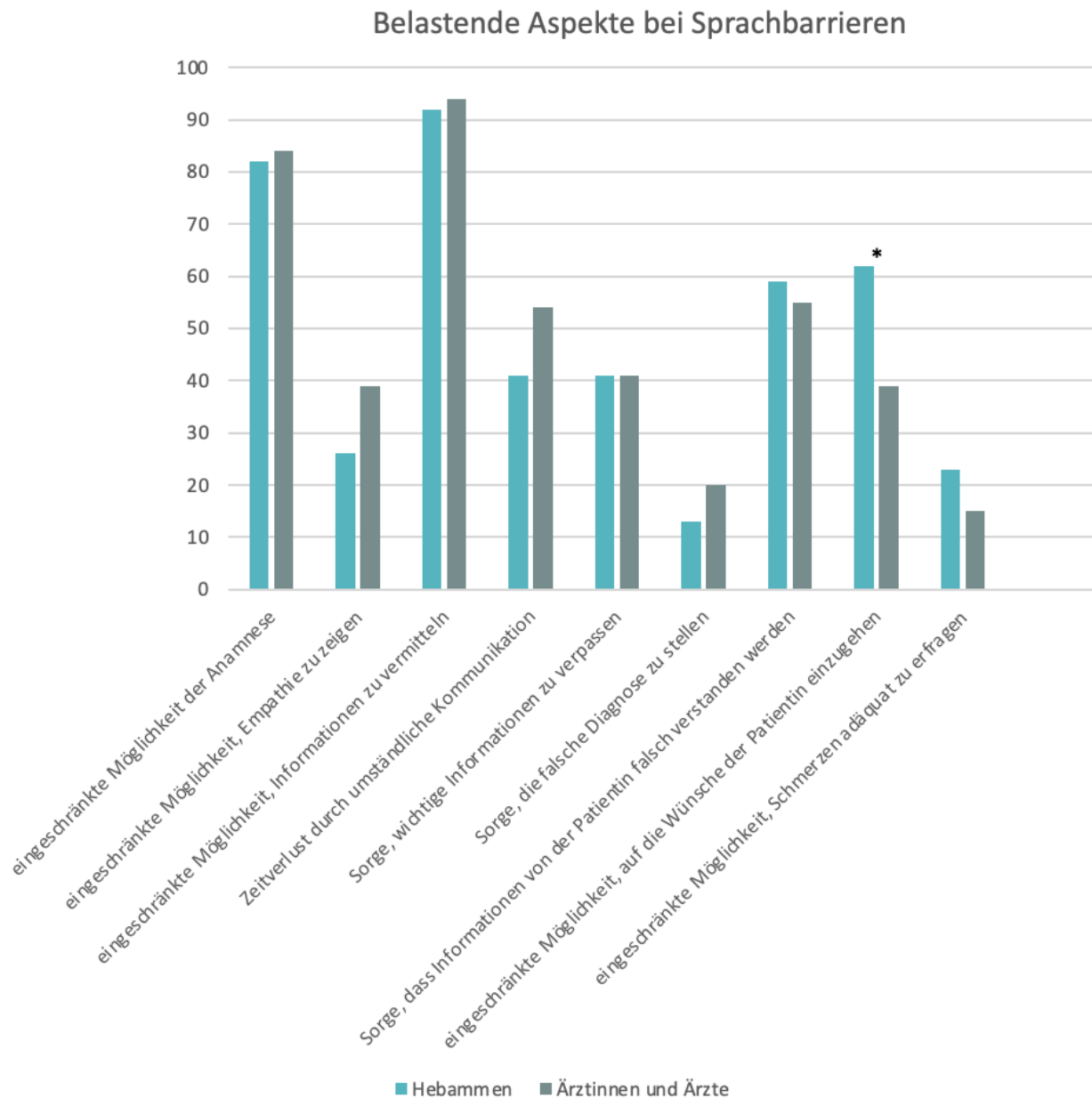


Abbildung 5: Belastende Aspekte für Hebammen, Ärztinnen und Ärzte im Moment des Vorhandenseins einer Sprachbarriere im Patientinnenkontakt, Asterisk markiert einen signifikanten Unterschied im zweiseitigen exakten Fisher-Test

#### 4.3.2 Vertiefende Interviews - Geburtsbegleitung mit Sprachbarriere: Reflektionen und Empfindungen von Hebammen, Ärztinnen und Ärzten

Zu Gefühlen, welche beim geburtshilflichen Personal während der Versorgung einer Patientin unter der Geburt ohne ausreichende Verständigung aufkamen, zählt Mitleid: „Ja, mir tut die Frau einfach leid. Weil ich glaube, dass da viel Angst mit im Spiel ist, wenn man einfach nichts versteht und man gerade einen richtigen Ausnahmezustand, gerade mit den Schmerzen unter der

*Geburt, erlebt. Ja, das tut mir schon sehr leid.“ (Interview Nr. 34). Auch bestehe das Bedauern, Maßnahmen nicht erklären zu können und der Einwand, dass das universelle Patientenrecht der Ablehnung einer Maßnahme so nicht gewährleistet werden kann. Die Unmöglichkeit des Erklärens schränke die Entscheidungsgewalt der Patientin ein: „[...] also ich fühle mich schlecht für die Frau. Weil, ich muss irgendwelche Sachen machen und ich kann die überhaupt nicht erklären, ich kann ihr keine Wahl geben. In Deutschland wird ja sonst bei Frauen, die das verstehen, aufgeklärt oder erzählt, was man vorhat und warum man das vorhat. Die haben immer ein Vetorecht. Und bei Frauen, die nichts verstehen, kann man das ja nicht machen. Und das ist natürlich für die Frauen beängstigend, weil, sie wissen nicht, was passiert und ich kann es auch nicht sagen.“ (Interview Nr. 32). So beschrieb es eine andere Person, „[...] dass die Frauen sich sehr unwohl fühlen, weil sie Angst haben und sich auch nicht artikulieren können, wenn ihnen was nicht gefällt [...], dass sie überhaupt nicht mehr autark sind, dass wir ihnen das alles wegnehmen und sozusagen über ihren Kopf hinweg handeln, das ist glaube ich das, was mich am unwohlsten macht [...].“ (Interview Nr. 12). Bei vielen Befragten äußerte sich ein „[...] tiefes Mitgefühl für die Frau, wenn man der nicht erklären kann, was jetzt gerade vorgeht und man aber ihr anmerkt, dass ihr das jetzt guttäte [...].“ (Interview Nr. 8). Einige Befragte äußerten Empathie, indem sie sich in die Frau hineinversetzten und sich vorstellten, wie es einem selbst in einer vergleichbaren Situation erginge, in der keine Verständigung möglich ist und dies zu absoluter Ahnungslosigkeit führe. Als „keine optimale Versorgung“ wurde es von einer befragten Person benannt. Man sei dem medizinischen Personal somit „hilflos ausgeliefert“: „Ja, ich stell mir vor, wie es mir ginge, schlecht. Man ist dem Pflege- und ärztlichen Personal, finde ich, hilflos ausgeliefert, man versteht überhaupt gar nichts. Wenn ich mir vorstelle, ich bin in Asien, in Afrika oder im Orient und verstehe gar nichts, ja, ist klar, dass da Panik aufkommt. Das ist keine optimale Versorgung, das ist nicht zu gewährleisten, auch noch unter der Geburt ‘nen Dolmetscher zur Verfügung zu stellen, das sehe ich ein, aber gut. Integration ist das Thema.“ (Interview Nr. 3). So fühlte sich eine befragte Person „Furchtbar. Genauso, wie die Frauen auch. Die sind natürlich hilflos und die sind uns ausgeliefert und das Gefühl hat man dann auch, also man fühlt sich dabei nicht gut.“ (Interview Nr. 21). Dass sich aus dieser Situation eine schlechte Betreuung ergibt zeige, dass gerade das Erklären bestimmter Zustände, in denen sich die Frauen befinden, eine Schlüsselsituation darstellt. Wenn dies nicht möglich ist, ergebe sich daraus, „dass ich [...] die Menschen medizinisch als auch psychologisch [nicht optimal] betreuen kann.“ (Interview Nr. 28). Ein Gefühl des Ärgers und der Hilflosigkeit wurde in diesem Zusammenhang von mehreren Befragten geäußert, wie in den folgenden Abschnitten erkennbar ist:*

„Es gibt auf jeden Fall sehr schwierige Situationen zwischendurch immer und manchmal ärgert es mich sogar ein bisschen, aber wenn ich dann kurz drüber nachdenke, denke ich mir: Okay, da kann ja keiner was dafür, dass wir jetzt nicht kommunizieren können. [...] aber dann denke ich mir wieder: Okay. Das schaffen wir schon irgendwie. Manchmal ist es aber auch ein bisschen gruselig, wenn man weiß, okay, da läuft grad nicht das so normal, wie es laufen soll und man kann es der Frau gar nicht mitteilen und sie fühlt vielleicht, dass es irgendwie von der Stimmung her, dass es irgendwie gerade nicht so gut ist. Aber man kann da grad nicht erklären, was Sache ist, was vielleicht wieder ein bisschen beruhigen würde.“ (Interview Nr. 7)

„Ich fühle mich hilflos und habe das Gefühl, dass ich noch weniger helfen kann, als vielleicht ohnehin schon. Ich habe manchmal das Gefühl, dass die Frauen ganz überrascht sind, dass sie so dolle Schmerzen haben. [...] in dem Alter, in dem man Kinder kriegt, dass man ja natürlich, Gott sei Dank, noch nie solche Schmerzen [hatte]. Natürlich ist es für jede Frau eine außergewöhnliche Situation, aber man kann es denen auch nicht nochmal erklären, dass es ganz normal ist so, weil man wirklich gar nichts versteht und ich auf keiner Sprache wirklich kommunizieren kann. Dann habe ich wirklich das Gefühl, dass es eine schlechte Betreuung ist. Weil eben Kommunikation für mich, merke ich immer wieder, total wichtig ist. Dass man sich eben verständigen kann mit der Frau, dass man [...] irgendwie mit ihr im Kontakt ist. Und gerade in einer großen Klinik, wo man nicht immer Zeit hat, die ganze Zeit neben dem Bett zu sitzen und ihr wenigstens zu signalisieren, da ist jemand da, der aufpasst und dann wird schon alles stimmen. Das würde mich auch irritieren, wenn ich gar nichts verstehe und ich weiß nicht, was vor sich geht und es ist niemand da.“ (Interview Nr. 17)

Es sei „schade“, wenn man die Patientin nicht ausreichend „begleiten“ kann. Die Arbeit sei durch die Sprachbarriere erschwert, da die Frauen nicht aktiv an dem Geburtsfortschritt teilhaben können. Ohne Sprache „[...] da fehlt einfach ein ganz erheblicher Baustein“ (Interview Nr. 8). Denn, so beschrieb es eine befragte Person, „Geburt ist ja immer, oder muss ja auch aktiv gestaltet werden können, so von der Frau und das ist dann ganz oft so, dass die ziemlich hilflos sind und man halt auch als Hebamme oder Personal, das ist egal, ob Hebamme oder Arzt, Schwierigkeiten hat, die da in ihrer Hilflosigkeit aufzusuchen und aufzufangen. Weil man einfach diese Sprachbarriere hat so und vieles geht zwar auch mit Händen und Füßen und, ne. Ja, aber wenn dann Wochenende ist und wir auch keinen Übersetzer dahaben und auch nicht grad zufällig [jemand] da ist, der arabisch spricht oder türkisch oder, oder, oder, dann kann das schon echt zum Problem werden.“ (Interview Nr. 16).

„Ganz schlimm“ würde Gewalt empfunden werden, welche angewendet werde, weil „gar keine andere Möglichkeit blieb. Tatsächlich die Sprachbarriere, ganz, ganz schwierig. Weil dann auch dieses Begleiten so schwerfällt, also das Dabeisein, einfach da sein, helfen, einfach jemand sein, der da ist, der mit einem redet und erzählt und so [...]. Ich finde das total blöd, also ich finde das total schade und es tut mir auch leid um die Frauen, wenn man dann anfängt, unterbewusst Gewalt anzuwenden. Also schon auch bewusst aber dieses: Ich habe gerade keine andere Möglichkeit, als ihr die Beine aufzuhalten, so. Genau dieses Gewaltanwenden, weil man weiß, es geht gerade nicht anders, das finde ich ganz schlimm und auch halt dieses Dasein. Also wirklich nur daneben sitzen und erzählen, quatschen, das ist dann einfach nicht möglich.“ (Interview Nr. 18).

Die fehlende Möglichkeit des Erklärens stelle vor allem bei Frauen mit einer besonderen Vorgeschichte eine Herausforderung dar und wurde als „furchtbar“ beschrieben: „[...] psychologisch, war [das] für die Frau natürlich sehr, sehr, naja, sagen wir mal so vorsichtig: anstrengend. Die wusste nicht, natürlich, wo, was los ist, warum wir gleich 'ne Sectio machen mussten. Der Mann war da, mit vier Kindern, das war die fünfte Sectio und wir hatten natürlich weder 'ne Dolmetscherin oder sowas. Furchtbar.“ (Interview Nr. 22).

Im Zusammenhang damit äußerten viele die Sorge, sie würden ohne ausreichende Erklärung und Begleitung die Frau traumatisieren. Eine befragte Person beschrieb, es könnte für die Frau „wie eine Vergewaltigung“ empfunden werden, was „grauenvoll“ wäre: „[...] ,dass die angstbeladen sind, wenn wir Leute mit Migrationsgeschichte oder aus Kriegsgebieten haben. Also manchmal denkt man, oh Gott, die haben sich das auch anders vorgestellt [...]. [Frage nach dem persönlichen Befinden dabei] Natürlich schlecht. Das ist kein gutes Gefühl. Und auch weil, man weiß nicht, wie traumatisiert die Frauen sind aus Flüchtlingsgebieten. Man weiß nicht, also welche Ängste die haben und kann denen das dann nicht vermitteln und macht denen wahrscheinlich selber noch Angst. [...] und wenn dann 'ne Cito-Sectio ist oder irgendwas – grauenvoll. Das muss ja für die Frau wie eine Vergewaltigung letztendlich sein.“ (Interview Nr. 1).

Angst war ein weiteres Gefühl, das im Zusammenhang mit einer gefürchteten Traumatisierung der Frau fiel, denn man könne „[...] nicht wissen, was die in ihrer Kindheit unter Umständen erlebt haben, ne? Wir haben ja viel mit sexueller Gewalt auch zu tun und das können wir manchmal nur erahnen, wenn die dann so [...] unter der Geburt reagieren. Aber das können wir eben da nicht erfragen, das finde ich schwierig. Das macht mir auch, ja, Angst auch, weil ich nicht möchte, dass da irgendwas passiert, was sie für ihr Leben prägt.“ (Interview Nr. 12).

Der von den Befragten beschriebene Zusammenhang von traumatischem Geburtserleben und



dessen Prävention durch Erläuterungen und sprachliche Begleitung wird sowohl unmittelbar vor als auch nach der Geburt als wichtig erachtet:

*„Die größte Sorge, dass die Frauen die Geburt als was sehr Traumatisches erleben, weil wir was mit ihnen machen, was sie nicht verstehen. Bei Frauen, die unsere Sprache sprechen, erklärt man kurz warum, wieso, weshalb wir was machen und das kann man da nicht. Und dass ‘ne Geburt ja so schon traumatisch sein [kann] und wenn man dann nicht mal versteht, warum, wieso, weshalb was gemacht wird, ist die Sorge viel schneller viel größer und man fühlt sich sicherlich eher, dass ein Übergriff an einem stattfindet. Also das ist, glaube ich, schon ganz schwierig. Gerade in so ‘nem sensiblen Bereich.“ (Interview Nr. 25)*

*„[...], dass die Frau traumatisiert rausgeht. Weil sie nicht versteht, worum es geht. Weil Frauen, meine Erfahrung, mit denen ich kommunizieren kann, ich erkläre, was meine Handlungen sind, egal, was ich Schlimmes mache, danach auch zu mir immer gesagt haben: Nee, es war alles in Ordnung. Und die sind nicht traumatisiert, weil ich vorher alles mit denen besprechen konnte.“ (Interview Nr. 4)*

*„Das Kind verstirbt dann vielleicht, im schlimmsten Fall [...]. Naja, dass sie dann vielleicht ziemlich traumatisiert ist und das gar nicht so richtig verarbeiten kann [...]. Ich meine, das kann ja auch traumatisieren, so eine Notfallsituation in einer Geburt. Und wenn sie das dann nicht richtig versteht und vielleicht ihr keiner im Nachhinein nochmal richtig erklärt, auf ihrer Sprache oder wie auch immer, dass es echt ein Trauma bleibt.“ (Interview Nr.26)*

Ebenso fiel das Wort „unfair“ im Zusammenhang mit der Anpassung, die einige Immigrantinnen zwangsläufig durchlaufen müssen: *„Schlecht, dass die arme Frau irgendwie da, die weiß nicht, was los ist, die versteht gar nichts, die versteht nicht mal [...] das ganz normale Prozedere. Die versteht nicht mal, was drücken ist, also einfach die Kommunikation. [...] die kommen natürlich aus einer anderen Kultur sozusagen und die müssen sich in Anführungsstrichen anpassen und das ist irgendwie manchmal unfair, ne?“ (Interview Nr. 22).* Es ergebe sich aus dieser Lage Unsicherheit während der geburtshilflichen Tätigkeit: *„[...] es sorgt natürlich für Unsicherheit, weil man nicht weiß, wie es der Patientin geht, was sie spürt und fühlt, mehr die Hebammen als die Ärzte haben die Schwierigkeit, sie anzuleiten, was Pressen ist. [...] manches kann man eben mit Gestik dann koordinieren, aber das ist schon die Schwierigkeit, gerade, wenn es dann darum geht, doch noch mal schnell in den OP zu gehen. Und warum müssen wir jetzt schnell das machen, dann ist das eben nicht leicht und schnell*

geklärt.“ (Interview Nr. 5). Neben zwischenmenschlichen und psychologischen Schwierigkeiten ergeben sich durch Sprachbarrieren für viele Befragte Sorgen, „[...] wirklich fachlich irgendwie ‘nen Fehler zu machen.“ (Interview Nr. 5) oder „[...], dass einem halt Sachen durch die Lappen gehen. Dass man halt nicht gezielt nachfragen kann [...].“ (Interview Nr. 23). Es würden der Situation nicht angemessene Entscheidungen getroffen werden: „[...] dann Zustand nach Kaiserschnitt im Kriegsgebiet in Syrien, im Prinzip nur aufgrund, ja, der Kriegssituation und der besseren Planbarkeit. Anfang 20, wird sicher noch andere Kinder kriegen. Das Problem war eben, sie zu einer Spontangeburt, dem Versuch der vaginalen Geburt, zu überreden. [Frage danach, ob es funktioniert hätte] Nee, Kommunikationsproblem, ich glaube, das war das Hauptproblem.“ (Interview Nr. 3). Rechtliche Konsequenzen werden befürchtet: „Ja, dass ich was mache, was die Frau nicht möchte und das aber nicht äußern kann oder aber ich es nicht verstehe. Dass sie einfach in Panik gerät, dass ich vielleicht auch rechtliche Konsequenzen hab‘, weil ich was mache, was ich nicht erklären kann. Weil, [...] man muss informieren und ‘ne Einverständniserklärung haben und das ist halt ein echter Graubereich. [...] Und das finde ich eigentlich gar nicht in Ordnung. [...] in dem Moment denkt man da nicht unbedingt dran, aber also jetzt mit Ruhe und mit Zeit ist das eigentlich gar nicht in Ordnung.“ (Interview Nr. 30). Sorge, dass Ungerechtigkeit in der Versorgung zwischen beiden Frauengruppen entsteht, wird in diesem Abschnitt deutlich: „Meine größte Sorge ist einfach, dass die Patienten schlechter versorgt werden als Patienten ohne Migrationshintergrund, ganz klar, ja. Und dass Ihnen nicht das Gleiche, ja, zukommt wie den anderen Frauen oder sie vielleicht sogar dadurch irgendwelche Komplikationen erleiden, die ja eigentlich vermeidbar gewesen wären. Ja und ich fühl mich einfach in vielerlei Hinsicht durch die Sprachbarrieren dann eingeschränkt.“ (Interview Nr. 2). Es bestehe generelle Unzufriedenheit im Arbeitsalltag, welche aus einem ständigen, sehr hohen Arbeitsaufkommen resultiere: „Aktuell gar nicht [zufrieden], weil wir viele Frauen wegschicken müssen. Wir haben einfach keine Kapazitäten, uns fehlen Hebammen, wir sind personell immer unterbesetzt, das macht mich total unzufrieden.“ (Interview Nr. 21). Dies sei nicht speziell mit Frauen mit Migrationshintergrund verbunden, führe aber zu einem zusätzlichen Faktor, welcher Stress generiere und im Falle einer eventuellen Sprachbarriere mit dem Suchen nach Lösungsansätzen zu einer Doppelbelastung führe: „Das erschwert die Arbeit, man ist zusätzlich noch mit der Suche nach Lösungen beschäftigt. Und diese Unzufriedenheit, die dann daraus erwächst, wirkt sich ja auch negativ auf den Arbeitsalltag aus.“ (Interview Nr. 8). Weitere Gefühle neben Stress waren auch Anstrengung und „sich genervt fühlen“: „Das finde ich ‘n bisschen [...] anstrengend und [...] das nervt halt auch einfach, weil, ich mein‘, für so ‘ne Patienten, für die ich normalerweise vielleicht maximal zehn Minuten brauch‘, brauch‘

