

**Bedürfnisse von Migrantinnen in der  
präkonzeptionellen Phase  
Ein integrativer Literaturreview**

**Bachelor-Thesis**

Schöni Sabina Lea

Walther Lisa Ursina

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 08.08.2016

## Inhaltsverzeichnis

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>5</b>
1.1 Relevanz des Themas.....	5
1.2 Zielsetzung und Fragestellung .....	6
1.3 Eingrenzung.....	6
<b>2 Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>7</b>
2.1 Demographie und Migrationssituation in der Schweiz .....	7
2.2 Nationale Gesundheitsstrategien .....	7
2.3 Bedeutung für die Frauen.....	8
2.4 Berufsbild und Rolle der Hebamme.....	9
2.5 Soziale Determinanten der Gesundheit.....	10
2.6 Reproduktive und sexuelle Gesundheit und Rechte .....	12
<b>3 Methoden .....</b>	<b>13</b>
3.1 Vorgehen .....	13
3.2 Suchstrategie .....	14
3.3 Auswahlkriterien.....	15
3.3.1 Studiendesign .....	15
3.3.2 Einschlusskriterien .....	15
3.3.3 Ausschlusskriterien .....	16
3.4 Evaluation und Analyse.....	16
3.4.1 Vorgehen .....	16
3.4.2 Evaluationsphase.....	16
3.4.3 Analysephase .....	17
3.5 Ethik.....	17
<b>4 Ergebnisse.....</b>	<b>19</b>
4.1 Literaturrecherche .....	19
4.2 Übersicht der eingeschlossenen Studien.....	20
4.3 Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien .....	30
4.4 Synthese der Ergebnisse .....	34
4.4.1 Übersicht.....	34
4.4.2 Ergebniskategorie Bedürfnisse.....	35
4.4.3 Ergebniskategorie Herausforderungen .....	37
4.4.4 Ergebniskategorie Barrieren.....	39
4.4.5 Ergebniskategorie Erleichternde Faktoren im Zugang zu SRH.....	41
<b>5 Diskussion.....</b>	<b>42</b>

5.1	Übersicht.....	42
5.2	Diskussion der Ergebnisse.....	43
5.2.1	Bedürfnisse zu Information, Beratung und Betreuung.....	43
5.2.2	Bedürfnisse bezüglich dem Fachpersonal.....	46
5.2.3	Bedürfnisse bezüglich Verhütung.....	48
5.3	Stärken, Schwierigkeiten und Limitationen der vorliegenden Arbeit.....	50
5.3.1	Stärken.....	50
5.3.2	Schwierigkeiten.....	50
5.3.3	Limitationen.....	51
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung.....</b>	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>54</b>
<b>8</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>59</b>
<b>9</b>	<b>Glossar.....</b>	<b>60</b>

## ABSTRACT

**Hintergrund:** Infolge von globaler Migration kommen immer mehr Flüchtlinge in die Schweiz, wobei mehr als die Hälfte davon Frauen sind. Die erhöhte Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der Migrationsbevölkerung zeigt, dass trotz hohem Lebensstandard und guter medizinischer Versorgung der Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit (sexual and reproductive health [SRH]) nicht für alle Migrantinnen gewährleistet ist. Hebammen als primäre Betreuungspersonen bieten die Chance, Gesundheitsförderung und ökonomische Aspekte des Gesundheitssystems zu verbinden. Ziel dieses Literaturreviews ist daher das Erfassen der Bedürfnisse von Migrantinnen in der präkonzeptionellen Phase. **Methoden:** Die systematische Literaturrecherche erfolgte vom 21. Januar bis 9. März 2016 in den Datenbanken Pubmed, Midirs, CINAHL und Cochrane. Gesucht wurden Studien, welche die Bedürfnisse von Migrantinnen bezüglich SRH primär in der präkonzeptionellen Phase untersuchen. Aufgrund der verschiedenen Studiendesigns wurde für die Analyse die Methodik eines integrativen Reviews gewählt. **Ergebnisse:** Insgesamt wurden sieben Studien eingeschlossen: Drei Reviews, zwei mixed-methods Studien und zwei qualitative Studien. Bei der Kategorisierung der Resultate zeigten sich neben den Bedürfnissen auch die Kategorien Herausforderungen, Barrieren und erleichternde Faktoren. Die Hauptbedürfnisse zeigen sich in folgenden Bereichen: Verbessertes Zugang zu Informationen sowie spezifische Beratungsangebote, Wünsche bezüglich Eigenschaften von Fachpersonal, kulturelle und sprachliche Aspekte im Kontakt mit dem Fachpersonal sowie Miteinbezug bei Entscheidungen. Im Bereich Verhütung zeigen sich die Aspekte Sicherheit und Selbstbestimmung. **Diskussion und Schlussfolgerung:** Trotz grosser Heterogenität des Migrantinnenkollektivs zeigen sich in den Studien vergleichbare Bedürfnisse. Soziale Determinanten der Gesundheit verschlechtern die Ausgangslage der Migrantinnen und erschweren den Zugang zu SRH. Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, bedarf es einer Erweiterung der Hebammenrolle im präkonzeptionellen Bereich, welche den frühen Kontakt mit Migrantinnen am Beginn des Betreuungsbogens anstrebt, um so die maternale und perinatale Gesundheit nachhaltig zu verbessern. Dies erfordert neben der Anwendung von transkultureller Kompetenz mit der Vermeidung kultureller Stereotypen den Einbezug der Migrantinnengemeinschaften. Die Einnahme einer Schlüsselposition durch Hebammen ist dabei zentral.

Schlüsselbegriffe: Bedürfnisse, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Migrantinnen, präkonzeptionell, Hebammen.

# 1 Einleitung

## 1.1 Relevanz des Themas

Betrachtet man die globale Migration infolge von Krieg, machen die Frauen mehr als die Hälfte der Flüchtlinge aus. Sie erleben dabei eine doppelte Benachteiligung, einerseits als Frau an sich und andererseits als Migrantin, was sie für das Erleben von Gewalt hoch gefährdet (Adanu & Johnson, 2009). In der Schweiz machen Ausländer und Ausländerinnen einen Fünftel der Schweizer Gesamtbevölkerung und einen Viertel der erwerbstätigen Bevölkerung aus (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2012).

Trotz der guten klinischen Gesundheitsversorgung in der Schweiz sind Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und in der ersten Zeit nach der Geburt bei Migrantinnen und ihren Kindern erhöht und der Zugang zu adäquater Schwangerschaftsvorsorge ist nicht für alle gewährleistet. Die erhöhte Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der Migrationsbevölkerung verdeutlicht, dass trotz des allgemein hohen Lebensstandards und der guten medizinischen Versorgung in der Schweiz Ungleichheiten bezüglich der Gesundheit zwischen Migrantinnen und Schweizerinnen und deren Kindern existieren. Dabei ist Chancengleichheit eine unabdingbare Voraussetzung für die Integration (Merten & Gari, 2013).

Der Bundesrat nimmt diese Problematik in seinen gesundheitspolitischen Prioritäten bis zum Jahr 2020 auf und fordert eine Intensivierung von Programmen, welche die Bedürfnisse von vulnerablen Gruppen wie Migrantinnen ins Zentrum stellen. Sein Ziel ist es, eine bessere Orientierung im Gesundheitssystem und eine Erhöhung der Gesundheitskompetenz dieser Gruppe zu erreichen. Die Schweiz liegt mit ihrem Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) in oberem Mittelfeld der OECD-Länder, wobei die Kosten ohne Anpassungen im Gesundheitswesen weiter steigen werden. Der gesundheitspolitisch grösste Hebel liegt dabei bei der Gesundheitsförderung und Prävention, da Massnahmen in diesem Bereich stark kostendämpfend wirken (BAG, 2013a).

Migrantinnen stellen in der Schweiz mit bis zu 40% aller geburtshilflichen Klientinnen auch für Hebammen eine sehr bedeutende Gruppe dar (Origlia Ikhilor, 2006). Als primäre Betreuungspersonen der Frauen in ihrem reproduktiven Lebenszyklus bieten die Hebammen die Chance, Gesundheitsförderung mit ökonomischen Aspekten des Gesundheitssystems zu verbinden. Der Berufsstand birgt somit ein Potential, welches wesentlich besser genutzt werden könnte, als dies bisher der Fall ist. Hebammen sind als Berufsgruppe spezialisiert auf die Erhaltung und Förderung physiologischer Prozesse und sollten als Gruppe innerhalb des Gesundheitssystems gestärkt werden,

um ihr gesundheitsförderndes und präventives Potential optimal zu nutzen (Sayn-Wittgenstein, 2007). Nach Dunkley-Bent (2005) ist eine frühe antenatale Betreuung der Grundpfeiler eines verbesserten maternalen und perinatalen Outcomes. Die präkonzeptionelle Phase ist nebst dem ersten Schwangerschaftstrimenon jene Zeitspanne, in welcher am stärksten Einfluss auf das Geburtsgewicht eines Kindes genommen werden kann. Die Tatsache, dass jene Frauen, welche am meisten von einer präkonzeptionellen Betreuung profitieren würden, den schlechtesten Zugang dazu haben, zeigt den grossen Handlungsbedarf auf (Dunkley-Bent, 2005). In der Schweiz ist der erste Kontakt der Hebammen mit den Frauen meist erst dann, wenn diese für die Geburt ins Spital eintreten (Brand, 2007), was das ungenutzte Potential ebenfalls verdeutlicht. Die bisherige Forschung über Migrantinnen im Bereich reproduktive Gesundheit fokussiert hauptsächlich auf die Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Um den Zugang zum Gesundheitssystem für Migrantinnen zu erleichtern und potentielle erweiterte Handlungsfelder der Hebammen zu eruieren ist es sinnvoll, die Bedürfnisse der Migrantinnen in der präkonzeptionellen Phase zu erfassen.

