



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund

Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulates
Maury Pasquier (12.3966)

Bern, 24.06.2015

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| VERZEICHNISSE..... | 3 |
| ZUSAMMENFASSUNG..... | 5 |
| 1 Ausgangslage..... | 7 |
| 1.1 Postulat..... | 7 |
| 1.2 Vorgehen bei der Erarbeitung des Berichtes..... | 7 |
| 1.3 Aufbau des Berichtes..... | 8 |
| 2 Fakten zur Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund .. | 9 |
| 2.1 Charakteristika der Mütter mit Migrationshintergrund..... | 9 |
| 2.2 Schwangerschaftsabbrüche..... | 10 |
| 2.3 Gesundheit der Neugeborenen..... | 11 |
| 2.4 Totgeburten und Säuglingssterblichkeit..... | 12 |
| 2.5 Gesundheit der Mütter..... | 13 |
| 3 Risikofaktoren für die Gesundheit von Mutter und Kind..... | 15 |
| 3.1 Alter der Mutter..... | 15 |
| 3.2 Soziales und ökonomisches Umfeld..... | 15 |
| 3.3 Lebensstil..... | 16 |
| 3.4 Spezifische Gesundheitsrisiken..... | 17 |
| 3.5 Faktoren im Gesundheitssystem..... | 18 |
| 3.6 Zusammenspiel verschiedener Ursachen..... | 20 |
| 3.7 Datenlücken..... | 21 |
| 4 Versorgungssituation und Angebote für Schwangere, Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund in der Schweiz..... | 22 |
| 4.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung für alle in der Schweiz wohnhaften Personen und Aufnahmepflicht der Spitäler..... | 22 |
| 4.2 Angebote von Akteuren im Gesundheitsbereich..... | 22 |
| 4.3 Bisheriges Engagement auf staatlicher Ebene..... | 23 |
| 4.4 Versorgungslücken..... | 25 |
| 5 Internationale Standards und Initiativen..... | 27 |
| 5.1 Konsultation auf EU-Ebene zu Migration und Gesundheit "Better Health for All"..... | 27 |
| 5.2 WHO Europa: Leitlinien für einen strategischen Ansatz für risikoärmere Schwangerschaften..... | 27 |
| 5.3 Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik..... | 28 |
| 6 Zielsetzungen und Empfehlungen des TAK-Integrationsdialogs „Aufwachsen“..... | 29 |
| 6.1 Zielsetzungen in sechs Aktionsfeldern..... | 29 |
| 6.2 Handlungsempfehlungen..... | 30 |
| 7 Fazit des Bundesrats..... | 33 |
| 7.1 Beitrag des Bundes zur Umsetzung des TAK-Integrationsdialogs..... | 34 |
| 7.2 Weitere vorgesehene Massnahmen des Bundes..... | 34 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------|--|
| TAK | Tripartite Agglomerationskonferenz |
| KdK | Konferenz der Kantonsregierungen |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherungen |
| DEZA | Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit |
| GDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| IOM | International Organization for Migration |
| KIP | Kantonale Integrationsprogramme |
| NAP | Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut |
| SBFJ | Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation |
| SEM | Staatssekretariat für Migration (bis 31.12.14 Bundesamt für Migration BFM) |
| SGGG | Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe |
| SGV | Schweizerischer Gemeindeverband |
| SSV | Schweizerischer Städteverband |
| VBGF | Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz |
| WHO | World Health Organization |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abb. 1: Lebendgeburten nach Nationalität der Mutter, 2013..... | 11 |
| Abb. 2: Frühgeburtenrate nach Nationalität der Mutter, kumulierte Werte 2007-2012..... | 12 |
| Abb. 3: Totgeburten und Säuglingssterblichkeit nach Nationalität der Mutter, 2003-2012..... | 14 |

Zusammenfassung

Forschungsarbeiten und statistische Auswertungen zeigen, dass rund um Schwangerschaft und Geburt bei Müttern und Säuglingen mit Migrationshintergrund mehr gesundheitliche Probleme auftreten als bei Schweizer Müttern und Neugeborenen: Höhere Raten an Schwangerschaftsabbrüchen, mehr Kinder mit einem geringen Geburtsgewicht, erhöhte Säuglings- und Müttersterblichkeit. Allerdings müssen diese Unterschiede differenziert betrachtet werden, da die Migrationsbevölkerung heterogen ist und nicht alle Gruppen von diesen Problemen betroffen sind.

Risikofaktoren für die Gesundheit von Mutter und Kind

Bei den Faktoren, die zu diesen Unterschieden führen können, sticht vor allem das soziale und ökonomische Umfeld hervor: Migrantinnen in der Schweiz haben oft ein tieferes Bildungsniveau als Schweizerinnen, arbeiten unter schwierigeren Arbeitsbedingungen und leben öfter in belastenden Situationen (mangelnde soziale Unterstützung, prekärer Aufenthaltsstatus).

Hinzu kommen spezifische Gesundheitsrisiken, die die Gesundheit von Migrantinnen während Schwangerschaft und Geburt beeinflussen können. Die weibliche Genitalverstümmelung bei manchen Gruppen von Migrantinnen gehört ebenso dazu wie ein erhöhtes Risiko für bestimmte Infektionskrankheiten (z.B. für HIV bei Migrantinnen aus Hochprävalenzländern) sowie eine stärkere Betroffenheit durch Schwangerschaftsdiabetes.

Des Weiteren sind Faktoren im Gesundheitssystem von Bedeutung. Durch mangelnde Sprachkenntnisse wird der Zugang zu medizinischen und präventiven Dienstleistungen erschwert. Studien zeigen, dass manche Präventionsempfehlungen (z.B. die Einnahme von Folsäure) bei Migrantinnen weniger wirksam sind und ungenügend befolgt werden. Kommunikationsprobleme mit der medizinischen Fachperson können dazu führen, dass das Vertrauensverhältnis beeinträchtigt ist, was wiederum zu einer geringeren Qualität der medizinischen Behandlung führen kann.

Versorgungssituation und bestehende Angebote

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Aufnahmepflicht der Spitäler gewähren grundsätzlich allen in der Schweiz lebenden Personen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung. Dennoch gibt es in der Praxis Hinweise dafür, dass sich Migrantinnen oft weniger gut im Gesundheitssystem zurecht finden. Um ihnen den Zugang zu Informationen und medizinischen Angeboten zu erleichtern, sind bei Akteuren der Gesundheitsversorgung sowie auf staatlicher Ebene verschiedene Bemühungen im Gange. So werden beispielsweise Schwangerschaftsvorbereitungskurse in verschiedenen Sprachen der Migrationsbevölkerung angeboten; die von Hebammen durchgeführte Wochenbettbetreuung wird besser mit dem Spital koordiniert; Anlaufstellen ermöglichen einen niederschweligen Zugang für besonders vulnerable Gruppen.

Auf staatlicher Ebene werden im Rahmen der kantonalen Integrationsprogramme Projekte zugunsten von Migrantinnen mit kleinen Kindern umgesetzt, insbesondere im Bereich der „frühen Förderung“. Auch das interkulturelle Dolmetschen wird mittels dieser Gelder von Bund und Kantonen gefördert. Das Bundesamt für Gesundheit setzt im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit bis Ende 2017 verschiedene Massnahmen um, die auch Müttern und ihren Kindern zu Gute kommen, beispielsweise die Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für den Umgang mit Diversität.

Ziele und Handlungsempfehlungen des TAK-Integrationsdialogs „Aufwachsen“

Um der Komplexität der Thematik gerecht zu werden, wurde 2013 der Integrationsdialog „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“ lanciert. Der Dialog ist eine Initiative der Tripartiten Agglomerationskonferenz [TAK], der politischen Plattform von Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden. Gesprächspartner in diesem Dialog sind einerseits die staatlichen Akteure aller politischen Ebenen und andererseits die Berufsverbände jener Fachleute, die während Schwangerschaft, Geburt und ersten Lebensjahren Kleinkinder und Eltern betreuen und beraten. Gemeinsam mit den Dialogpartnern wurden Ziele definiert, Empfehlungen ausgearbeitet und erste Massnahmen umgesetzt.

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Massnahmen und Projekte zur Förderung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten initiiert und umgesetzt. Dennoch ist das Ziel der gleichen Chancen auf ein gesundes Leben noch nicht erreicht. Handlungsbedarf besteht gemäss Einschätzung der am TAK-Integrationsdialog beteiligten Fachpersonen beispielsweise beim Abbau von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen, bei der Schulung der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten oder bei der Sicherstellung der Betreuungs- und Förderketten im Frühbereich.

Fazit des Bundesrates

Das Ziel, die Startbedingungen für alle in der Schweiz lebenden Kinder zu verbessern, steht in Einklang mit der schweizerischen Integrationspolitik sowie mit der bundesrätlichen Strategie „Gesundheit 2020“, die unter anderem zum Ziel hat, die gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken. Im Vordergrund steht dabei nicht die Migrationsbevölkerung als solche, denn diese ist sehr heterogen zusammengesetzt. Es geht in erster Linie darum, die Chancen jener Personen zu stärken, die gesundheitlich besonders gefährdet sind, sei es, weil sie schwierige ökonomische und soziale Lebensbedingungen, einen prekären Aufenthaltsstatus oder eine belastende Migrationsgeschichte haben oder weil sie sich aus sprachlichen Gründen im Gesundheitssystem nur ershwert zurecht finden.

Die Gründe für die festgestellten gesundheitlichen Ungleichheiten sind komplex, und auch der vorliegende Bericht kann die genauen Ursachen nicht abschliessend identifizieren. Deutlich wird aber, dass auf verschiedenen Ebenen Handlungsbedarf besteht. Deshalb bekräftigt der Bundesrat sein Engagement für den Integrationsdialog der TAK zum Thema „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“ und begrüsst es, dass die Dialogpartner der staatlichen Ebenen und der verschiedenen betroffenen Berufsgruppen bereit sind, an der Lösung der Probleme mitzuarbeiten.

Der Bundesrat sieht seinen Beitrag zur Verbesserung der Situation in einer Reihe von Beiträgen. Im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit setzt der Bund Projekte um, die auch den Themenbereich Schwangerschaft, Geburt und die Zeit nach der Geburt betreffen. Ausserdem ist der Bundesrat bereit, die Qualität der Daten im Bereich der Perinatalstatistik zu verbessern. Im Asylbereich will er sicherstellen, dass die Asylsuchenden in den zukünftigen Bundeszentren einen adäquaten Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung haben. Und nicht zuletzt sollen die Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten durch Aus- und Weiterbildung gefördert werden.

1 Ausgangslage

1.1 Postulat

Ständerätin Liliane Maury Pasquier reichte am 28.9.2012 das Postulat „Migrationsbevölkerung. Gesundheit von Müttern und Kindern“ (12.3966) ein.

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht über die Gesundheit von Müttern und Kindern in der Schweiz im Zusammenhang mit migrationsspezifischen Faktoren vorzulegen. Der Bericht soll konkrete Empfehlungen enthalten, mit denen die Situation der betroffenen Personen und damit auch der gesamten Bevölkerung verbessert werden kann.

Begründung

Zwei Studien, die 2006 und 2010 im Auftrag des Bundes durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass die Migrationsbevölkerung im Bereich der reproduktiven Gesundheit erhöhten Risiken ausgesetzt ist. In der Schweiz ist die Kindersterblichkeit im europäischen Vergleich relativ hoch, was zu einem grossen Teil durch die Todesfälle von ausländischen Kindern bedingt ist (40 Prozent aller Todesfälle bei Kindern). Die Erkrankungsrate ist ebenfalls höher bei Neugeborenen von Müttern, die nicht Schweizerinnen sind, und die Sterberate dieser Mütter ist viermal höher. Damit auch weiterhin nach den vielschichtigen Ursachen dieser Unterschiede geforscht werden kann, hat sich der Bundesrat dazu bereit erklärt, "sich ... für differenziertere Datengrundlagen einzusetzen" (Antwort vom 23. Februar 2011 auf meine Interpellation 10.4036).

Angesichts der Lebenssituation der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz und der erwähnten Probleme ist es wichtig, dass die begonnenen Arbeiten weitergeführt werden. Die Datengrundlagen müssen verbessert und mögliche Massnahmen definiert werden.

Der Bericht soll qualitative und quantitative Untersuchungsansätze kombinieren, damit die resultierenden Empfehlungen durch Fakten abgestützt sind. Als Grundlage dienen können insbesondere:

1. Daten aus den Registern der Spitäler und Frauenkliniken;
2. direkt in den Frauenkliniken erhobene Informationen über Schwangerschaft und Geburtsumstände;
3. die Befragung von Fachpersonen im Bereich der reproduktiven Gesundheit.

Ein solcher Bericht liefert die nötige Grundlage für effiziente Massnahmen in diesem Bereich, der für die öffentliche Gesundheit ein grosses Problem mit gewichtigen menschlichen und wirtschaftlichen Folgen darstellt.

Der Ständerat überwies das Postulat am 3. Dezember 2012.