*ich dann 'ne halbe Stunde und das ist halt so, ja, was dann halt auch einen selbst so 'n bisschen stresst.“ (Interview Nr. 13).*

Es gebe auch positive Aspekte bei der Versorgung einer Frau mit geringen Sprachkenntnissen: so sei eine nonverbale Verständigung in bestimmten Situationen „wunderbar“ möglich, wenn die „Chemie“ stimme und mit Blickkontakt eine gute Verbindung entwickelt würde, „[...] durch voratmen, vormachen. Da stimmt die Chemie, das hat wunderbar funktioniert. Da kommt auch eine Herzlichkeit rüber und das funktioniert auch sehr gut sogar.“ (Interview Nr. 33). Ebenfalls wurde von einer befragten Person eine sehr „weibliche Atmosphäre“ beschrieben, welche mit „Händen und Füßen“ hergestellt wurde: „Ich hatte eine ganz tolle Geburt mit einer Migrantin [...], die wurde von zwei weiteren Frauen [betreut]. Einmal [von] ihrer Schwiegermutter und ihrer Schwester und wir haben alle nicht die gemeinsame Sprache gesprochen, wir konnten nicht miteinander reden, aber es war eine ganz tolle, weibliche, familiäre Atmosphäre und eine wunderschöne Geburt dadurch. Ich habe das Gefühl, das war so eine weibliche Geburt. Weil keine Männer dabei waren, hat jetzt gar nichts mit Migration oder nicht zu tun, aber es war einfach eine wahnsinnig, obwohl, trotz der Sprachbarriere eine ganz tolle Geburtsatmosphäre. Und man hat sich mit Händen und Füßen verständigt.“ (Interview Nr. 16). Diversität sei eine Bereicherung im Arbeitsalltag. Es mache „[...] Spaß, [es ist] abwechslungsreich, es ist schön, auch einfach viele verschiedene Familien zu sehen, ich finde das sehr gut.“ (Interview Nr. 30) und es sei ein „[...] gutes Gefühl, wieder was Gutes tun zu können.“ (Interview Nr. 34).

#### *4.3.3 Vertiefende Interviews – Wahrnehmung der geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund: Interkulturelle Herausforderungen und Beobachtungen in der Betreuung*

Bei einigen Frauen mit Migrationshintergrund bestehe das Bedürfnis, durch eine weibliche Person betreut zu werden, sodass „[...] bei Frauen mit Migrationshintergrund gerade aus islamischen Ländern halt Zurückhaltung da ist, auch gerade männlichem Personal gegenüber.“ (Interview Nr. 33). Intimsphäre sei bei Frauen aus bestimmten Kulturkreisen ein wichtiger Punkt, so eine befragte Person, wobei auch Scham eine Rolle spiele: „[...] viele Frauen aus zum Beispiel muslimischen Ländern [haben ein] viel größeres Schamgefühl und brauchen viel mehr Intimsphäre als deutsche Frauen, wollen versuchen, sich dann immer irgendwie noch mit Decken und irgendwie was rüber zu legen während der Untersuchung, das einerseits natürlich die Untersuchung behindert, auf der anderen Seite, wenn die Frauen sich anspannen, kann man sie auch schlechter untersuchen, klar.“ (Interview Nr. 2). Dabei bestehe der Wunsch, dies der

Patientin zu ermöglichen: „[...] natürlich geht man auf die Bedürfnisse ein. Manchmal ist ja lieber eine Ärztin gewünscht als ein Arzt. Das kann man natürlich nicht hundertprozentig gewährleisten, aber man versucht es.“ (Interview Nr. 31). Die Berufsgruppe der Hebammen werde von einigen Frauen mit Migrationshintergrund in ihrer beruflichen Funktion oftmals nicht verstanden, da sie in ihren Heimatländern nicht existiert: „Es gibt es häufig Länder, wo, oder zumindest die arabischen Länder, sind Hebammen häufig nicht anwesend und es machen nur Ärzte. Das wird manchmal bisschen so von denen erwartet. Genau, sie erzählen zwar nicht alles, was sie in ihrem Heimatland erwarten, aber häufig muss man erklären, wie es hier in Deutschland läuft.“ (Interview Nr. 32). Kulturell diverse Geburtsvorstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit dem neugeborenen Kind einiger Frauen mit Migrationshintergrund ergeben Schwierigkeiten für das geburtshilfliche Personal:

„Sie wollte zunächst das Kind nicht, auf der Brust haben. Das erlebt man eher bei Migrantinnen, die das schmutzige, in Führungsstrichen, feuchte Kind nicht gern auf der Brust haben wollen. Da muss man denen einfach erklären, dass es ganz wichtig ist, für das Kind, für's Bonding und [...] sie unterstützen und dann hat sie das auch sehr gut toleriert und war dann auch ganz glücklich.“ (Interview Nr. 25)

„[...] das Kind kam ziemlich zügig und ich fand's erstaunlich, wie dann wieder so 'n bisschen dieses Kulturelle durchkam, zum Beispiel, dass viele Frauen davon ausgehen, dass zu wenig Milch [da] ist und einem das auch wirklich nicht glauben. Also, wenn man das dann so 'n bisschen versucht, zu erklären, dass das halt so Vormilch ist und das sehr nährstoffreich ist und sehr wichtig für's Kind, dass viele dann lieber Flaschennahrung geben wollen und man da echt dann immer Überredungskünste zeigen muss, das zu vermitteln. Und das ist jetzt so 'n Erlebnis, was ich schon häufiger hatte, was ziemlich auffallend ist, wo einfach kulturell irgendwie die Dinge 'n bisschen anders besprochen werden oder weitergegeben werden, vermittelt werden.“ (Interview Nr. 30)

„Dass die ja eigentlich mit der Geburt gar nichts zu tun haben: Ich habe Schmerzen, machen Sie mal was. [...] eigentlich ist es 95 Prozent türkisch, arabisch. [Da] gibt es zum Beispiel nur drei Gründe, warum ein Kind schreit. [...] Die Windel ist voll, das Kind hat Hunger und wenn beides gerade passiert, also das Kind wurde gerade gestillt oder hat die Flasche gekriegt und die Windel wurde gewechselt, könnten es nur noch die Schmerzen sein, dann fahren wir sofort in die Kinderklinik. Also, dass ein Baby auch mehrere Stunden am Tag schreien kann, sich

*kommuniziert und sich äußert, dass es normal ist, ist da auch gar nicht reinzukriegen.“  
(Interview Nr. 27)*

Einige empfanden Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund als bedürftiger. Sie benötigen mehr Aufmerksamkeit und müssen eher „umsorgt“ werden. Es wurde ebenfalls beschrieben, dass dieser Moment für die Frauen die Möglichkeit ist, Aufmerksamkeit von der Familie zu empfangen, denn „in der Zeit hüpfen die Männer doch um sie rum, ne? Und das melken sie, ne, also das nutzen sie aus, verständlich.“ (Interview Nr. 10). So erklärt ein anderer Interviewabschnitt, dass dieser Zeitpunkt für einige Frauen auch eine Erholung vom sonstigen Familienalltag bedeuten könne: „Aber man muss auch ganz ehrlich sagen, die haben auch oft mehr Kinder zu Hause und ich glaub‘, das ist so ‘n Stück weit auch, dass die sich mal so rausziehen können. Könnt‘ ich mir vorstellen, ich weiß es nicht.“ (Interview Nr. 14). Beziehungsweise sei es so, „wenn eine Frau viele Schmerzen hat unter der Geburt, wird sie hinterher reicher beschenkt.“ (Interview Nr. 6).

Beschrieben wurden auch Situationen, in denen das Verhalten der Angehörigen der Frauen ein Problem für das medizinische Personal darstellen konnte: „[...] man ist dann eher auch manchmal gegenüber den Angehörigen Aggressionen ausgesetzt, was man sonst, auch in der Forderung, was wie schnell getan wird, als das, was man sonst, bei deutschen Paaren erlebt [...].“ (Interview Nr. 25). Relativiert wurde dieses Verhalten von anderen Befragten durch die Zugehörigkeit zur sozialen Schicht, es sei eher eine „soziale Problematik“, Menschen, welche sich so verhielten, treffe man auch in dem deutschen Kulturkreis, zudem sei es auch oft ein eher „besorgter Mann“, welcher sich in einer überfordernden Situation wiederfindet:

*„[...] ich definiere die nicht als Migrationsproblematik, sondern als soziale Problematik [...]. Und da haben wir genau das gleiche Problem in Deutschland, wenn sie aus der Schicht auf jemanden treffen, [der] nachts um drei in der ersten Hilfe abhängt, dann haben sie das gleiche Spielchen, die gleiche Anspruchshaltung, die gleiche Aggressive. Das kommt nur nochmal ein bisschen leichter manchmal, weil die Sprachbarriere nicht mit dabei ist, dass sie halt nicht noch aggressiver dadurch werden, ne? Aber [da] seh‘ ich eigentlich keinen großen Unterschied.“  
(Interview Nr. 15)*

*„Also meistens kommen mir die Frauen nicht sehr fordernd vor, also von daher. Manchmal ist es eher der Mann, der vielleicht überfordert ist mit der Situation und dann sagt er: Ja, es soll doch mal jetzt [jemand] mehr tun, sozusagen. Aber das ist vielleicht, weil er sich hilflos fühlt.“*

*Aber so die Frau an sich, kommt relativ gut auch mal eine Weile alleine zu recht.“ (Interview Nr. 31)*

#### 4.4 Strategien des Personals zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren

##### 4.4.1 Onlinebefragung – Strategien im Umgang mit Sprachbarrieren zu deren Überwindung

Oft nutzen die Befragten diverse Hilfsmittel in Kombination mit dem Zweck, Sprachbarrieren zu überwinden. Mehr als einmal in der Woche verwenden 51,7% der befragten Ärztinnen und Ärzte und 45,3% der Hebammen eine Sprache, welche kein Deutsch ist, mit einer Patientin ( $p=0,670$ ). Alle Befragten nutzen ab und zu die Begleitperson einer Patientin zur Übersetzung. Eine weitere, oft genutzte Option stellte die Übersetzung durch bilinguales medizinisches Personal dar. Dies gaben 91,3% der Ärztinnen und Ärzte und 78,9% der Hebammen an. „Zeichensprache“, inklusive Gesten, Mimik und ähnliches gaben 89,5% der Hebammen und 67,5% der Ärztinnen und Ärzte als Überwindungsstrategie an. Eine bei Ärztinnen und Ärzten häufiger genutzte Strategie stellt die Übersetzung durch eine andere bilinguale Patientin dar (61,3%), etwas weniger wurde diese Option bei Hebammen angegeben (36,8%). Die Nutzung eines professionellen Dolmetschers, wie zum Beispiel des Berliner Gemeindedolmetscherdienstes, wurde von deutlich weniger Befragten ausgewählt. Von den Hebammen wählten diese Option nur 23,7%, bei den Ärztinnen und Ärzten waren es 58,8%. Detaillierte Auflistungen sind in Tabelle 3 zu erkennen.

Tabelle 3: Behelfsmaßnahmen bei Sprachbarriere in absoluten Häufigkeiten n und %. Mehrfachantworten waren gegeben. Asterisk zeigt einen signifikanten Unterschied im zweiseitigen Fisher Exakt Test mit einem Signifikanzniveau von  $p<0,005$  (modifiziert aus (Seidel et al., 2019))

	Hebammen	Ärztin oder Arzt	p
Nutzung computergestützter Technik (z.B. „google translate“)	15 (39,5%)	56 (70,0%)	0,002*
Professionelle Übersetzung per Telefon, extern	17 (44,7%)	24 (30,0%)	0,148
Professionelle Übersetzung per Video, extern (z.B. per „Skype“)	2 (5,3%)	13 (16,3%)	0,139
Mehrsprachiges, schriftliches Text- und Bildmaterial	13 (34,2%)	41 (51,2%)	0,113
Übersetzung durch Begleitperson	38 (100%)	80 (100%)	1
Übersetzung durch andere bilinguale Patientin	14 (36,8%)	49 (61,3%)	0,018*
Übersetzung durch bilinguales medizinisches Personal	30 (78,9%)	73 (91,3%)	0,078
Übersetzung durch bilinguale Reinigungskräfte	26 (68,4%)	47 (58,8%)	0,417
Professionelle Dolmetscherin/Dolmetscher in Person (z.B. vom „Gemeindedolmetscherdienst Berlin“)	9 (23,7%)	47 (58,8%)	0,000*

Eigene Sprachkenntnis, auch wenn diese limitiert ist	21 (55,3%)	45 (56,3%)	1
„Zeichensprache“ (Mimik, Gestik etc.)	34 (89,5%)	54 (67,5%)	0,012*
Ablehnung der Behandlung	1 (2,6%)	1 (1,3%)	0,542

#### 4.4.2 Vertiefende Interviews – Vorgehensweisen im Umgang mit Sprachbarrieren und deren Vor- und Nachteile

Die Häufigkeit des Kontakts mit einer Immigrantin wurde von der Mehrheit der Befragten Personen mit „tagtäglich, mehrmals“ oder „sehr häufig“ angegeben. Das Kommunizieren mit einer Frau, bei der keine gemeinsame Sprache gefunden werden kann, sei ebenfalls „sehr häufig. Also hier würde ich sagen sind vielleicht mindestens genauso viele, die zumindestens ‘nen Migrationshintergrund haben. Weil, also, die Generation kann man ja manchmal nicht einschätzen, aber es gibt super viele Frauen, die kein deutsch können und immer nur über den Mann kommunizieren müssen.“ (Interview Nr. 23). Wege der Überwindung von verbalen Kommunikationsproblemen entstehen aus der Not der Situation oder sind strukturell bereits vorhanden. Zahlreiche Befragte erklärten, zur Übersetzung die Begleitpersonen der Patientin, den Ehemann oder Kinder, hinzuzuziehen. Dies war für viele „[...] tatsächlich eher auch zu vermeiden, weil man tatsächlich nicht so ganz genau weiß, was die übersetzen. Also gerade, was so geburtshilflich oder auch in unserem Fall gynäkologisch, wenn es da um Sexualität geht oder Geschlechtsfunktionen und so, das ist häufig, also vermute ich, nicht so ‘ne ordentliche Übersetzung. Wie das geschlechtliche Miteinander ist oder gar Kinder, dann geht das ja gar nicht, ne?“ (Interview Nr. 12). Insbesondere Kinder seien nicht für die Übersetzerrolle geeignet, „[...] weil das, also, ich meine, es gibt nichts Schlimmeres, wie wenn ‘nen Achtjähriges mit dabei ist und erklären muss, was da jetzt vaginal das Problem ist. [...] das geht die nix an, das ist nicht deren Aufgabe. Aber das ist oft, das kommt schon vor, ne?“ (Interview Nr. 14).

Bezugspersonen als Übersetzer, oder Menschen, welche durch die persönliche Beziehung zu der Patientin befangen sind, wurden kritisch hinterfragt, da Informationen nicht korrekt weitergegeben werden, eine emotionale Komponente die Sachlichkeit der Übersetzung behindere, beziehungsweise Fachtermini diese erschweren:

„Na, weil da zu viel interpretiert wird und weil man [...] nie genau weiß, was da erzählt wurde und ich hab‘ das irgendwie auch ‘n paar Mal erlebt, dass die das völlig anders erzählt haben, weil sie nicht aussprechen wollten, dass da ‘ne Krebserkrankung ‘ne Rolle spielt.“ (Interview Nr. 15)

„[...] war natürlich auch der werdende Vater so nervös, dass er das mit der Übersetzung nicht so gut mehr hinbekommen hat und teilweise auch dann seine eigene Frau auf Deutsch angeleitet hat, was sie natürlich dann auch nicht verstanden hat, weil sie ja nur ihre eigene Sprache sprechen konnte und da ist mir das wieder mal bewusst geworden, dass es ihm wirklich schwierig ist, in Notsituationen oder in Situation, wo es wichtig ist, genau zu sagen: Das ist jetzt wichtig und das müssen wir jetzt machen, dass das auch bei der Frau ankommt. Das ist mir wieder klargeworden, dass es irgendwie sehr schwer ist und dass es irgendwie verbessert werden muss. [...], dass auch der Partner als werdender Vater als Dolmetscher eigentlich sich nicht gut geeignet, weil der natürlich emotional in der Situation auch ganz anders beteiligt ist, als eine Person, die das jetzt einfach so dolmetschen könnte, dass es ankommt und dann sozusagen man mit der Frau trotzdem zügig kommunizieren kann, was man machen muss oder ihr 'ne wichtige Frage stellen muss, die sie schnell beantworten muss. Das wäre irgendwie schön, wenn man das irgendwie hinbekommen könnte.“ (Interview Nr. 17)

„[...] wie erklären wir's? Die Männer verstehen's nicht, also die sind meistens der Part, der deutsch spricht, aber die verstehen nicht, was wir meinen. Ne, weil, das sind ja auch teilweise medizinische Sachen, die wir versuchen einzudeutschen, diese Wörter kennen sie gar nicht. Das würde 'n Problem sein, aber auch da kann man sich immer noch, ich sag mal, verständlich machen, indem man ganz einfache Formulierungen benutzt, wie, dass es dem Kind nicht gut geht.“ (Interview Nr. 10).

Telefonische Übersetzung durch Angehörige lasse keine ausreichende Kontrolle über die Information, die ursprünglich übergeben werden soll, zu: „[...] manchmal haben die Leute, die sie anrufen können und dann mache ich das durch ein Telefon. Das ist eben sehr aufwendig und wenn man nicht sicher ist, dass die Patienten das verstanden haben, was man eigentlich meint, ist es halt auch schwierig. Man weiß ja nicht, ob das angekommen ist. Man weiß nicht, ob die dann den Anweisungen folgen [können], wenn man erklärt, was sie zu tun haben.“ (Interview Nr. 32). Die Übersetzung durch die Bettnachbarin werde manchmal genutzt, „[...] was eigentlich auch nicht in Ordnung ist, aber häufig ist es ja so, dass man eine Patientin hat, die im Nebenbett liegt und die Sprache spricht, dass die dann übersetzt. Was eigentlich vom Datenschutz her nicht in Ordnung ist. Man fragt die natürlich vorher. Das sind dann eben so Hilfsmaßnahmen, auf die man zugreift. Das ist dann aber eigentlich nicht korrekt, obwohl die Patientinnen, die dann sozusagen sich mit uns verständigen können, tatsächlich dankbar dafür sind, dass jemand für sie übersetzen kann.“ (Interview Nr. 17). Stellt sich eine Patientin vor, mit



der nicht ausreichend kommuniziert werden kann, „[...] bitten wir schon immer jemanden mitzubringen, der übersetzt.“ (Interview Nr. 11). Das sei natürlich nur möglich „[...] bei geplanten Sachen oder wenn die zur Anmeldung kommen.“ (Interview Nr. 29).