## **1.2 Zielsetzung und Fragestellung**

Ziel der Arbeit ist, anhand von evidenzbasierter Literatur die Bedürfnisse von Migrantinnen im reproduktiven Alter in der präkonzeptionellen Phase zu erfassen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen können neue Ansätze und Empfehlungen für Hebammen diskutiert werden und es kann gezielter auf die Bedürfnisse der Frauen eingegangen werden. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Was sind die Bedürfnisse von Migrantinnen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit (sexual and reproductive health [SRH]) in der präkonzeptionellen Phase?
- Gibt es Handlungsbedarf im Tätigkeitsfeld der Hebammen?
- Was könnten neue Ansätze in der Hebammentätigkeit sein?

## **1.3 Eingrenzung**

Um die Situation in der Schweiz sowie das Veränderungspotential zu erfassen, beschränkt sich die Arbeit auf Erhebungen in Industrieländern, wobei den Unterschieden der einzelnen Gesundheitssysteme nicht Rechnung getragen werden kann. Die interkulturellen Unterschiede zwischen Migrantinnen in der Schweiz sind gross. Der Rahmen der Arbeit erlaubt keine vertiefte Auseinandersetzung mit den kulturellen Unterschieden einzelner Nationen. Die Arbeit fokussiert primär auf die

präkonzeptionellen Bedürfnisse, wobei einzelne Aspekte möglicherweise übergeordnet sind und dadurch auch die Phasen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreffen. Der Begriff „Migrantinnen und Migranten“ bezieht sich auf die Definition des BAG (2008, siehe Kapitel 2.1). Die Bezeichnung „Hebamme“ schliesst sowohl weibliche als auch männliche Fachpersonen ein.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

### **2.1 Demographie und Migrationssituation in der Schweiz**

Im Laufe des 20. Jahrhunderts stieg der Anteil der dauernd in der Schweiz wohnhaften Personen mit Migrationshintergrund auf über 25% an (BAG, 2008). Personen mit Migrationshintergrund beschreibt das BAG (2008) als Personen, welche bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besaßen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden. Dies umfasst alle in der Schweiz wohnhaften Ausländerinnen und Ausländer der ersten und zweiten Generation sowie die eingebürgerten Personen. Mehrheitlich handelt es sich bei den eingewanderten Personen um junge Menschen im Alter von 20 bis 39 Jahren. Gemäss dem BfS (2014) nimmt zudem der Anteil der in der Schweiz wohnhaften ausländischen Frauen seit 1990 stetig zu. Im Jahr 2013 wurden über 900'000 ausländische Frauen gezählt, was 22.1% der weiblichen Bevölkerung entspricht. Im Vergleich dazu waren es im Jahre 1990 nur 14.4% (BfS, 2014). Neben den offiziell erfassten Migrantinnen und Migranten halten sich schätzungsweise 70'000 bis 180'000 Personen als sogenannte „sans papiers“ in der Schweiz auf (BAG, 2008). Aufgrund der verschiedenen Kriegs- und Krisenherde wird die Flüchtlingssituation in der Schweiz auch in diesem Jahr angespannt bleiben (Staatssekretariat für Migration [SEM], 2016).

### **2.2 Nationale Gesundheitsstrategien**

2013 hat der Bundesrat gesundheitspolitische Prioritäten bis zum Jahr 2020 formuliert. Unter den vier folgenden Handlungsfeldern werden diverse Ziele und Massnahmen definiert: Lebensqualität sichern, Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken, Versorgungsqualität und Transparenz. Die einzelnen Ziele und Massnahmen fokussieren auf die jeweiligen Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungsgruppen. Bei der Umsetzung werden alle wichtigen Akteure wie Kantone, Leistungserbringer, sogenannte „non-government organisations“ (NGO), Wissenschaft oder Wirtschaft miteinbezogen (BAG, 2013a).

Im Handlungsfeld „Lebensqualität sichern“ ist eines der Hauptziele die Gesundheitsförderung, um so auch die volkswirtschaftliche Kosten zu reduzieren. Im internationalen Vergleich investiert die Schweiz im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wenig Geld, obwohl sich zeigt, dass Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung eine stark kostendämpfende Wirkung haben (BAG, 2013a).

Im Handlungsfeld „Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken“ wird zudem das Ziel genannt, auch vulnerablen Gruppen wie Migrantinnen und Migranten gerecht zu werden, insbesondere mit der Stärkung des Zugangs zum Gesundheitssystem. Entsprechende Programme sollen intensiviert und ausgebaut werden. Als weiteres Ziel in diesem Bereich wird eine allgemeine Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen angestrebt, da laut Expertinnen und Experten die kassenpflichtigen Leistungen durchschnittlich um 20% günstiger erbracht werden könnten (BAG, 2013a).

Die Rolle des nichtärztlichen Gesundheitspersonals ist bei der Erreichung der Ziele besonders relevant. Ohne eine Erweiterung der Tätigkeitsfelder der Hebammen sind die Ziele des Bundesrates nicht zu erreichen (Aubry & Cignacco, 2015).

### **2.3 Bedeutung für die Frauen**

Migrierte Frauen erleben eine doppelte Diskriminierung in der Gesellschaft, einerseits als Frau andererseits als Migrantin. Zudem sind sie hoch gefährdet für das Erleben sexualisierter Gewalt (Adanu & Johnson, 2009). Eingewanderte Frauen fühlen sich subjektiv deutlich kränker als Schweizerinnen. Forschungsergebnisse zum Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung bestätigen diese Tatsache (BAG, 2008), wobei jedoch der grossen Heterogenität der Herkunftsländer der Migrantinnen Rechnung getragen werden muss (Merten & Gari, 2013). Ausländerinnen, die Gewalt erfahren haben, leiden als Folge davon vermehrt unter Beschwerden, unter anderem auch gynäkologischer und sexueller Art (BAG, 2008). Migrantinnen wissen weniger gut über körperliche Vorgänge Bescheid, verhüten schlechter und sind teilweise aufgrund ihres religiösen Hintergrundes von Informationen ausgeschlossen (Heissling & Bode, 2013). Auch das National Institute for Health and Care Excellence ([NICE], 2010) weist darauf hin, dass schwangere Migrantinnen oft nicht vollen Gebrauch vom „antenatal care service“ machen, weil sie mit dem Gesundheitssystem nicht vertraut sind oder Schwierigkeiten mit der Kommunikation haben. Die Sterblichkeit im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt, sowie die Rate an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen ist in der Migrationsbevölkerung ebenfalls erhöht, insbesondere bei Frauen, welche erst seit kurzem in der Schweiz sind. Erklärt werden kann dies unter anderem mit einer



geringeren Inanspruchnahme vorgeburtlicher Kontrollen (BAG, 2008). Auch ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche kommen in der Migrationsbevölkerung gehäuft vor, was wahrscheinlich unter anderem durch einen erschwerten Zugang zu Verhütungsmitteln bedingt ist (Merten & Gari, 2013).

## 2.4 Berufsbild und Rolle der Hebamme

Der Internationale Ethikkodex für Hebammen postuliert, dass Hebammen den physischen, psychischen, emotionalen und spirituellen Bedürfnissen von Frauen nachkommen sollten, unabhängig von den Umständen, in welchen sie sich befinden (International confederation of midwives [ICM], 2014a). Die ICM (2014b) fordert in ihrer „Philosophy of Midwifery care“ zudem, dass Hebammen die SRH und die dazugehörigen Rechte aller Frauen schützen und ethnische und kulturelle Diversität respektieren sollten.

Die World Health Organization ([WHO], 2015) benennt in ihrem Dossier „European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals“ die Schlüsselposition der Hebammen im Bereich Public Health bei der Sicherstellung des Zuganges zur Gesundheitsversorgung. Auch Dunkley-Bent (2005) beschreibt das Potential der Hebammen, die Gesundheit der Frauen entscheidend zu beeinflussen. Sie fordert deshalb, die Rolle der Hebammen zu überdenken und ihren Beitrag im Bereich public health zu leisten. Sie bezeichnet frühe und umfassende antenatale Betreuung als Grundpfeiler eines verbesserten maternalen und perinatalen Outcomes. Eine Erweiterung der Hebammenrolle im präkonzeptionellen Bereich könnte somit langfristig gesehen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung reduzieren. Obwohl die Möglichkeit, Einfluss auf das Geburtsgewicht eines Kindes zu nehmen, in der präkonzeptionellen Phase mit am grössten ist, haben jene Frauen, welche am meisten von einer Betreuung profitieren würden, den schlechtesten Zugang dazu. Diese Tatsachen unterstreichen die Wichtigkeit eines frühen Kontaktes mit Migrantinnen. Resultate einer britischen Studie zeigten ebenfalls, dass 2/3 der aylsuchenden schwangeren Frauen durchschnittlich erstmals nach der 22. Schwangerschaftswoche oder später in Kontakt mit vorgeburtlicher Betreuung kamen (Dunkley-Bent, 2005).