1.2 Vorgehen bei der Erarbeitung des Berichtes

Dem Bericht liegen verschiedene Studien und Recherchen zugrunde, die in den letzten Jahren durchgeführt wurden. Im Hinblick auf die Erstellung dieses Berichts haben das Bundesamt für Gesundheit [BAG] und das Staatssekretariat für Migration [SEM] (ehemals Bundesamt für Migration BFM) verschiedene Mandate in Auftrag gegeben, Kurzberichte erstellt oder externe Forschungsprojekte finanziell unterstützt. Es waren dies insbesondere¹:

¹ Die Berichte sind abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13722/index.html?lang=de>

- Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern – eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012 (Sonja Merten, Sara Gari, Universität Basel, 2013; Bericht im Auftrag des BAG)
- Gesundheit von Müttern und Neugeborenen in der Migrationsbevölkerung (Bundesamt für Statistik, 2014; Publikation des Bundesamts für Statistik BFS)
- Bestandesaufnahme von Projekten, Massnahmen und Arbeitsmethoden im Bereich reproduktive Gesundheit und Migration (Martina Hermann, BAG, 2013),
- Risk factors and quality of antenatal care (Paola Bollini, Katharina Quack Lötscher, Philippe Wanner et al., ForMed, 2014; mitfinanziert durch BAG und SEM),
- Stress périnatal des femmes migrantes allophones (Betty Goguikian et al., Universität Genf, 2014; mitfinanziert durch BAG und SEM),
- Analyse des offres et des canaux d'information appropriés aux besoins des groupes-cibles en matière de petite enfance, de santé, d'éducation et de développement de la petite enfance (Schweizerisches Rotes Kreuz in Zusammenarbeit mit Büro BASS; im Auftrag von BAG, SEM und BSV [Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut])

Die im Postulat geforderte Ausarbeitung konkreter Empfehlungen erfolgte grösstenteils im Rahmen des Integrationsdialog der Tripartiten Agglomerationskonferenz [TAK] zum Thema „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“. Dieser Integrationsdialog wurde am 22. November 2013 von der TAK initiiert und wird unter der Leitung der Konferenz der Kantonsregierungen [KdK], des SEM, des BAG, des Schweizerischen Städteverbands [SSV] und des Schweizerischen Gemeindeverbands [SGV] umgesetzt. Er hat zum Ziel, dass in der Gesundheits- und Integrationspolitik von Bund, Kantonen und Gemeinden gemeinsam dafür gesorgt wird, dass alle Neugeborenen bestmögliche Chancen beim Start ins Leben haben. Die Berufsverbände aller Fachleute, die während der Schwangerschaft, während und nach der Geburt und im ersten Lebensjahr des Kindes mit den Familien in Kontakt stehen, unterstützen diese Bemühungen. Die TAK verabschiedete am 27. Juni 2014 konkrete Empfehlungen, die sich an die staatlichen Akteure richten.² Weiter nahm sie Empfehlungen zur Kenntnis, die sich an nicht-staatliche Akteure richten. Diese haben in Aussicht gestellt, im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Umsetzung der Empfehlungen beizutragen.

In diesem Bericht werden die Empfehlungen der TAK in einer gekürzten Fassung dargestellt. Die ausführliche Fassung ist auf der Webseite der TAK zu finden.³ Im Kapitel „Fazit des Bundesrats“ wird der Beitrag des Bundes an die Umsetzung der TAK-Empfehlungen beschrieben, und es sind weitere vorgesehene Massnahmen des Bundes aufgeführt.

1.3 Aufbau des Berichtes

Im Kapitel 2 wird ein Überblick über relevante Daten zur Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund gegeben; anschliessend werden im Kapitel 3 bekannte Einflussfaktoren beschrieben. Da in der Schweiz nur wenige Daten und Studien vorhanden sind, um die Einflussfaktoren empirisch herzuleiten, wird dabei auch Bezug genommen auf wissenschaftliche Untersuchungen aus anderen Ländern. Kapitel 4 beschäftigt sich mit der Versorgungssituation und spezifischen Angeboten für Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund und zeigt auf, welche Massnahmen auf Bundesebene für diese Zielgruppen umgesetzt werden. Auch Versorgungslücken kommen zur Sprache. Kapitel 5 beschreibt internationale Standards und Initiativen. Kapitel 6 umfasst die Empfehlungen der Fachpersonen und im Kapitel 7 nimmt der Bundesrat Stellung zu den Ergebnissen des Berichts und definiert den zukünftigen Beitrag des Bundes zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund.

² <http://www.dialog-integration.ch/de/aufwachsen>; 14.1.2015

³ <http://www.dialog-integration.ch/de/aufwachsen>; 14.1.2015

2 Fakten zur Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund

Der „Europäische Bericht zur Perinatalgesundheit“ (d.h. der Gesundheit vor und nach der Geburt) erschien 2013 zum ersten Mal mit Daten der Schweiz und erlaubt somit einen Vergleich der Situation in der Schweiz mit jener in anderen Ländern. Bei den meisten Indikatoren liegt die Schweiz im europäischen Durchschnitt. Sie verzeichnet jedoch den tiefsten Anteil Mütter im Teenager-Alter (1,1%) und einen der höchsten Anteile von im Ausland geborenen Müttern (41,1%).⁴

Die Ausführungen zur Situation in der Schweiz stützen sich in diesem Kapitel, wo nicht anders vermerkt, auf Analysen des Bundesamts für Statistik aus dem Jahr 2014.⁵ Den Analysen liegen verschiedene Datensätze mit ihren spezifischen Eigenheiten zugrunde. Dies hat zur Folge, dass die Vergleichsgruppen variieren: Während in der einen Statistik einzelne Nationalitäten miteinander verglichen werden, sind es in der anderen geographische Regionen, oder es wird anstatt der Staatsangehörigkeit das Geburtsland als Merkmal für Migrationshintergrund beigezogen.

2.1 Charakteristika der Mütter mit Migrationshintergrund

2.1.1 Herkunft und Geburtenziffer

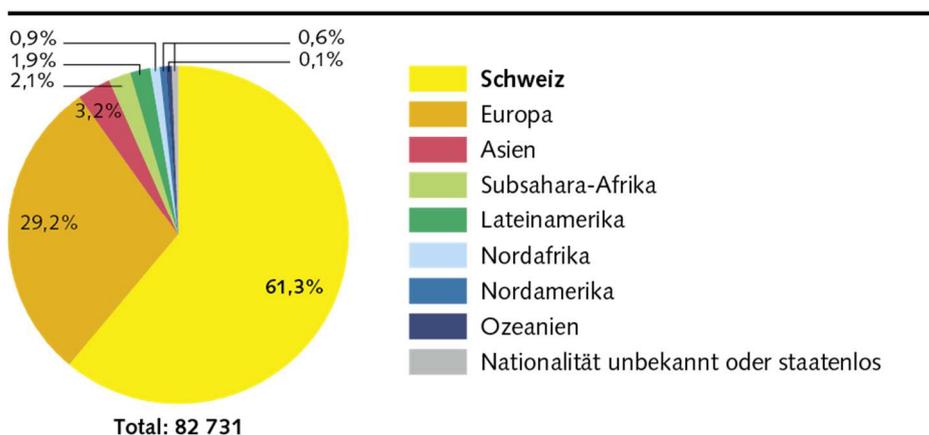
22,1% der Frauen in der Schweiz sind Ausländerinnen. Unter den Müttern von Neugeborenen hatten im Jahr 2013 38,1% einen ausländischen Pass, drei Viertel davon sind europäischer Herkunft (insbesondere aus den Ländern Ex-Jugoslawiens, Deutschland, Portugal, Italien, Frankreich, Türkei und Spanien).

In der Schweiz lebende Ausländerinnen haben durchschnittlich eine höhere Geburtenziffer als Schweizerinnen (Lebendgeburten pro 1000 Frauen der mittleren ständigen Wohnbevölkerung dieser Altersgruppe). Während die Schweizerinnen im Jahr 2013 eine Geburtenziffer von 1,4 Kindern pro Frau aufwiesen, lag sie bei Frauen aus Ländern Ex-Jugoslawiens bei 2,3, bei Frauen aus Subsahara-Afrika bei 2,8 und bei Frauen aus nordafrikanischen Ländern bei durchschnittlich 3,3 Kindern pro Frau. Die in der Schweiz geborenen Ausländerinnen (zweite Generation) haben eine ähnlich hohe Geburtenziffer wie die Schweizerinnen.

⁴ European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010: <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>; 24.11.2014

⁵ BFS (2014): Gesundheit von Müttern und Neugeborenen in der Migrationsbevölkerung. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/dos/05.html>, 17.10.2014

Abb. 1: Lebendgeburten nach Nationalität der Mutter, 2013



Quelle: BFS – BEVNAT

© BFS, Neuchâtel 2014

2.1.2 Alter

Das Alter der gebärenden Frauen hat in den letzten Jahren tendenziell zugenommen. Bei den Schweizer Frauen ist das mittlere Alter bei der Geburt eines Kindes von 29,3 (1990) auf 32,1 Jahre (2013) gestiegen (durchschnittlich 30,8 Jahre beim ersten Kind). Das Alter bei der Geburt eines Kindes nimmt auch bei den Frauen der meisten anderen Nationalitäten zu, wobei es zwischen den verschiedenen Gruppen Unterschiede gibt. Die in der Schweiz lebenden Frauen aus Portugal, der Türkei, Ex-Jugoslawien oder aus Subsahara-Afrika sind durchschnittlich jünger als die Schweizerinnen, wenn sie das erste Kind zur Welt bringen.

Unter den Frauen aus Ex-Jugoslawien, die 2013 ein Kind geboren haben, gibt es einen grossen Anteil von Frauen unter 25 Jahren (26,0%); der entsprechende Anteil beträgt hingegen nur 6,2% bei den Schweizerinnen und nur 2,7% bei den Deutschen.

Auch wenn man anstatt nach Nationalität nach Geburtsort unterscheidet, zeigen sich klare Unterschiede: Bei 15- bis 24-jährigen, die im Ausland geboren sind, ist die Geburtenziffer rund fünfmal höher als bei jungen Frauen, die in der Schweiz geboren sind. Auch in der obersten Alterskategorie der Mütter (über 40 Jahre) sind Migrantinnen tendenziell übervertreten.⁶

2.2 Schwangerschaftsabbrüche

Sowohl in der Schweiz als auch in anderen europäischen Ländern wird eine erhöhte Rate von Schwangerschaftsabbrüchen bei Migrantinnen beobachtet.⁷ In der Schweiz betrug im Jahr 2013 die Rate bei Schweizerinnen 4,2‰ (d.h. 4,2 Schwangerschaftsabbrüche pro 1000 Frauen) und bei Ausländerinnen 9,6‰. Je nach Herkunft sind grosse Unterschiede festzustellen. Die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche ist aber mit Vorsicht zu interpretieren, da die Nationalität der betroffenen Frauen nur in 13 Kantonen erhoben und ans BFS geliefert wird, die zusammen rund 40% der in der Schweiz

⁶ Vgl. Integrationsindikatoren des BFS: altersspezifische Geburtenziffer. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43032.430105.html> ; 28.11.2014

⁷ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

erfolgten Abbrüche erfassen. Hinzu kommt, dass die Werte auf der Basis der ständigen Wohnbevölkerung berechnet werden, d.h. Personen ohne Aufenthaltsberechtigung oder mit Kurzaufenthaltsausweis sind nicht erfasst. Dies kann zu einer Überschätzung der Angaben für gewisse Nationalitäten führen.⁸

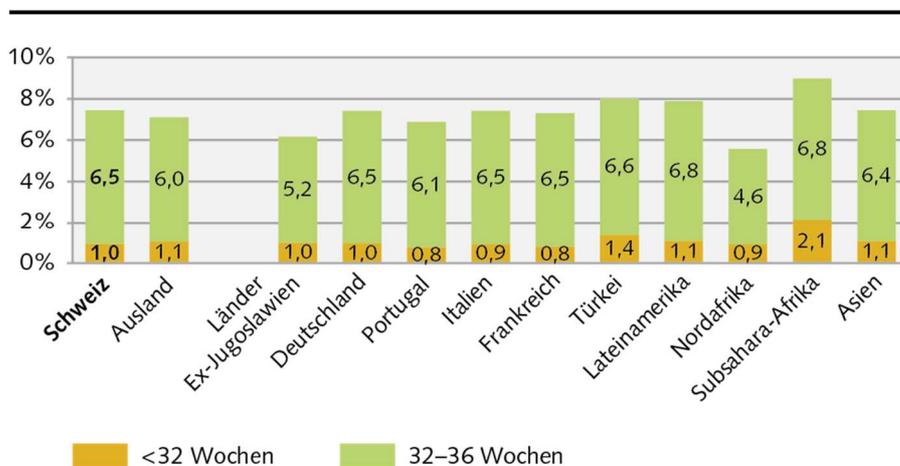
2.3 Gesundheit der Neugeborenen

Es ist von grosser Bedeutung, nebst der Mortalität auch den Gesundheitszustand der Säuglinge zu erfassen. Denn ein schlechter Gesundheitszustand bei der Geburt oder als Kleinkind kann gewichtige Auswirkungen auf das gesamte Leben einer Person haben.