Als praktische Alternative zu professionellen Übersetzern wurde bilinguales medizinisches Personal beschrieben, welches für viele Befragte ein besonderes „Glück“ darstelle: „[...] das Glück, das wir hier haben ist, dass wir auch ganz viele Kollegen haben, die ja auch Türkisch, Arabisch, Russisch sprechen. Wir sind so ganz gut abgedeckt jetzt irgendwie. Das klappt eigentlich so ganz gut.“ (Interview Nr. 13). Eine andere befragte Person lenkte ein: „[...] also, das darf man auch nicht dem Krankenhaus zugutehalten.“ (Interview Nr. 23).

Einige dieser Kollegen hätten ebenfalls einen Migrationshintergrund. Zusätzlich wurde aber auch ein kritischer Aspekt erwähnt, „[...] dass diese Kollegen ja natürlich nicht nur als Übersetzer für uns tätig sind, sondern einfach ihren eigenen Job haben, im ärztlichen oder im pflegerischen Bereich und [wir] diese natürlich nicht immer hinzuziehen können.“ (Interview Nr. 25). Eine weitere Person sprach aus eigener Erfahrung: „[...] es [ist] für mich nicht belastend [das Übersetzen], im Gegenteil, ich gehe gerne zu den Patientinnen, wo ich weiß, okay, da kann ich wenigstens helfen und die verstehen mich. Fühlen sich dann einfach auch entspannter und besser. Aber wenn es jetzt täglich mehrfach stattfinden würde, dass ich meine Arbeit nicht richtig ausüben kann, weil ich mit Dolmetschen zu tun habe, das würde ich dann schon belastend empfinden.“ (Interview Nr. 9). In einigen Fällen war eine Liste mit Personen, welche verschiedene Sprachen sprechen, im Krankenhaus vorhanden, eine so genannte „[...] Sprachmittlerliste, da kann man versuchen anzurufen, das sind aber alle Kolleginnen und Kollegen des ganzen Krankenhauses, egal in welcher Position sie arbeiten, eingetragen, wenn sie bestimmte Sprachen sprechen können, die man dann anrufen kann. Aber dass derjenige oder diejenige den Tag im Haus ist und auch verfügbar ist, ist auch nicht gewährleistet.“ (Interview Nr. 11). Technische Hilfsmittel, wie Smartphones mit Übersetzungsprogrammen und Tablets mit einer „Dolmetscher-App“ bergen Schwierigkeiten, wie die Benutzung im Falle des Tablets, denn es sei „[...] vom Handling her doch nicht so ganz praktisch, wie wir uns das so erhofft hatten. Deswegen auch selten in Benutzung.“ (Interview Nr. 33). Ein problematischer Aspekt des Übersetzungsprogramms „Google translate“ sei, dass da „[...] oft totaler Quatsch raus[kommt].“ (Interview Nr. 14).

Ein weiteres Hilfsmittel stelle die nonverbale Kommunikation mit „Händen und Füßen“ dar, welche in einigen Situationen funktioniert, denn „[...] auch Geburt ist viel Instinkt und ja, ich bewege mich so, wie es mir guttut. Die meisten Frauen wissen, was sie tun.“ (Interview Nr. 34).

Andererseits wurde es von vielen als unzufriedenstellend bewertet, als Behelfsmaßnahme, teilweise ohne jeglichen Erfolg: „[...] und wir behelfen uns dann eigentlich irgendwie mit Händen und Füßen und manchmal kann jeder so englische Worte [...] oder manche Hebammen können dann so ein paar einzelne Worte aus allen möglichen Sprachen, so über die Jahre angelernt. Also man behilft sich irgendwie so gegenseitig, aber manchmal ist es wirklich einfach so, dass man nichts versteht.“ (Interview Nr. 19).

Die Inanspruchnahme eines professionellen Dolmetscherdienstes berge viele Hindernisse oder stehe in einigen Fällen nicht zur Verfügung. Die nicht ausreichende tages- und wochenzeitliche Verfügbarkeit, finanzielle Probleme und lange Wege limitieren die klinische Nutzbarkeit. Auch mangle es an Informationen, wie dieser zu organisieren wäre. Beziehungsweise werde lediglich in bestimmten Fällen ein Dolmetscherdienst angerufen:

„Es gibt ‘nen Dolmetscherdienst, aber der Dolmetscherdienst ist relativ teuer und je nach Tageszeit auch nicht immer abrufbereit, aber für besondere Situationen haben wir für jede Sprache einen Dolmetscherdienst und der muss dann auch kommen und dann muss das auch bezahlt werden. Weil natürlich, je schwieriger die Sache ist, zum Übersetzen, ist es auch ganz wichtig und rechtlich auch wichtig, dass es eine korrekte Übersetzung gibt.“ (Interview Nr. 6)

„Und dann gibt’s natürlich noch auch ‘nen Dolmetscherdienst, aber die sind immer nur donnerstags da [...]. Einmal die Woche, das ist ‘n bisschen wenig, ne?“ (Interview Nr. 14)

„Ja, es gibt es eine Dolmetscherliste, aber die hilft ja einem im Notfall auch nicht gut, weil die Zeiten einfach auch manchmal verrückt sind im Kreißsaal. Das passiert halt nicht am Tag.“ (Interview Nr. 34)

„[...] aber sonst gibt es sicherlich da Angebote der Übersetzer, wobei ich ehrlich gesagt nicht genau weiß, wer der Ansprechpartner ist.“ (Interview Nr. 21)

„[...] ansonsten haben wir leider wenig Möglichkeiten. Wir haben keinen Dolmetscherdienst und keine Optionen jemanden anzurufen, der kommt.“ (Interview Nr. 11)

Übersetzte Aufklärungsbögen, welche direkt durch das Krankenhaus bereitgestellt werden, seien nicht in jeder Sprache vorhanden oder für den jeweiligen Kontext unpassend: „[...] das ist leider nicht ganz einheitlich, für welche Aufklärung es welche Sprache gibt. Also manchmal gibt’s türkisch und arabisch, manchmal gibt’s nur deutsch/englisch, manchmal gibt’s auch nur deutsch. Dann werden Anamnesebögen über’s Intranet bereitgestellt, die für die gynäkologischen Patientinnen zumindest nicht ganz so passend sind, ehrlich gesagt. Also ich

hab‘ mit denen jetzt zwei-, dreimal gearbeitet und da jeweils keinen großen Erkenntniszuwachs gehabt.“ (Interview Nr. 5). Vor allem „[...], wenn die Frauen dann nicht lesen können, ist es natürlich nicht so hilfreich.“ (Interview Nr. 24). Bücher und Piktogramme seien in einer Akutsituation unbrauchbar: „[...] ja, wir haben das, aber das wird dann selten genutzt. Gerade in der Kurzstation habe ich das Gefühl, dass so ein Bildchen nicht ausreicht. Wir haben dann Bücher, wo dann Bilder drin stehen auf allen möglichen Sprachen. [...], aber dann muss man den Weg da vor laufen, in den Raum und das holen und das ist schon manchmal schwer, das umzusetzen.“ (Interview Nr. 16).

#### 4.4.3 Vertiefende Interviews – Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund während der Flüchtlingskrise 2015

Viele Befragte nahmen auf die hohe Zahl an syrischen Flüchtlingen im Jahr 2015 Bezug. Diese Zeit, so berichteten einige Befragte, stellte das geburtshilfliche Personal vor neue Schwierigkeiten, welche vor allem den allgemeinen Personalmangel betrafen. Für die Vielzahl an neu eingereisten Frauen stellte das ein Versorgungsproblem dar:

„Naja, die Versorgung ist dementsprechend ja schlechter geworden, dass man mit demselben Personal, sag ich mal, oder mit denselben Ressourcen deutlich mehr Frauen versorgen muss und natürlich auch Berlin, nicht nur durch die Flüchtlinge, sondern auch an sich explodiert ist, was die Geburtenrate betrifft. Und dadurch natürlich die Versorgung schlechter geworden ist, weil, ich hab‘ ein und dieselben Ressourcen, die ja auf lange Jahre hin herunter geschraubt worden, weil man erwartet hat, es wird weniger. Man dann aber jetzt deutlich mehr hat und das aufzufangen ist gerade das große Problem, in Berlin, wie auch in ganz Deutschland. Ja, das wieder aufzufangen. Und darum kämpfen wir ja hier.“ (Interview Nr. 29).

„Wir haben viel mehr Patientinnen mit viel zu wenig Personal, dementsprechend ist die Versorgung natürlich schwierig, ‘ne gute Versorgung zu gewährleisten und das auch noch bei Frauen mit Migrationshintergrund, wo man die Sprachbarrieren hat, wo man manchmal möglicherweise noch mehr Zeit braucht. Zumal es nicht nur die Sprachbarriere ist, sondern auch der Kulturschock, deshalb [...] bei uns andere Dinge oder Dinge einfach ganz anders ablaufen, als in deren Ländern und das ist für die, glaube ich, ganz schwierig. Also nicht nur für uns schwierig mit solchen Frauen, weil wir halt einfach ganz anders bestimmte Dinge machen, als sie es gewöhnt sind. Und das kostet viel Zeit und die zum Teil einfach nicht personell gewährleistet sein kann. Also, es ist schon wirklich schwierig.“ (Interview Nr. 25)

So sei es auch der Fall „[...] , dass wir halt häufig die Frauen weiterschicken müssen. Gut, ich hatte ‘nen sehr ungutes Erlebnis neulich, da wollte ich ‘ne Frau verlegen in ein anderes Krankenhaus, weil wir eben sie nicht hierbehalten konnten und sie hatte ‘nen Geburtsbeginn und dann wurde ich schon sehr abweisend irgendwie behandelt. So, von wegen, die Frau hat keinen Mutterpass: Die aus dem [Ort des Krankenhauses] wollen ‘ne Frau ohne Mutterpass verlegen, hab‘ ich dann halt so im Hintergrund gehört, wo ich mir so dachte: Hallo? Also jetzt wird’s aber irgendwie richtig komisch. Ich kann ja wohl nichts dafür, die Frau offensichtlich auch nicht.“ (Interview Nr. 24). Beziehungsweise das Personal hatte in der Versorgung der Frauen Schwierigkeiten besonderer Art: „[...] da hatte man im Dienst fünf Frauen, die meistens irgendwie schwer traumatisiert waren und wo so noch überhaupt keine Sprachmöglichkeit da war.“ (Interview Nr. 14).

Einige Befragte berichteten davon, dass durch die Initiative eines Krankenhauses eine besondere durch Dolmetscher begleitete ambulante Anlaufstelle in der Nähe einer Notunterkunft eingerichtet wurde, was sich um einen Großteil der neu zugewanderten Frauen kümmern konnte und von den Befragten als große Unterstützung bewertet wurde:

„Wir sind ja tatsächlich in der glücklichen Lage, dass wir ‘ne halbe Stelle mehr gekriegt haben, die auch immer noch existiert, um die Frauen aufzufangen [...], sodass wir auch sehr schnell einfach auch gelernt haben, damit umzugehen. Nee, also für uns war das jetzt nicht: Oh Gott, jetzt kommen die alle, das ist ‘ne Katastrophe, sondern, das ging sehr schnell in geregelten Bahnen [...]. Also für die Kinderklinik, sind ja auch sehr viele traumatisierte Kinder gewesen, also da haben wir eigentlich Hand in Hand auch mit denen gearbeitet.“ (Interview Nr. 12).

## 4.5 Wünsche des Personals zur Modifizierung der gegenwärtigen Situation

### 4.5.1 Verbesserungswünsche der Immigrantinnenversorgung – Ergebnisse aus der Onlinebefragung

Hinsichtlich der Betreuung von Immigrantinnen ergab sich, dass sich insgesamt 58% der Hebammen, Ärztinnen und Ärzte als „eher nicht“ beziehungsweise „überhaupt nicht“ gut auf die Versorgung von Immigrantinnen vorbereitet sehen. Die Frage, ob eine Fortbildung zur Immigrantinnenversorgung gewünscht sei, bejahten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit 69%. Hier fand sich insofern eine Differenz zwischen beiden Berufsgruppen, dass sich Ärztinnen und Ärzte mit 76% eher eine Fortbildung wünschen als Hebammen, bei denen der Anteil lediglich 55% betrug ( $p=0,032$ , zweiseitiger exakter Fisher-Test).

#### *4.5.2 Anmerkungen zur Verbesserung der Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund von Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmern*

Ein zentraler Punkt der Arbeitsunzufriedenheit stelle der Mangel an Kollegen dar, weshalb die Arbeitslast besonders hoch sei. Dies wirke sich negativ auf die Zeit für die Patientinnen aus. So wünschten sich viele Befragte „[...]“, dass hier mehr Personal wäre. Aber das ist egal, ob die Frauen Migrationshintergrund oder nicht haben. Also häufig müssen Frauen lange warten, weil wir einfach nicht ausreichend Personal haben, um sie schnell zu versorgen.“ (Interview Nr. 32). Mehr Personal sei nötig „[...]“, damit wir die Geburtenzahlen wieder fahren können, die wir vorher hatten und damit wir einfach wieder auf ‘nem vernünftigen Niveau arbeiten können, ohne ständig Frauen abweisen zu müssen.“ (Interview Nr. 21). Die Qualität der Versorgung für alle Frauen stehe für viele der Befragten eindeutig im Vordergrund, so sei es aber auch die Anerkennung, die für die täglich geleistete Arbeit fehle: „Mehr Personal, um ‘ne gute Betreuung überhaupt gewährleisten zu können. Und natürlich dann auch, dass man nicht Ressourcen verschwendet mit Ärzten, die unnötig sind, die in dem Moment andere Dinge tun könnten und allgemein im Team natürlich auch ‘nen respektvoller, würdevoller Umgang miteinander. Ich glaube, da kann man in schweren Zeiten viel mehr auch gemeinsam leisten, dementsprechend natürlich auch von der Krankenhausleitung viel mehr Wertschätzung gegenüber dem, was man leistet und [ich] glaube, könnten viele auch noch mehr leisten, als sie es tun. Aber die Motivation sinkt enorm aufgrund von viel zu wenig Wertschätzung. Und viel zu viel Forderung dessen, was man tagtäglich leisten muss, was gar nicht mehr zu schaffen ist. Um ‘ne gute Medizin zu betreiben. Weil, im Endeffekt zählt ja nur das, was unterm Strich rauskommt und das heißt gesunde Frauen, gesunde Kinder. Und das kann man dann einfach nicht mehr gewährleisten mit zu wenig Personal. Das kann ganz lange gut gehen und dann kann ‘s ein, zwei Fälle geben, wo es einfach total schief geht.“ (Interview Nr. 25). Die Idee einer Sprechstunde für Immigrantinnen, so wie sie in einem Fall schon existierte, wurde erwähnt. Die unterschiedlichen Sprachen der Patientinnen sollen aufgegriffen werden, um damit bestimmten Notfallsituationen zuvorzukommen, der Patientin mehr Zeit in der Behandlung zu ermöglichen und das Arbeitsaufkommen zu erleichtern: „[...] vielleicht auch andere Sprechstunden, wo man das auffangen kann. Gerade jetzt auch so für die Frauen mit Migrationshintergrund, dass man vielleicht auch ‘ne Sprechstunde aufbaut, [...] die auch verschiedene Sprachen sprechen, dass man nicht davon abhängt, dass die jemanden mitbringt, der deutsch kann, sondern dass man auch das Personal hat. Es gibt viele, viele, die auch türkisch sprechen, arabisch sprechen, also so unsere typischen Sprachen, die wir hier haben. Ja, man könnte das so aufbauen, dass [...] Dinge halt schon mal geklärt werden, wie die ganzen Abstriche, dass man nicht damit erst

*konfrontiert ist, wenn die Frau hier mit Schmerzen vor der Tür steht. Sondern dass man die Anamnese richtig hat, dass man nicht in Notfallsituationen mit diesen Frauen gerät, weil man Dinge nicht weiß. Das würde ich mir sehr wünschen.“ (Interview Nr. 29). Eine weitere befragte Person erwähnte auch, dass es sehr gut wäre, wenn in dieser Sprechstunde „[...] überwiegend weibliches Personal da ist.“ (Interview Nr. 33).*

Eine mehrmals wiederkehrende Forderung von vielen Befragten betraf Sprachbarrieren und das daraus resultierende Kommunikationsproblem zwischen Personal und Patientin. Es bestehe der Wunsch nach der einfachen Verfügbarkeit und dem komplikationslosen Organisieren von professionellen Übersetzern. Es sei vermehrt psychologische Betreuung für die Patientinnen notwendig, sowie die Gleichbehandlung von Patientinnen, welchen nicht die gleichen Angebote entgegengebracht werden können, wie Frauen ohne Migrationshintergrund:

*„Also ich denke, es wäre sehr wünschenswert, dass immer jemand dabei wäre, der die Sprache spricht der Patientin und des Arztes oder der Hebamme, [...] auf jeden Fall. Vor allen Dingen für unsere Arbeit, aber auch für die Patientin selber. [...], wenn man sich vorstellt, man ist, liegt schmerzgeplagt irgendwo und man kann sich nicht verständigen, das ist ‘nen schrecklicher Zustand.“ (Interview Nr. 11)*

*„[...] mehr psychologische Betreuung und doch mehr standardisierte Dolmetscher, die man sich nehmen kann, wo man einfach nicht scheut, sondern wo man anruft und sagt, ich brauche jetzt hier arabisch/deutsch, in einer Stunde kann er hier sein.“ (Interview Nr. 4)*

*„Ich wünsche mir den routinemäßigen Einsatz von qualifizierten Dolmetschern und ich wünsche mir genau diese Angebote an die Migrantinnen, wie sie auch bei den Patientinnen ohne Migrationshintergrund möglich sind, beziehungsweise bei denen, die in Deutschland leben, ohne die deutsche Staatsbürgerschaft zu besitzen.“ (Interview Nr. 3)*

*„Mehr Personal und Dolmetscher, die schnell abrufbar wären und keine Diskussion, ob die Kosten übernommen werden oder nicht. Einfach, dass es gemacht werden kann, auch nachts in der Rettungsstelle.“ (Interview Nr. 32)*

Materialien, so vor allem Aufklärungsbögen, seien vollständig und kostengünstig erwünscht: *„Aufklärungsbögen oder zu OPs und Prozeduren in allen Sprachen, ohne, dass es viel Geld kostet, wäre super.“ (Interview Nr. 15). Wichtig sei ebenfalls, dass „[...] die auch dann quasi inhaltlich flächendeckend vorhanden sind, also dass manche Aufklärungen nur so, manche dann*

auch auf türkisch oder eben auch nicht vorhanden sind, das macht aus meiner Sicht keinen Sinn.“ (Interview Nr. 5). Vermehrte soziale Unterstützung für Immigrantinnen am Beispiel des „Babylotsen-Projekts“, welches kürzlich gewordenen Eltern eine Hilfe bietet, sei gefordert. Insbesondere solle dies Frauen mit Migrationshintergrund in bürokratischen Angelegenheiten unterstützen: „Vielleicht ist es auch eine gute Idee mit den postpartalen Angeboten oder auch die Stillgruppen, die wir haben, ob man da nicht vielleicht irgendwie die Frauen mehr einbinden kann. Was wir jetzt aktuell haben ist eine Babylotsin. Das ist ein ganz cooles Projekt, ist jetzt nicht direkt der Sozialdienst, aber das ist einfach eine Person, die Frauen ein bisschen so an die Hand nimmt und sagt: Da gibt es so ein Angebot oder hier kriegst du eine Haushaltshilfe her. Einfach so ein bisschen die Wege auch zeigt, ohne, dass man jetzt einen Stempel hat oder einen Eintrag, sondern einfach nur ein bisschen unterstützt. Das finde ich echt ein gutes Projekt. Gerade auch für Frauen, die noch so ein bisschen Unterstützung brauchen. Gerade auch für die Ämtergänge, das ist gar nicht so leicht.“ (Interview Nr. 34).