Auch das BAG (2013b) definiert im Rahmen seiner Massnahmen 2014-17 im Bereich Bildung und Versorgung als Teilstrategie sechs die „Förderung der reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung“. In der Schweiz finden 97,5% der Geburten im Spital statt (Erdin, 2015). Der erste Kontakt mit den Frauen ist in diesem Fall meist dann, wenn diese für die Geburt ins Spital eintreten (Brand, 2007). Tätigkeitsfelder der frei praktizierenden Hebammen in der Schweiz umfassen die Betreuung der Frauen

während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, wobei 95,5% dieser Betreuungen auf das Wochenbett entfallen. Dem gegenüber ist die Menge der Betreuungen in der Schwangerschaft sehr gering. Und auch hier findet bei mehr als der Hälfte der Fälle der Erstkontakt erst im dritten Trimester statt (Erdin, 2015).

Gemäss Origlia Ikhilor (2006) sind in der Deutschschweiz bis zu 40 % aller geburtshilflichen Klientinnen der Hebammen Migrantinnen. Je nach Arbeitsort können sie und ihre Familien gar die grösste Klientinnengruppe im Tätigkeitsfeld der Hebammen darstellen. In der Praxis muss auf die besonderen Bedürfnisse der Migrantinnen eingegangen werden, wobei dem bisher wenig Rechnung getragen wird. Origlia Ikhilor (2006) beschreibt dabei die Bedeutung des Konzeptes der transkulturellen Kompetenz in der Praxis. „Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domening, 2007, S. 172). So sind transkulturell kompetente Fachpersonen fähig, ihre eigenen lebensweltlichen Prägungen und Vorurteile zu reflektieren, die Perspektive anderer einzunehmen, zu erfassen und zu deuten. Sie sind stets bemüht, Stereotypisierungen und Kulturalisierungen von bestimmten Gruppen zu vermeiden (Domening, 2007). Origlia Ikhilor (2006) beschreibt drei Pfeiler der transkulturellen Kompetenz: Selbstreflexion, Empathie im Umgang mit Migrantinnen sowie migrationsspezifisches Hintergrundwissen und Erfahrungen. So beinhaltet die Selbstreflexion nach Domening (2007) die Auseinandersetzung mit der eigenen Kultur. Hierbei soll Selbstverständliches und Unbewusstes hinterfragt werden, um sich der Perspektive der Migrantinnen zu nähern. Bei der Empathie soll dem Andersartigen oder Fremden Neugier und Aufgeschlossenheit entgegengebracht werden. Das Hintergrundwissen bedeutet nicht, dass kulturspezifisches Wissen vorhanden sein muss. Es stützt sich auf Konzepte genereller Art ab, welche bei Migrantinnen wie auch bei Nicht-Migrantinnen zur Anwendung kommen (Domening, 2007). Origlia Ikhilor (2006) beschreibt das Ziel, die Lebenswelten einer Klientin zu erfassen und dabei deren Individualität und Heterogenität gerecht zu werden. Lebenswelten beinhalten soziale Bereiche wie Familie, Arbeit, Politik, Schule, Religion und Freizeit sowie individuelle Einflussfaktoren wie Geschlecht, Persönlichkeit, Schicht, Bildung, Lebensgeschichte oder Sozialisierung (Origlia Ikhilor, 2006).

## **2.5 Soziale Determinanten der Gesundheit**

Gemäss Richter, Ackermann und Moor (2011) zeigt sich in der Gesundheit ein sozialer Gradient: „Je niedriger der soziale Status einer Person, desto höher die Sterblichkeit und desto schlechter die Gesundheit“ (Richter et al. 2011). So wird die Gesundheit von

sozialen Determinanten massgebend beeinflusst. Zu den sozialen Determinanten der Gesundheit zählen gemäss Richter et al. (2011) der sozioökonomische Status wie Bildung, Einkommen und die berufliche Stellung sowie psychosoziale Faktoren wie soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit, psychische Belastungen und kritische Lebensereignisse. Des Weiteren gehören materielle und strukturelle Faktoren wie materielle Deprivation, Wohnbedingungen, finanzielle Probleme und das Verhalten einer Person dazu, einschliesslich Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung sowie körperliche Aktivität.

Im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008-2013 wurde im Jahr 2010 das zweite Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung „Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz Teil II (GMM II)“ durchgeführt (BAG, 2010). Der Fokus wurde dabei auf die zahlenmässig grössten Migrantinnen- und Migrantengruppen gelegt, deren Muttersprache nicht deutsch, französisch oder italienisch ist. Die Auswahl der Nationalitäten beschränkte sich auf Personen aus der Türkei, Portugal, Serbien, Kosovo, Somalia und Sri Lanka.

Dabei zeigte sich, dass Migrantinnen und Migranten, die seit längerer Zeit in der Schweiz leben, ihren eigenen Gesundheitszustand als schlechter beschreiben, als die einheimische Bevölkerung. Bei den meisten gesundheitlichen Belastungen ist die Migrationsbevölkerung stärker betroffen als die einheimische Bevölkerung. Innerhalb der Migrationsbevölkerung sind grosse Unterschiede zwischen den Geschlechtern auszumachen, wobei Frauen oft stärker belastet sind als Männer. Migrantinnen sind häufiger in ärztlicher Behandlung als Migranten, sowohl wegen körperlicher als auch psychischer Krankheiten (BAG, 2010).

Gemäss BAG (2014) beeinflussen verschiedene Faktoren die Gesundheit. Ein Faktor ist dabei das Ausbildungsniveau. Dabei gilt, je höher das Ausbildungsniveau, desto besser der Gesundheitszustand. Gemäss BAG (2013b) ist die schweizerische Migrationsbevölkerung sehr heterogen. „Ein kleiner Teil befindet sich in den oberen Einkommens- und Bildungsklassen, der grössere Teil aber hat ein im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung niedrigeres Bildungs- und Einkommensniveau und ist auch öfter von Armut, Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Problemen betroffen“ (BAG 2013b, S.3). Neben der Zunahme an gebildeten und gut verdienenden Migrantinnen und Migranten seit den 90er Jahren findet sich nach wie vor eine starke Zuwanderung in Branchen mit geringem Qualifikationsniveau wie zum Beispiel Gastgewerbe, Bau oder Landwirtschaft. Neben dem Ausbildungsniveau beeinflusst auch die soziale Unterstützung durch die Familie oder Nachbarschaft den Gesundheitszustand. Je mehr soziale Unterstützung vorhanden ist, umso besser der

Gesundheitszustand. Bei der Migrationsbevölkerung hat die soziale Unterstützung einen grösseren Einfluss auf den Gesundheitszustand als bei der einheimischen Bevölkerung (BAG, 2013b).

Betrachtet man das Gesundheitsverhalten von Migrantinnen und Migranten, fällt auf, dass das Wissen über gesundheitsförderndes Verhalten oft unzureichend ist. Grosse Unterschiede bestehen auch im Ernährungs- und Bewegungsverhalten (BAG, 2013b), sowie bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen wie beispielsweise der Mammographie (BAG, 2010).

Auch Kommunikationsprobleme scheinen ein Problem bei der Migrationsbevölkerung zu sein. „Schätzungsweise 200'000 Personen, die in der Schweiz leben, verstehen keine der Landessprachen“ (BAG 2013b, S.4). Die direkte Kommunikation bereitet dabei einem beachtlichen Teil der Migrationsbevölkerung Schwierigkeiten (BAG, 2013b). Je nach kulturellem Hintergrund geben 14-44% der befragten Migrantinnen und Migranten an, die Ärztin oder den Arzt „nie“, „selten“ oder „manchmal“ zu verstehen (BAG, 2012).

Durch die Verlängerung des Nationalen Programms Migration und Gesundheit sollen bereits lancierte Projekte nachhaltig gesichert werden. Die Gesundheitschancen der vulnerabelsten Bevölkerungsgruppen sollen verbessert, die Risiken minimiert und die Solidarität zwischen den Bevölkerungsgruppen gesichert werden. „Alle Bevölkerungsgruppen sollen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben haben. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei den Kindern und Jugendlichen, Personen mit tiefem Einkommen oder Bildungsstand, älteren Menschen sowie Migrantinnen und Migranten“ (BAG 2013b, S.11). Die Integration von Migrantinnen und Migranten soll angestrebt werden, da Gesundheit und die Fähigkeit, sich zu integrieren, miteinander verbunden sind (BAG 2013b).

## **2.6 Reproduktive und sexuelle Gesundheit und Rechte**

Der Begriff der reproduktiven Gesundheit wird in der Literatur fast ausschliesslich mit dem Begriff „sexuelle Gesundheit“ umschrieben. Verwendet wird oft auch der zusammengesetzte Begriff „sexuelle und reproduktive Gesundheit“. Die folgende Definition der WHO (2011) lässt sich somit sowohl auf die sexuelle wie reproduktive Gesundheit anwenden:

„Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu

machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden“ (WHO, 2011, para.1).

Die Stiftung Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGS) setzt sich für SRH und die damit verbundenen Rechte ein (SGS, 2014). Sie fungiert als Dachverband der Beratungsstellen für SRH und den Fachstellen für Sexualpädagogik. Die Stiftung ist akkreditiertes Mitglied der „International Planned Parenthood Federation“ (IPPF) und repräsentiert die Schweiz in dieser Organisation.