2.3.1 Frühgeburten

Wenn man in der Schweiz die Unterschiede zwischen Müttern verschiedener Nationalitäten betrachtet, ist bei der Frühgeburtenrate kein eindeutiges Muster erkennbar. Der Anteil Frühgeburten ist bei Müttern nordafrikanischer oder ex-jugoslawischer Herkunft deutlich tiefer als bei Schweizer Müttern; er ist hingegen höher bei Müttern aus Subsahara-Afrika und aus der Türkei, wobei die Differenz in diesem Fall lediglich für Geburten vor der 32. Schwangerschaftswoche signifikant ist (Abb. 2). Ebenfalls ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Frühgeburten ist bei den Müttern aus Sri Lanka festzustellen.

Abb. 2: Frühgeburtenrate nach Nationalität der Mutter, kumulierte Werte 2007-2012



Quelle: BFS – BEVNAT

© BFS, Neuchâtel 2014

⁸ BFS (2014): Gesundheit von Müttern und Neugeborenen in der Migrationsbevölkerung.

2.3.2 Geringes Geburtsgewicht

Die Neugeborenen ausländischer Mütter weisen im Vergleich zu den Neugeborenen von Schweizer Müttern öfter ein Geburtsgewicht unter 1500g auf, dafür seltener eines zwischen 1500g und 2499g (kumulierte Daten aus dem Zeitraum 2003-2012). Unter den Kindern subsahara-afrikanischer Mütter findet sich der höchste Anteil Neugeborene mit sehr tiefem oder extrem tiefem Geburtsgewicht; ein hoher Anteil ist auch bei Kindern sri-lankischer und türkischer Mütter festzustellen. Bei manchen Gruppen sind diese Unterschiede in erster Linie mit den unterschiedlichen Raten an Frühgeburten zu erklären, bei anderen jedoch nicht. Es gibt aber auch Unterschiede bei den termingeborenen Kindern: Säuglinge portugiesischer, spanischer und sri-lankischer Mütter weisen häufiger ein Geburtsgewicht von unter 2500g auf als die Kinder von Schweizer Müttern.

2.3.3 Angeborene Fehlbildungen

Der Grossteil der angeborenen Fehlbildungen und Chromosomenanomalien betrifft nur eine kleine Minderheit von Kindern, was es häufig unmöglich macht, signifikante Unterschiede nach Nationalität des Kindes zu bestimmen. Bei rund einem von 200 Neugeborenen wird bei der Geburt eine Fehlbildung des Herzens festgestellt. Signifikant höher als bei den Neugeborenen schweizerischer Nationalität (4,6‰) ist der Anteil an Fehlbildungen des Herzens bei den Neugeborenen mit folgenden Staatsangehörigkeiten: Russland oder Republiken der Ex-UdSSR (9,7‰), Ländern in Subsahara-Afrika (9,5‰), südasiatische Länder (7,5‰) und Frankreich (7,0‰) (kumulierte Daten aus dem Zeitraum 2008-2012). Gesamtschweizerische Daten von 2001-2007 zeigen, dass Kinder von Migrantinnen (insbesondere aus der Balkanregion) überproportional von einem Neuralrohrdefekt betroffen sind (vgl. auch Abschnitt 3.5.1).⁹

2.3.4 Atemnot und Verlegung auf Intensivstation

Neugeborene mit folgenden Staatsangehörigkeiten leiden häufiger an Atemnot als Neugeborene mit Schweizer Nationalität: afrikanische Länder (6,7%), west- oder nordeuropäische Länder (6,1%), Russland oder Republiken der Ex-UdSSR (6,0%), südasiatische Länder (5,9%), Deutschland (5,4%), Frankreich (5,4%) oder osteuropäische Länder (5,0%). Im Vergleich dazu beträgt der Anteil bei den Kindern mit Schweizer Nationalität 4,7%. Die Neugeborenen aus den oben genannten Ländern wurden mit Ausnahme der Kinder aus Deutschland und Osteuropa auch öfter auf einer Intensivstation behandelt. Der Anteil von Aufenthalten auf einer Intensivstation war bei den Neugeborenen aus Zentral- und Westafrika am grössten (4,6%), verglichen mit 1,2% bei den Schweizer Neugeborenen (kumulierte Daten aus dem Zeitraum 2008-2012).

2.4 Totgeburten und Säuglingssterblichkeit

Bis zu Beginn der 80er Jahre nahm die Säuglingssterblichkeit in der Schweiz stark ab und war im internationalen Vergleich sehr tief. Diese Entwicklung war vorwiegend auf einen Rückgang der Todesfälle in der ersten Lebenswoche zurückzuführen (frühneonatale Sterblichkeit). Nach einer Stagnation in den 80er Jahren hat sich die Säuglingssterblichkeit anfangs der 90er Jahre erneut um einen Drittel verringert, diesmal auf Grund eines Rückgangs der Todesfälle von Kindern im Alter zwischen einem Monat und einem Jahr (postneonatale Sterblichkeit).

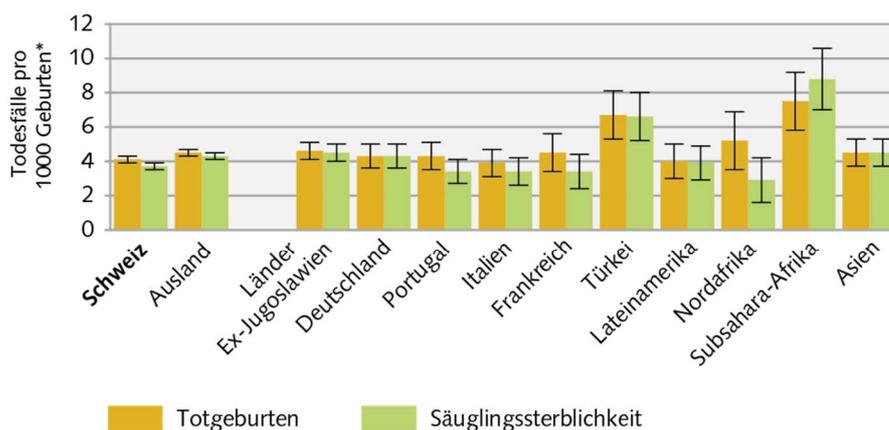
Heute sind mehr als die Hälfte der Todesfälle von Kindern im ersten Lebensjahr Folge von Problemen während der Schwangerschaft oder Geburt wie z.B. vorzeitiger Blasensprung, Infektionen, Frühgeburt, Sauerstoffmangel bei der Geburt oder Atemnot beim Neugeborenen. Die angeborenen Missbildungen und Chromosomenanomalien sind Ursache von ungefähr einem Drittel der Säuglingstodes-

⁹ Poretti A. et al. (2008): Neural tube defects in Switzerland from 2001 to 2007: Are periconceptual folic acid recommendations being followed? Swiss Med Wkly 138(41-41).

fälle. Der plötzliche Kindstod (SIDS), der 1990 mehr als 17% der Todesursachen bei Säuglingen darstellte, ist stark zurückgegangen und umfasst jetzt ca. 4% der Todesfälle. Weitere Todesursachen sind Unfälle oder Krankheiten.¹⁰

Bei Müttern aus der Türkei oder Subsahara-Afrika besteht eine signifikant höhere Totgeburten- und Säuglingssterblichkeitsrate als bei Schweizer Müttern (Abb. 3). Eine höhere Säuglingssterblichkeitsrate haben auch Kinder von Müttern ex-jugoslawischer Herkunft. Andere Herkunftsgruppen (Nordafrika, Portugal, Italien) weisen eine ähnlich hohe oder leicht tiefere Rate als die Schweizer Mütter auf.

Abb. 3: Totgeburten und Säuglingssterblichkeit nach Nationalität der Mutter, 2003-2012



*Säuglingssterblichkeit: pro 1000 Lebendgeburten

Quelle: BFS – BEVNAT

© BFS, Neuchâtel 2014

2.5 Gesundheit der Mütter

2.5.1 Art der Geburt

Zwischen 2008 und 2012 belief sich die Kaiserschnitttrate in den Schweizer Spitälern im Mittel auf 32,8%. Die Schweizerinnen weisen eine leicht höhere Kaiserschnitttrate auf als die Ausländerinnen, wobei es beträchtliche Unterschiede nach einzelnen Nationalitäten gibt. Für die lateinamerikanischen Frauen wurde die höchste Kaiserschnitttrate ermittelt (41,4%); es folgen die Frauen aus Italien (37,3%), Südasien (36,3%) und Subsahara-Afrika (36,0%). Die tiefsten Raten finden sich bei den Frauen aus Osteuropa (27,2%) und Frankreich (27,4%).¹¹

2.5.2 Blutungen nach der Geburt und Wochenbettfieber

Die Mütter aus Subsahara-Afrika und Asien, die in Schweizer Spitälern gebären, weisen eine höhere Rate an Blutungen in der Nachgeburtsperiode und Wochenbettfieber auf als die Schweizer Mütter (kumulierte Daten aus dem Zeitraum 2008-2012). Eine überdurchschnittliche Häufigkeit von Wochenbettfieberfällen findet sich auch bei Müttern aus Nordafrika und Lateinamerika und, in geringerem Masse, bei jenen aus dem Nahen Osten sowie aus Ost-, West- und Nordeuropa. Frauen dieser Nationalitäten mussten mit Ausnahme der Mütter aus Osteuropa auch häufiger auf einer Intensivstation behandelt

¹⁰ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/01.html>; 18.11.2014

¹¹ vgl. auch „Kaiserschnittgeburten in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier“ (08.3935), 2013; 28.11.2014

werden.

2.5.3 Prä- und postnatale Depressionen

Eine Untersuchung aus Genf, bei der fremdsprachige Frauen während und nach ihrer Schwangerschaft befragt wurden, zeigt, dass diese Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko für prä- und postnatale Depressionen haben. Es handelt sich dabei um Frauen, die noch nicht lange in der Schweiz leben und in vielen Fällen sozial isoliert und auf sich allein gestellt sind.¹² Studien aus anderen Ländern deuten ebenfalls an, dass Migrantinnen öfter an postnatalen Depressionen leiden.¹³

2.5.4 Müttersterblichkeit

Zwischen 2003 und 2012 wurden in der Schweiz 43 Todesfälle von Müttern registriert, d.h. Todesfälle aufgrund einer Ursache, die durch Schwangerschaft, Geburt oder Behandlungen in diesem Zusammenhang hervorgerufen wurden. 25 dieser Todesfälle betrafen Schweizerinnen, 18 Ausländerinnen. Dies entspricht einer Rate von 5,1 Todesfällen pro 100'000 Lebendgeburten bei Schweizer Müttern und von 6,4/100'000 bei ausländischen Müttern, was eine um rund 25% höhere Müttersterblichkeit bei den in der Schweiz lebenden Ausländerinnen bedeutet. Die Anzahl berücksichtigter Fälle ist jedoch zu gering, um daraus eine statistisch signifikante Differenz abzuleiten.

¹² Goguikian Ratcliff, B. et al. (2014): Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones

¹³ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

3 Risikofaktoren für die Gesundheit von Mutter und Kind

Die Faktoren, die auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen einwirken, sind auf verschiedenen Ebenen zu finden. Sowohl individuelle Faktoren wie z.B. Alter, Beruf, Bildung und Lebensstil als auch Faktoren auf der Ebene des Gesundheitssystems (z.B. Qualität der Kommunikation zwischen Patientin und Gesundheitsfachpersonen) sind relevant. Im Folgenden werden einige der wichtigsten und empirisch am besten belegten Faktoren erläutert und in Bezug zum Thema Migration gestellt. Nicht in jedem Fall liegen Studienergebnisse für die Schweiz vor.

3.1 Alter der Mutter

Eine sehr frühe oder späte Schwangerschaft kann ein Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind bedeuten. Die Schweizer Geburtenstatistik gibt Hinweise darauf, dass Migrantinnen in ganz jungen Jahren (15-24) sowie im Alter zwischen 40 und 44 eine höhere Geburtenziffer haben als einheimische Frauen (vgl. Abschnitt 2.1.2).

3.2 Soziales und ökonomisches Umfeld

Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass ein Zusammenhang zwischen tieferem sozioökonomischen Status und schlechteren Schwangerschaftsverläufen sowie geringerer Gesundheit der Neugeborenen besteht. In den Niederlanden beispielsweise konnte belegt werden, dass die Säuglingssterblichkeit in benachteiligten Quartieren deutlich erhöht ist (auch in Quartieren mit vorwiegend einheimischen Bewohnerinnen und Bewohnern aus einer tiefen sozialen Schicht).¹⁴ Auch eine Studie aus der Schweiz zeigt einen Zusammenhang zwischen Bildungsstand der Mutter und niedrigem Geburtsgewicht des Neugeborenen auf.¹⁵

Warum eine schlechtere Gesundheit von Mutter und Kind verknüpft ist mit einem tiefen sozioökonomischen Status, lässt sich durch verschiedene Mechanismen erklären. Zum einen kann ein tieferes Bildungsniveau dazu führen, dass präventive und kurative Angebote ungenügend oder nicht adäquat genutzt werden (z.B. verspätete erste Schwangerschaftskontrolle). Zum anderen erhöhen schwierige soziale und materielle Lebensbedingungen die körperliche und psychische Belastung. Physisch anstrengende Arbeit sowie belastende Arbeitsbedingungen (Schichtarbeit, hohe Anzahl Wochenarbeitsstunden etc.) sind ebenfalls Risikofaktoren für Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt.¹⁶

Eine direkte Auswirkung von fehlenden finanziellen Ressourcen kann auch eine mangelhafte Empfängnisverhütung sein: Verhütungsmittel werden in der Schweiz nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet.¹⁷ Eine Studie bei asylsuchenden Frauen in Basel zeigt, dass finanzielle Schwierigkeiten dazu führen können, dass Asylsuchende nicht regelmässig verhüten und ungewollt schwanger werden.¹⁸

¹⁴ De Graaf J. P. et al. (2012): Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *J Matern Fetal Neonatal Med.*

¹⁵ Bollini, P. et al. (2010): Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse

¹⁶ Graaf, J.P., Steegers Eric A.P. et al. (2013): Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 25.