Viele Befragte bejahten das Interesse an einer Fortbildung zur Verbesserung der Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund und beschrieben vor allem einen Bedarf an vermehrter kultureller Kenntnis, um den Patientinnen mehr Verständnis entgegenbringen zu können und kennenzulernen „[...] wie in den Ländern Schwangerschaft, Geburtshilfe, Wochenbett gelebt werden.“ (Interview Nr. 32). So sei dies wünschenswert, „[...] um besser zu verstehen, warum die Frauen wie handeln, reagieren und um die Frauen möglicherweise manchmal besser abholen zu können und bessere Möglichkeiten zu haben, vielleicht über Mythen hinwegzuhelfen, ihnen besser erklären zu können, warum wir dieses oder jenes machen.“ (Interview Nr. 25). Denn es gebe „[...] auch immer Sachen, die wir so auffassen, aber die gar nicht so gemeint sind. Warum jetzt das Baby nicht gewaschen wird nach der Geburt, wird oft eher gefragt von den Migrantinnen, als jetzt von deutschen Frauen zum Beispiel. Das ist halt bei uns nicht so üblich. Bei Asiaten ganz, ganz schlimm, wenn man ein klatschnasses, geburtenfrisches Baby auf die Brust bekommt. [...] dass man sowas weiß und dass man versteht, warum die Frauen grad einen Moment überfordert sind mit so einem Baby auf der Brust, weil es eben komisch ist oder eben andere Sachen. Hände schütteln mit Männern auf keinen Fall in der einen Kultur, dass man bisschen mehr so weiß, warum andere so reagieren.“ (Interview Nr. 20). Es kamen verschiedene Ideen zur Gestaltung der Fortbildung auf. Eine Person erwähnte, sie wünsche sich Informationen „[...] ich glaube vielleicht gerade von Leuten, die aus diesem Kulturkreis kommen, aber jetzt in Deutschland schon lange irgendwie integriert und sozialisiert sind und eben auch deswegen die Unterschiede gerade wissen, dass die einem vielleicht nochmal sagen: Du, bei mir in der Kultur, bei mir in der [...] islamischen Religion oder Mentalität oder wie auch immer ist es halt üblich,

*dass es so und so ist.“ (Interview Nr. 2). Es bestehe der Einwand „[...], wenn jetzt deutsche anderen deutschen was über kulturelle Gegebenheiten erzählen, dann ist da irgendein Fehler. Also ich glaub‘, wenn, dann sollte das ein gemeinsames Miteinander sein, dass alle irgendwie Erfahrungen austauschen und dass man einfach auch mal offen über alles sprechen kann, ohne dass da irgendwelche Schubladen aufgemacht werden. Also ich finde schon, da sollten auf jeden Fall viele verschiedene Menschen dabei sein.“ (Interview Nr. 30). Bei einigen Befragten bestehe das Interesse an Sprachkursen, „[...] so kleine Sprachkurse für auch Angestellte wären ganz gut, also wenn man die fachlichen Sachen versuchen könnte zu erklären.“ (Interview Nr. 30), beziehungsweise „[...], dass sie [das geburtshilfliche Personal] zumindest so ‘n Feeling für manche Sachen haben oder für Grundbegriffe oder so.“ (Interview Nr. 1). Einige äußerten den Wunsch, sich mit den Patientinnen selbst auszutauschen: „[...] auch erzählen können, wie es für Frauen erlebt wird, wenn sie jetzt in ‘nen deutsches Krankenhaus gehen, zum Beispiel. Was die sich wünschen würden.“ (Interview Nr. 24). Es sei sinnvoll, wenn sich Krankenhäuser untereinander mit Informationen unterstützen, ein „[...] Austausch noch zwischen den Häusern stattfindet. Sowas fänd‘ ich toll.“ (Interview Nr. 14), um vom gegenseitigen Erfahrungsschatz zu profitieren. So sprachen sich einige Befragte auch ganz allgemein für mehr Toleranz, weniger Fremdenfeindlichkeit und ein gemeinsames respektvolles Miteinander aus:*

*„[...] wo hier [...] noch viel Vorurteile, viel rassistische Hintergedanken waren und ich jetzt nach Jahren Arbeit hier sagen kann, bin ich schon sehr überrascht und positiv und weiß, allein wie die Patientinnen hier behandelt werden, dass das respektvoll ist und alles jetzt in Ordnung ist, das ist schon eine wahnsinnige Errungenschaft. Der Umgang mit Flüchtlingen, Immigranten, mit Migrationshintergrund, das Verständnis dafür [...], [früher] wurde anders mit ihnen umgegangen [...]. Allgemein würde ich mir sehr viel mehr Toleranz in Deutschland dafür wünschen und Verständnis und zurückblickend, was unsere Großväter und Väter und Urgroßväter durchgemacht haben [...]. Mehr Toleranz und Verständnis für Situationen.“ (Interview Nr. 4)*

*„[...] ganz wichtig, dass weder ausländerfeindlich agiert wird, dass man also praktisch ‘ne Gleichbehandlung von allen macht. [...] Also, dass man praktisch denen die gleiche Medizin zukommen lässt und auch sich genau so entscheidet. Ob das in der Realität immer so ist, das ist wahrscheinlich dann mal anders und das weiß ich nicht, aber prinzipiell ist die Verantwortung, dass man im Team das Multikulturelle als normal und als Gewinn herausstellt [...]. Hier wurde schon mal gesagt, dass das hier ausländerfeindlicher ist. [...] das merken Sie ja [...], dass da doch ‘ne gewisse Ausländerfeindlichkeit bei den Patienten besteht. [...] [oder] den alten*



*Schwestern aus DDR-Zeiten, dass die dann vielleicht doch noch anders agieren, wenn einer nicht deutsch spricht oder so, ja, aber das haben Sie glaube ich überall.“ (Interview Nr. 1)*

Die Verantwortung für die Überwindung von Sprachbarrieren lag für einige Befragte auf Seiten der Frauen mit Migrationshintergrund: *„Wenn ich gemein sein darf, doch, doch, die Frauen.“ (Interview Nr. 22).* So sei es ein essentieller Baustein für das Leben: *„[...] die größte Verantwortung liegt bei dem Menschen selber. Gerade weil, es gibt ja diese Sprachkursangebote und [...] traurig macht mich, dass vor allem eben bei seit Generationen in Deutschland Lebenden, ich sehe das auch in der Schule meiner Kinder, wo beide Eltern in Deutschland geboren sind und die Kinder, wenn die in die Schule kommen, richtig schlecht deutsch sprechen. Und da sehe ich ganz klar die Verantwortung, weil, [...] die werden das dann lernen in der Schule, aber die Eltern werden’s eben nicht mehr lernen. Und das macht ja aber diese ganze Problematik auch mit der Schulbildung und dann funktioniert das wieder nicht, ne? Dann sind die wieder nicht in ‘ner höheren Schulbildung, weil das so schwierig ist, also es ist so ‘n Teufelskreis nochmal.“ (Interview Nr. 12).* Eine andere Person betrachtete dies als ein *„[...] Defizit von den Menschen, die hierherkommen. Ich meine, die haben bestimmt hier auch ein Netzwerk und kennen irgendwen und der kennt vielleicht irgendwen und dann hat man irgendjemanden, der deutsch spricht. Und ich finde, dann gehört es halt auch einfach dazu, dass man jemanden mitbringt, der halt auch deutsch kann. [...] das finde ich halt nicht in Ordnung, dass man hierherkommt und erwartet, dass man verstanden wird, also. Das ist ja keine Selbstverständlichkeit, einfach.“ (Interview Nr. 13).* Auch differierten hier die Meinungen, so sei es nicht immer zu erwarten, *„[...]“, dass sie [Frauen mit Migrationshintergrund] immer jemanden mitbringen, der mit übersetzen kann.“ (Interview Nr. 7).*

Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer sahen die Verantwortung ebenfalls oder auch teilweise ausschließlich bei politischen Strukturen, dem deutschen Staat, beziehungsweise dem Land Berlin, da man *„[...] günstigere Dolmetscher irgendwie organisieren könnte, die immer ansprechbar oder zumindest telefonisch irgendwie erreichbar sind, aber ich weiß ich nicht, ob das geht, wäre schön.“, denn „[...] wenn die wirklich als Flüchtlinge herkommen, kann man ja nicht erwarten, dass die plötzlich mit einem Mal fließend deutsch oder englisch sprechen, das ist ja völlig klar und wenn die aus Flüchtlingsheimen kommen, würde ich persönlich sagen, muss irgendwie das Flüchtlingsheim jemanden bereitstellen, der für solche Sachen mitkommt. Und wenn ein Flüchtling aus dem Flüchtlingsheim ins Krankenhaus in die Rettungsstelle muss, dann muss einer aus dem Flüchtlingsheim halt mit, der irgendwie übersetzen kann und zumindest ein,*

zwei Sätze zu der Patientin sagen kann.“ (Interview Nr. 2). So war für einige Befragte eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und der Landesregierung erforderlich: „[...] Krankenhaus, Leitung und Geschäftsführung, dass die dieses Problem erkennen und mit dem Land Berlin an einer Lösung arbeiten.“ (Interview Nr. 32).

Auch kam bei einigen die Meinung auf, dass „[...] das ganze Krankenhaus, [es] ist ja nicht nur unsere Abteilung, das ganze Krankenhaus Sprachmittler gewährleisten [müsste].“ (Interview Nr. 11). Deutlich wurde geäußert: „[...] die Verantwortung liegt im Krankenhaus, also eindeutig, da müssen Dolmetscher für uns erreichbar sein, das darf keine Kostenfrage werden.“ (Interview Nr. 10). Eine große Vielzahl an Befragten war sich allerdings einig, dass die Verantwortung bei mehreren Beteiligten läge, so sollten „[...] die Ressourcen [...] hier besser sein [...]. Aber auch das Engagement der Migrantinnen, gerade die, die durch den Partner hergeholt werden, sich um Deutschkurse zu kümmern und da hinterher zu sein, sich 'ne sprachliche Basis für ihr eigenes Leben und dann auch für die Erziehung der Kinder zu schaffen. Also auch von beiden Seiten.“ (Interview Nr. 29). Es bestehe auch Verständnis für schwierige Situationen von Frauen mit Migrationshintergrund: „[...] auf der anderen Seite, da muss ja das Angebot auch da sein, ne? Nee, also es sind beide und ich glaub', [...] wenn 'ne Frau drei kleine Kinder hat, die sind vier, eins und gerade geboren, die macht keinen Sprachkurs, wann soll die denn bitte noch 'nen Sprachkurs machen? Das geht einfach nicht.“ (Interview Nr. 14).

Andere hielten es für notwendig, sich selbst für die Überwindung von Kommunikationsschwierigkeiten zu engagieren: „Also ich weiß, dass ich mein Englisch ein bisschen besser aufbügeln müsste, weil man damit ja auch am weitesten kommt. Und gerade, wenn man im Krankenhaus ist, in einer Hauptstadt, auch mit so einem großen Einzugsgebiet [...], sollte man da seinen eigenen Beitrag, wenn möglich, leisten.“ (Interview Nr. 8). Abgesehen von sprachlichen Fähigkeiten bestehe der Anspruch, sich selbst weiterzubilden: „[...] aber ansonsten erwarte ich von denen [Frauen mit Migrationshintergrund] eigentlich überhaupt nichts weiter dafür. Gerade die Frauen, die eventuell geflüchtet sind, die können schon mal gar nichts dafür, dass sie von zu Hause wegmussten und da erwarte ich eigentlich von denen gar nichts, sondern da stelle ich dann eher Ansprüche an mich, mich dann eben weiter zu informieren.“ (Interview Nr. 19).

In diesem Kontext wünsche sich das geburtshilfliche Personal von Frauen mit Migrationshintergrund, dass sie offen für das Lernen einer neuen Sprache wären: „[...] ich weiß nicht, ob man sich das von denen wünschen kann, weil, oftmals sind die ja einfach so, dass die halt frisch angekommen sind, kleine Kinder haben und das irgendwie nicht gut möglich ist, die Sprache zu lernen, naja, 'ne Bereitschaft wäre super. [...] und was ich aber schon finde, ist,

wenn die dann, wenn die Kinder größer sind, dann hat sie ja Zeit, also dann geht's ja meistens besser. Und ich finde dann, dann muss sie's irgendwie machen. [...] das ist sie den Kindern dann auch einfach schuldig.“ (Interview Nr. 14). Nicht nur der sprachliche Aspekt wurde erwähnt, sondern auch die Offenheit gegenüber den kulturellen Gegebenheiten Deutschlands, auch wenn diese stark von denen des jeweiligen Herkunftslandes abweichen: „[...] ich würd' mir schon wünschen, dass sie [Frauen mit Migrationshintergrund] sich darüber informieren, in welcher Form in Deutschland Gesundheitsvorsorge läuft und so weiter, also dass man, dass die nicht so erstaunt sind, wenn das so ist, dass sie eben anders behandelt werden. Ich würd' mir wünschen, dass sie akzeptieren, dass wir unterschiedliche Kulturen haben, also auch andersrum, nicht nur wir, sondern sie auch. [...] also, gegenseitig interkulturelle Akzeptanz wäre schön und nicht nur, dass wir bringen müssen, sondern sie [Frauen mit Migrationshintergrund] 'n bisschen auch mitbringen.“ (Interview Nr. 15). Neben Akzeptanz gegenüber der neuen Kultur, welche von vielen erhofft wurde, wünschte sich eine andere befragte Person „[...], dass man sich auch ein bisschen um Selbstständigkeit müht [...]. In anderen Kulturen ist die Emanzipation noch nicht so weit, aber wenn man halt in 'nen Land kommt, in das man sich integrieren will, hm, ja, sollte man sich vielleicht schon auch ein bisschen der Kultur des Empfangslandes öffnen oder zumindestens versuchen, irgendwie da 'nen Einstieg zu finden und sich nicht immer so auf den Männern auszuruhen und oft [...] irgendwie so mitspielen, dass sie halt kein Deutsch können und keine Ahnung, ich find', das ärgert mich schon oft [...]. Das ist natürlich schön, dass es dann türkischsprachige Ärzte gibt, aber das verstärkt halt eher noch das Problem, dass Leute sich halt nicht integrieren.“ (Interview Nr. 23).

Frauen ohne Migrationshintergrund betreffend wurde deutlich, dass Toleranz auch von ihnen gefordert war, in diesem Falle besonders Frauen mit Migrationshintergrund gegenüber:

„[...] manchmal ein bisschen mehr Toleranz, ja, weil wir schon auch Frauen [ohne Migrationshintergrund] haben, die sagen: Hier sind ja nur Frauen mit Kopftuch.“ (Interview Nr. 12)

„Na, ich fänd's schöner, wenn die [Frauen ohne Migrationshintergrund] 'n bisschen toleranter wären. Aber ich meine, Wochenbett ist auch so 'ne krasse emotionale Phase, ich glaub', da kann man irgendwie auch nicht so wahnsinnig tolerant sein, wenn da irgendwie zehn Leute zu Besuch sind, bei der Nachbarin. Also es ist irgendwie schon auch verständlich, ja. Was ganz gut ist, ist, dass die Schwestern einfach auch, ich meine, das ist natürlich auf der anderen Seite auch wieder nicht tolerant, ja, wenn man sagt, ok, dann legt man halt die türkischen Frauen zusammen und die arabischen Frauen zusammen und die deutschen zusammen.“ (Interview Nr. 14).

Dass Frauen ohne Migrationshintergrund für die Befragten eine andere Geburtsvorstellung haben, wurde bereits erwähnt. In diesen Interviewabschnitten zeigt sich, dass sich das geburtshilfliche Personal wünscht, Frauen ohne Migrationshintergrund würden Geburt wieder als etwas „Normales“ betrachten, anstatt als das „sich Entfalten“ oder sich als „Mittelpunkt der Welt“ sehen, beziehungsweise „ein Projekt“ daraus zu kreieren:

*„Ich würde mir wünschen, dass die Geburt an sich wieder eine gewisse Normalität bekommt und das, was ich vorhin als Recht aufgeschrieben habe, würde ich mir wünschen, dass nicht mehr so dieses Recht auf persönliche Verwirklichung über allem steht. Also, ich gönne jeder Frau, dass sie ihre Geburt selbst gestaltet, überhaupt gar keine Frage, aber dass manchmal medizinische Notwendigkeit nicht als so persönlicher Eingriff in ihre persönliche, wie sagt man dazu, Möglichkeit, sich zu entfalten, begriffen wird. Sondern, dass da mehr Verständnis für ist und mehr Aufklärung dafür da ist und [...] dass es im Endeffekt bei der Geburt darauf ankommt, eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind zu haben.“ (Interview Nr. 28)*

*„Naja, dass man Geburt eher als etwas Normales ansieht und dass man es nicht so hochstilisiert, dass man denkt, es ist das Erlebnis im Leben einer Frau, sondern es ist: Ich kriege ein Kind. Das ist was Tolles, aber: Ich kriege auch nur ein Kind. Das ist auch nicht Supernova, es muss sich nicht alles nur noch um mich drehen, nicht? [...] die Frauen sind so fokussiert auf sich, dass sie das Gefühl haben: Ich bin jetzt der Mittelpunkt der Welt. Und das sind sie nicht. Natürlich wollen wir sie begleiten, wir wollen sie unterstützen, sie sollen ihren Weg finden, aber auch bei aller Unterstützung können wir ihnen das Kinderkriegen nicht abnehmen und das müssen sie alleine tun.“ (Interview Nr. 6)*

*„[...]“, dass sie [Frauen ohne Migrationshintergrund] ein bisschen entspannter in die Geburt gehen, bisschen entspannter die Schwangerschaft wahrnehmen beziehungsweise annehmen, dass es was Natürliches, was Normales ist und kein Projekt, dass sie sich eben da verrückt machen, verschiedene Foren lesen, im Internet nachgucken und denken, die haben die verschiedensten Krankheiten. Also diese Entspantheit würde ich mir eher wünschen.“ (Interview Nr. 9)*

Was sich von beiden Frauengruppen gewünscht wurde, betraf vor allem die vermehrte Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Diensten, denn „[...] generell sind Schwangere schon ziemlich exigentes. Mit kleinsten Wehwehchen kommen die meisten schon an oder gehen dann auch immer gleich in die Rettungsstelle, statt zum Frauenarzt zu gehen [...]. Das würde, das ist glaube ich so ‘n genereller Appell von allem Krankenhauspersonal an die

*Patienten. Es ist 'ne Notaufnahme und kein Ding, wo man mit Schnupfen oder kleinen Wehwehchen hingehen soll.“ (Interview Nr. 23). Auch wünschten sich einige mehr „[...] Wertschätzung. Manchmal ist [da] auch ein sehr derber Ton bei Deutschen, genauso wie bei Migrantinnen. Also, da würde ich jetzt keinen Unterschied machen.“ (Interview Nr. 19).*

Einige wünschen sich Respekt und Anerkennung für die personelle Lage der Mitarbeiter einer geburtsmedizinischen Abteilung: *„[...] Respekt einfach für unsere Arbeit, für unsere Methoden, das finde ich wichtig für beide Gruppen und [...] ja vielleicht noch so 'n bisschen, dass der Umgang nicht so selbstverständlich ist. Also, dass es eben nicht gewährleistet sein kann, dass die Besetzung hier top ist. Sondern, dass das ein Problem ist und dass das dann auch angenommen wird und gesehen wird und dass man das nicht so hart erklären muss, dass es einfach auch für sie nicht gut wär‘, für die Frau. [...] da ist manchmal schon Unverständnis und da würde ich mir gerade von den deutschen Frauen mehr Verständnis und mehr Engagement vielleicht auch in 'ner politischen Richtung wünschen.“ (Interview Nr. 30). Politisches Engagement sei grundsätzlich von Bedeutung „[...], denn nur so erreichen wir was, nur so wird sich die Versorgung im Gesundheitswesen, in der Geburtshilfe verändern und nur so haben wir dann bessere Voraussetzungen und nur so können wir uns besser um die Frauen kümmern, weil wir eine bessere Versorgung ermöglichen. Was wir tun, tun wir alle mit Herz.“ (Interview Nr. 29).*

#### 4.6 Schlussbemerkungen

In den vertiefenden Interviews konnten keine wesentlichen Unterschiede im Meinungsbild zwischen den Berufsgruppen oder im Hinblick auf den Tätigkeitsort (Kliniken in ehemaligen Stadtteilen Berlins Ost/West) gefunden werden.