Die IPPF (2009) ist der Überzeugung, dass sexuelle Rechte Teil der Menschenrechte sind. Grundlegende, etablierte Menschenrechtsgrundsätze werden auf den Bereich der menschlichen Sexualität angewendet. Die IPPF-Erklärung hat sich zum Ziel gesetzt, die sexuellen Rechte zu identifizieren und eine umfassende Vision von Sexualität zu unterstützen. Dabei werden sexuelle Rechte aus dem Recht aller Menschen auf Freiheit, Würde, Integrität, Selbstbestimmung, Privatsphäre und Gleichstellung abgeleitet (IPPF, 2009). Sexuelle Gesundheit kann ohne die Einhaltung sexueller Rechte weder erreicht noch aufrechterhalten werden.. Gesundheit ist ein fundamentales und unverzichtbares Menschenrecht und bildet die Grundlage für die Ausübung aller anderen Menschenrechte (IPPF, 2009). Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte beeinflussen die gesamte ökonomische, umweltbedingte sowie soziale Entwicklung (IPPF, 2014). Der Zugang zu SRH sowie das Einhalten entsprechender Rechte ermöglicht die Partizipation im sozialen Leben, Zugang zu Bildung und zum öffentlichen Arbeitsmarkt (IPPF, 2014).

### **3 Methoden**

#### **3.1 Vorgehen**

Um umfassende Antworten auf die Frage nach den Bedürfnissen von Migrantinnen in der präkonzeptionellen Phase im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit zu erhalten, scheint es sinnvoll, Resultate von bereits existierenden Studien mittels einer Literaturübersicht darzustellen. Zudem wurde diese Form gewählt, da die Rekrutierung der Zielgruppe aufgrund ethischer Grundsätze und sprachlicher Barrieren im Rahmen der Bachelorarbeit nicht möglich war. Da die Anzahl der Studien, welche die Bedürfnisse von Migrantinnen untersuchen, relativ klein ist und um der Thematik gerecht zu werden, wurden keine Einschränkungen bezüglich Methodik gemacht. So wurden quantitative und qualitative sowie mixed-methods Studien in den

Literaturreview eingeschlossen. Aufgrund der verschiedenen Studiendesigns der eingeschlossenen Studien erfolgte das Zusammenfügen der Daten in Form eines integrativen Literaturreviews. Nach Whitemore und Knafl (2005) ist dies der einzige Ansatz, der die Kombination von verschiedenen Methoden in einem Literaturreview erlaubt. Um neue Konzepte und Perspektiven zu einem Thema zu entwickeln, wird dabei repräsentative Literatur zu einem Thema zusammengefasst, kritisiert und dargestellt. Ein gelungener integrativer Literaturreview präsentiert den aktuellen Stand der Forschung, leistet einen Beitrag zur Entwicklung neuer Theorien und hat eine direkte Anwendbarkeit in der Praxis (Whitemore & Knafl, 2005). Zudem hat ein integrativer Literaturreview die Kapazität, neue Ideen zu einem Thema zu generieren sowie neue Forschungsfragen aufzuwerfen (Torraco, 2005).

### **3.2 Suchstrategie**

Vom 21. Januar 2016 bis 9. März 2016 wurde in den elektronischen, medizinischen Datenbanken Pubmed, Midirs, CINAHL und Cochrane nach Literatur gesucht. Es wurde sowohl mit MESH-Terms (Medical Subject Headings) als auch mit Schlagwörtern gesucht. Geburtshilfliche Zeitschriften verschiedener Länder, welche nicht in den elektronischen Datenbanken verfügbar waren, wurden anhand der Inhaltsverzeichnisse durchforstet. Zusätzlich wurden unter anderem die Internetseiten der WHO, des BAG und des BfS nach geeigneten Berichten, Informationen und Guidelines durchsucht. Weiter erfolgte eine ausführliche Handsuche sowie eine Stichwortsuche auf Google scholar. Relevante Fachbücher der Hochschulbibliothek wurden in die Suche miteinbezogen. Bereits verfasste Bachelorthesen zu verwandten Themen und deren Literaturverzeichnisse wurden gesichtet. Bei der Suche in den elektronischen Datenbanken wurde der Publikationszeitraum auf die Jahre 2000-2016 beschränkt. Für die Suche wurden folgende Begriffe definiert.

Tabelle 1: Suchbegriffe

Deutsch	Englische Begriffe und Synonyme
Frauen	Adolescent Adolescent girls Adolescent females Adolescent women Teenagers Teenage girls Young adults Young Women
Migrationshintergrund	Emigrants and Immigrants Refugees Immigrant Migrants
Bedürfnisse	Needs Needs Assessment Health Services Needs and Demand
Frauengesundheit	Women's Health
Verhütung	Contraception Preconception care
Andere	Sexual health Reproductive Health

Die Suchbegriffe wurden aufgrund der Fragestellung und des erweiterten Themengebietes gewählt und ins Englische übersetzt. Die Suchbegriffe wurden in verschiedenen Kombinationen mithilfe der Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ verwendet. Die jeweiligen Suchkombinationen wurden laufend dokumentiert sowie deren Trefferzahl vermerkt. Dokumentiert wurden auch Suchkombinationen mit vielen oder fehlenden Treffern (siehe Suchstrategie im Anhang 10.1.). Bei thematisch passenden Titeln wurden in der Folge die Abstracts gelesen und nach deren Relevanz für die Fragestellung beurteilt. Wurden die Abstracts als passend für die Fragestellung erachtet, erfolgte anschliessend das Lesen der Studien im Volltext.

### 3.3 Auswahlkriterien

#### 3.3.1 Studiendesign

Um der Thematik gerecht zu werden, wurden sowohl Reviews als auch qualitative, quantitative und mixed methods Studien zur Analyse beigezogen.

#### 3.3.2 Einschlusskriterien

Es wurden nur Studien einbezogen, welche in Industrieländern (gemäss United Nations Development Programme [UNDP], 2015) durchgeführt wurden. Dies, um einen Vergleich mit der Schweiz zu ermöglichen. Die Studien sollten die Bedürfnisse von Migrantinnen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit untersuchen. Als Migrantinnen zählen Ausländerinnen der ersten und zweiten Generation sowie eingebürgerte Frauen.

### **3.3.3 Ausschlusskriterien**

Ausgeschlossen wurden Studien, die sich aufgrund des Landes oder der Population nicht auf das Setting Schweiz übertragen lassen, sowie Studien, welche ethischen Grundsätzen nicht genügen. Studien, die nicht in deutscher, englischer, französischer oder spanischer Sprache verfasst waren, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

## **3.4 Evaluation und Analyse**

### **3.4.1 Vorgehen**

Studien, welche aufgrund der Titel und Abstracts als geeignet zur Beantwortung der Fragestellung erschienen, wurden von beiden Autorinnen im Volltext gelesen. Erfüllten sie die Einschlusskriterien und wurden als inhaltlich passend erachtet, wurden sie in Einzelarbeit kritisch gewürdigt und nach folgendem Vorgehen bearbeitet.

### **3.4.2 Evaluationsphase**

Laut Whitemore und Knafl (2005) wird in einem ersten Schritt, der sogenannten „evaluation stage“, die Qualität der Studien untersucht. Bei einem integrativen Review wird die Evaluation komplexer, da verschiedene Forschungsdesigns berücksichtigt werden. Werden die Qualitätskriterien literatur- bzw. studiendesignspezifisch gewählt, so erhöht sich die Komplexität der Analyse deutlich (Whitemore & Knafl, 2005). Da die Evaluation jedoch spezifisch und differenziert sein sollte, wurden für die Evaluation in diesem Fall dem Studientyp entsprechende Qualitätsraster verwendet. Die Raster enthielten je einen beschreibenden Teil sowie einen kritisch würdigenden Teil. Die Qualitätskriterien der quantitativen Studie stützen sich auf Kunz, Ollenschläger, Raspe, Jonitz und Donner-Banzhoff (2007) sowie auf Polit, Beck und Hungler (2004). Die Qualitätskriterien der qualitativen Studien orientieren sich an Steinke (2015). Bei den Reviews stützen sich die Kriterien der kritischen Würdigung auf Behrens und Langer (2015) sowie für die Bestimmung der Evidenzstärke auf die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften ([AWMF], 2001). Die einzelnen Punkte der Raster zur Qualitätsprüfung sind im Anhang 10.2. ersichtlich. Die kritische Würdigung erfolgte in einem ersten Schritt in Einzelarbeit und wurde durch jeweiliges Gegenlesen durch die zweite Autorin einem Vergleich unterzogen. Der Entscheid zum Einschluss der Studien in den integrativen Review erfolgte in Zusammenarbeit und unter Berücksichtigung sowohl inhaltlicher als auch qualitätsbezogener Aspekte. Die eingeschlossenen Studien wurden nach kritischem Abwägen der vorhandenen Limitationen ausgewählt. Studien mit groben



Qualitätsmängeln oder zu grosser inhaltlicher Abweichung von der Fragestellung wurden ausgeschlossen.