¹⁷ Zu dieser Thematik hat der Bundesrat im Rahmen zweier parlamentarischer Vorstösse bereits Stellung genommen ([Motion 13.3494](#), [Motion 10.3306](#)).

¹⁸ Kurth, E. et al. (2010): Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health* 2010, 10:659

3.2.1 Bildungsstatus

Die in der Schweiz lebenden Migrantinnen haben durchschnittlich weniger Schulbildung als die einheimischen Frauen: Migrantinnen (insb. aus Ländern ausserhalb EU/EFTA und aus aussereuropäischen Ländern) haben oft nur die obligatorische Schulbildung und unter ihnen gibt es auch mehr frühzeitige Schulabgängerinnen.¹⁹ Die im „Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz“ befragten Personen aus Portugal, Serbien, Türkei und Kosovo hatten einen deutlich niedrigeren Bildungsstand als die befragten Schweizerinnen und Schweizer in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung: Während beispielsweise 51% der in der Schweiz lebenden Türkinnen und Türken angaben, über keinen nachobligatorischen Abschluss zu verfügen, waren es bei den Schweizer Bürgerinnen und Bürger lediglich 6%.

3.2.2 Sozialer und ökonomischer Druck

Migrantinnen stehen während der Schwangerschaft oft unter grossem sozialen Druck. Veränderungen der soziokulturellen Normen durch die Migration und der Verlust von sozialen Netzwerken erschweren die Lebensumstände. Eine Studie in der Schweiz zeigt, dass die angehenden Mütter oft in prekären ökonomischen Verhältnissen leben und dadurch unter grossem Druck stehen, und dass sie während der Schwangerschaft teilweise schwer körperlich arbeiten müssen. Eine in dieser Hinsicht besonders verletzte Gruppe sind Migrantinnen ohne Aufenthaltsberechtigung („Sans Papiers“) sowie Frauen aus dem Asylbereich.²⁰ Eine Studie aus Genf zeigt, dass Migrantinnen ohne Aufenthaltspapiere öfters Gewalt während der Schwangerschaft erleben als Schweizerinnen oder Migrantinnen mit Aufenthaltspapieren.²¹

Auch ein Mangel an sozialer Unterstützung wird in mehreren Studien festgestellt. Asylsuchende Frauen sind oft auf sich allein gestellt und haben wenig familiäre Kontakte, auf die sie zählen können. Es wird vermutet, dass die soziale Isolation verbunden mit einer prekären Lebenssituation zu einer erhöhten Rate an Schwangerschaftsabbrüchen beiträgt.²²

3.3 Lebensstil

3.3.1 Ernährung, Medikamenteneinnahme

Verschiedene Lebensstil-Faktoren, die ein Risiko für Schwangerschaftskomplikationen darstellen, sind bei Migrantinnen verbreiteter als bei Schweizerinnen. Das „Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz“ bestätigt, dass ein Teil der Migrantinnen sich weniger gesund fühlt als Schweizerinnen, sich weniger gesund ernährt und eher weniger körperlich aktiv ist, sowie mehr psychische Beschwerden aufweist, welche zum Teil durch den Kontext der Migration mitbedingt sind. Gemäss einer Spitalstudie in Basel haben schwangere Migrantinnen im Mittel einen höheren Körpermassindex (BMI = Body Mass Index) und nehmen häufiger Medikamente ein.²³

¹⁹ Integrationsindikatoren des BFS, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.html>; 28.11.2014

²⁰ Goguikian Ratcliff, B. et al. (2014): Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones / Bollini P., Waner, P. (2006): Santé reproductive des collectivités migrantes / Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012

²¹ Wolff, H. et al. (2008): Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health 8, 93.

²² Kurth, E. et al. (2010): Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. BMC Public Health 2010, 10:659

²³ Guggisberg, J. et al. (2010): Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMMII). Schlussbericht / Alder, J. Fink N. et al. (2008): The effect of migration background on obstetric performance in Switzerland. Eur J Contracept Reprod Health Care 13(1)

3.3.2 Alkohol- und Tabakkonsum

Schwangeren Frauen wird generell empfohlen, auf Tabak- und Alkoholkonsum zu verzichten, um gesundheitsschädigende Auswirkungen auf die fötale Entwicklung zu vermeiden. Während im „Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz“ bei manchen Gruppen (sowohl Männer als auch Frauen) eine höhere Rauchprävalenz festgestellt wurde, zeigen Studien aus Basel und Genf, dass Migrantinnen während der Schwangerschaft nicht häufiger rauchen als Schweizerinnen. Der Alkoholkonsum ist bei Migrantinnen allgemein tiefer verglichen mit demjenigen der einheimischen Bevölkerung.²⁴ Eine aktuelle Studie findet keinen Unterschied zwischen Ausländerinnen und Schweizerinnen beim Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.²⁵

3.4 Spezifische Gesundheitsrisiken

3.4.1 Weibliche Genitalverstümmelung (FGM)

In der Schweiz leben ca. 10'000 Mädchen und Frauen die von FGM (female genital mutilation) betroffen sind oder der Gefahr ausgesetzt sind, beschnitten zu werden. Die weibliche Genitalverstümmelung ist eine grobe Verletzung der körperlichen Unversehrtheit und verstösst gegen internationales und nationales Recht. Seit Juli 2012 ist in der Schweiz auch eine explizite Strafnorm gegen FGM in Kraft (StGB Art. 124). Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Patientinnen mit FGM in der Schweiz nicht immer eine adäquate Behandlung erhalten. Im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt kann FGM zu verschiedenen Risiken führen wie zum Beispiel einer verlängerten Austreibungsphase, einem höheren Risiko für postpartale Blutungen oder mütterlichen Geburtsverletzungen und einem schlechteren Geburtszustand der Neugeborenen.²⁶

3.4.2 Infektionskrankheiten

Je nach Herkunftsregion haben Migrantinnen unterschiedliche Risiken für Infektionskrankheiten, die eine spezifische Abklärung und Therapie während der Schwangerschaft erfordern. Aus Schweizer Studien sind beispielsweise folgende Sachverhalte bekannt:

- Migrantinnen in der Schweiz, die aus Ländern mit einer generalisierten HIV-Epidemie stammen, weisen ein entsprechend höheres Risiko für eine Infektion auf, oft in Kombination mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Im Jahr 2013 fielen 25% der HIV-Diagnosen mit heterosexuellem Ansteckungsweg auf Menschen aus Hochprävalenzländern; 59% der Betroffenen waren Frauen. Die meisten (67%) gaben an, sich in ihrem Herkunftsland mit HIV infiziert zu haben.²⁷
- Bei Migrantinnen ohne Aufenthaltsberechtigung (insbesondere Sexarbeiterinnen) sind Chlamydien-Infektionen relativ häufig. Diese gehen im Fall einer neonatalen Übertragung mit einem erhöhten Risiko für Bindehautentzündung oder Lungenentzündung beim Neugeborenen einher und erhöhen im Rahmen einer Schwangerschaft das Risiko für eine Frühgeburt.²⁸
- Schweizerinnen, Deutsche und Österreicherinnen haben eine höhere Immunität gegen Röteln und Toxoplasmose als in der Schweiz lebende Frauen aus anderen Herkunftsländern.²⁹ Eine

²⁴ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

²⁵ Quack Lötscher, K. und Hösl, I. (2014): Study of maternity and migration in Switzerland: Clinical aspects and communication Unveröffentlichter Bericht z.H. BAG.

²⁶ Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2005): Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Empfehlung für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte http://www.sggg.ch/files/Patientinnen_mit_genitaler_Beschneidung.pdf. WHO: Health Complications of FGM, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/en/; 12.1.2015

²⁷ BAG (2014): HIV- und STI-Fallzahlen 2013: Berichterstattung, Analysen und Trends. Bulletin 20, 12. Mai 2014

²⁸ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

²⁹ Frischknecht F. et al. (2011): Serological testing for infectious diseases in pregnant women: are the guidelines followed?

Infektion mit Toxoplasmose-Erregern während der Schwangerschaft kann, in seltenen Fällen, beim Kind zu Augenentzündungen und Hirnschäden führen. Die Infektion mit Röteln kann – je nach Zeitpunkt der Schwangerschaft – zu einer Fehlgeburt oder schweren körperlichen Missbildungen des Ungeborenen führen.

3.4.3 Schwangerschaftsdiabetes

Eine Metaanalyse zeigt, dass Migrantinnen in verschiedenen Aufnahmeländern stärker von Schwangerschaftsdiabetes betroffen sind als einheimische Frauen. Dies ist teilweise genetisch bedingt - beispielsweise ist die Prävalenz von Schwangerschaftsdiabetes in Südostasien deutlich höher als in anderen Gebieten. Schwangerschaftsdiabetes kann zu einer gestörten Funktion der Plazenta führen und dadurch die fötale Entwicklung gefährden. Desweiteren kann ein Diabetes während der Schwangerschaft zu einem erhöhten Geburtsgewicht des Neugeborenen führen, was wiederum mit einem Risiko für Geburtsverletzungen bei der Mutter oder einer Indikation für einen Kaiserschnitt einhergeht. Auch können andere Schwangerschaftserkrankungen wie Präeklampsie bei Diabetes gehäuft auftreten.³⁰

3.5 Faktoren im Gesundheitssystem

Eine Erhöhung der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind kann auch dadurch bedingt sein, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für Migrantinnen schwieriger ist als für Schweizerinnen und sie die vorhandenen Angebote weniger häufig oder nicht adäquat in Anspruch nehmen oder die "Behandlungskette" verlassen. Vor allem sozioökonomisch schlecht gestellte Migrantinnen mit wenig Schulbildung kennen sich weniger gut aus; für sie bestehen Hemmschwellen und Kommunikationshindernisse. Zu diesen Themen, verbunden mit der gesundheitlichen Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt, liegen in der Schweiz jedoch nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen vor.

3.5.1 Zugang zu Präventionsempfehlungen

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass der Zugang zu Gesundheitsinformationen durch mangelnde Sprachkenntnisse eingeschränkt ist. Was den Zugang zu Informationen und Empfehlungen vor und während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt betrifft, konnten nur wenige Studien ausfindig gemacht werden. In einer gesamtschweizerischen Studie wird festgestellt, dass die Neugeborenen von Migrantinnen überproportional von Missbildungen des Neuralrohrs betroffen sind, und dass insgesamt die Einnahme von Folsäure bei den betroffenen Müttern viel zu tief liegt³¹. Hingegen ist die Durchimpftrate für Kinderkrankheiten bei Kindern mit nicht-schweizerischer Nationalität tendenziell höher als bei Schweizer Kindern³².

3.5.2 Häufigkeit der Schwangerschaftskontrollen

Angaben zum Zeitpunkt der ersten Schwangerschaftskontrolle bei Migrantinnen in der Schweiz lassen sich in der Literatur seit 2006 nur wenige finden, ebenso wenig zur Art (Hebammen, Poliklinik, private Ärzte und Ärztinnen) oder zur Qualität der Betreuung der Migrantinnen während der Schwangerschaft. Eine Studie bei Migrantinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Genf kam zum Ergebnis, dass diese Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen generell später in Anspruch nehmen³³. Mehrere Studien in anderen Aufnahmeländern (Canada, USA, NL, D, I, Spanien, Irland) zeigen ebenfalls, dass Migrantin-

Swiss Med Wkly 140.

³⁰ Gagnon A. (2011): International migration and gestational diabetes mellitus : a systematic review of the literature and meta-analysis. Paediatr Perinat Epidemiol 25(6).

³¹ Poretti A. et al. (2008): Neural tube defects in Switzerland from 2001 to 2007: Are periconceptual folic acid recommendations being followed?" Swiss Med Wkly 138(41-41).