---

## 5. Diskussion

### 5.1 Einschätzung und Folgen der aktuellen Versorgungssituation

Die Versorgungssituation der Frauen mit und ohne Migrationshintergrund kann gemessen daran, wie das geburtshilfliche Personal die Zufriedenheit der Patientinnen einschätzt, auf einen insgesamt recht hohen Versorgungsstandard schließen lassen. Ergebnisse aus einer vergangenen Berliner Untersuchung bestätigen dies (Brenne et al., 2015).

Es gilt allerdings hervorzuheben, dass laut Onlinebefragung feine Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit der Patientinnen mit und ohne Migrationshintergrund zu finden waren (Seidel et al., 2019). Betrachtet man diese Unterschiede im Zusammenhang mit den Ergebnissen der vertiefenden Interviews, welche erkennen lassen, dass bestimmte Gruppen von Frauen mit Migrationshintergrund von der geburtshilflichen Versorgung nicht ausreichend erreicht werden, stellt sich heraus, dass weiterhin Versorgungsungleichheiten zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund bestehen.

Diese Versorgungsungleichheiten sind nicht lediglich auf den Faktor „Migrationshintergrund“ an sich, sondern auf Merkmale zurückzuführen, welche in diesem Sinne vulnerable Gruppen von Frauen mit Migrationshintergrund definieren und sowohl die Schwangerenvorsorge als auch die Nachsorge betreffen:

- Frauen mit einem prekären Aufenthaltsstatus, oftmals Flüchtlingsstatus oder keinem regulären Aufenthaltsstatus, die demnach keine Krankenversicherung oder nur eine Grundsicherung besitzen
- Frauen, welche sich in schwierigen Lebensumständen befinden (z.B. Wohnsituation in Notunterkünften)
- Frauen, welche über kein ausreichendes soziales Netzwerk verfügen
- Frauen, welche keine ausreichenden Sprachkenntnisse besitzen
- Frauen, welche erst kürzlich nach Deutschland eingereist sind

Diese vulnerablen Gruppen gilt es nicht zu vernachlässigen, da bei ihnen vermutlich eine schlechtere Versorgung vorliegt. Eine Einschätzung dieser Art wurde ebenfalls in einer früheren Berliner Untersuchung gefunden: eine kurze Aufenthaltsdauer, geringe Deutschkenntnisse und ein unklarer Aufenthaltsstatus wurden als Risikofaktoren für eine geringere und spätere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen beschrieben (Brenne et al., 2015). Daraus ergibt

sich eine differenziertere Situation, als der noch in den 1960er Jahren als sozialer Faktor beschriebene Begriff „Migration“ (Barron and Vessey, 1966).

Es sollte demnach verstanden werden, wie ein frühzeitiges Erreichen dieser Frauen möglich ist. Schwierigkeiten liegen sowohl in der Inanspruchnahme (auf Seiten der Immigrantinnen), als auch in der Bereitstellung (auf Seiten des geburtshilflichen Personals) von Versorgungsmaßnahmen. Das wurde bereits in früherer Literatur aus Schweden beschrieben (Akhavan, 2012). Informationsmangel, das Gewohntsein an ein anderes Gesundheitssystem, der ungleiche Zugriff durch Sprachbarrieren und Skepsis sind hierbei auftretende Probleme von Frauen der vorher benannten vulnerablen Gruppen. Gesundheitliche Aufklärungsprogramme in verschiedenen Sprachen könnten das Erreichen dieser Frauen besser gewährleisten. Das Nichtvorhandensein eines Mutterpasses, eine erschwerte Anamnese durch Sprachbarrieren, keine ausreichenden Aufklärungsmöglichkeiten, geringere Angebote und Skepsis gegenüber dem Unbekannten liegen als Herausforderungen auf Seiten des Personals.

Deutlich wurde, dass Hebammen durch Frauen mit Migrationshintergrund weniger in Anspruch genommen werden. In der Schwangerennachsorge wurde von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Unterstützung durch die Familie als positiver angesehen. Ob es sich bei dem Ersatz der Hebamme als professionelle Figur durch die Familie um eine gleichwertige Versorgung handelt, bleibt kritisch zu hinterfragen. In einer Studie aus Großbritannien konnte ein Nachsorgeprogramm, welches die professionelle Betreuung durch Hebammen beinhaltet, dafür sorgen, das Auftreten von postpartaler Depression zu verringern (MacArthur et al., 2002). Eine professionelle Betreuung ist ebenfalls notwendig, um früh Pathologien bei Mutter und Kind aufzudecken und der Familie zeitgemäßes und evidenzbasiertes Wissen zur Verfügung zu stellen, welches für die Patientin von Bedeutung ist (Proctor, 1998).

Ein familiärer Rückhalt könnte allerdings speziell bei Frauen mit Migrationshintergrund die nötige kulturelle Nähe bereitstellen. Familienangehörige wurden in dieser Befragung bei Frauen mit Migrationshintergrund als präsenter während Schwangerschaft und Wochenbett beschrieben als bei Frauen ohne Migrationshintergrund, was in den Augen der Befragten einen Vorteil darstellt.

Dies als hinreichende Alternative anzusehen, könnte das Risiko eines Doppelstandards in sich tragen, wie es bereits in den 1970er Jahren im Zusammenhang mit dem System der gesetzlichen und privaten Krankenkassen beschrieben wurde (Auerbach, 1972). Frauen mit Migrationshintergrund sollten von Hebammen genauso erreicht werden wie Frauen ohne Migrationshintergrund. Auf der anderen Seite könnten bei Frauen ohne Migrationshintergrund die Familien stärker in die Nachsorge miteingebunden werden. Eine Untersuchung aus den

Niederlanden hat von Hebammen supervidierte „maternity care assistants“ als ein gutes Nachsorgemodell für Familien erprobt (Wiegers, 2006). Dies könnte die postpartale Versorgung von Immigrantinnen, aber auch den Dialog von Frauen ohne Migrationshintergrund mit ihren Familien stärken.

Ohne Frage besteht ein Doppelstandard, sobald die Patientin keine Krankenversicherung nachweisen kann. Die Grundversorgung, welche ein Mensch ohne regulären Aufenthaltsstatus erhält, steht in keinem Vergleich zur Versorgung durch eine gesetzliche oder private Krankenversicherung. Aus dem psychiatrischen Fachbereich ist bekannt, dass ein prekärer Aufenthaltsstatus und der Zustand nach Flucht zu mentalen Beeinträchtigungen führen kann (Porter and Haslam, 2005, Kennedy and Murphy-Lawless, 2003). Hier sind strukturelle Veränderungen in politischen Bereichen zu fordern.

## 5.2 Die Bedeutung der sprachlichen Verständigung, Schwächen in Kommunikation und Lösungsansätze

Eine ausreichende sprachliche Verständigung sind für den Informationsgewinn und auch die Inanspruchnahme von Angeboten der Vor- und Nachsorge essenziell. Dass eine gemeinsame Sprache von großer Wichtigkeit ist und unzureichende Sprachkenntnisse zu ungleicher Versorgung führen, ist bereits in zahlreichen Untersuchungen beschrieben worden (Binder et al., 2012, Hadziabdic et al., 2009). Neben dem erschwerten Zugang zu Informationen ist auch ein geringeres Selbstbewusstsein gegenüber dem Personal, Unsicherheit und ein verstärktes Einsamkeitsgefühl bei den Patienten beobachtet worden (Balaam et al., 2013). Nicht nur die Qualität der Versorgung und Information, sondern auch die Zufriedenheit der Patientinnen hängt maßgeblich mit einer gelungenen Verständigung zusammen (Borde et al., 2000). Die Zufriedenheit der Patientin verbessert sich bei erfolgreicher Kommunikation, sowie auch die des Personals. In Berliner Notaufnahmen stellte sich heraus, dass unzureichende Verständigung, erschwert in Notsituationen, zu Unzufriedenheit bei Ärztinnen und Ärzten führt (Borde et al., 2003).

Bei den Befragten dieser Untersuchung wurde deutlich, dass die unzureichende Verständigung unter der Geburt nicht nur zu Belastung und Unzufriedenheit, sondern auch zu Sorge vor Geburtstraumatisierung, medizinischen Fehlern oder auch juristischen Konsequenzen führt und dass aus der Sicht des Personals eine der Kernschwächen der Mangel an verständlichen Informationen und der geringe Einsatz professioneller Dolmetscher für die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund darstellt. Kommunikation mit der Patientin in einer



empathischen Art und Weise ist ein essenzieller Bestandteil von psychischer Traumaprävention (Beck, 2004).

Die Nutzung professioneller Sprachmittler sollte standardisiert erfolgen. Momentan ist sie bei einem Großteil der Kliniken eine Ausnahme, wobei stattdessen nicht-professionelle Sprachmittlung stattfindet (Langer et al., 2013, David and Borde, 2001). Diese Aussage bestätigt die Ergebnisse dieser Befragung, was darauf schließen lässt, dass die Situation in dieser Hinsicht noch der von vor einigen Jahren ähnelt. Der routinemäßige Einsatz von Dolmetschern wurde bereits von der Bundesärztekammer im Jahre 2017 gefordert (Bundesärztekammer, 2017). Momentan sind Ärztinnen, Ärzte und Hebammen noch auf Strategien angewiesen, welche eher aus der Not oder Mangel an Ressourcen entstehen. Übersetzungen durch Angehörige, Bettenachbarinnen oder elektronische Hilfsmittel wurden dabei kritisiert. Es ist denkbar, dass es sich hierbei eher um Behelfsmaßnahmen als erfolgreiche Lösungsansätze handelt. Einen positiven Zuspruch erhielt ein Modell einer Klinik, bei der vermehrt mehrsprachiges Personal angestellt war. Eine dabei gleichzeitig kulturelle Verbindung zur Patientin wurde bereits in einer anderen Untersuchung als vorteilhaft beschrieben (Zimmermann, 1998). Das kann allerdings im klinischen Setting nicht immer gegeben sein.

Erfolgreich wurde von einer ambulanten Versorgung für geflüchtete Frauen berichtet, welche in der Nähe eines Flüchtlingsheimes eingerichtet war und ein noch höheres Versorgungsaufkommen somit gut kanalisieren konnte. Diese Maßnahme könnte ein Beispiel für andere Krankenhäuser sein.

### 5.3 Die Bedeutung des kulturellen Hintergrundes und der kulturellen Wahrnehmung für die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund

In einer Untersuchung aus den Niederlanden wurde beschrieben, wie Hebammen die Arbeit mit Frauen aus verschiedenen Kulturen sowohl als herausfordernd, als auch als interessant und bereichernd empfanden (Boerleider et al., 2013). Als abwechslungsreich empfanden auch einige der Befragten dieser Untersuchung die Arbeit mit Frauen mit Migrationshintergrund. Ebenfalls als positiv wurde die stärkere Dankbarkeit gegenüber dem Personal und vermehrte „Leichtigkeit“, mit welcher Frauen mit Migrationshintergrund laut Befragten die Geburt des Kindes betrachten. Eine Studie aus Norwegen beschrieb diese Ansicht ebenfalls (Lyberg et al., 2012).

Dieser Unterschied wurde von einigen Personen als kulturell betrachtet und oftmals als deutlicher Unterschied zu den Frauen ohne Migrationshintergrund gesehen, welche eher einen

Leistungsanspruch an das Gesundheitssystem stellen und Geburtspläne entwickeln. Diese Beschreibungen finden sich eventuell auch in den geringeren Erwartungen von Frauen mit Migrationshintergrund an das Gesundheitssystem wieder, welche auch die recht hohe Zufriedenheit aus einer kürzlich durchgeführten Berliner Untersuchung erklären könnten (Gürbüz et al., 2018).

Daher könnte man vermuten, dass vorhandene Missstände von Frauen mit Migrationshintergrund nicht als solche empfunden werden, auf der anderen Seite aber eine verbesserte Situation im Vergleich zu einigen Jahren vorher besteht.

Des Weiteren wurden Missverständnisse bedingt durch den soziokulturell unterschiedlichen Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft zwischen Personal und Patientinnen beschrieben. Dass das Personal großenteils offen für Fortbildungen zur interkulturellen Öffnung ist, zeigt, dass sowohl Interesse und Offenheit als auch Verbesserungsbedarf in Bezug zur Arbeit mit Patientinnen unterschiedlicher Herkunft besteht. Über die Herstellung eines Dialogs könnte beiderseitiges Misstrauen zum Beispiel der Inanspruchnahme oder Bereitstellen einer Nachsorgehebamme gegenüber abgebaut werden und mehr Verständnis für die jeweils andere Sichtweise entstehen. Eine gute Personal-Patientinnen-Beziehung und Respekt für eine unterschiedliche Herangehensweise sind essenziell für das gegenseitige Vertrauen und eine gute Versorgung (Robertson, 2015, Boerleider et al., 2014).

#### 5.4 Die Bedeutung struktureller Gegebenheiten des Berliner Gesundheitssystems

Ein Faktor, der die Versorgung aller Frauen betrifft, ist der Personalmangel sowohl an Berliner Krankenhäusern als auch im ambulanten Versorgungsbereich. Vor allem Hebammen sind stark von diesem Mangel betroffen, weshalb es Frauen immer schwerer möglich wird, eine Nachsorgehebamme zu finden. Dies ist ein Problem für Frauen ohne und mit Migrationshintergrund, wobei Frauen mit Migrationshintergrund davon erschwert betroffen sind, wenn eine Sprachbarriere vorliegt. Dieses strukturelle Problem kann ungünstige Folgen haben. Der Mangel an Hebammen wurde in einer Studie aus England mit risikoreichen Zwischenfällen für die Patientin in Verbindung gebracht (Ashcroft et al., 2003). Eine Überlastung des Personals ist ein ernstzunehmender Risikofaktor für medizinische Fehler und Unzufriedenheit, welche sich gleichermaßen auf die Patientin auswirken. Es besteht demnach der Bedarf für eine bessere Ressourcenbereitstellung, um eine gleichwertige Versorgung zu ermöglichen.

## 5.5 Die Sicht der Befragten auf Frauen mit Migrationshintergrund

Neben dem Interesse an Fortbildungen zur interkulturellen Öffnung wurde bei den Befragungen vermehrt die Betrachtung von Frauen mit Migrationshintergrund als heterogene Gruppe, statt einer einzigen Entität deutlich. Für die Untersuchung des Zusammenhangs von Migration und Gesundheitsversorgung ist es notwendig, dass man den Begriff „Immigrantin“ oder „Frau mit Migrationshintergrund“ eher als eine heterogene Gruppe statt einer homogenen Entität versteht. So stellt sich heraus, dass eine Unterscheidung nach Herkunftsland und Aufenthaltsland, Motiv der Migration, Verweildauer im Aufenthaltsland und Aufenthaltsstatus von Vorteil ist (Balaam et al., 2017). Diese differenzierte Einschätzung zusammen mit der mehrmals betonten Empathie für die oft schwierige Lage der Frauen sprechen für eine erhöhte Sensibilität für die Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund. Dass in dieser Untersuchung kein Unterschied zwischen Befragten, welche in Krankenhäusern des ehemaligen Berliner Westens und Ostens beschäftigt sind, festgestellt werden konnte spricht gegebenenfalls dafür, dass das heutige Berlin als Stadt vermehrter kultureller Vielfalt eine größere Toleranz aufzeigt.

## 5.6 Kernfakten zur Versorgungslage und Ausblick

- Die geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin ist insgesamt als gut zu betrachten, wobei von einer klaren Differenzierung innerhalb dieser sehr heterogenen Gruppe auszugehen ist.
- Es bestehen weiterhin vulnerable Untergruppen, bei denen keine gleichwertige Versorgung besteht. Diese Gruppen sollten frühzeitig erkannt und erreicht werden, um Doppelstandards zu vermeiden. Die bereits oben angeführten Maßnahmen könnten diesem Unterschied entgegenwirken.
- Eine unzureichende Verständigung führt zu zahlreichen Schwierigkeiten in der Versorgung. Der professionelle Einsatz von Dolmetschern ist notwendig und sollte standardisiert durchgeführt werden.
- Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung, wie Fortbildungen, können helfen, die interkulturelle Kommunikation zwischen Personal und Patientinnen positiv zu stärken und Misstrauen abzubauen.
- Der allgemeine Personalmangel in den Berliner Krankenhäusern stellt ein deutliches Versorgungsproblem dar. Strukturelle, zeitgemäße Änderungen sind essenziell.

---

## 6. Limitationen der Untersuchung

Die Onlinebefragung ermöglichte den Befragten einerseits das Auswählen vorgegebener Antwortmöglichkeiten und andererseits das freie Schreiben bezogen auf sechs Fragen. Vorstellbar ist, dass das Beantworten mit Hilfe von Auswählen der Vorgaben durch die kürzere Bearbeitungszeit von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bevorzugt und genauer bearbeitet wurde und Freitexte aufgrund einer zeitintensiveren Auseinandersetzung weniger wahrheitsgetreue Aussagen beinhalten. In den vertiefenden Interviews kommt es vermutlich durch den persönlichen Kontakt und verschiedene Verbindungen, welche sich im Laufe dessen aufbauen, zu Antwortverzerrungen. Beide Studienteile sind gegebenenfalls von sozial erwünschtem Antwortverhalten betroffen, da es sich bei den Themenbereichen Migration, Frauengesundheit, Sprachbarrieren und interkulturelle Toleranz um politisch aktuelle Themen mit sozialem Konsens handelt. Dieses Phänomen bezieht sich vor allem auf Befragungen zu Menschen mit Migrationshintergrund (Stocké, 2004).

Eine Stichprobenverzerrung kann bei beiden Studienteilen nicht ausgeschlossen werden: durch das Thema fühlen sich wahrscheinlich Personen ähnlicher Mentalitäten, Interessen und Meinungen angesprochen. Argumentierbar ist, dass Menschen konträrer Haltungen a priori weniger einbezogen wurden. Dies führt zu der Darstellung eines Bildes, welches unter Umständen nicht der großen Allgemeinheit entspricht.

---

## 7. Literaturverzeichnis

AKHAVAN, S. 2012. Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *Int J Equity Health*, 11, 47.

AMT FÜR STATISTIK BERLIN-BRANDENBURG 2019. Statistischer Bericht.

ANSAR, A., JOHANSSON, F., VÁSQUEZ, L., SCHULZE, M. & VAUGHN, T. 2017. Challenges in access to health care among involuntary migrants in Germany. A case study of migrants' experiences in Oldenburg, Lower Saxony. *International Migration*, 55, 97-108.

ASHCROFT, B., ELSTEIN, M., BOREHAM, N. & HOLM, S. 2003. Prospective semistructured observational study to identify risk attributable to staff deployment, training, and updating opportunities for midwives. *Bmj*, 327, 584.

AUERBACH, W. 1972. Doppelstandard in der medizinischen Versorgung? *Sozialer Fortschritt*, 21, 36-38.

BABITSCH, B., BRAUN, T., BORDE, T. & DAVID, M. 2008. Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What roles do gender and ethnicity play? *BMC Health Services Research*, 8, 82.

BADE, K. J. 1992. *Deutsche im Ausland – Fremde in Deutschland*, Beck München.

BALAAM, M. C., AKERJORDET, K., LYBERG, A., KAISER, B., SCHOENING, E., FREDRIKSEN, A. M., ENSEL, A., GOUNI, O. & SEVERINSSON, E. 2013. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs*, 69, 1919-30.