### 3.4.3 Analysephase

Das Ziel der Analysephase ist eine gründliche und unverfälschte Interpretation der primären Daten hin zu einer innovativen Synthese (Whittemore & Knafl, 2005). Der Mangel an standardisierten Verfahren zur Auswertung qualitativer Datenanalysen erschwert dies (Polit, Beck & Hungler, 2004). Die Daten werden dabei Punkt für Punkt verglichen, so dass Kategorien oder Gruppen aus ähnlichen Daten gebildet werden können. Ein erster Schritt dabei ist die Datenreduktion. Sie hat zum Ziel, ein übergreifendes, logisches „Klassifizierungs-System“ zu schaffen, welches die Verarbeitung von Daten aus unterschiedlichen Designs erlaubt und deren Analyse erleichtert. Ein exemplarischer Auszug dieser Phase ist im Anhang 10.4. ersichtlich.

Im Anschluss daran werden pro Subgruppe die relevanten Daten aller Einzelstudien extrahiert und in einem Raster dargestellt, was der sogenannten „data display“ entspricht. Diese prägnante Übersicht der Literatur ermöglicht einen systematischen Vergleich hinsichtlich spezifischer Aspekte (Whittemore & Knafl, 2005). In diesem sogenannten Datenvergleich („data comparison“) können mithilfe von Visualisierung Zusammenhänge oder Muster erkannt werden. Kernelemente bei diesem Herausarbeiten wichtiger Themen und Muster sind die kritische Analyse der Daten, deren Darstellung sowie Kreativität der Forschenden.

Anschliessend erfolgt pro Subgruppe eine Schlussfolgerung, wobei Widersprüche diskutiert werden sollten. Dieser Schritt stellt eine weitere Abstraktion der Daten in übergreifende Konzepte dar. Um die Genauigkeit und Nachvollziehbarkeit dieser Konzepte zu gewährleisten, erfolgt ein abschliessender Vergleich, bzw. eine Verifikation mit den „primary source data“.

## 3.5 Ethik

Bei der kritischen Würdigung der Studien wurde darauf geachtet, inwiefern ethische Prinzipien beachtet wurden, sofern dies ersichtlich war. Gemäss der Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ([SAMW], 2009) ist der wissenschaftliche Fortschritt nur dann ethisch vertretbar, wenn die Respektierung der Menschenwürde aller Personen gewährleistet ist.

Es gibt drei ethische Prinzipien, welche im Vordergrund stehen: Respekt für Personen (autonomy), Wohltun (beneficence) und Gerechtigkeit (justice). Das Prinzip *Respekt für Personen* besteht aus zwei Elementen. Einerseits sind Menschen nur nach

vollständiger Aufklärung und nach ihrer freiwilligen Zustimmung in die Forschung einzubeziehen. Andererseits müssen Individuen, deren Autonomie durch äussere Umstände oder durch ihre innere Verfassung eingeschränkt ist, besonders geschützt werden. So dürfen Menschen, welche in Versuche einbezogen werden, nicht dadurch geschädigt werden. Beim Prinzip *Wohltun* geht es darum, für das Wohl der Betroffenen zu sorgen. Dabei geht es einerseits um die Pflicht der Schadensvermeidung und darum, möglichen Nutzen zu maximieren. Dabei kann es jedoch vorkommen, dass Menschen einem bestimmten Risiko ausgesetzt werden, da man nicht immer weiss, was schädlich ist. Aus diesem Grund sollte versucht werden, immer mit den neusten Evidenzen zu arbeiten. Beim dritten Prinzip *Gerechtigkeit* geht es um die Verantwortung für eine faire Verteilung von Chancen, Nutzen, Lasten und Risiken. Dabei wird die Frage aufgeworfen, wer die Vorteile und wer die Lasten in einer Studie tragen muss.

Neben den drei Grundprinzipien werden von der SAMW (2009) sieben Anforderungen genannt, welche die klinische Forschung vertretbar machen. „Es sind dies der gesellschaftliche Wert einer Studie, die adäquate wissenschaftliche Methodik, die faire Auswahl der Teilnehmenden, ein vertretbares Risiken- Nutzen-Verhältnis, eine unabhängige Begutachtung, die informierte Zustimmung durch die Teilnehmenden und der Respekt gegenüber allen Involvierten“ (SAMW, 2009, S. 25).

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Literaturrecherche

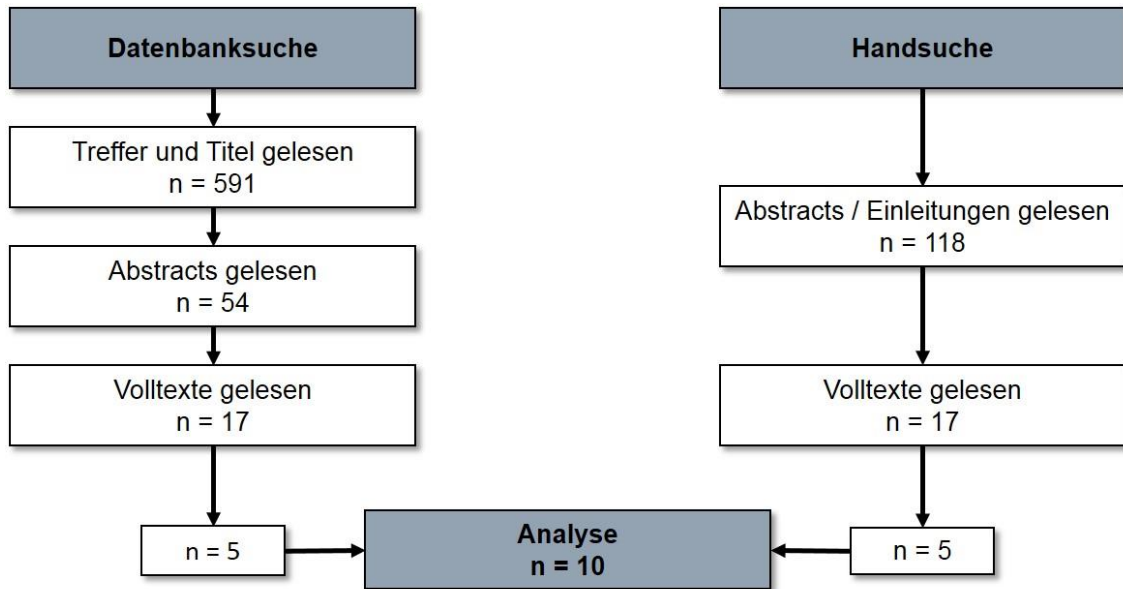


Abbildung 1: Darstellung des Auswahlverfahrens

Die Suche nach geeigneter Literatur in den Datenbanken ergab insgesamt 591 Treffer. Nach Abzug der Duplikate wurden aufgrund des Titels 54 Abstracts in Einzelarbeit gelesen. Bei Bedarf erfolgte eine Rücksprache mit der Co-Autorin. 17 Studien der Datenbank-Suche wurden danach durch beide Autorinnen im Volltext gelesen. Per Handsuche wurden 118 Studien, Artikel oder Berichte gefunden. Nach dem Lesen der Abstracts oder Einleitungen wurden 17 davon im Volltext gelesen. Von den 17 Studien der Datenbank-Suche sowie von den 17 Studien der Handsuche wurden aufgrund des Inhalts je fünf für die Analyse ausgewählt.

Die 10 ausgewählten Studien wurden auf die beiden Autorinnen aufgeteilt und auf ihre Qualität und Ergebnisse geprüft. Beim Austauschen und Abgleichen der Würdigungen fiel auf, dass zwei Studien identisch waren. Dies wurde beim Lesen der Volltexte nicht bemerkt, da sich die Studien sowohl im Titel als auch in der Darstellung und im Publikationsjahr unterschieden. Somit verringerte sich die Zahl auf neun Studien. Beim Lesen einer anderen Studie fiel auf, dass deren Kapitel „Ergebnisse“ und „Diskussion“ nicht klar zu trennen waren. Das saubere Extrahieren der Ergebnisse war dadurch nicht möglich, da nicht immer klar ersichtlich war, von wem die Aussagen stammen. In der Hoffnung, eine ausführlichere Version der Studie zu erhalten, wurden die Autorinnen und Autoren der beschriebenen Studie angeschrieben. Eine ausführlichere Version lag leider nicht vor, die Autorinnen und Autoren verwiesen jedoch auf einen

neu erschienenen Review, welcher als geeignet für die Fragestellung erschien. Beim Sichten der eingeschlossenen Studien dieses Reviews fiel auf, dass zwei der bereits gewürdigten Studien im neuen Review eingeschlossen waren. Somit reduzierte sich die Zahl der für die Analyse berücksichtigten Studien auf insgesamt acht. Nach Abschluss der Beurteilung der Qualität und der Ergebnisse der acht Studien musste eine weitere Studie aufgrund mangelhafter Qualität ausgeschlossen werden. Sämtliche ausgeschlossenen Studien sind im Anhang 10.3 ersichtlich.