³² Lang, Ph. Et al. (2011): The Swiss National Vaccination Coverage Survey, 2005–2007. Public Health Reports, Volume 126

³³ Wolff, E. et al. 2008: Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health 8:93.

nen ihre erste Schwangerschaftskontrolle signifikant später in Anspruch nahmen und insgesamt weniger oft eine adäquate Schwangerschaftsvorsorge erhielten³⁴. Eine aktuelle Studie aus der Schweiz gibt hingegen keine Hinweise auf eine verspätete erste Kontrolle bei Migrantinnen. Allerdings müssen die Resultate der Studie wegen der relativ kleinen Stichprobe mit Vorsicht interpretiert werden.³⁵

3.5.3 Zugang zum Gesundheitssystem

Aus rechtlicher Sicht haben in der Schweiz alle Personen den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus (siehe auch Kapitel 4.1). In der Praxis ist es aber dennoch so, dass bestimmte Risikogruppen Schwierigkeiten haben, die ihnen zustehenden Leistungen in Anspruch zu nehmen. Es handelt sich dabei vor allem um Migrantinnen mit prekärem Aufenthaltsstatus, die aus verschiedenen Gründen (kein zuständiger Krankenversicherer, Angst vor rechtlichen Schritten wegen der fehlenden Aufenthaltsbewilligung etc.) oft erst spät medizinische Hilfe suchen.³⁶ Es wurde bei Frauen ohne Aufenthaltsberechtigung auch eine erhöhte Rate an ungewollten Schwangerschaften festgestellt, was möglicherweise u.a. mit ungenügendem Zugang zu Verhütungsmitteln in Zusammenhang steht.³⁷

Vertiefende Studien haben gezeigt, dass Migrantinnen oft weniger Kenntnisse des Gesundheitssystems haben, verunsichert sind und Kommunikationsprobleme mit der medizinischen Fachperson antizipieren. Dies kann dazu führen, dass sie Vorsorgeangebote weniger in Anspruch nehmen. Zudem können Verständigungsschwierigkeiten dazu führen, dass manche Präventionsangebote den fremdsprachigen Patientinnen gar nicht erst angeboten werden oder dass die Patientinnen erst spät über Diagnose und Therapie informiert werden.³⁸

3.5.4 Kommunikation mit medizinischen Fachpersonen und Behandlungsqualität

Das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung in der Schweiz hat ergeben, dass ein Fünftel der befragten Männer und ein Viertel der befragten Frauen Mühe hat, sich mit dem Arzt zu verständigen.³⁹ In einer Genfer Studie zeigte sich, dass die Sprachbarrieren vor allem dann problematisch wurden, als es um Notfallhandlungen ging (Notfallkaiserschnitt, Verlegung des Babys auf die Neonatologie etc.)⁴⁰. In einer anderen Schweizer Studie beurteilte die Ärztin, der Arzt oder die Hebamme in 23% der Fälle die Kommunikation mit ausländischen Patientinnen während der Schwangerschaftskontrolle als ungenügend (bei schweizerischen Patientinnen nur in 3% der Fälle). Aus Sicht der Frauen wurde die Kommunikation aber nur zu 8% (Ausländerinnen) resp. 3% (Schweizerinnen) als ungenügend beurteilt.⁴¹ Dass eine mangelhafte Kommunikation und ein mangelndes Vertrauen zwischen der Schwangeren und den Gesundheitsfachpersonen zu einer Verringerung der Qualität der Schwangerschaftsvorsorge beitragen kann, zeigte eine Studie in den Niederlanden: Geburtshelfer und Geburtshelferinnen, die zwanzig Fälle von Schwangerschaftskomplikationen untersuchten, führten in sechzehn Fällen die Entwicklung von Komplikationen auf einen zu tiefen Standard in der Betreuung der schwangeren Migrantinnen zurück.⁴² Das Vertrauensverhältnis kann dabei gegenseitig gebrochen

³⁴ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

³⁵ Quack Lötscher, K. und Hösli, I. (2014): 'Study of maternity and migration in Switzerland: Clinical aspects and communication Unveröffentlichter Bericht z.H. BAG.

³⁶ Efonyi-Mäder D. et al (2011): Der Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant/innen in der Schweiz. Strategien und Bedürfnisse. http://www.nowhereland.info/?i_ca_id=410 ; 14.1.2015

³⁷ Wolff, E. et al. 2008: Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health 8:93.

³⁸ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

³⁹ Guggisberg, J. et al. (2010): Zweites Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMMII). Schlussbericht

⁴⁰ Goguikian Ratcliff, B. et al. (2014): Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones

⁴¹ Bollini, P. et al. (2014): Maternity and Migration in Switzerland. Measuring risk factors and quality of antenatal care. Unveröffentlichter Bericht z.H. BAG/SEM.

⁴² Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

sein: Migrantinnen gehen davon aus, sowieso schlecht oder herablassend betreut zu werden, während Gesundheitsfachpersonen von vornherein mangelndes Verständnis und das Nicht-Einhalten der Empfehlungen (mangelnde Compliance) erwarten.⁴³

Für die Schweiz gibt es kaum wissenschaftliche Daten über Qualitätsunterschiede der medizinischen Behandlung bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Eine aktuelle Studie, die dieser Frage im Kontext von Schwangerschaftskontrollen und Geburtshilfe nachgeht, hat aufgrund der kleinen Fallzahl untersuchter Patientinnen nur eine beschränkte Aussagekraft. Die Ergebnisse zeigen keinen Unterschied in der medizinischen Behandlung zwischen ausländischen und schweizerischen Patientinnen (bspw. bezogen auf die termingerechte Durchführung der relevanten Tests und Screenings während der Schwangerschaft).⁴⁴

3.6 Zusammenspiel verschiedener Ursachen

Unterschiede in der Mutter-Kind-Gesundheit können teilweise durch sozioökonomische Ungleichheiten erklärt werden. Verschiedene Studien weisen aber darauf hin, dass der Faktor „Migrationshintergrund“ ebenfalls bedeutend ist und dass sich nicht alle Unterschiede durch sozioökonomische Faktoren erklären lassen. Signifikante Unterschiede zwischen manchen Herkunftsgruppen und einheimischen Frauen bleiben bestehen, auch wenn man den sozioökonomischen Hintergrund statistisch kontrolliert.⁴⁵ Eine schlechtere Mutter-Kind-Gesundheit hat demzufolge verschiedene Ursachen, die sich bei Frauen und Kindern mit Migrationshintergrund oft kumulieren. Die Auswirkungen einer tiefen Schulbildung oder schlechter Arbeitsbedingungen verstärken sich durch migrationsspezifische Faktoren wie mangelnde Sprachkenntnisse, fehlende soziale Netzwerke, Unkenntnis des schweizerischen Gesundheitssystems oder prekärer Aufenthaltsstatus.

Die Ursachen für die erhöhte Müttersterblichkeit bei gewissen Herkunftsgruppen in der Schweiz bleiben unklar, da es hierzulande keine systematische Untersuchung der einzelnen Fälle von mütterlicher Sterblichkeit gibt. Es liegen zwar Analysen vor, die alle Fälle über einen Zeitraum von zehn Jahren rückblickend untersuchen.⁴⁶ Die detaillierten Hintergründe der Todesfälle und der genauen Umstände, die dazu führten, sind jedoch nicht bekannt. In anderen Ländern hingegen werden Todesfälle rund um die Geburt differenziert analysiert. So kommt beispielsweise ein Bericht aus Grossbritannien zum Schluss, dass die deutlich höhere Müttersterblichkeit bei Frauen aus Subsahara-Afrika durch verschiedene Faktoren zu erklären ist, u.a. unbefriedigende Arrangements für die Übersetzung, mangelndes Bewusstsein für weibliche Genitalverstümmelung, späte oder ungenügende Inanspruchnahme der Schwangerschaftskontrollen und häusliche Gewalt.⁴⁷ In Frankreich wurde die höhere Sterblichkeit teilweise auf eine weniger hohe Qualität der Behandlung zurückgeführt.⁴⁸ Ein aktueller Bericht aus Schweden stellt ebenfalls erhöhte Risiken für im Ausland geborene Mütter fest und identifiziert beispielsweise fehlende Compliance, Verständigungsbarrieren und inadäquate Betreuung als Einflussfaktoren.⁴⁹

⁴³ Binder, P. et al. (2012): Conceptualising the prevention of adverse obstetric outcomes among immigrants(...) Soc sci Med 75

⁴⁴ Quack Löttscher, K. und Hösli, I. (2014): 'Study of maternity and migration in Switzerland: Clinical aspects and communication Unveröffentlichter Bericht z.H. BAG.

⁴⁵ Bollini, P. et al. (2010): Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse

⁴⁶ Meili, G. et al. (2003): Mütterliche Mortalität in der Schweiz 1985-1994. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch 2003; 43. Fässler, M. et al. (2010): Maternal mortality in Switzerland 1995-2004. Swiss Med Wkly 2010; 140.

⁴⁷ Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (2007) Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003–2005. CEMACH, London. Vgl. auch <http://www.hqip.org.uk/cmace-reports/> bezgl. Berichte aus Grossbritannien über die "Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom"

⁴⁸ Merten, S., Gari, S. (2013): Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012.

⁴⁹ Esscher A. 2014: Maternal mortality in Sweden, Classification, Country of Birth, and Quality of Care. Uppsala University.

3.7 Datenlücken

Mangels Alternativen wird in der Schweiz oft nur das Merkmal „Staatsangehörigkeit“ herbei gezogen, wenn es darum geht, Unterschiede zwischen Migrationsbevölkerung und einheimischer Bevölkerung darzustellen. Staatsangehörigkeit ist jedoch lediglich ein Merkmal des Migrationshintergrundes – ebenso können natürlich Personen mit Schweizer Pass eine Migrationsgeschichte haben oder jemand mit ausländischer Nationalität kann bereits in der zweiten oder gar dritten Generation in der Schweiz leben. Um aussagekräftige Informationen zu erhalten, müssten darum verschiedene Migrationsdimensionen erfasst werden, beispielsweise auch die Aufenthaltsdauer in der Schweiz oder der Aufenthaltsstatus. Solche Informationen fehlen in vielen Fällen.

In manchen Statistiken, die für diese Thematik relevant sind, wird nicht einmal die Staatsangehörigkeit konsequent erfasst. Nur 15 Kantone erfassen bei ihrer Statistik der Schwangerschaftsabbrüche die Nationalität der Frauen und nur 13 davon liefern diese Information regelmässig ans BFS.⁵⁰

In der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser werden die Daten zu Müttern und Neugeborenen getrennt erfasst. Deshalb können die Diagnosen und Behandlungen der Kinder nur nach Nationalität des Kindes und nicht nach Nationalität der Mutter analysiert werden und die Daten von Mutter und Kind können nicht miteinander verknüpft werden.⁵¹

In der Schweiz gibt es zudem – im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern wie Grossbritannien, Frankreich, den Niederlanden und Slowenien⁵² – keine detaillierte und anonymisierte Untersuchung von Fällen der Müttersterblichkeit, die Aufschluss geben könnte über die genauen Umstände dieser Todesfälle.

⁵⁰ AG, BL, BS, FR, JU, NE, OW, SZ, TG, TI, UR, VD und VS

⁵¹ vgl. auch „Kaiserschnittgeburten in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (08.3935), 2013, <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/index.html?lang=de>; 28.11.2014

⁵² Bouvier-Colle, M-H. (2012): What about the mothers? An analysis of maternal mortality and morbidity in perinatal health surveillance systems in Europe. BJOG 10.1111

4 Versorgungssituation und Angebote für Schwangere, Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund in der Schweiz

4.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung für alle in der Schweiz wohnhaften Personen und Aufnahmepflicht der Spitäler

In der Schweiz unterstehen alle hier wohnhaften Personen dem Krankenversicherungspflicht. Die öffentlich-rechtlichen Spitäler haben eine Aufnahmepflicht für alle im Wohnkanton versicherten Personen sowie in Notfällen auch für Personen, die ihren Wohnsitz in einem anderen Kanton haben. Die Krankenpflegeversicherung und die Aufnahmepflicht gewähren somit grundsätzlich allen in der Schweiz lebenden Personen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung.

Der Bundesrat hat die besondere Situation der Sans Papiers (d.h. Migranten/-innen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung) im Zusammenhang mit Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung in Erfüllung des Postulats Heim (09.3484) untersucht.⁵³ In seinem Bericht hält der Bundesrat fest, dass aus juristischer Sicht auch die Sans Papiers dem Krankenversicherungspflicht unterstehen; das heisst: sie haben die Pflicht, eine Krankenversicherung abzuschliessen und die Krankenversicherer sind verpflichtet, Sans Papiers zu versichern. Ausserdem haben die Sans Papiers unter bestimmten Umständen auch das Recht auf Prämienverbilligung.

Die Krankenversicherer dürfen ausserdem keine Informationen über die Sans Papiers weitergeben. Dieselbe Geheimhaltungspflicht gilt auch für das Gesundheitspersonal. Es muss dennoch davon ausgegangen werden, dass tatsächlich nur ein geringer Teil der Sans Papiers (schätzungsweise 10-20%) krankenversichert sind.⁵⁴ In der Praxis gibt es verschiedene Probleme, die für diese Zielgruppe zu einer erschwerten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen führen.⁵⁵

Um den Migrantinnen den Zugang zu Informationen und medizinischen Angeboten zu erleichtern, gibt es Bemühungen, die Kompetenzen der Gesundheitsfachleute im Umgang mit Migrantinnen und Migranten zu stärken. Ziel dieser „transkulturellen Öffnung“ ist es, die Angebote und Massnahmen so anzupassen, dass sie auch den Bedürfnissen von Personen mit Migrationshintergrund gerecht werden. Zudem bieten Institutionen in den Bereichen Gesundheit und Integration auch Kurse und Projekte an, die sich ganz spezifisch an Migrantinnen richten.