BALAAM, M. C., HAITH-COOPER, M., PAŘÍZKOVÁ, A., WECKEND, M. J., FLEMING, V., ROOSALU, T. & VRŽINA, S. Š. 2017. A concept analysis of the term migrant women in the context of pregnancy. *International journal of nursing practice*, 23, e12600.

BARRON, S. & VESSEY, M. 1966. Immigration—a new social factor in obstetrics. *British medical journal*, 1, 1189

---

BECK, C. T. 2004. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing research*, 53, 28-35.

BINDER, P., BORNÉ, Y., JOHNSDOTTER, S. & ESSÉN, B. 2012. Shared Language Is Essential: Communication in a Multiethnic Obstetric Care Setting. *Journal of Health Communication*, 17, 1171-1186.

BOERLEIDER, A. W., FRANCKE, A. L., MANNIEN, J., WIEGERS, T. A. & DEVILLE, W. L. 2013. "A mixture of positive and negative feelings": a qualitative study of primary care midwives' experiences with non-western clients living in the Netherlands. *Int J Nurs Stud*, 50, 1658-66.

BOERLEIDER, A. W., FRANCKE, A. L., VAN DE REEP, M., MANNIEN, J., WIEGERS, T. A. & DEVILLE, W. L. 2014. "Being flexible and creative": a qualitative study on maternity care assistants' experiences with non-Western immigrant women. *PLoS One*, 9, e91843.

BORDE, T., BRAUN, T. & DAVID, M. 2003. Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. *Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht. Alice Salomon Hochschule Berlin*.

BORDE, T., DAVID, M. & KENTENICH, H. 2000. Patientinnenorientierung im Kontext der kulturellen Vielfalt im Krankenhaus. *David, Matthias, Theda Borde, Heribert Kentenich (Hg.): Migration–Frauen–Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag*, 121-154.

BORDE, T., DAVID, M. & KENTENICH, H. 2002. What Turkish-speaking women expect in a German hospital and how satisfied they are with health care during their stay in a gynaecological hospital in Berlin-a comparative approach. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 64, 476-485.

BORDE, T., DUDENHAUSEN, J. W. & DAVID, M. 2008. Migrantinnen in der Geburtshilfe- psychosomatische Aspekte im Zusammenhang mit dem Akkulturationsprozess. *PPmP- Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 58, 183-188.

---

BRENNE, S., DAVID, M., BORDE, T., BRECKENKAMP, J. & RAZUM, O. 2015. Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58, 569-576.

BUNDESÄRZTEKAMMER. Entschließungen. 2017. 120. Deutscher Ärztetag zum Thema Asyl und Gesundheit, Freiburg, 23.5.–26.5.2017.

BUNDESAMT FÜR MIGRATION UND FLÜCHTLINGE 2015. Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung.

BUTTERWEGGE, C. 2005. Dossier Migration: Von der” Gastarbeiter”-Anwerbung zum Zuwanderungsgesetz-Migrationsgeschehen und Zuwanderungspolitik in der Bundesrepublik. *Bundeszentrale für politische Bildung*.

DAVID, M. & BORDE, T. 2001. *Kranksein in der Fremde?: Türkische Migrantinnen im Krankenhaus*, Mabuse-Verlag GmbH.

DIE BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION, F. U. I. 2016. 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland.

FASSMANN, H. & MÜNZ, R. 1992. Patterns and trends of international migration in Western Europe. *The Population and Development Review*, 457-480.

FOLLMER, R. 1998. Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. *AOK–Die Gesundheitskasse in Hessen (Hrsg.), Qualität nachgefragt. Bad Hersfeld: Hoehl-Druck*, 59-82.

GENFER FLÜCHTLINGSKONVENTION 1951. Abkommen über die Rechtstellung der Flüchtlinge.

GEWALT, S. C., BERGER, S., ZIEGLER, S., SZECSENYI, J. & BOZORGMEHR, K. 2018. Psychosocial health of asylum seeking women living in state-provided accommodation in

---

Germany during pregnancy and early motherhood: A case study exploring the role of social determinants of health. *PloS one*, 13, e0208007.

GÜRBÜZ, B., GROSSKREUT, C., VORTEL, M., HENRICH, W., BORDE, T., DAVID, M. & SEIDEL, V. 2018. Der Einfluss von Migration auf die Zufriedenheit in der peripartalen Versorgung und dem Zugang zum deutschen Gesundheitssystem: Frauen mit und ohne Migrationshintergrund im Vergleich. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 78, P 307.

HADZIABDIC, E., HEIKKILÄ, K., ALBIN, B. & HJELM, K. 2009. Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56, 461-469.

HELMAN, C. G. 1994. Culture, Health and Illness: An introduction for Health professionals. ed. Butterworth Heinemann (pub house), Dept of Human sciences, Brunel university.

HENDERSON, J., GAO, H. & REDSHAW, M. 2013. Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 196.

JACOBS, E., CHEN, A. H., KARLINER, L. S., AGGER-GUPTA, N. & MUTHA, S. 2006. The Need for More Research on Language Barriers in Health Care: A Proposed Research Agenda. *Milbank Quarterly*, 84, 111-133.

KENNEDY, P. & MURPHY-LAWLESS, J. 2003. The maternity care needs of refugee and asylum seeking women in Ireland. *Feminist Review*, 73, 39-53.

KNORTZ, H. 2008. *Diplomatische Tauschgeschäfte: "Gastarbeiter" in der westdeutschen Diplomatie und Beschäftigungspolitik 1953-1973*, Böhlau Verlag Köln Weimar.

LANGER, T., SCHAPER, K., GUPTA, S., PORST, R. & OSTERMANN, T. 2013. Sprachbarrieren in der Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund–Ergebnisse einer Pilotstudie zu den Erfahrungen von Kinder-und Jugendärzten. *Klinische Pädiatrie*, 225, 96-103.

LEWIS-TROTTER, P. & JONES, J. 2004. Racism: Psychological perspectives. *Black psychology*, 559-588.



---

LYBERG, A., VIKEN, B., HARUNA, M. & SEVERINSSON, E. 2012. Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *Journal of Nursing Management*, 20, 287-295.

MACARTHUR, C., WINTER, H., BICK, D., KNOWLES, H., LILFORD, R., HENDERSON, C., LANCASHIRE, R., BRAUNHOLTZ, D. A. & GEE, H. 2002. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The lancet*, 359, 378-385.

MADUBUKO, N. 2011. Akkulturationsstress von Migranten. *Berufsbiographische Akzeptanzverfahren und angewandte Bewältigungsstrategien*. Wiesbaden.

MAYRING, P. & GLÄSER-ZIKUDA, M. 2008. Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse, 2. Aufl. Beltz. Weinheim Basel.

MEY, G. & MRUCK, K. 2010. *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*, Springer.

NEUSPIEL, D. R. 1996. Racism and perinatal addiction. *Ethnicity & Disease*, 6, 47-55.

OESTEREICH, C. 2001. Kulturelle Familienwirklichkeiten. *Familiendynamik*, 26, 22-43.

OLTMER, J. 2016. *Globale Migration: Geschichte und Gegenwart*, CH Beck.

PENKA, S., SCHOULER-OCAK, M., HEINZ, A. & KLUGE, U. 2012. Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 55, 1168-1175.

PORTER, M. & HASLAM, N. 2005. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*, 294, 602-612.

PROCTOR, S. 1998. What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth*, 25, 85-93.

- 
- PUTHUSSEY, S., TWAMLEY, K., HARDING, S., MIRSKY, J., BARON, M. & MACFARLANE, A. 2008. 'They're more like ordinary stropky British women': attitudes and expectations of maternity care professionals to UK-born ethnic minority women. *J Health Serv Res Policy*, 13, 195-201.
- RAZUM, O. 2008. Migrant mortality, healthy migrant effect. *Encyclopedia of public health*, 932-935.
- REITMANOVA, S. & GUSTAFSON, D. L. 2008. "They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Matern Child Health J*, 12, 101-11.
- RIMBACH, E. 1967. Schwangerschaften und Geburt bei Ausländerinnen. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 204, 293-295.
- ROBERTSON, E. K. 2015. "To be taken seriously" : women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sex Reprod Healthc*, 6, 59-65.
- ROCHERON, Y. 1988. The Asian Mother and Baby Campaign: the construction of ethnic minorities' health needs. *Critical Social Policy*, 8, 4-23.
- SALINERO-FORT, M. Á., JIMÉNEZ-GARCÍA, R., DEL OTERO-SANZ, L., DE BURGOS-LUNAR, C., CHICO-MORALEJA, R. M., MARTÍN-MADRAZO, C., GÓMEZ-CAMPELO, P., HEALTH & GROUP, I. 2012. Self-reported health status in primary health care: the influence of immigration and other associated factors. *PLoS One*, 7, e38462.
- SCHÜTZ, A. 1944. The stranger: An essay in social psychology. *American journal of Sociology*, 49, 499-507.
- SEIDEL, H.-C. 2014. Die Bergbaugewerkschaft und die „Gastarbeiter“. *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte*, 62, 35-68.

---

SEIDEL, V., GROSSKREUTZ, C., GÜRBÜZ, B., VORTEL, M., HENRICH, W., DAVID, M. & BORDE, T. 2019. Personalbefragung zur geburtshilflichen Versorgung von Immigrantinnen in Berlin. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 79, 453-460.

SMALL, R., ROTH, C., RAVAL, M., SHAFIEI, T., KORFKER, D., HEAMAN, M., MCCOURT, C. & GAGNON, A. 2014. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 152.

STOCKÉ, V. 2004. Entstehungsbedingungen von Antwortverzerrungen durch soziale Erwünschtheit: Ein Vergleich der Prognosen der rational-choice Theorie und des Modells der frame-Selektion. *Zeitschrift für Soziologie*, 33, 303.

THILL, K.-D. 1997. Besucher-Zufriedenheitsmanagement Ein strategischer Ansatz zur erfolgreichen Krankenhausentwicklung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 57, M222-M225.

THOMAS, A. 2003. Interkulturelle Kompetenz–Grundlagen, Probleme und Konzepte.(= Hauptartikel) und Kritik. *Erwägen–Wissen–Ethik. Vormals Ethik und Sozialwissenschaften. Dritte Diskussionseinheit*, 14.

ULLRICH, S., BRIEL, D., NESTERKO, Y., HIEMISCH, A., BRÄHLER, E. & GLAESMER, H. 2016. Verständigung mit Patienten und Eltern mit Migrationshintergrund in der stationären allgemeinpädiatrischen Versorgung. *Das Gesundheitswesen*, 78, 209-214.

UTSEY, S. O., CHAE, M. H., BROWN, C. F. & KELLY, D. 2002. Effect of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress, and quality of life. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8, 366.

VAN DER STUYFT, P., DE MUYNCK, A., SCHILLEMANS, L. & TIMMERMAN, C. 1989. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Social Science & Medicine*, 29, 53-60.

WIEGERS, T. A. 2006. Adjusting to motherhood: maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. *Journal of Neonatal Nursing*, 12, 163-171.





---

YELLAND, J., RIGGS, E., SMALL, R. & BROWN, S. 2015. Maternity services are not meeting the needs of immigrant women of non-English speaking background: Results of two consecutive Australian population based studies. *Midwifery*, 31, 664-70.

ZICK, A. 2010. *Psychologie der Akkulturation: Neufassung eines Forschungsbereiches*, Springer-Verlag.

ZIMMERMANN E. 1998. Was wollen Sie denn noch alles für Ihre ausländischen Patienten? 20 Jahre Betreuung ausländischer Kinder im Krankenhaus. In: David M, Borde T, Kentenich H, (Hrsg.). *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt: Mabuse Verlag, 145–152.

## 8. Anhang



**Klinik für Geburtsmedizin**  
**Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Henrich**

Campus Virchow-Klinikum  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 450-564072  
Fax: + 49 30 / 450-564901

Berlin, im April 2017

**Personalbefragung zur geburtsmedizinischen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin**

•

Liebe Hebammen, liebe Ärztinnen und Ärzte der geburtsmedizinischen Einrichtungen in Berlin,

wir laden Sie ein, an der Studie **„Personalbefragung zur geburtsmedizinischen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin“** teilzunehmen. Diese Umfrage zielt auf die Analyse der Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung unter der Geburt im interkulturellen Kontext aller Berliner Kliniken mit einer geburtsmedizinischen Abteilung. Die Ergebnisse der Umfrage werden für die Erleichterung Ihrer Arbeit und die Verbesserung der Versorgung von Migrantinnen in der Geburtsmedizin genutzt.

•

Über den folgenden Link <https://piqsl.ash-berlin.eu/s/77e975c1/de.html> gelangen Sie direkt zum Onlinefragebogen. Für das Ausfüllen des Fragebogens sind ungefähr 10 Minuten ausreichend.

Für die Teilnahme an dieser Umfrage benötigen wir keine Angaben Ihres Namens, der Adresse oder des Geburtsdatums. Die Datenerhebung erfolgt anonymisiert. Das bedeutet, dass wir keine persönlichen Daten, die eine Verbindung zu Ihrer Identität oder Ihrer Klinik ermöglichen, erfragen oder speichern werden. Bei der Beantwortung im Internet könnten Rückschlüsse auf Ihren Rechner möglich sein. Es erfolgt keine Auswertung dieser Daten. Alle an der Auswertung der Umfrage beteiligten Mitarbeiter/innen unseres Projektes verpflichten sich, die Anonymität der Daten zu gewährleisten.

Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig. Mit der Beantwortung der Fragen erklären Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme und dass Sie vollständig über die Umfrage informiert sind sowie die Ziele der Umfrage verstehen. Für etwaige Rückfragen steht Ihnen die zuständige Studienärztin Frau Dr. med. V. Seidel gerne per E-Mail zur Verfügung: [Vera.seidel@charite.de](mailto:Vera.seidel@charite.de)

•

Eine Nichtteilnahme wirkt sich nicht nachteilig aus. Die Teilnahme an der Studie wird nicht vergütet. Die im Rahmen der Umfrage erhobenen Daten werden in einer Datenbank gespeichert und ausgewertet. Die Ergebnisse werden in Fachzeitschriften veröffentlicht. Das Projekt wird von dem *Berlin Institute of Health* gefördert.

**Wir freuen uns sehr, wenn Sie unsere Einladung zur Teilnahme an der Onlinebefragung annehmen!**

Prof. Dr. med. Matthias David Klinik für Gynäkologie, Charité	Prof. Dr. med. Theda Borde Alice Salomon Hochschule
--	--

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN  
Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin  
Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin | Telefon +49 30 450-50 | [www.charite.de](http://www.charite.de)

Abb. 6: Information und Einverständniserläuterung der Onlinebefragung



## Personalbefragung zur geburtsmedizinischen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin

Liebe Hebammen, liebe Ärztinnen und Ärzte der geburtsmedizinischen Einrichtungen in Berlin,

wir laden Sie ein, an der Studie „Personalbefragung zur geburtsmedizinischen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin“ teilzunehmen. Diese Umfrage zielt auf die Analyse der Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung unter der Geburt im interkulturellen Kontext aller Berliner Kliniken mit einer geburtsmedizinischen Abteilung ab. Die Ergebnisse der Umfrage sollen für die Erleichterung Ihrer Arbeit und die Verbesserung der Versorgung von Immigrantinnen in der Geburtsmedizin genutzt werden.

In der Regel sind für das Ausfüllen des Fragebogens 9 Minuten ausreichend. Für die Teilnahme benötigen wir keine Angaben wie Name, Adresse oder Geburtsdatum. Die Datenerhebung erfolgt anonymisiert. Das bedeutet, dass wir keine persönlichen Daten, die eine Verbindung zu Ihrer Identität oder Ihrer Klinik ermöglichen, erfragen oder speichern werden. Bei der Beantwortung im Internet könnten Rückschlüsse auf Ihren Rechner möglich sein. Es erfolgt jedoch keine Auswertung dieser Daten. Alle an der Umfrage beteiligten Mitarbeiter/innen verpflichten sich, die Anonymität der Daten zu gewährleisten.

Die Teilnahme an der Umfrage ist freiwillig. Mit der Beantwortung der Fragen erklären Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme und, dass Sie vollständig über die Umfrage informiert sind, sowie die Ziele der Umfrage verstehen. Für etwaige Rückfragen steht die zuständige Studienärztin Frau Dr. med. V. Seidel Ihnen gerne per Email zur Verfügung: Vera.seidel@charite.de

Eine Nichtteilnahme wirkt sich nicht nachteilig aus. Die Teilnahme an der Studie wird nicht vergütet. Die im Rahmen der Umfrage erhobenen Daten werden in einer externen Datenbank gespeichert und ausgewertet. Die Ergebnisse sollen in Fachzeitschriften veröffentlicht werden. Das Projekt wird von dem Berlin Institute of Health gefördert.

Wir freuen uns sehr, wenn Sie unsere Einladung zur Teilnahme an der Onlinebefragung annehmen!

Prof. Dr. Matthias David

Prof. Dr. Theda Borde

Klinik für Gynäkologie, Charité

Alice Salomon Hochschule

Bedingung: -

neue Seite

Pflichtangabe: nein

### 1. 1. Alter

v1, numerisch, ordinal, 2

Jahre

Bedingung: -

selbe Seite

Pflichtangabe: nein

### 2. 2. Geschlecht

v2, numerisch, nominal, 8

weiblich 1

männlich 2

Bedingung: -

selbe Seite

Pflichtangabe: nein

### 3. 3. Ihr Geburtsort liegt in

v3, numerisch, nominal, 8

Berlin-Ost 1

Berlin-West 2

den neuen Bundesländern 3

den alten Bundesländern 4

im Ausland. Welches Herkunftsland? 5

v3\_open, Text, nominal, 255

Abb. 7: Einverständniserklärung und Onlinefragebogen Teil 1

<b>Bedingung: -</b>	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>4. Ihre Nationalität/ Staatsangehörigkeit</b></p> <p>v4, numerisch, nominal, 8</p> <p><input type="radio"/> Deutsch 1</p> <p><input type="radio"/> Andere. Welche? 2 <span style="float: right; font-size: small;">v4_open, Text, nominal, 255</span></p>		
<b>Bedingung: -</b>	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>5. Ist Ihr Vater im Ausland geboren und/oder besitzt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit?</b></p> <p>v5, numerisch, nominal, 8</p> <p><input type="radio"/> Nein 1</p> <p><input type="radio"/> Ja. Welches Herkunftsland? <span style="float: right; font-size: small;">v5_open, Text, nominal, 255</span></p> <p style="margin-left: 20px;">2</p>		
<b>Bedingung: -</b>	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>6. Ist Ihre Mutter im Ausland geboren und/oder besitzt nicht die deutsche Staatsangehörigkeit?</b></p> <p>v6, numerisch, nominal, 8</p> <p><input type="radio"/> Nein 1</p> <p><input type="radio"/> Ja. Welches Herkunftsland? <span style="float: right; font-size: small;">v6_open, Text, nominal, 255</span></p> <p style="margin-left: 20px;">2</p>		
<b>Bedingung: -</b>	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>7. Haben Sie jemals im Ausland gelebt (mindestens ein Jahr)?</b></p> <p>v7, numerisch, nominal, 8</p> <p><input type="radio"/> Nein 1</p> <p><input type="radio"/> Ja. Wie viele Jahre? In welchem Land? <span style="float: right; font-size: small;">v7_open, Text, nominal, 255</span></p> <p style="margin-left: 20px;">2</p>		
<b>Bedingung: -</b>	neue Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>8. Welchen Beruf üben Sie aus?</b></p> <p>v8, numerisch, nominal, 8</p> <p><input type="radio"/> Hebamme 1</p> <p><input type="radio"/> Arzt/ Ärztin 2</p>		
<b>Bedingung: -</b>	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>9. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem Beruf?</b></p> <p>v9, numerisch, metrisch, 8</p> <p>[bitte wählen] ▼</p>		
<b>Bedingung: -</b>	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>10. Seit wie vielen Jahren sind Sie in ihrer derzeitigen Frauenklinik tätig?</b></p> <p>v10, numerisch, metrisch, 8</p> <p>[bitte wählen] ▼</p>		