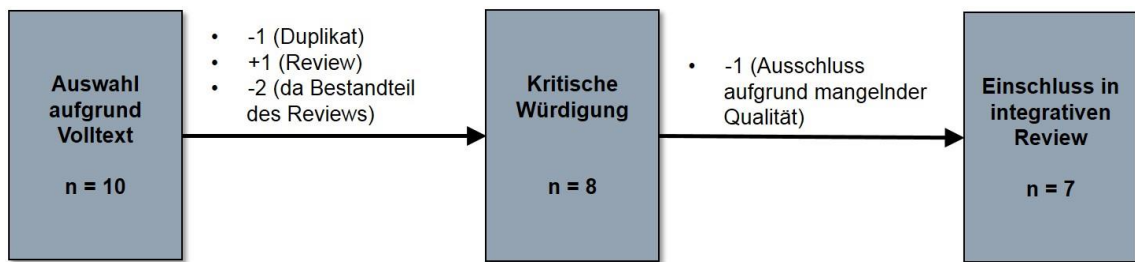


Abbildung 2: Auswahl nach Analysephase

Definitiv in den Literaturreview eingeschlossen wurden folgende sieben Studien: Gurnah et al., 2011; Helfferich et al., 2003; Higginbottom et al., 2013; Kurth et al., 2010; Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003.

## 4.2 Übersicht der eingeschlossenen Studien

Tabelle 2: Eingeschlossene Studien

Reviews	Publikationsland
Higginbottom, G.M.A., Hadzabdic, E., Yohani, S., & Paton, P. 2014.	Kanada
Mengesha, Z.B., Dune, T., & Perz, J. 2016.	Kanada
Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., McCourt, C., & Gagnon, A. 2014.	Australien
<b>Mixed Methods (Qualitativ und quantitatives Design)</b>	
Helfferich, C., Klindworth, H., & Kruse, J. 2011	Deutschland
Kurth, E., Jaeger, F.N., Zemp, E., Thudin, S., & Bischoff, A. 2010.	Schweiz
<b>Qualitative Studien</b>	
Gurnah, K., Khoshnood, K., Bradley, E., & Yuan, C. 2011	USA
Zahorka, M. & Blöchliger, C. 2003	Schweiz

Die sieben eingeschlossenen Studien weisen verschiedene Designs auf. Dabei handelt es sich um drei Reviews (Small et al., 2014; Mengesha et al., 2016; Higginbottom et

al., 2013) zwei mixed-methods Studien (Helfferich et al., 2003; Kurth et al., 2010) und zwei qualitative Studien (Zahorka & Blöchliger, 2003; Gurnah et al., 2011). Alle Studien haben gemeinsam, dass sie entweder Frauen mit Migrations- oder Flüchtlingshintergrund oder entsprechende Fachpersonen als Untersuchungsgruppe haben. Dabei wurden insbesondere Erfahrungen im Bereich SRH oder „maternity care“, Bedürfnisse und Barrieren beim Zugang zu SRH oder andere Aspekte von SRH erfragt. Bei dem Review von Mengesha et al. (2016), sowie bei der qualitativen Studie von Gurnah et al. (2011) wurden Erfahrungen, Barrieren sowie erleichternde Faktoren beim Zugang zu SRH erfragt. In den Reviews von Small et al. (2014) und Higginbottom et al. (2014) wurden die Erfahrungen im Bereich „maternity care“ von Frauen mit Migrationshintergrund dargestellt. Die qualitative Studie von Zahorka und Blöchliger (2003) sowie die mixed-methods Studie von Helfferich et al. (2003) untersuchten die Bedürfnisse von Migrantinnen bezüglich medizinischer Dienstleistungen, um daraus migrationssensible Angebote entwickeln zu können. Kurth et al. (2010) identifizieren in ihrer mixed-methods Studie die „health needs“ von asylsuchenden Frauen und zeigen deren Betreuung auf. Zudem erfassten sie die Erfahrungen involvierter Gesundheitsfachpersonen. Die detaillierten Ergebnisse der einzelnen Studien finden sich in Tabelle 3.

Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien

Autorenschaft, Jahr	Titel & Fragestellung / Ziele	Design & Methode	Sample	Relevante Ergebnisse
Gurnah et al., 2011	<p>Lost in Translation: Reproductive Health Care Experiences of Somali Bantu Women in Hartford, Connecticut</p> <p><u>Ziel:</u> Erfassen der Erfahrungen somalischer Bantufrauen in Connecticut bezüglich reproduktiver Gesundheit. Identifikation potentieller Barrieren zu Betreuung für marginalisierte Populationen.</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>„Key informant interviews“, Fokusgruppen-Diskussion &amp; halbstrukturierte Untersuchung von demographischen Daten.</p>	<p>14 somalische Bantufrauen &amp; 10 Leiterinnen und Leiter von zivilen und religiösen Organisationen sowie fünf Dienstleistende des Gesundheitswesens</p>	<p><b>Erfahrungen im Bereich reproduktive Gesundheit.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprachbarrieren und Fehlkommunikation mit den Übersetzenden</li> <li>• Kulturell bedingter Respekt vor Autoritätspersonen, daraus resultierend Akzeptanz von aufgrund von Mißverständnissen entstandenen unkorrekten Verordnungen/Diagnosen</li> <li>• Kulturelle und religiöse Verbote beim Anwenden von Verhütungsmethoden, gleichzeitig Angst vor Entzug staatlicher Unterstützung bei zu vielen Kindern bei Nichtanwendung von Verhütungsmitteln</li> <li>• Männliche „service provider“ als Hindernis, sich in Betreuung zu begeben</li> <li>• Gewünschter aber limitierter Spielraum in Entscheidungsfindungen. Bei ungenügender Unterstützung durch Übersetzungsdienste wird Unterstützung bei „Community Workers“ oder im eigenen Kulturkreis gesucht</li> </ul> <p><b>Erlebte Barrieren im Zugang zu Betreuung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication/language barriers (93%)</li> <li>• Male service providers (50%)</li> <li>• Never encountered male provider but wary of encountering one (50%)</li> <li>• Limited financial resources (36%)</li> <li>• Religious restrictions to care offered (7%)</li> <li>• Unsympathetic service providers (7%)</li> <li>• Legal restrictions to accessing services (7%)</li> </ul>
Helfferich et al., 2011	<p>Frauenleben: Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Teil II, „Familienplanung im Lebenslauf“.</p> <p><u>Fragestellung:</u> Benötigen Frauen mit Migrationshintergrund spezifische Informationen oder Unterstützung bei Fragen der Familienplanung</p>	<p>Mixed Methods (qualitatives und quantitatives Design)</p> <p>Standardisierte Telefonbefragung, qualitative Face-to-Face-Einzelinterviews, Gruppendiskussionen sowie Experten- und Expertinneninterviews</p>	<p>Frauen mit türkischem bzw. osteuropäischem Migrationshintergrund im Alter von 20 bis 44 Jahren.</p>	<p><b>Verhütung:</b> Türkische Frauen: Geringer vorehelicher Bedarf, Beginn nach der Familiengründung (Ziel: Begrenzung Kinderzahl). Osteuropäische Frauen: Später Beginn durch erschwerte Zugänglichkeit im Herkunftsland. In der zweiten Generation in beiden Migrationsgruppen früherer Beginn mit Verhütung.</p> <p>Subjektive Bedeutung und Relevanz von Verhütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative Auswirkungen auf Körper (Pille)</li> <li>• Falsches Wissen / Mythen über Verhütungsmittel (türkische Frauen)</li> <li>• Reproduktive Autonomie (osteuropäische Frauen)</li> <li>• Sicherheit</li> <li>• Arztbesuch von Schamgefühlen begleitet (osteuropäische Frauen)</li> </ul> <p>Barrieren zu Verhütung (mit daraus resultierendem Risiko für ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche):</p>

	<p>Ziel: Differenzierte Zielgruppenanalyse als Basis zur Schaffung migrationssensibler Angebote in Deutschland.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht geregelter Zugang</li> <li>• Kosten</li> <li>• Fehlender Zugang direkt nach Zuwanderung oder für ledige / getrennte Frauen (türkische Frauen)</li> <li>• Vorbehalte gegenüber Verhütungsmitteln und deren Auswirkungen auf den Körper</li> </ul> <p><b>Schwangerschaftsabbruch:</b> Häufigkeit in beiden Gruppen höher als bei westdeutschen Frauen. Abbruchgründe sind bei türkischen Frauen gesundheitliche Aspekte, meist am Ende der Familienbildung. Bei osteuropäischen Frauen sind es eher berufs- und ausbildungsbezogene Gründe, meist vor der Familiengründung. Laut Expertinnen- und Expertenmeinung ist überwiegend unterlassene Verhütung der Grund für den Abbruch (Gründe für unterlassene Verhütung siehe oben).</p> <p><b>Informations- und Beratungsbedarf im Bereich Familie und Familienplanung:</b> Grosser Bedarf bei türkischen Frauen und bei Frauen mit niedriger Bildung.</p> <p>Gewünschte Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Fragen zu gynäkologischen Themen und Erkrankungen</li> <li>• Beziehung zum (Ehe)Partner, insb. Rechte und Pflichten von Mann und Frau sowie was tun bei Gewalt in Familie</li> <li>• Informationen zum Elterngeld</li> <li>• Befriedigende Sexualität in der Partnerschaft</li> </ul> <p>Präferierte und genutzte Informationsquellen (variiert je nach Herkunft und Bildung stark):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztinnen und Ärzte</li> <li>• Freundinnen</li> <li>• Familienplanungsstellen</li> <li>• Printmedien / Internet.</li> </ul> <p>Gewünschte Rahmenbedingungen für Beratungsstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angeboten für Schwangerschaftskonflikte, schwangere Frauen und Mütter</li> <li>• Erziehungsberatung</li> <li>• Spezifische Unterstützungsangebote für Migrantinnen</li> <li>• Beratung in Herkunftssprache und Vertrautheit der Beratungsperson mit der Herkunftskultur der Frauen</li> <li>• Beratung durch Frauen</li> <li>• Einbezug ethnischer Gemeinschaften (Expertinnen- und</li> </ul>
--	---	--	--	--