4.2 Angebote von Akteuren im Gesundheitsbereich

Bei einer im Auftrag des BAG durchgeführten Umfrage bei Frauenkliniken, Kinderärzte/innen, Hebammen, Gynäkologen/innen, Mütter- und Väterberatungsstellen, Stillberaterinnen, sowie Familienplanungsstellen haben 288 Institutionen angegeben, dass ihre Institutionen bzw. ihre Projekte migrationsgerechte Angebote beinhalten. Ein grosser Teil davon scheint dem Ansatz der transkulturellen Öffnung zu folgen. Viele bieten im Rahmen des Angebots ihrer Institution (z.B. Mütter- und Väterberatungsstellen oder Spitäler) Massnahmen an, die gezielt den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung

⁵³ Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung von Sans Papiers. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Heim (09.3484), 2012

⁵⁴ Rüefli, Ch. Et al. (2011): Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans Papiers. Bericht zur Beantwortung des Postulats Heim (09.3484)

⁵⁵ Efonayi-Mäder D., Wyssmüller Ch., (2011). Der Zugang zur Gesundheitsversorgung für undokumentierte Migrant/innen in der Schweiz. Strategien und Bedürfnisse. http://www.nowhereland.info/?i_ca_id=410

angepasst sind. Es gibt auch Projekte, die spezifisch auf Personen mit Migrationshintergrund ausgerichtet sind.⁵⁶

Praxisbeispiel: "Mammamundo" ist ein Angebot für schwangere Migrantinnen im Kanton Bern. In einem Geburtsvorbereitungskurs erhalten sie Informationen und Beratung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Das Erreichen sozial benachteiligter Frauen stellt einen Schwerpunkt dar. Die Migrantinnen werden persönlich von Fachleuten auf das Angebot aufmerksam gemacht, zum Beispiel im Spital, von der Ärztin, vom Sozialdienst, in der Integrationsfachstelle oder von einer interkulturellen Dolmetscherin. Ein Kurs besteht aus sechs Sitzungen, davon eine nach der Geburt, und wird von Hebammen geleitet. Je nach Bedarf übersetzen interkulturelle Dolmetscherinnen auf Albanisch, Tamilisch, Somalisch, Tigrinya, Englisch, Französisch und Arabisch.

Für besonders vulnerablen Zielgruppen, deren Zugang zum Gesundheitssystem erschwert ist (wie beispielsweise Migrantinnen ohne Aufenthaltsbewilligung) stehen in verschiedenen Schweizer Städten spezifische Angebote zur Verfügung.⁵⁷

Praxisbeispiel: CAMSCO (Consultation ambulatoire de soins communautaires) ist eine spezialisierte Stelle des Universitätsspitals des Kantons Genf. Die CAMSCO bietet medizinische Grundversorgung für marginalisierte Personen an mit dem Ziel, sie in die reguläre Gesundheitsversorgung zu integrieren. Die Zielgruppe umfasst allgemein Personen in schwierigen Lebenssituationen. Dazu gehören auch viele Migrantinnen und Migranten mit oder ohne legalen Aufenthaltsstatus. Schwangere Frauen ohne Papiere werden an die Frauenklinik überwiesen, die für diese Zielgruppe eine spezielle Schwangerschaftssprechstunde eingerichtet hat.

Aufgrund des Bundesgesetzes über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5) sind die Kantone verpflichtet, Beratungsstellen zu errichten, bei denen Schwangere unentgeltlich Rat suchen können. Diese Stellen stehen allen Personen offen und bieten eine unabhängige und umfassende Beratung rund um Fragen der Schwangerschaft, des Schwangerschaftsabbruchs, der Verhütung usw. an.⁵⁸

Auch Projekte, die darauf abzielen, die Kontinuität in der Betreuungskette zu verbessern (siehe auch Abschnitt 4.4), kommen nicht nur Migrantinnen und Migranten, sondern allen Betroffenen zu Gute. Sozial benachteiligte oder schlecht integrierte Personen können aber von solchen Projekten besonders profitieren, weil sie mehr Mühe haben, sich ohne Hilfe im System zurecht zu finden.

Praxisbeispiel: Bei der Problematik der fehlenden kontinuierlichen Begleitung setzt das Pilotprojekt „Family Start beider Basel“ an. Es bietet Familien mit Neugeborenen nach Spitalaustritt eine 12-Stunden-Helpline an sowie professionelle Hausbesuche während 365 Tagen im Jahr. Das neue Versorgungsmodell basiert auf einem Leistungsvertrag zwischen der Frauenklinik am Universitätsspital Basel und dem Bethesda Spital Basel mit einem Hebammen-Netzwerk. Es wird durch das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut, das Institut für Hebammen der ZHAW, das Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel sowie die Berner Fachhochschule wissenschaftlich begleitet.

4.3 Bisheriges Engagement auf staatlicher Ebene

Die Gesundheitsversorgung liegt in der Schweiz weitgehend in der Kompetenz der Kantone. Die Kantone stellen Müttern und ihren Kindern diverse Angebote im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention zur Verfügung. Mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit haben in den letzten Jahren 15 Kantone diese Angebote auf die Frage hin untersucht, ob sie auch die Migrationsbevölkerung genü-

⁵⁶ BAG (2013): Migrationsgerechte Angebote im Bereich reproduktive Gesundheit und frühe Kindheit in der Schweiz

⁵⁷ Wyssmüller Ch., Efonyi-Mäder, D. (2011): Undocumented Migrants: their needs and strategies for accessing health care in Switzerland. Country Report on People & Practices

⁵⁸ Für eine Übersicht über die bestehenden Beratungsstellen siehe <https://www.sante-sexuelle.ch/beratungsstellen/>; 24.4.2015

gend miteinbeziehen. In manchen Kantonen sind daraus konkrete Empfehlungen und Massnahmenpläne entstanden. Einige (insbesondere der Kanton Baselland) sind dabei konkret auf Angebote für Eltern (Mütter-Väterberatung) oder Kinder (frühe Förderung) eingegangen und haben Massnahmen in die Wege geleitet, um die Nutzung dieser Angebote durch schwer erreichbaren Migrationsgruppen zu fördern.⁵⁹

Das Engagement der Gemeinden und Städte ist sehr unterschiedlich. Viele Gemeinden stellen den jungen Eltern ein breites Informationsangebot zur Verfügung, beispielsweise in Form der Elternbriefe von Pro Juventute, die auch in verschiedenen Sprachen der Migrationsbevölkerung erhältlich sind.

4.3.1 Spezifische Integrationsförderung / Kantonale Integrationsprogramme

Seit dem ersten Januar 2014 verfügt jeder Kanton über ein kantonales Integrationsprogramm [KIP]⁶⁰, in dem alle Massnahmen der spezifischen Integrationsförderung gebündelt werden. Die spezifische Integrationsförderung versteht sich als Ergänzung zu den Massnahmen, welche in den Regelstrukturen (bspw. in den Institutionen der Gesundheitsversorgung) getroffen werden. Für die Erarbeitung der KIP hat das Bundesamt für Migration (heute Staatssekretariat für Migration) mit den Kantonen Programmvereinbarungen für die Jahre 2014-2017 abgeschlossen. Die Programme werden von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert. Das Thema Gesundheit ist darin unterschiedlich präsent, z.B. in Form von Beratungsangeboten oder Kursen. Ausserdem wird die Vermittlung von interkulturellen Dolmetschenden in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Soziales durch die KIP gefördert. Ein spezifischer Förderbereich in den kantonalen Programmen ist die „Frühe Förderung“: Kinder mit Migrationshintergrund sollen bei Bedarf vor dem Schuleintritt ein Angebot der Frühen Förderung besuchen können. Via Mutter-Kind-Sprachkurse beispielsweise können die Kinder bereits sehr früh von den Integrationsangeboten profitieren. In vielen Kantonen setzen auch Mütter-/Väterberatungen Projekte im Bereich der Frühen Förderung um. Ein direkter Bezug zum Thema reproduktive Gesundheit wird nur in wenigen KIP gemacht; meistens betreffen die Projekte den Schutz von Sexarbeiterinnen.⁶¹

4.3.2 Nationales Programm Migration und Gesundheit

Das Bundesamt für Gesundheit setzt sich seit 2002 mit dem Nationalen Programm Migration und Gesundheit dafür ein, die Gesundheitskompetenz der Migrationsbevölkerung zu stärken und das Gesundheitswesen ihren Bedürfnissen entsprechend auszugestalten - sei es durch Mitberücksichtigung ihrer Anliegen im Bereich Prävention, durch Einbezug von professionellen interkulturellen Dolmetschenden in der Gesundheitsversorgung oder durch Förderung der transkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals. Das Programm ist der Public-Health-Beitrag des BAG zur nationalen Integrationspolitik.

Diverse Projekte innerhalb dieses Programms kommen auch Müttern und ihren Kindern zugute, ohne sich direkt an diese Zielgruppe zu richten. Die Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für den Umgang mit Diversität (siehe Praxisbeispiel „E-Learning“) ist auch im Bereich Geburtshilfe und Pädiatrie von grosser Bedeutung. Die Förderung des interkulturellen Dolmetschens im Gesundheitswesen, unter anderem durch den Aufbau eines rund um die Uhr verfügbaren Telefondolmetschendienstes, ist eine wichtige Grundlage zur besseren Verständigung zwischen medizinischen Fachpersonen und fremdsprachigen Patientinnen und Patienten. Ungefähr ein Fünftel der Einsätze von interkulturell Dolmetschenden in Schweizer Spitalern und Kliniken betrifft den Bereich „Gynäkologie & Geburt“.⁶²

⁵⁹ <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12512/13669/index.html?lang=de>

⁶⁰ <https://www.bfm.admin.ch/bfm/de/home/themen/integration/foerderung/spezifisch/kip.html>

⁶¹ Berner, D. und Rüefli, Ch. (2014): Gesundheitsbezogene Aktivitäten der Kantone in der Integrationsförderung. Kurzanalyse

⁶² Gehrig M. et al. (2012): Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitalern und Kliniken

Praxisbeispiel: Das Bundesamt für Gesundheit lancierte im Juli 2014 eine online-Weiterbildung für Gesundheitsfachleute („E-learning Interaktion und Qualität“). Sie hat das Siegel «SIWF/FMH-approved» und soll die Behandlungsqualität für die Migrationsbevölkerung steigern. In der Lerneinheit kommen auch Fallbeispiele aus der Geburtshilfe zur Sprache.

Praxisbeispiel: Unterstützt durch das BAG betreibt das Schweizerische Rote Kreuz mit *migesplus.ch* ein nationales Kompetenzzentrum für die Entwicklung, Produktion und Verbreitung von migrationspezifischen Informationsmaterialien. Über diese Plattform können auch Materialien zu den Themen Schwangerschaft, Geburt und Kindheit in diversen Sprachen der Migrationsbevölkerung bestellt werden.

4.3.3 Integrationsdialog "Aufwachsen" der Tripartiten Agglomerationskonferenzen [TAK]

Die Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Gesundheit von Migrantinnen und ihren Kindern liegen in verschiedenen Politikbereichen, auf unterschiedlichen politischen Ebenen und bei diversen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, wurde der Integrationsdialog „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“ lanciert⁶³. Der Dialog ist eine Initiative der Tripartiten Agglomerationskonferenz [TAK], der politischen Plattform von Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden, die sich seit ihren Anfängen auch dem Querschnittsthema Integrationspolitik annimmt. Gesprächspartner in diesem Dialog sind einerseits die staatlichen Akteure aller politischen Ebenen und andererseits die Berufsverbände jener Fachleute, die während Schwangerschaft, Geburt und ersten Lebensjahren Kleinkinder und Eltern betreuen und beraten. Der Dialog „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“ wurde 2013 lanciert und seither wurden gemeinsam mit den Dialogpartnern Ziele definiert und Empfehlungen ausgearbeitet (vgl. auch Kapitel 6). Um diese Ziele bis 2016 zu erreichen, ergreifen die Dialogpartner konkrete Massnahmen, die den Zeitraum von der Planung der Schwangerschaft bis zum Übertritt der Kleinkinder in Spielgruppen oder Kitas abdecken. Sie setzen auch Massnahmen um, welche die Verständigung zwischen Eltern mit Migrationshintergrund und Fachleuten fördern.

Die Konferenz der Kantonsregierungen [KdK] ist zusammen mit BAG und SEM sowie den Kommunalverbänden SSV und SGV federführend für diesen Integrationsdialog. Auch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] ist über den Geschäftsführer der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung [VBGF] in den Dialog eingebunden. Das Vorhaben ist gut in die gesundheitspolitischen Strategien der Schweiz eingebettet und leistet einen Beitrag zur Umsetzung der bundesrätlichen Strategie „Gesundheit 2020“, zu deren Zielen auch Chancengleichheit und Verbesserung der Versorgungsqualität gehören.⁶⁴ Auch mit dem Nationalen Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut [NAP] besteht im Themenbereich Frühe Förderung eine Zusammenarbeit.