Abb. 8: Onlinefragebogen Teil 2

<b>Bedingung:</b> -	<b>selbe Seite</b>	<b>Pflichtangabe:</b> nein
<p><b>11. 11. Wo befindet sich das Krankenhaus, in dem Sie aktuell arbeiten?</b></p> <p><small>v11, Text, nominal, 1024</small></p> <p><input type="radio"/> in ehemals Berlin-Ost <sup>1</sup></p> <p><input type="radio"/> in ehemals Berlin-West <sup>2</sup></p>		
<b>Bedingung:</b> -	<b>selbe Seite</b>	<b>Pflichtangabe:</b> nein
<p><b>12. 12. Haben Sie vorher woanders in Ihrem Beruf gearbeitet?</b></p> <p><small>v12, Text, nominal, 1024</small></p> <p><input type="radio"/> Ja <sup>1</sup></p> <p><input type="radio"/> Nein <sup>2</sup></p>		
<b>Bedingung:</b> -	<b>neue Seite</b>	<b>Pflichtangabe:</b> nein
<p><b>13. 13. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Deutsch <sup>1, v15, numerisch, nominal, 3</sup></p> <p>Andere Sprache. Welche? <sup>2, v15_open_1, Text, nominal, 255</sup></p> <input style="width: 100%;" type="text"/> <p>Mehrsprachig. Welche? <sup>3, v15_open_2, Text, nominal, 255</sup></p> <input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>Bedingung:</b> -	<b>selbe Seite</b>	<b>Pflichtangabe:</b> nein
<p><b>14. 14. Welche andere Sprache/ anderen Sprachen sprechen Sie so, dass Sie in dieser/ diesen gut mit Patientinnen kommunizieren können?</b></p> <p><small>v16, numerisch, nominal, 127</small></p> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>		
<b>Bedingung:</b> -	<b>selbe Seite</b>	<b>Pflichtangabe:</b> nein
<p><b>15. 15. Wie oft nutzen Sie eine andere Sprache als Deutsch zur Kommunikation mit einer Patientin?</b></p> <p><small>v17, numerisch, nominal, 8</small></p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="[bitte wählen]"/>		
<b>Bedingung:</b> -	<b>selbe Seite</b>	<b>Pflichtangabe:</b> nein
<p><b>16. 16. Wie häufig sind Sie aufgrund einer Sprachbarriere mit der Kommunikation mit einer Patientin unzufrieden?</b></p> <p><small>v18, numerisch, nominal, 8</small></p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value="[bitte wählen]"/>		
<b>Bedingung:</b> -	<b>selbe Seite</b>	<b>Pflichtangabe:</b> nein
<p><b>17. 17. Von allen Patientinnen in Ihrer geburtsmedizinischen Abteilung, wie hoch schätzen Sie den Anteil der Immigrantinnen (in %)?</b></p> <p><i>Mit Immigrantinnen sind Frauen gemeint, die eine eigene Migrationserfahrung gemacht haben, d.h. im Ausland geboren sind und aus dem Ausland nach Deutschland eingewandert sind.</i></p> <p><small>v19, numerisch, metrisch, 2</small></p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text" value=""/> %		
<p>Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie Sie als Mitarbeiter/in die ERWARTUNGEN von Patientinnen an eine Klinik für Geburtsmedizin einschätzen.</p>		

Abb. 9: Onlinefragebogen Teil 3



Bedingung: -	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>18. 18. Von allen Immigrantinnen, wie hoch schätzen Sie den Anteil der Patientinnen, mit denen die Verständigung auf Deutsch nur schlecht oder gar nicht möglich ist (in %)?</b></p> <p style="color: red; font-size: x-small;">v20, numerisch, metrisch, 2</p> <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> %		
Bedingung: -	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>19. 19. Aus welchen Herkunftsländern stammen die Immigrantinnen unter den Patientinnen in Ihrer Klinik vorwiegend?</b> Nennen Sie bitte 4 Herkunftsländer, beginnend mit dem Häufigsten.</p> <p>Land 1 1, v21_open_1, Text, nominal, 255 <input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Land 2 1, v21_open_2, Text, nominal, 255 <input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Land 3 1, v21_open_3, Text, nominal, 255 <input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/></p> <p>Land 4 1, v21_open_4, Text, nominal, 255 <input style="width: 200px; height: 15px;" type="text"/></p>		
Bedingung: -	neue Seite	Pflichtangabe: ja
<p><b>20. 20. Welche Aspekte sind Ihrer Erfahrung nach den Patientinnen OHNE Migrationserfahrung am wichtigsten?</b> <span style="float: right; color: red; font-size: x-small;">Frage muss beantwortet werden</span></p> <p>Bitte wählen Sie mindestens 1 und maximal 5 Aspekte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medizinisch/technische Ausstattung <span style="color: red; font-size: x-small;">1, v22_1, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Ästhetische Einrichtung (Geburtsräume, Patientenzimmer) <span style="color: red; font-size: x-small;">2, v22_2, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Geringe Wartezeiten <span style="color: red; font-size: x-small;">3, v22_3, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Individuelle Betreuung <span style="color: red; font-size: x-small;">4, v22_4, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Verständliche Information über die medizinischen Maßnahmen <span style="color: red; font-size: x-small;">5, v22_5, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Eigene Beteiligung an Entscheidungen während der Geburt <span style="color: red; font-size: x-small;">6, v22_6, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Vollständigkeit bei der Aufklärung/ bei Informationen <span style="color: red; font-size: x-small;">7, v22_7, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Nähe zum Wohnort <span style="color: red; font-size: x-small;">8, v22_8, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Berücksichtigung von Speisewünschen <span style="color: red; font-size: x-small;">9, v22_9, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des medizinischen Personals <span style="color: red; font-size: x-small;">10, v22_10, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Professionelle psychologische Betreuung <span style="color: red; font-size: x-small;">11, v22_11, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten <span style="color: red; font-size: x-small;">12, v22_12, numerisch, nominal, 3</span></li> <li><input type="checkbox"/> Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten <span style="color: red; font-size: x-small;">13, v22_13, numerisch, nominal, 3</span></li> </ul> <p>Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie Sie als Mitarbeiter/in die ERWARTUNGEN von Patientinnen an eine Klinik für Geburtsmedizin einschätzen.</p>		

Abb. 10: Onlinefragebogen Teil 4

Bedingung: - selbe Seite Pflichtangabe: ja

**21. 21. Welche Aspekte sind Ihrer Erfahrung nach den Patientinnen MIT Migrationserfahrung (Immigrantinnen) am wichtigsten?** Frage muss beantwortet werden

Bitte wählen Sie mindestens 1 und maximal 5 Aspekte.

- Medizinisch/technische Ausstattung 1, v23\_1, numerisch, nominal, 3
- Ästhetische Einrichtung (Geburtsräume, Patientenzimmer) 2, v23\_2, numerisch, nominal, 3
- Geringe Wartezeiten 3, v23\_3, numerisch, nominal, 3
- Individuelle Betreuung 4, v23\_4, numerisch, nominal, 3
- Verständliche Information über die medizinischen Maßnahmen 5, v23\_5, numerisch, nominal, 3
- Eigene Beteiligung an Entscheidungen während der Geburt 6, v23\_6, numerisch, nominal, 3
- Vollständigkeit bei der Aufklärung/ bei Informationen 7, v23\_7, numerisch, nominal, 3
- Nähe zum Wohnort 8, v23\_8, numerisch, nominal, 3
- Berücksichtigung von Speisewünschen 9, v23\_9, numerisch, nominal, 3
- Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des medizinischen Personals 10, v23\_10, numerisch, nominal, 3
- Professionelle psychologische Betreuung 11, v23\_11, numerisch, nominal, 3
- Professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten 12, v23\_12, numerisch, nominal, 3
- Einsatz professioneller Dolmetscher bei Verständigungsproblemen 13, v23\_13, numerisch, nominal, 3
- Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten 14, v23\_14, numerisch, nominal, 3

In diesem Teil des Fragebogens möchten wir erfahren, wie Sie die ZUFRIEDENHEIT der Patientinnen mit den Teilbereichen der Versorgung in dieser Klinik für Geburtsmedizin einschätzen.

Bedingung: - neue Seite Pflichtangabe: nein

**22. 22. Wie bewerten Patientinnen OHNE Migrationserfahrung nach Ihrer Erfahrung die folgenden Aspekte des Aufenthalts in Ihrer Klinik?**

		1	2	3	4
		sehr zufrieden	zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Medizinisch/technische Ausstattung	<small>v24_1, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ästhetische Einrichtung (Geburtsräume, Patientenzimmer)	<small>v24_2, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
geringe Wartezeiten	<small>v24_3, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
individuelle Betreuung	<small>v24_4, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verständliche Information über die medizinischen Maßnahmen	<small>v24_5, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigene Beteiligung an Entscheidungen während der Geburt	<small>v24_6, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vollständigkeit bei der Aufklärung/ bei Informationen	<small>v24_7, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nähe zum Wohnort	<small>v24_8, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berücksichtigung von Speisewünschen	<small>v24_9, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des medizinischen Personals	<small>v24_10, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelle psychologische Betreuung	<small>v24_11, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten	<small>v24_12, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten	<small>v24_13, numerisch, ordinal, 3</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abb. 11: Onlinefragebogen Teil 5

Bedingung: -

selbe Seite

Pflichtangabe: nein

**23. 23. Wie bewerten Patientinnen MIT Migrationserfahrung (Immigrantinnen) nach Ihrer Erfahrung die folgenden Aspekte des Aufenthalts in Ihrer Klinik?**

		1	2	3	4
		sehr zufrieden	zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Medizinisch/technische Ausstattung	v25_1, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ästhetische Einrichtung (Geburtsräume, Patientenzimmer)	v25_2, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
geringe Wartezeiten	v25_3, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
individuelle Betreuung	v25_4, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verständliche Information über die medizinischen Maßnahmen	v25_5, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eigene Beteiligung an Entscheidungen während der Geburt	v25_6, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vollständigkeit bei der Aufklärung/ bei Informationen	v25_7, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nähe zum Wohnort	v25_8, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berücksichtigung von Speisewünschen	v25_9, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des medizinischen Personals	v25_10, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelle psychologische Betreuung	v25_11, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelle Unterstützung in sozialen Angelegenheiten	v25_12, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz professioneller Dolmetscher bei Verständigungsproblemen	v25_13, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Berücksichtigung und Akzeptanz kultureller Besonderheiten	v25_14, numerisch, ordinal, 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bedingung: -

selbe Seite

Pflichtangabe: nein

**24. 24. Wie schätzen Sie insgesamt die Betreuungszufriedenheit der Patientinnen OHNE Migrationserfahrung während der Geburt in Ihrer Klinik ein?**

v26, numerisch, nominal, 4

sehr zufrieden 1    zufrieden 2    wenig zufrieden 3    gar nicht zufrieden 4

Bedingung: -

selbe Seite

Pflichtangabe: nein

**25. 25. Wie schätzen Sie insgesamt die Betreuungszufriedenheit der Patientinnen MIT Migrationserfahrung (Immigrantinnen) während der Geburt in Ihrer Klinik ein?**

v27, numerisch, nominal, 4

sehr zufrieden 1    zufrieden 2    wenig zufrieden 3    gar nicht zufrieden 4

In wie weit stimmen Sie mit den folgenden Aussagen überein?

Abb. 12: Onlinefragebogen Teil 6

Bedingung: -	neue Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>26. 26. Untersuchungen haben gezeigt, dass Frauen MIT Migrationserfahrung (Immigrantinnen) seltener eine PDA erhalten als Frauen OHNE Migrationserfahrung. Was denken Sie, ist dafür der Hauptgrund/ sind dafür die Hauptgründe?</b>  <i>Mehrfachnennungen sind möglich.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Seltener gewünscht <small>1, v28_1, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Unwissen über Möglichkeit <small>2, v28_2, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Ängste der Patientin vor der PDA <small>3, v28_3, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Falsche Übersetzung durch Begleitperson <small>4, v28_4, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Aufklärung nicht möglich aufgrund rechtlicher Vorbehalte/ Sorge, dass aufgrund der Sprachbarriere die Aufklärung nicht rechtssicher ist <small>5, v28_5, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Detaillierte Aufklärung ist schwierig, weil z.B. aus Zeitmangel auf Ängste der Patientin nicht eingegangen werden kann <small>6, v28_6, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Sprachbarriere, Aufklärung zu aufwendig <small>7, v28_7, numerisch, nominal, 3</small></p> <p>Andere. Bitte erläutern Sie: <small>8, v28_open, Text, nominal, 255</small> <input style="width: 150px;" type="text"/></p>		
Bedingung: - selbe Seite Pflichtangabe: nein		
<p><b>27. 27. „In meiner Klinik werden spezifische Bedürfnisse von Immigrantinnen akzeptiert und berücksichtigt.“</b></p> <p><small>v29, numerisch, nominal, 8</small></p> <p><input type="radio"/> trifft völlig zu <small>1</small>   <input type="radio"/> trifft eher zu <small>2</small>   <input type="radio"/> trifft eher nicht zu <small>3</small>   <input type="radio"/> trifft überhaupt nicht zu <small>4</small></p>		
Bedingung: - selbe Seite Pflichtangabe: nein		
<p><b>28. 28. „In meiner Klinik müssen sich alle Patientinnen, egal welcher Herkunft, nach den Erfordernissen des Krankenhauses richten.“</b></p> <p><small>v30, numerisch, nominal, 8</small></p> <p><input type="radio"/> trifft völlig zu <small>1</small>   <input type="radio"/> trifft eher zu <small>2</small>   <input type="radio"/> trifft eher nicht zu <small>3</small>   <input type="radio"/> trifft überhaupt nicht zu <small>4</small></p>		
Bedingung: - selbe Seite Pflichtangabe: nein		
<p><b>29. 29. „Immigrantinnen haben unzureichendes Wissen über Abläufe in unserem Gesundheitssystem.“</b></p> <p><small>v31, numerisch, nominal, 8</small></p> <p><input type="radio"/> trifft völlig zu <small>1</small>   <input type="radio"/> trifft eher zu <small>2</small>   <input type="radio"/> trifft eher nicht zu <small>3</small>   <input type="radio"/> trifft überhaupt nicht zu <small>4</small></p>		
Bedingung: - selbe Seite Pflichtangabe: nein		
<p><b>30. 30. „Immigrantinnen bringen neue Krankheiten mit in unser Krankenhaus.“</b></p> <p><small>v32, numerisch, nominal, 8</small></p> <p><input type="radio"/> trifft völlig zu <small>1</small>   <input type="radio"/> trifft eher zu <small>2</small>   <input type="radio"/> trifft eher nicht zu <small>3</small>   <input type="radio"/> trifft überhaupt nicht zu <small>4</small></p>		
Bedingung: - selbe Seite Pflichtangabe: nein		
<p><b>31. 31. „Immigrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse sollten - falls notwendig - selbst für eine Übersetzung bei der Kommunikation mit Frauenärzten/-innen und Hebammen sorgen.“</b></p> <p><small>v33, numerisch, nominal, 8</small></p> <p><input type="radio"/> trifft völlig zu <small>1</small>   <input type="radio"/> trifft eher zu <small>2</small>   <input type="radio"/> trifft eher nicht zu <small>3</small>   <input type="radio"/> trifft überhaupt nicht zu <small>4</small></p>		

Abb. 13: Onlinefragebogen Teil 7

Bedingung: -	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>32. 32. „Es liegt in der Verantwortung der medizinischen Einrichtung, die sprachliche Kommunikation mit Immigrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse zu ermöglichen.“</b></p> <p style="color: red; font-size: x-small;">v34, numerisch, nominal, 8</p> <p> <input type="radio"/> trifft völlig zu 1   <input type="radio"/> trifft eher zu 2   <input type="radio"/> trifft eher nicht zu 3   <input type="radio"/> trifft überhaupt nicht zu 4 </p>		
Bedingung: -	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>33. 33. „Ich fühle mich gut vorbereitet auf die Versorgung von Immigrantinnen.“</b></p> <p style="color: red; font-size: x-small;">v35, numerisch, nominal, 8</p> <p> <input type="radio"/> trifft völlig zu 1   <input type="radio"/> trifft eher zu 2   <input type="radio"/> trifft eher nicht zu 3   <input type="radio"/> trifft überhaupt nicht zu 4 </p>		
Bedingung: -	selbe Seite	Pflichtangabe: nein
<p><b>34. 34. „Ich bin mit meiner Arbeit unzufrieden, wenn nur eine eingeschränkte oder gar keine sprachliche Kommunikation mit einer Patientin möglich ist.“</b></p> <p><i>Wie sehr trifft diese Aussage für Sie zu?</i></p> <p style="color: red; font-size: x-small;">v36, numerisch, nominal, 8</p> <p> <input type="radio"/> Ja, immer 1  <input type="radio"/> Ja, manchmal 2  <input type="radio"/> Ja, aber selten 3  <input type="radio"/> Nie (dann weiter mit Frage 36) 4  <small style="color: red;">Sprung: 36. 36. Wenn Sie mit einer Patientin nicht sprachlich kommunizieren können, wie gehen Sie vor?</small> </p>		
Bedingung: -	neue Seite	Pflichtangabe: ja
<p><b>35. 35. Welche Aspekte sind für Sie im Falle eingeschränkter sprachlicher Kommunikation mit einer Patientin am meisten belastend?</b> <span style="float: right; color: red; font-size: x-small;">Frage muss beantwortet werden</span></p> <p><i>Bitte wählen Sie mindestens 1 und maximal 5 Aspekte.</i></p> <p> <input type="checkbox"/> eingeschränkte Möglichkeit der Anamnese 1, v37_1, numerisch, nominal, 3  <input type="checkbox"/> eingeschränkte Möglichkeit, Empathie zu zeigen 2, v37_2, numerisch, nominal, 3  <input type="checkbox"/> eingeschränkte Möglichkeit, Informationen zu vermitteln 3, v37_3, numerisch, nominal, 3  <input type="checkbox"/> Zeitverlust durch umständliche Kommunikation 4, v37_4, numerisch, nominal, 3  <input type="checkbox"/> Sorge, wichtige Informationen zu verpassen 5, v37_5, numerisch, nominal, 3  <input type="checkbox"/> Sorge, die falsche Diagnose zu stellen 6, v37_6, numerisch, nominal, 3  <input type="checkbox"/> Sorge, dass Informationen von der Patientin falsch verstanden werden 7, v37_7, numerisch, nominal, 3  <input type="checkbox"/> eingeschränkte Möglichkeit, auf die Wünsche der Patientin einzugehen 8, v37_8, numerisch, nominal, 3  <input type="checkbox"/> eingeschränkte Möglichkeit, Schmerzen adäquat zu erfragen 9, v37_9, numerisch, nominal, 3  <input type="text"/> Anderes. Bitte erläutern Sie: 10, v37_open, Text, nominal, 255 </p>		