				<p>Expertenmeinung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildung von Multiplikatorinnen (Expertinnen- und Expertenmeinung)</li> </ul> <p><b>Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche in der biographischen Dynamik:</b> Türkische Frauen: Früh gelagerte Familienphase, Bindung von Sexualität an die Ehe, Kontrolle von Fruchtbarkeit erst nach den Kindern. Großteil der Abbrüche zur Begrenzung der Kinderzahl. Osteuropäische Frauen: Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche betreffen ungewollte erste Schwangerschaften, später die Vergrößerung des Geburtenabstandes, oft aus ausbildungs- und berufsbezogenen Gründen. Bei der zweiten Generation und höherer Bildung zeigen sich ein höheres Alter bei der Geburt des ersten Kindes, eine frühere Verhütung sowie eine sinkende Prävalenz von Schwangerschaftsabbrüchen.</p>
Higginbottom et al., 2014	<p>Immigrant women's experience of maternity services in Canada: A meta-ethnography</p> <p><u>Ziel:</u> Aufzeigen der Erfahrungen von Frauen mit Migrationshintergrund in Kanada im Bereich „maternity care“.</p>	Systematischer Literaturreview	Frauen mit Migrationshintergrund in Kanada	<p><b>Erfahrungen der Frauen zusammengefasst in 7 Schlüssel- Konzepten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Unterstützung: Fehlendes Netzwerk, Anhängigkeit</li> <li>• Kommunikation: Hohe Sprachbarrieren</li> <li>• Umwelt: Das "highly technical, spatial and procedural environment" schränkt die Mitwirkung der Frauen und Familien ein</li> <li>• Sozio-ökonomische Barrieren: Barrieren durch Transportmittelkosten und fehlender Kinderbetreuung</li> <li>• Kulturelle Überzeugungen und Praktiken: Entscheidungen basieren auf kulturellen Überzeugungen und Ansichten zu Gesundheit</li> <li>• Wissen über „maternity services“ und Gesundheitsversorgung: Grosse Mühe sich im „westlichen“ Gesundheitssystem zurechtzufinden</li> <li>• Erwartungen an Betreuung durch die Gesundheitsfachpersonen: Unterschiedlicher Umgang mit kulturellen Praktiken, Unterschiedliche Gesundheitsfachpersonen (Professionen) sowie Level an Professionalität</li> </ul> <p><b>Aus den „Key concepts“ entstanden „Second- order interpretations“:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulturelle Adaptation und soziale Unterstützung sind von signifikanter Wichtigkeit beim Erreichen einer qualitativ hohen „maternity health care“</li> <li>• Der Zugang zu „maternity health care“ ist beeinflusst von kontextuellen und persönlichen Faktoren wie Kommunikation, sozioökonomischen Barrieren und vom organisatorischen Umfeld</li> <li>• Prozeduren und Vorgehensweisen stehen im Konflikt zum kulturellen Glauben und den Wünschen der Frauen mit Migrationshintergrund</li> </ul>



				<p><b>„Third- order interpretations“ basierend auf den „second- order interpretations“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Qualität der „maternity health care“ für Frauen mit Migrationshintergrund hängt einerseits von den interpersonellen Beziehungen (mit Gesundheitsfachpersonen) und andererseits von informellem sozialem Support (von Familie / Freunden) und kontextuellen Faktoren wie Sprachkenntnissen, sozioökonomischen Barrieren und dem „organisatorischen Umfeld“ ab</li> <li>• Kultureller Glaube, religiöse und traditionelle Bräuche und Anwendungen stehen im Konflikt mit biomedizinischen Sichtweisen der westlichen „maternity health care“</li> </ul>
Kurth et al., 2010	<p>Reproductive health care for asylum –seeking women- a challenge for health professionals</p> <p><u>Ziel:</u> Identifizieren von „Health needs“ asylsuchender Frauen sowie Erfassung der erhaltenen Betreuung. Erfahrungen involvierter Gesundheitsfachpersonen darstellen.</p>	<p>Mixed Methods (qualitatives und quantitatives Design)</p> <p>Interviews sowie Analyse von Patientenakten</p>	<p>80 asylsuchende Frauen &amp; 10 Gesundheitsfachpersonen</p>	<p><b>Aspekte der reproduktiven Gesundheit:</b></p> <p>Verhütung und ungewollte Schwangerschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 69% verwenden eine Verhütungsmethode (40% IUD und 31% Orale Ovulationshemmer)</li> <li>• 18 ungewollte Schwangerschaften wurden dokumentiert</li> <li>• Gründe für fehlende Verhütung: Sprachbarrieren &amp; Kosten</li> </ul> <p>Chirurgische Interventionen und induzierter Abort:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 Fälle des induzierten Abortes wurden aufgezeichnet</li> <li>• Das Verhältnis Abort zu Lebendgeburt in der Population der asylsuchenden Frauen war 1:2.5 und in der verglichenen Population 1:7.5</li> <li>• Gründe für Abbruch: Psychosoziale Traumatisierung in der Vergangenheit sowie Zukunftssorgen</li> </ul> <p>Geburtshilfliche Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauptschwierigkeiten in der postnatalen Periode: Fehlende soziale Unterstützung mit Überlastung und Erschöpfung der Mütter als Folge</li> </ul> <p>Psychosoziale Stressfaktoren von asylsuchenden Frauen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumata aus Vergangenheit durch Krieg, Festnahmen, Misshandlung, Vergewaltigung, Verlust von Familie und Freunden, Flucht / erzwungene Migration</li> <li>• Aktuelle Probleme wie Trennung von Familienmitgliedern / Freunden, Isolation im Migrationsland, Überbelastung /Stress, finanzielle Probleme, Lebensbedingungen, das Gefühl unerwünscht zu sein</li> <li>• Ängste betreffend Zukunft: Angst vor Abschiebung, fehlende Perspektiven, Sorgen um Angehörige und ungewisse Zukunft</li> </ul> <p>Herausforderungen von Gesundheitsfachpersonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprachliche und kulturelle Barrieren durch z.T. nicht oder zu spät verfügbare Übersetzungsdienste</li> <li>• Rollenkonflikte der Gesundheitsfachpersonen</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit belastenden Geschichten der Patientinnen</li> </ul> <p>Arten der von den Frauen benötigten Unterstützung (psychologische, finanzielle und rechtliche):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychologische Unterstützung</li> <li>• Praktische und finanzielle Unterstützung (Wohnsituationen, Finanzieren von u.a. Verhütung, Aufbauen eines unterstützenden Netzwerks, Zusammenbringen von Familien)</li> <li>• Rechtliche Unterstützung im Asylprozess (Ausstellen von ärztlichen Zeugnissen als Entscheidungsgrundlage für die Migrationsbehörden)</li> </ul>
Mengesha et al., 2016	<p>Culturally and linguistically diverse women’s views and experiences of accessing sexual and reproductive health care in Australia: A systematic review.</p> <p><u>Ziel:</u> Aufzeigen der Erfahrungen von Frauen mit „culturally and linguistically diverse backgrounds (CALD)“ bezüglich dem Zugang zu „sexual and reproductive health services (SRH)“ in Australien. Identifikation von Barrieren und unterstützenden Faktoren.</p>	Systematischer Literaturreview	1943 Migrantinnen, >35 verschiedene ethnische Hintergründe.	<p>„<b>Personal experience of accessing health care</b>“:</p> <p>„Cultural and religious factors“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Westlich geprägtes Gesundheitssystem im Widerspruch mit kulturellen und traditionellen Praktiken und Bedürfnissen</li> <li>• Erschwerter Zugang zu „Contraception and other SRH-Sevices“</li> </ul> <p>„Language and communication“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenzte mündliche Englischkenntnisse und Probleme im Verstehen von schriftlichem Material</li> <li>• Schwierige Erfahrungen mit Übersetzungsdiensten</li> </ul> <p>„<b>Womens interaction with the healthcare system</b>“:</p> <p>„Access to SRH information and care“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Informationen über das Gesundheitssystem sowie Schwierigkeiten, sich darin zurechtzufinden</li> <li>• Mangelhafte Versorgung mit Informationen über für sie zugängliche Gesundheitsdienste, über Möglichkeiten zur Bildung im Bereich Gesundheit, über Richtlinien und Abläufe in Krankenhäusern</li> <li>• Fehlende Information über das Vorhandensein von Übersetzungsdiensten</li> <li>• Fehlendes muttersprachiges Informationsmaterial</li> <li>• Kostenlose Unterstützung im Bereich Mutter- und Kind Gesundheit</li> <li>• Prävention und Unterstützung bei Gewalt</li> </ul> <p>„Provision of resources“: Erleichternde Faktoren im Zugang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitstellen einer Mappe mit allen nötigen Informationen zum Gesundheitssystem</li> <li>• Mündliches und schriftliches Material in der Muttersprache</li> <li>• Englischunterricht</li> <li>• Erinnerungsservice für Termine</li> <li>• Einem „Community case worker“ zugeteilt zu sein</li> <li>• Mentoren desselben kulturellen Hintergrundes zu haben</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Termine gemacht zu bekommen sowie Zugang zu zweisprachigem Personal</li> <li>• „Co-location of services“</li> </ul> <p>„Comparison of care“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen beurteilen Zugang &amp; Standard als besser als im Heimatland und als gerecht und sozial</li> </ul> <p>„Cost and transport“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Angeboten z.t. durch Kosten und erschwerte Anreise limitiert</li> </ul> <p>„<b>Womens experience with healthcare providers</b>“:</p> <p>„Healthcare provider behaviour and practice“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freundliches Gesundheitsfachpersonal</li> <li>• Positive Art, Anliegen aufzunehmen und zu beantworten</li> <li>• Negativ: Zeitdruck, Nachlässigkeit beim Erklären von Untersuchungen und Behandlungen, fehlende Involvierung bei der Entscheidungsfindung</li> </ul> <p>„Cultural knowledge“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlendes kulturelles Wissen der Fachpersonen</li> <li>• Wunsch nach kultureller Kompetenz der Fachpersonen</li> </ul> <p>„Provider preference“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevorzugung weiblicher Fachpersonen</li> <li>• Bevorzugung von Fachpersonal aus Herkunftsland</li> <li>• Z.T.. Bevorzugung von ärztlichem Personal gegenüber Pflegefachpersonal oder Hebammen</li> </ul> <p>„Perceived racism and discrimination“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erleben von Rassismus und Diskrimination</li> <li>• Stereotype Annahmen</li> </ul>
Small et al., 2014	<p>Immigrant and non-immigrant women’s experiences of maternity care: A systematic and comparative review of studies in five countries.</p> <p><u>Ziele:</u> Aufzeigen der Wünsche von Migrantinnen bezüglich „maternity care“.</p>	Systematischer Literaturreview	Migrantinnen und Nicht-Migrantinnen aus Australien, Kanada, Schweden, UK & den USA.	<p><b>Wünsche der Migrantinnen:</b> Migrantinnen und Nicht-Migrantinnen haben in allen untersuchten Ländern sehr ähnliche Vorstellungen, was sie sich von der „maternity care“ wünschen, trotz der Diversität von Kultur und Herkunft. Grundsätzlich bewerten die Migrantinnen die erhaltene „maternity care“ als schlechter, verglichen mit Nicht-Migrantinnen.</p> <p>Bedürfnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitativ gute Betreuung von Mutter und Kind mit Fokus auf individuelle Bedürfnisse</li> <li>• Geduldiges Personal mit Zeit für Informationsabgabe, Erklärungen und Unterstützung</li> <li>• Miteinbezug bei Entscheidungen in Bezug auf Betreuung und</li> </ul>