4.4 Versorgungslücken

Fachpersonen und aktuelle Studien sehen weiterhin Handlungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten bei der Betreuung von Schwangeren und Müttern und bei ihrem Zugang zu Informationen und Präventionsangeboten. Ganz allgemein berücksichtigen die Angebote der Gesundheitsversorgung die Bedürfnisse der in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten oft zu wenig (unzureichende Patienten- und Zielgruppenorientierung, Verständigungsschwierigkeiten mit Fremdsprachigen). Im Bereich der Gesundheitsversorgung rund um die Geburt werden in der Literatur und in Gesprächen mit Fachpersonen mehrere Themen immer wieder erwähnt:

⁶³ siehe www.dialog-integration.ch/aufwachsen

⁶⁴ <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>

- Wie bereits im Kapitel „Risikofaktoren“ beschrieben, gibt es Hinweise, dass für Migrantinnen (insbesondere Risikogruppen wie Sans-Papiers) im Gesundheitssystem gewisse Zugangshindernisse bestehen, und sie darum teilweise erst spät in die Schwangerschaftsvorsorge kommen. Hier sollte geprüft werden, wie besonders vulnerable Gruppen noch besser erreicht und bereits erfolgreiche Projekte multipliziert werden können (vgl. auch Kapitel 4.2).
- Bezüglich der nachgeburtlichen Betreuung hat eine Umfrage bei jungen Müttern in der Schweiz ergeben, dass die Zufriedenheit mit der nachgeburtlichen Betreuung grundsätzlich hoch ist, dass aber die Frauen, die bei der Geburt im Spital eine Komplikation erlitten haben, am unzufriedensten sind. Sie vermissten Informationen, eine emotionale Betreuung und die praktische und psychologische Vorbereitung auf die Zeit nach dem Spitalaufenthalt. Lediglich 55% der befragten Mütter, gab an, dass die Fachpersonen mit ihnen zusammen die Betreuung nach der Geburt geplant haben.⁶⁵ Es ist davon auszugehen, dass Migrantinnen, die Kommunikationsschwierigkeiten in der Ortssprache oder wenige Kenntnisse des Versorgungssystems haben, mit solchen Unterbrüchen in der Betreuungskette noch mehr Mühe haben als andere Frauen. In einer Genfer Studie bei fremdsprachigen Migrantinnen gaben mehr als die Hälfte der Frauen an, dass sie die Heimkehr nach der Geburt im Spital als schwierig empfanden. Sie fühlten sich allein gelassen mit dem neugeborenen Kind, waren ängstlich und besorgt.⁶⁶
- Auch ein Bericht des Bundesrates zu Gesundheitszustand und Betreuungssituation der Wöchnerinnen in der Schweiz kam zum Schluss, dass das Versorgungsangebot grundsätzlich gut ist.⁶⁷ Es werden aber einige Schwächen festgestellt, die für sozial benachteiligte oder wenig integrierte Frauen besonders ins Gewicht fallen könnten: Das aktuelle Versorgungsangebot ist zersplittert und eine Kontinuität der Betreuung nicht gewährleistet, und es besteht ein Mangel an zeitgemässen Versorgungsleistungen für Wöchnerinnen in psychosozialen Krisen oder mit postnataler Depression. Hinzu kommt, dass zusätzliche Dienstleistungen wie Haushaltshilfen während dem Wochenbett nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden.⁶⁸

⁶⁵ Meier Magistretti C., Villiger S. et al. (2014): Qualität und Lücken der nachgeburtlichen Betreuung. Hochschule Luzern

⁶⁶ Goguikian B. et al. (2014): Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones.

⁶⁷ Bundesrat (2011): Gesundheitszustand und Betreuungssituation der Wöchnerinnen in der Schweiz. Bericht des Bundesrat in Erfüllung des Postulats 02.3383

⁶⁸ König, C. et al. (2010): Bestandaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz, Schlussbericht.

5 Internationale Standards und Initiativen

5.1 Konsultation auf EU-Ebene zu Migration und Gesundheit "Better Health for All"

Im Rahmen des von der International Organization for Migration [IOM] koordinierten Projekts "Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities"⁶⁹ wurde die europäische Zusammenarbeit in diesem Themengebiet gefördert. 2009 fand in Lissabon eine europäische Konferenz statt mit politischen Entscheidungsträgern, Vertretungen europäischer und internationaler Organisationen, Forschenden und weiteren Stakeholdern, die zum Thema Migration und Gesundheit konsultiert wurden.

Die Konferenz fokussierte auf fünf Hauptthemen: Soziale Determinanten der Gesundheit, rechtliche und politische Rahmenbedingungen, Forschung zu Migration und Gesundheit, Kompetenzaufbau für Gesundheitsfachpersonen und Mutter-Kind-Gesundheit. Zu diesen Themen wurden Grundlagenpapiere präsentiert.⁷⁰

Das erarbeitete Schlussdokument der Konsultation beinhaltet allgemeine Empfehlungen zu Migration und Gesundheit, beispielsweise die Einführung von Trainings zu transkultureller Kompetenz in den Curricula der ärztlichen Ausbildung sowie in Weiterbildungen. Ausserdem sind Empfehlungen im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit formuliert. Um Migrantinnen und ihren Kindern eine adäquate Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können, sollten kohärente und differenzierte Rahmenbedingungen geschaffen und aufsuchende Interventionen umgesetzt werden. Ausserdem sollte die Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund regelmässig mit derjenigen von einheimischen Kindern verglichen und überwacht werden (Monitoring).

5.2 WHO Europa: Leitlinien für einen strategischen Ansatz für risikoärmere Schwangerschaften

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat in einem konsultativen Prozess mit verschiedenen Expertengremien und Arbeitsgruppen ein Dokument erarbeitet⁷¹, das Leitlinien für politische Strategien zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Babys beschreibt.

Zentrale Werte sind die allgemeine Versicherungsdeckung, um einen gleichen Zugang zu guter Gesundheitsversorgung sicher zu stellen, unabhängig vom sozio-ökonomischen Status und mit einem besonderen Augenmerk auf Armutsbetroffene und unterversorgte Bevölkerungsgruppen. Regierungen sollen sich an den Bedürfnissen aller Einwohnerinnen und Einwohner orientieren und insbesondere sicherstellen, dass marginalisierte Gruppen Zugang zum Gesundheitssystem haben. Dabei soll nicht nur die Reduktion der Mütter- und Säuglingssterblichkeit im Fokus stehen, sondern auch die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Neugeborenen.

Bei der Erarbeitung von Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen und Kindern während Schwangerschaft, Geburt und Zeit nach der Geburt sollte ein multisektorieller Ansatz gewählt werden, der auf die verschiedenen Gesundheitsdeterminanten abzielt. Schwangerschaften gesünder und sicherer zu machen, ist nicht nur eine Frage des Gesundheitssystems, denn die Einflussfaktoren auf mütterliche und perinatale Gesundheit (d.h. Gesundheit vor und nach der Geburt) sind komplex

⁶⁹ <http://www.migrant-health-europe.org/>

⁷⁰ IOM 2009: Maternal and Child Healthcare for Immigrant Populations. Background Paper

⁷¹ WHO 2008: European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal Health. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/european-strategic-approach-for-making-pregnancy-safer>; 5.1.2015

(vgl. Kapitel 3) und erfordern die Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche. Die WHO weist dabei insbesondere auf die Verbesserung physischer und sozialer Lebensbedingungen sowie auf die Bedeutung des Bildungssektors hin.

5.3 Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik

Basierend auf den Prinzipien der Gesundheitsaussenpolitik⁷² stellt die Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit eines der drei Ziele der Gesundheitspolitik der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit [DEZA] dar⁷³. Zur Erreichung dieses Ziels unterstützt die DEZA eine Reihe von globalen und lokalen Programmen, u.a. in Herkunftsgebieten von in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten. Um die Sterblichkeit bei Müttern und Neugeborenen in diesen Ländern zu senken, soll der Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit ausgedehnt werden.

⁷² <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/13102/index.html?lang=de>

⁷³ https://www.eda.admin.ch/content/dam/deza/de/documents/Publikationen/Diverses/229225-deza-gesundheitspolitik_DE.pdf

6 Zielsetzungen und Empfehlungen des TAK-Integrationsdialogs „Aufwachsen“

Im Rahmen des Integrationsdialogs der TAK „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“ (siehe Abschnitt 4.3.3) wurden gemeinsam mit den beteiligten Dialogpartnern aus verschiedenen Berufsgruppen und staatlichen Stellen sechs Aktionsfelder definiert und konkrete Unterziele erarbeitet. Darauf aufbauend hat eine eingesetzte Arbeitsgruppe Empfehlungen für konkrete Massnahmen zuhanden der Dialogpartner (Berufsverbände und staatliche Stellen) formuliert.

6.1 Zielsetzungen in sechs Aktionsfeldern⁷⁴

Aktionsfeld 1: Gesund in die Schwangerschaft (Gesundheitskompetenz)

- Die Gesundheitseinrichtungen und die Bedeutung der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung sind bei Frauen jeden Alters bekannt und werden bedarfsgerecht genutzt.
- Frauen mit Kinderwunsch werden mit dem Ziel beraten, ihrem Gesundheitszustand vor Eintritt einer Schwangerschaft Sorge zu tragen und medizinische und soziale Risikofaktoren zu minimieren.
- Frauen und Jugendliche im reproduktiven Alter kennen die kantonalen Fachstellen, welche Beratung zu sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten, Schwangerschaft, Schwangerschaftsverhütung und unabhängige Information bei pränatalen Untersuchungen anbieten.

Aktionsfeld 2: Gut begleitet durch Schwangerschaft und Geburt (Zugänge schaffen)

- Schwangere Frauen gehen regelmässig zur Vorsorgeuntersuchung, zum ersten Mal vor der 12. Schwangerschaftswoche (in gynäkologischer oder hausärztlicher Praxis oder bei einer Hebamme).
- Schwangere Frauen wissen, wie sie die eigene Gesundheit, die Gesundheit ihres Kindes sowie den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf positiv beeinflussen können.
- Frauen in schwierigen ökonomischen oder familiären Situationen oder mit psychischen Problemen finden geeignete professionelle Unterstützung vor Ort.
- Hebammen, Ärzteschaft und Medizinische Praxisassistent/innen kennen die lokalen Integrationsfachstellen und machen die Patientinnen/Klientinnen bei Bedarf auf deren Angebote aufmerksam.

Aktionsfeld 3: Gut betreut im Wochenbett (Übergang von der Klinik nach Hause sicherstellen)

- Jede Familie ist über das nachgeburtliche Betreuungsangebot informiert.
- Jede Familie hat bei Klinikaustritt einen Termin mit einer Hebamme. Eine Anmeldung bei der zuständigen Mütter-/Väterberatungsstelle ist erfolgt.
- Kinder, die aus psychosozialen Gründen in ihrer Entwicklung gefährdet sind, werden frühzeitig erkannt und es finden entsprechende Interventionen statt.
- Familien in schwierigen ökonomischen oder familiären Situationen oder mit psychischen Problemen finden vor Ort geeignete professionelle Unterstützung.

⁷⁴ vgl. das zugrunde liegende Dokument aus dem TAK-Integrationsdialog: http://www.dialog-integration.ch/_upload/file/i_20140916-104849-705.pdf; 5.5.2015

Aktionsfeld 4: Gut beraten und betreut im ersten Lebensjahr (Stärkung der elterlichen Erziehungs- und Gesundheitskompetenzen)

- Das Angebot der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen sowie die Impfeempfehlungen sind allen Familien bekannt und werden genutzt.
- Jede Familie hat bedarfsgerecht Zugang zur pädiatrischen Grundversorgung vor Ort.
- Die Angebote der Mütter-/Väterberatungsstellen sind bekannt und werden bedarfsgerecht genutzt.
- Eltern setzen sich mit Fragen der Förderung einer gesunden Entwicklung und der Erziehung ihres Kindes auseinander.

Aktionsfeld 5: Der erste Schritt in die Spielgruppe, die Kita, die Elternbildung (Übergang zu Frühförderangeboten)

- Kinderarztpraxen und Mütter-/Väterberatungsstellen stehen miteinander in Kontakt und verweisen bedarfsgerecht auf die jeweiligen Angebote.
- Kinderarztpraxen und Mütter-/Väterberatungsstellen sind über die regionalen Angebote der Frühen Förderung (Spielgruppen, Kitas, Elternbildungsangebote) und der Integrationsangebote informiert, sind mit diesen Akteuren vernetzt und geben bei Bedarf Inputs zu zusätzlichen Angeboten.
- Junge Eltern sind über Bedeutung und Angebote der Frühen Förderung und der Integrationsförderung informiert und nutzen diese bedarfsgerecht.

Aktionsfeld 6: Besser Verstehen (Sprachkompetenzen entwickeln, Übersetzung gewährleisten)

- Migranteltern verbessern ihre kommunikativen Kompetenzen und setzen sich für die Sprachförderung ihrer Kinder ein (Erstsprache sowie die am Wohnort gesprochene Landessprache).
- Sind Sprachkompetenzen nicht ausreichend oder stehen schwerwiegende und komplexe Entscheidungen bzw. medizinische Eingriffe an, wird die Kommunikation durch geschulte interkulturell Dolmetschende sichergestellt.
- Die Fachpersonen kennen die verschiedenen, staatlich subventionierten Übersetzungsangebote (Dolmetschen, Telefondolmetschen, interkulturelles Vermitteln, schriftliche Übersetzungen von Merkblättern etc.) und können sie bedarfsgerecht einsetzen.