Abb. 14: Onlinefragebogen Teil 8

Bedingung: -	neue Seite	Pflichtangabe: nein						
<p><b>36. 36. Wenn Sie mit einer Patientin nicht sprachlich kommunizieren können, wie gehen Sie vor?</b>  <small>Die Frage hat eingehende Sprünge: 1</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 34. 34. „Ich bin mit meiner Arbeit unzufrieden, wenn nur eine eingeschränkte oder gar keine sprachliche Kommunikation mit einer Patientin möglich ist.“: Nie (dann weiter mit Frage 36) (4)</li> </ul> <p><i>Bitte kreuzen Sie alle Zutreffenden an</i></p> <p><input type="checkbox"/> Übersetzung per computergestützter Technik wie z.B. google.translate <small>1, v38_1, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> externe professionelle Telefonübersetzung <small>2, v38_2, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> externe videogestützte Übersetzung durch professionellen Übersetzer z.B. per Skype <small>3, v38_3, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Zuhilfenahme von fremdsprachigen schriftlichen Text- und Bildmaterialien <small>4, v38_4, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Übersetzung durch Begleitperson <small>5, v38_5, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Übersetzung durch andere bilinguale Patientin <small>6, v38_6, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Übersetzung durch bilinguales medizinisches Personal <small>7, v38_7, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Übersetzung durch mehrsprachige Reinigungskräfte <small>8, v38_8, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> professionelle Dolmetscher/-in in Person (z.B. vom Gemeindedolmetscherdienst Berlin) <small>9, v38_9, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Einsatz von eigener Sprachenkenntnis, obwohl diese begrenzt ist <small>10, v38_10, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Zeichensprache (Gesten, Mimik etc.) <small>11, v38_11, numerisch, nominal, 3</small></p> <p><input type="checkbox"/> Verweigerung der Behandlung <small>12, v38_12, numerisch, nominal, 3</small></p> <p>Sonstiges. Bitte erläutern Sie: <small>13, v38_open, Text, nominal, 255</small> <input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/></p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; color: red; font-size: small;">Bedingung: -</td> <td style="width: 33%; color: red; font-size: small; text-align: center;">selbe Seite</td> <td style="width: 33%; color: red; font-size: small; text-align: right;">Pflichtangabe: nein</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 10px;"> <p><b>37. 37. Welche Hilfsmittel zur Kommunikation mit Immigrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse würden Sie sich wünschen?</b></p> <p><small>v39, Text, nominal, 32767</small></p> <div style="border: 1px solid gray; height: 60px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table>			Bedingung: -	selbe Seite	Pflichtangabe: nein	<p><b>37. 37. Welche Hilfsmittel zur Kommunikation mit Immigrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse würden Sie sich wünschen?</b></p> <p><small>v39, Text, nominal, 32767</small></p> <div style="border: 1px solid gray; height: 60px; width: 100%;"></div>		
Bedingung: -	selbe Seite	Pflichtangabe: nein						
<p><b>37. 37. Welche Hilfsmittel zur Kommunikation mit Immigrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse würden Sie sich wünschen?</b></p> <p><small>v39, Text, nominal, 32767</small></p> <div style="border: 1px solid gray; height: 60px; width: 100%;"></div>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; color: red; font-size: small;">Bedingung: -</td> <td style="width: 33%; color: red; font-size: small; text-align: center;">selbe Seite</td> <td style="width: 33%; color: red; font-size: small; text-align: right;">Pflichtangabe: nein</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 10px;"> <p><b>38. 38. Was wünschen Sie sich außerdem, um den Umgang mit Immigrantinnen zu verbessern/ zu vereinfachen?</b></p> <p><small>v40, Text, nominal, 32767</small></p> <div style="border: 1px solid gray; height: 60px; width: 100%;"></div> </td> </tr> </table>			Bedingung: -	selbe Seite	Pflichtangabe: nein	<p><b>38. 38. Was wünschen Sie sich außerdem, um den Umgang mit Immigrantinnen zu verbessern/ zu vereinfachen?</b></p> <p><small>v40, Text, nominal, 32767</small></p> <div style="border: 1px solid gray; height: 60px; width: 100%;"></div>		
Bedingung: -	selbe Seite	Pflichtangabe: nein						
<p><b>38. 38. Was wünschen Sie sich außerdem, um den Umgang mit Immigrantinnen zu verbessern/ zu vereinfachen?</b></p> <p><small>v40, Text, nominal, 32767</small></p> <div style="border: 1px solid gray; height: 60px; width: 100%;"></div>								

Abb. 15: Onlinefragebogen Teil 9

Bedingung: - selbe Seite Pflichtangabe: nein

**39. 39. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie eine Frau während der Geburt versorgen, mit der Sie sich nicht verständigen können?**

v41, Text, nominal, 32767

Bedingung: - selbe Seite Pflichtangabe: nein

**40. 40. Wünschen Sie sich eine Fortbildung zur Versorgung von Immigrantinnen?**

v42, numerisch, nominal, 8

**Ja** 1  
Sprung: 41. 41. Welche Art der Fortbildung wünschen Sie sich?

**Nein (dann weiter mit Frage 42)** 2  
Sprung: 42. 42. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, das wir in diesem Fragebogen nicht angesprochen haben?

Bedingung: - neue Seite Pflichtangabe: nein

**41. 41. Welche Art der Fortbildung wünschen Sie sich?**  
Die Frage hat eingehende Sprünge: 1

- 40. 40. Wünschen Sie sich eine Fortbildung zur Versorgung von Immigrantinnen?: Ja (1)

v43, Text, nominal, 32767

Bedingung: - neue Seite Pflichtangabe: nein

**42. 42. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen, das wir in diesem Fragebogen nicht angesprochen haben?**  
Die Frage hat eingehende Sprünge: 1

- 40. 40. Wünschen Sie sich eine Fortbildung zur Versorgung von Immigrantinnen?: Nein (dann weiter mit Frage 42) (2)

v44, Text, nominal, 32767

**Fragebogen absenden**

Abb. 16: Onlinefragebogen letzter Teil



CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik



**Klinik für Geburtsmedizin**  
**Direktor: Prof. Dr. med. Wolfgang Henrich**

Campus Virchow-Klinikum  
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 450-564072  
Fax: + 49 30 / 450-564901

Studienärztin: Dr. med. Vera Seidel  
Tel.: + 49 30 / 450-664536  
Email: vera.seidel@web.de

#### Einwilligungserklärung und Datenschutzerklärung

Versorgungsforschungsstudie:

#### **Personalbefragung zur geburtsmedizinischen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin – Vertiefende Interviews**

Hiermit erkläre ich, dass ich über Ziel und Bedeutung der Befragung schriftlich (siehe Teilnehmer/-innen-Information) aufgeklärt wurde.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit, Fragen an die Projektmitarbeiter zu stellen und meine Entscheidung über die Teilnahme an der Studie unbeeinflusst zu treffen.

Durch meine Unterschrift auf der Einwilligungserklärung erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Studienärztin und ihre Mitarbeiter/-innen meine anonymisierten Daten zum Zweck der o.g. Studie erheben und verarbeiten dürfen. Namen und Kontaktdaten werden getrennt von den Untersuchungsdaten aufbewahrt. Letztere Daten werden nach Abschluss der Erhebung gelöscht, sobald es der Forschungszweck zulässt, jedoch spätestens nach 2 Jahren.

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Zu Auswertungszwecken wird die Tonaufnahme in Schriftform gebracht (Transkript). Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. Die Untersuchungsdaten werden in Anlehnung an die gute wissenschaftliche Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft 10 Jahre aufbewahrt. Die Audiodatei wird im Anschluss an die Anfertigung eines Transkripts gelöscht, sobald es der Forschungszweck zulässt, jedoch spätestens nach 2 Jahren. Zugang zur Tonaufnahme haben ausschließlich Personen, die im Rahmen der oben genannten Untersuchung forschen.

Die erhobenen Daten werden ausschließlich für die Durchführung der Studie verwendet und für Zwecke der Forschung qualitativ ausgewertet. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

In Veröffentlichungen und Projektberichten werden grundsätzlich nur Ergebnisse veröffentlicht, die keine Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen.

Ich kann mein Einverständnis zur Teilnahme an der Erhebung und zur weiteren Verwendung der Daten jederzeit bis zur Löschung der Zuordnungstabelle ganz oder teilweise

Abb. 17: Information und Einverständniserklärung der vertiefenden Interviews, Vorderseite



schriftlich/per Email widerrufen und somit die Löschung meiner Daten bewirken. Die Adresse und Telefonnummer der Studienverantwortlichen finden sich auf diesem Formblatt.

**Ich erkläre, dass ich freiwillig bereit bin, an der wissenschaftlichen Studie teilzunehmen.**

**Ich erkläre mich damit einverstanden,**

- **dass meine für den Zweck der o.g. Studie nötigen personenbezogenen Daten durch die Studienärztin und ihre Mitarbeiterinnen erhoben, pseudonymisiert aufgezeichnet und auf elektronischen Datenträgern verarbeitet werden;**
- **dass die Studienergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulässt, veröffentlicht werden können.**

Berlin, den .....  
Unterschrift des/r Teilnehmer/in

---

**Hiermit erkläre ich, den/die Teilnehmer/in am ..... über Wesen, Bedeutung und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt, alle Fragen beantwortet und ihr eine Kopie der Studieninformation und der Einwilligungserklärung übergeben zu haben.**

Berlin, den .....  
Name und Unterschrift der Projektmitarbeiterin

Abb. 18: Information und Einverständniserklärung der vertiefenden Interviews, Rückseite

Interview-Code:

Datum:

Einrichtung:

Kurzfragebogen zum Interview: Personalbefragung  
zur geburtshilflichen Versorgungssituation der Migrantinnen in Berlin

1. Alter: \_\_\_\_ Jahre
2. Geschlecht:  Männlich  Weiblich
3. Geburtsland: \_\_\_\_\_
4. Nationalität: \_\_\_\_\_
5. Sind Ihre Eltern/ist einer Ihrer Elternteile im Ausland geboren?  
 Nein  Ja  
 Beide  
 Ein Elternteil
6. Welchen Beruf üben Sie aus?  Arzt Gynäkologie  
 Hebamme
7. Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_ Jahre
8. Muttersprache/n?  Deutsch andere: \_\_\_\_\_
9. Welche anderen Sprachkenntnisse haben Sie?  
▪ \_\_\_\_\_  
▪ \_\_\_\_\_  
▪ \_\_\_\_\_  
▪ \_\_\_\_\_

Abb. 19: Kurzfragebogen zur Person zum vertiefenden Interview

Interview-Code:

Datum:

Einrichtung:

Zeit Beginn:

Zeit Ende:

Interview „die geburtshilfliche Versorgungssituation der Migrantinnen in Berlin aus der Sicht des Personals“

1. Erzählen Sie mir doch als Einstieg einmal von einer **Begegnung** mit einer Migrantin im Kreißsaal in der letzten Zeit, die Ihnen in Erinnerung geblieben ist.
2. Wie oft haben Sie in Ihrem Klinikalltag mit Frauen mit Migrationserfahrung (Immigrantinnen) zu tun?
  - Welche verschiedenen **Gruppen** von Frauen mit Migrationserfahrung würden Sie unterscheiden?
  - Woran **erkennen** Sie, ob jemand Migrationserfahrung hat oder nicht?
3. Sehen Sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der **Schwangerenvorsorge** von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund? Wenn ja, welche wären das?
  - Haben Frauen mit und ohne Migrationserfahrung Ihrer Erfahrung nach die gleichen Erwartungen an die Betreuung rund um die Geburt?
  - Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten sehen Sie?
4. Was denken Sie, könnten die Gründe für die unterschiedlichen Erwartungen sein? Wenn ja: Für die Unterschiede, die Sie genannt haben, sind Ihrer Meinung nach welche Faktoren entscheidend? (kulturelle, soziale, sprachliche/kommunikative)
5. Wie schätzen Sie die **postpartale Versorgung** von Frauen mit und ohne Migrationserfahrung in Berlin ein? / Haben Sie das Gefühl, dass die Patientinnen mit Migrationserfahrung über die Angebote nach der Entlassung informiert sind?
6. Haben Sie den Eindruck, dass sich seit der **Neuwanderung von vielen Flüchtlingen** bezüglich der Versorgung von Frauen mit Migrationserfahrung in Berlin etwas verändert hat?
7. Sind Sie denn mit der aktuellen Versorgungssituation der Frauen hier insgesamt zufrieden?
  - Was würden Sie sich von Frauen ohne Migrationserfahrung wünschen, um Ihren Arbeitsalltag zufriedenstellender zu gestalten?
  - Was würden Sie sich von Frauen mit Migrationserfahrung wünschen, um Ihren Arbeitsalltag zufriedenstellender zu gestalten?
8. Was würden Sie sich seitens der Klinik wünschen, um Ihren Arbeitsalltag bei der Versorgung der Frauen zu erleichtern?
9. Welche **Ressourcen** bietet das Krankenhaus, um Sprachbarrieren zu überwinden?
10. Nutzen Sie diese Ressource regelmäßig?

Abb. 20: Interviewleitfaden Teil 1

- 
11. Wie **fühlen** Sie sich, wenn Sie eine Frau während der Geburt versorgen, mit der Sie sich nicht verständigen können?
    - ➔ Bei diesem Unbehagen, was Sie äußern, was ist Ihre größte Sorge?
    - ➔ Welche **Hindernisse** sehen Sie dadurch in Ihrer täglichen Arbeit?
  12. In der Berliner Perinatalstudie wurde gezeigt, dass Schwangere mit Migrationserfahrung aus der Türkei und aus dem Libanon eine vergleichsweise niedrigere **Kaiserschnitt**rate haben. Warum denken Sie, ist das so?
  13. In der Berliner Perinatalstudie wurde gezeigt, dass Schwangere mit Migrationserfahrung aus der Türkei und aus dem Libanon auch eine niedrigere **PDA** Rate haben als Frauen ohne Migrationserfahrung. Warum denken Sie, ist das so?
  14. Wo sehen Sie die **Verantwortung** für die Überwindung von Sprachbarrieren?
  15. Würden Sie sagen, dass die Klinik **Maßnahmen** zur so genannten „Interkulturellen Öffnung“ eingeleitet hat? (kultursensible Maßnahmen) Welche sind das? Erleben Sie diese als hilfreich bei der Versorgung von Immigrantinnen?
  16. Haben Sie schon einmal an einer **Veranstaltung** oder Fortbildung teilgenommen, die auf interkulturelle Kommunikation bzw. Interkulturelle Kompetenzen abzielt?
    - a. Wenn Nein: Wünschen Sie sich eine Fortbildung zur Versorgung von Immigrantinnen?  
Wenn ja: Welche Art?
    - b. Wenn Ja: Nachfrage: Welche Art? War das privat oder während der Arbeitszeit? War das für Sie hilfreich?
  17. Wünschen Sie sich andere Formen der **Unterstützung** bei der Versorgung von Immigrantinnen?
  18. Möchten Sie noch etwas **hinzufügen**?

Abb. 21: Interviewleitfaden Teil 2

---

## 9. Eidesstattliche Versicherung und Anteilserklärung

### 9.1 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Claudia Großkreutz, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema ‚Die geburtsmedizinische Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin aus der Sicht des geburtshilflichen Personals‘ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandene Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

---

## 9.2 Anteilserklärung an erfolgten Publikationen

Die Autorin, Claudia Großkreutz, hatte folgenden Anteil an der Publikation:

Seidel, V., Großkreutz, C., Gürbüz, B., Vortel, M., Henrich, W., David, M., & Borde, T. (2019). Personalbefragung zur geburtshilflichen Versorgung von Immigrantinnen in Berlin. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 79(05), 453-460.

Beitrag im Einzelnen: Koautorenschaft, Verfassen des Textabschnitts der Diskussion über Sprachbarriere, Bearbeitung des zu publizierenden Textes, Auswertung des Datenmaterials zur Erstellung der Abbildungen 3 und 4, Mitentwicklung und Korrektur des Online-Fragebogens: Korrektur der Antwortmöglichkeiten der Frage Nr. 26 und 36, Entwicklung der Fragen Nr. 31, 32, 35 und 39, Überprüfung auf Verständlichkeit des gesamten Fragebogens, persönliche Präsentation der Studie an diversen teilnehmenden Berliner Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe

---

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers

---

Unterschrift der Doktorandin

---

## 10. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

---

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.



---

## 11. Publikationsliste

Seidel, V., Großkreutz, C., Gürbüz, B., Vortel, M., Henrich, W., David, M., & Borde, T. (2019). Personalbefragung zur geburtshilflichen Versorgung von Immigrantinnen in Berlin. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 79(05), 453-460. (Artikel)

Gürbüz, B., Großkreutz, C., Vortel, M., Borde, T., Rancourt, R. C., Stepan, H., ... & Seidel, V. (2019). The influence of migration on women's satisfaction during pregnancy and birth: results of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ). *Archives of gynecology and obstetrics*, 300(3), 555-567. (Artikel)

Seidel, V., Gürbüz, B., Großkreutz, C., Vortel, M., Borde, T., Rancourt, R. C., ... & David, M. (2020). The influence of migration on women's use of different aspects of maternity care in the German health care system: Secondary analysis of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ). *Birth*, 47(1), 39-48. (Artikel)

Großkreutz, C., Gürbüz, B., Henrich, W., Borde, T., David, M., & Seidel, V. (2017). Personalbefragung zur geburtsmedizinischen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin—erste Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 221(S 01), P08-17. (Poster)

Gürbüz, B., Vortel, M., Großkreutz, C., Stepan, H., Henrich, W., Borde, T., David, M. & Seidel, V. (2017). Der Einfluss von Migration auf Schwangerschaft und Geburt: Erleben der geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund im Vergleich. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 221(S 01), P08-18. (Poster)

Gürbüz, B., Großkreutz, C., Vortel, M., Henrich, W., Borde, T., David, M., & Seidel, V. (2018). Der Einfluss von Migration auf die Zufriedenheit in der peripartalen Versorgung und dem Zugang zum deutschen Gesundheitssystem: Frauen mit und ohne Migrationshintergrund im Vergleich. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 78(10), P-307. (Poster)

---

Seidel, V., Großkreutz, C., Gürbüz, B., Henrich, W., Borde, T., & David, M. (2017). Personalbefragung zur geburtsmedizinischen Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in Berlin—erste Ergebnisse einer berlinweiten Onlinebefragung. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 221(S 01), P08-2. (Poster)

Seidel, V., Großkreutz, C., Gürbüz, B., Vortel, M., Henrich, W., Borde, T., & David, M. (2018). Gründe für eine niedrigere Periduralanästhesierate bei Migrantinnen aus Sicht des medizinischen Personals—eine mixed-methods Analyse. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 78(10), P-348. (Poster)

Seidel, V., Gürbüz, B., Großkreutz, C., Vortel, M., Henrich, W., Borde, T., & David, M. (2018). 1.11-P22 The influence of migration on pregnancy and birth: birth experiences of migrant women in Berlin—preliminary results. *The European Journal of Public Health*, 28(suppl\_1), cky048-046. (Poster)

Seidel, V., Großkreutz, C., Gürbüz, B., Vortel, M., Henrich, W., Borde, T., & David, M. (2018). 1.11-P21 “Migrant women are in closer touch with their bodies”—medical staff’s view of obstetric care for migrants in Berlin—results from a qualitative exploratory interview study. *The European Journal of Public Health*, 28(suppl\_1), cky048-045. (Poster)

---

## 12. Danksagung

Ganz herzlich danke ich meinem Doktorvater, Herrn Professor Matthias David, für die Möglichkeit der Teilnahme an diesem Forschungsprojekt, die herausragende Betreuung während der Studiendurchführung und während des Verfassens des Manuskripts, das Beantworten vieler Fragen und das Bereichern meiner Ausbildung durch interessante Anregungen, Kongresse und Forschungstreffen. Ein besonderer Dank gilt auch Frau Dr. Vera Seidel für die unermüdliche Unterstützung, die vielen gemeinsamen Treffen, das Korrekturlesen und das Finden neuer Ideen. Frau Professor Theda Borde möchte ich ebenfalls ganz herzlich für ihre erhellende Sichtweise danken, das Mitwirken am Projekt und den Mut, ein Stück weiter zu blicken. Herrn Professor Wernecke möchte ich für die statistische Unterstützung und Hilfe in statistischen Fragestellungen danken.

Den Mitgliedern des Studienteams Burcu Gürbüz und Martina Vortel danke ich für das gemeinsame Arbeiten Seite an Seite.

Mein Dank gilt vor allem den Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieser Studie, welche mit ihrer Zeit und Mühe einen wichtigen Beitrag zu einer wichtigen Frage gestellt haben.

Ein großer Dank gilt den wichtigen korrigierenden Augen Manuela Großkreutz, Stefan Großkreutz und Will Vero. Meinen Großeltern, Ingrid und Dr. Wolfgang Großkreutz, danke ich für das stetige Vertrauen und den Glauben an mich. Aniello Lombardi danke ich für seine Unterstützung als Wissenschaftler und darüber hinaus.

Ich danke besonders meinen Eltern, Manuela und Thomas Großkreutz, welche mir immer zur Seite stehen.