6.2 Handlungsempfehlungen

Zahlreiche Massnahmen und Projekte zur Förderung der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten wurden in den letzten Jahren initiiert und umgesetzt. Dennoch ist das Ziel der gleichen Chancen auf ein gesundes Leben noch nicht erreicht. Handlungsbedarf besteht beispielsweise beim Abbau von Sprachbarrieren im Gesundheitswesen, bei der Schulung der Gesundheitsfachpersonen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten oder bei der Sicherstellung der Betreuungs- und Förderketten im Frühbereich.

Die am TAK-Integrationsdialog beteiligten Akteure setzten eine Arbeitsgruppe ein, die Empfehlungen für konkrete Massnahmen an die Adresse der Dialogpartner erarbeitete⁷⁵. Zusammengefasst lauten diese Empfehlungen:

⁷⁵ vgl. das zugrunde liegende Dokument aus dem TAK-Integrationsdialog: http://www.dialog-integration.ch/_upload/file/i_20140916-104849-705.pdf; 5.5.2015

Zielgruppenspezifische Informationsangebote schaffen

Massnahmen:

- **Zielgruppengerechte Informationsangebote** zu Schwangerschaft und Geburt, Elternschaft, Ernährung, Gesundheitssystem etc. überprüfen.
- Allfällige Lücken im Informationsangebot schliessen.

Sensibilisierung und Schulung der betroffenen Berufsgruppen

Massnahmen:

- **Berufsgruppen sensibilisieren und informieren:** Die Berufsverbände der von der Thematik betroffenen Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich nutzen ihre Publikationen, Plattformen und Tagungen, um über praxisrelevante Themen in den Bereichen Migration, Integration und Gesundheit vor und während der Schwangerschaft und in der frühen Kindheit zu informieren.
- **Weiter- und Fortbildungsangebote:** Die Berufsverbände bieten Bildungsangebote zur Förderung des Umgangs mit Migrantinnen und Migranten an.
- **Kompetenz im Umgang mit Migrantinnen und Migranten in Berufsbildungen stärken:** Die staatlichen Stellen prüfen, ob und unter welchen Voraussetzungen das Thema vermehrt in die jeweiligen Berufsbildungen aufgenommen werden kann.
- **Eine patientenzentrierte, rechte- und ressourcenorientierte Beratungskultur fördern:** Die Berufsverbände sollen prüfen, wie in ihrem Fachbereich eine gesundheitsfördernde und patientenzentrierte Beratungskultur gefördert werden könnte.

Abbau von Sprachbarrieren

Massnahmen:

- **Schulungen und Informationen zum Einsatz von Dolmetschenden:** Die Berufsverbände informieren ihre Mitglieder in geeigneter Form über das Thema „Einsatz von Dolmetschenden“, insbesondere über die unterschiedlichen Angebote (Telefondolmetschen, Dolmetschen vor Ort, interkulturelle Vermittlung etc.).
- **Die Finanzierung von Dolmetschdienstleistungen lösen:** Die zuständigen staatlichen Stellen (Bund⁷⁶, Kantone, Gemeinden) suchen gemeinsam Lösungen für die Finanzierungsfrage beim interkulturellen Dolmetschen.⁷⁷
- **Die Sprachkompetenzen von werdenden Eltern stärken:** Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel aus der Integrationsförderung des Bundes wird die Entwicklung und Verbreitung von spezifischen Sprachkursen nach dem Sprachfördersystem „fide | Français, Italiano, Deutsch in der Schweiz – lernen, lehren, beurteilen » lanciert.

⁷⁶ Der Bund wird nicht als Finanzierer auftreten, sondern die Federführung bei der Lösung der Finanzierungsfrage auf nationaler Ebene übernehmen.

⁷⁷ Zu dieser Thematik hat der Bundesrat im Rahmen eines parlamentarischen Vorstosses bereits Stellung genommen (Motion 08.3642). Der Bundesrat hat die Motion nicht zuletzt mit folgender Begründung abgelehnt: „Eine allfällige Übernahme der Einsatzkosten der interkulturellen Übersetzer liegt nicht in der Zuständigkeit des Bundes“. Der Ständerat ist ihm gefolgt und hat die Motion ebenfalls abgelehnt.

Sicherstellung der Betreuungs- und Förderketten im Frühbereich

Massnahmen:

- **Runde Tische auf gesamtschweizerischer Ebene durchführen:** Der Bund unterstützt runde Tische, an denen Fragen der Betreuungs- und Förderketten vertieft werden und die interdisziplinäre Diskussion zwischen Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial- wie auch dem Bildungsbereich gefördert wird.
- **Regionale Vernetzung und Information sicherstellen:** Kantone und Gemeinden prüfen, wie eine bessere Vernetzung der Angebote vor Ort gewährleistet werden kann, um Förderketten zielgerichtet und effizient zu unterstützen und Synergien zu nutzen.
- **Auf andere Betreuungs- und Beratungsangebote hinweisen:** Fachpersonen verschiedener Stellen und Institutionen informieren konsequent über die jeweiligen Betreuungs- und Förderangebote. Migrant*innenorganisationen werden als Informationskanäle und -vermittler einbezogen.

7 Fazit des Bundesrats

Der Bericht zeigt auf, dass rund um Schwangerschaft und Geburt gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen bestehen. In vielen Fällen sind Frauen und Kinder mit Migrationshintergrund gesundheitlich benachteiligt. Die Mutter-Kind-Gesundheit ist ein Schlüsselthema öffentlicher Gesundheit und der Staat trägt eine Mitverantwortung dafür, optimale Bedingungen für eine gesunde Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit zu schaffen. Ein schlechter Start ins Leben kann sich auf das ganze Leben eines Menschen auswirken.

Da die Startbedingungen in der Schweiz offenbar nicht für alle Bevölkerungsgruppen optimal sind, müssen auf verschiedenen Ebenen Anstrengungen unternommen werden, sie zu verbessern. Dies steht auch in Einklang mit der schweizerischen Integrationspolitik sowie mit der bundesrätlichen Strategie „Gesundheit 2020“, die unter anderem zum Ziel hat, die gesundheitliche Chancengleichheit – insbesondere die Gesundheitschancen der verletzbarsten Bevölkerungsgruppen – zu stärken.⁷⁸ Im Vordergrund steht dabei nicht die Migrationsbevölkerung als solche, denn diese ist sehr heterogen zusammengesetzt. Es geht in erster Linie darum, die Chancen jener Personen zu stärken, die gesundheitlich besonders gefährdet sind, sei es, weil sie schwierige ökonomische und soziale Lebensbedingungen, einen prekären Aufenthaltsstatus oder eine belastende Migrationsgeschichte haben oder weil sie sich aus sprachlichen Gründen im Gesundheitssystem nicht zurecht finden. Die meisten der in diesem Bericht aufgeführten Empfehlungen und Massnahmen kommen nicht nur Familien mit Migrationshintergrund, sondern allen Familien zugute. Von einer verständlicheren Kommunikation, einer besseren Vernetzung der Betreuungsangebote und einer Behandlung, die den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten mehr Rechnung trägt, können alle betroffenen Personen profitieren.

Die Gründe für die festgestellten gesundheitlichen Ungleichheiten sind komplex, und abschliessende Antworten zu den genauen Ursachen fehlen. Die erläuterten Einflussfaktoren machen deutlich, dass die Gesundheit von Müttern und ihren Neugeborenen von äusserst vielfältigen Bedingungen abhängt. Gesundheitssystem und Präventionsaktivitäten vermögen nur einen Teil dieser Bedingungen zu verbessern, andere Faktoren sind beispielsweise im Bereich der Bildung oder der Wirtschaft (z.B. Arbeitsbedingungen) zu verorten. Trotz mancher offener Fragen zeigt sich, dass auf verschiedenen Ebenen Handlungsbedarf besteht. Deshalb begrüsst es der Bundesrat, dass die TAK den Integrationsdialog zum Thema „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“ initiiert hat und dass die Dialogpartner aus staatlichen Stellen und den verschiedenen betroffenen Berufsgruppen bereit sind, an der Lösung der Probleme mitzuarbeiten. Die hier vorgelegte Übersicht macht deutlich, dass in der Schweiz bereits viele Bemühungen unternommen werden, um die Situation von Müttern und Neugeborenen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Die laufenden Massnahmen gehen oft auf Initiativen einzelner Institutionen oder gar Personen zurück. Nebst einer systematischen Bearbeitung der Thematik mangelt es oft auch an Koordination und Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Angeboten und zwischen den einzelnen Gliedern in der Betreuungskette. Sowohl im Integrationsdialog der TAK wie auch im Nationalen Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut (2014-2018) ist es deshalb ein zentrales Anliegen, dass möglichst ununterbrochene Betreuungs- und Förderketten ab Schwangerschaft bis zum Schuleintritt entwickelt und gewährleistet werden. Dies bedingt eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung.

⁷⁸ <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>; 8.1.2015

7.1 Beitrag des Bundes zur Umsetzung des TAK-Integrationsdialogs

Die im Rahmen des TAK-Integrationsdialogs „Aufwachsen – gesund ins Leben starten“ erarbeiteten Empfehlungen betreffen hauptsächlich die Leistungserbringer aus dem Gesundheits- und Sozialwesen – sie sind die Hauptakteure bei der Versorgung von Schwangeren und ihren Kindern. Der Bundesrat erachtet ihr Engagement im Sinne der im Kapitel 6 vorgeschlagenen Massnahmen als sehr wichtig. Darüber hinaus wurden auch einige Empfehlungen formuliert, die sich an die staatlichen Stellen auf allen politischen Ebenen (Bund, Kantone, Gemeinden) richten, um die laufenden Bestrebungen zu unterstützen.

Der Bundesrat begrüsst, dass sich die staatlichen Akteure verschiedener Politikbereiche über die drei politischen Ebenen hinweg gemeinsam mit den nicht-staatlichen Akteuren für ein koordiniertes Vorgehen zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit, insbesondere von Migrantinnen und ihren Kindern, ausgesprochen haben. Er bekräftigt, dass er die Bemühungen der TAK unterstützt, namentlich durch folgende Massnahmen:

- Im Rahmen des Nationalen Programms „Migration und Gesundheit 2014-2017“ des BAG werden Projekte umgesetzt, die auch den Themenbereich Schwangerschaft, Geburt und die Zeit nach der Geburt betreffen. Zu nennen sind insbesondere
 - Projekte zur **Sensibilisierung und Weiterbildung des Gesundheitspersonals** (bspw. Online-Weiterbildung „Interaktion und Qualität“)
 - Erarbeiten von **Informationsmaterialien** in Sprachen der Migrationsbevölkerung (www.migesplus.ch)
 - **Förderung des interkulturellen Dolmetschens**, inkl. Entwickeln von Lösungen für die Finanzierung des Dolmetschens im Gesundheitswesen
- Das SEM setzt einen Akzent über eine Ausschreibung für Pilotsprachkurse auf die **Stärkung der Sprachkompetenzen von werdenden Eltern** und unterstützt im Rahmen von Programmen und Projekten nationaler Bedeutung über den Integrationsförderkredit verschiedene Aktivitäten von Dialogpartnern, insbesondere in den Bereichen Information und Vernetzung.
- Weitere Bundesstellen wie das Bundesamt für Sozialversicherungen (Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut) und die Fachstelle für Rassismusbekämpfung unterstützen ebenfalls einzelne Massnahmen zur Umsetzung der TAK-Empfehlungen.
- Das BAG prüft, wie die Kompetenzen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten in der beruflichen **Aus- resp. Weiterbildung** von universitären Medizinalberufen, Gesundheitsberufen und Psychologieberufen vermehrt thematisiert werden können. Zudem sensibilisiert das **SBFI** die Trägerschaft von Gesundheits- und Psychologieberufen dahingehend, Kompetenzen im Umgang mit Migrantinnen und Migranten in der **beruflichen Ausbildung** zu thematisieren.

Die TAK wird bis Ende 2017 Bilanz ziehen und aufzeigen, wo weiterhin Handlungsbedarf besteht.

7.2 Weitere vorgesehene Massnahmen des Bundes

Zusätzlich zum Engagement im TAK-Integrationsdialog sieht der Bund folgende Massnahmen vor:

- SEM und BAG stellen sicher, dass die **Asylsuchenden** in den zukünftigen Bundeszentren (Verfahrens- und Ausreisezentren) **einen adäquaten Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung** haben und setzt entsprechende Massnahmen um. Dabei werden auch die spezifischen Bedürfnisse von Frauen und Familien mit kleinen Kindern berücksichtigt.

- Das BFS verbessert die Qualität der **Daten im Bereich der Perinatalstatistik**, unter anderem mittels Verknüpfungen verschiedener Datenerhebungen. Der Aufbau der Statistiken der ambulanten Gesundheitsversorgung (MARS)⁷⁹ wird ebenfalls zu umfassenderen Daten in diesem Bereich beitragen, da Schwangerschaftskontrollen meistens ambulant durchgeführt werden.
- Der Bundesrat wird voraussichtlich im Sommer 2015 im Rahmen der Lancierung neuer Nationaler Forschungsprogramme (NFP) aus der Prüfrunde 2013/2014 unter anderem auch über ein allfälliges NFP „**Versorgungsforschung im Schweizer Gesundheitssystem**“ entscheiden. In einem solchen Programm könnten auch Fragen betreffend Zugang und Versorgung vulnerabler Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem aufgegriffen werden.

⁷⁹ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/00/06.html>; 28.11.2014