				<p>Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuität in der Betreuung, da dadurch individuelle Bedürfnisse bekannt sind und eine angepasste Kommunikation möglich ist</li> <li>• Freundlichkeit und Respekt</li> <li>• Respektvolle Betreuung mit Fokus auf individuelle Bedürfnisse, Unterstützung bei Kommunikationsproblemen und Unterstützung beim Verstehen des Gesundheitssystems sind zentraler als kulturspezifisches Wissen des Personals</li> <li>• Präferenz für weibliches Gesundheitspersonal</li> </ul> <p>Besondere Herausforderungen der Migrantinnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikationsprobleme aufgrund von Sprachproblemen</li> <li>• fehlende Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem</li> <li>• Diskriminierung und das Erleben kultureller Stereotypen</li> <li>• Insensibilität</li> </ul>
Zahorka & Blöchliger, 2003	<p>Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz.</p> <p><u>Ziele:</u> Erfassen der Bedürfnisse von Migrantinnen bezüglich der Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit in der Schweiz. Formulierung von Empfehlungen zur zielgruppengerechten Verbesserung entsprechender Angebote.</p>	<p>Qualitative Studie</p> <p>Fokusgruppen-diskussionen, Interviews (halbstrukturierte Fragebögen) mit Schlüsselpersonen und Interviews mit Betroffenen.</p>	<p>64 Frauen aus 12 Sprachregionen (21 Europa, 40 aussereuropäische Länder)</p>	<p>Grundsätzliche Erkenntnis: Bedürfnisse sind stärker beeinflusst durch Faktoren wie Herkunft, soziale Schicht und Aufenthaltsdauer in der Schweiz als durch länderspezifische Faktoren</p> <p><b>Psychosoziales Versorgungsumfeld:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlen von Familiärem Umfeld &amp; Netzwerk</li> <li>• Fehlen „erfahrener Frauen“</li> <li>• Keine Angebote für Männer (neue Rolle)</li> </ul> <p><b>Interkulturelle Faktoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Sprachkenntnisse</li> <li>• Nichtbeachten von Ritualen und Tabus</li> </ul> <p><b>Probleme mit dem Schweizer Dienstleistungsangebot:</b></p> <p>Hauptbarrieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprachbarrieren</li> <li>• Interkulturelle Unterschiede</li> <li>• Finanzielle Probleme</li> <li>• Diskriminierung</li> </ul> <p>Faktoren bei Dienstleistenden und strukturelle Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende transkulturelle Kompetenz des Fachpersonals</li> <li>• Mangelnde Aufklärung bei Interventionen</li> <li>• Mangelnde Kontinuität (Personal)</li> <li>• Bevorzugung weiblicher Fachpersonen</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlen von sozialen Netzwerken</li> <li>• Angebote oft unbekannt oder nicht den Migrantinnen angepasst</li> </ul> <p>Faktoren bei Migrantinnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsicherheit im Umgang mit Dienstleistenden</li> <li>• Mangelnde Sprachkenntnisse führen zu Scham</li> <li>• Mangel an Information zum bestehenden Angebot und zu dessen Zugang</li> <li>• Fehlendes Netzwerk und fehlende „erfahrene Frauen“</li> </ul> <p>Nutzung CH-Angebot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paramedizinische Angebote kaum bekannt</li> <li>• Überbrückungsdefizit zwischen Prä- und postnataler Phase</li> <li>• Erschwerend bei der Nutzung der Angebote sind organisatorische oder finanzielle Faktoren</li> </ul> <p><b>Wünsche von Migrantinnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen über bestehende Angebote</li> <li>• Persönlicher Kontakt nebst Infomaterial</li> <li>• Kostengünstige Angebote</li> <li>• Transkulturelle Kompetenz des Fachpersonals</li> <li>• Transparente Aufklärung bei medizinischen Fragen</li> <li>• Durchführung von Kursen durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen</li> </ul> <p><b>Sicht interkultureller Vermittlerinnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauptursache zu geringer Inanspruchnahme sind Sprachbarrieren, interkulturelle Aspekte sowie Erfahrungen und Erwartungen der Migrantinnen. Informationsmangel, interkulturelle Differenzen und mangelnde Sprachkenntnisse bewirken Unsicherheit.</li> <li>• Wichtig: Gezielte Angebote, persönlicher Kontakt, preiswerte Angebote, Unterstützung bei organisatorischen Hürden. Unterstützung der Männer in ihrer neuen Rolle. Einbezug interkultureller Schlüsselpersonen sowie Einbezug der Gemeinschaften. Gesundheitsfachpersonal aus Herkunftsländern.</li> </ul>
--	--	--	--	--

### 4.3 Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien

Die Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien werden in Tabelle 4 zusammenfassend dargestellt. Die Wichtigsten werden nachfolgend beschrieben.

Alle Reviews (Higginbottom et al., 2014; Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014) haben als Stärke, dass eine systematische und breite Literatursuche vorgenommen wurde. Bei dem Review von Mengesha et al (2016) wurde zusätzlich graue Literatur eingeschlossen, was die Vermeidung eines Publikationsbias darstellt. Mit grauer Literatur sind Veröffentlichungen gemeint, welche nicht verlagsgebunden sind, wie zum Beispiel Dissertationen, Forschungsberichte und Doktorarbeiten (OpenGrey, n.d). Strategien zur Vermeidung eines Publikationsbias werden im Gegensatz dazu in den Reviews von Higginbottom et al. (2014) und Small et al. (2014) nicht erwähnt. Bei Small et al. (2014) ist ebenfalls nicht ersichtlich, ob alle relevanten Studien einbezogen wurden. Die Auswahl der Studien erfolgte bei beiden nach inhaltlichen und populationsbezogenen und nicht nach qualitätsbezogenen Kriterien. Ausserdem machen sie keine Angaben zu Fragestellung und Methodik der ausgewählten Studien, sondern geben nur den Studientyp an, was die Beurteilung der Ähnlichkeit der Studien erschwert. Als einzige Vergleichsmöglichkeit können die Resultate herangezogen werden. Die genannten Punkte müssen als Schwäche gewertet werden. Hingegen wurde die Methodik bei allen drei Reviews klar beschrieben. Die Resultate und die Diskussionen der Studien sind übersichtlich und stringent. Bei Mengesha et al (2016) ist die Vergleichbarkeit der Studien hoch, da alle dasselbe Gesundheitssystem untersuchen, was bei der Studie von Small et al. (2014) nicht gegeben ist, da Studien aus fünf verschiedenen Ländern einbezogen wurden. Higginbottom et al. (2014) prüfen als einzige die Qualität der eingeschlossenen Studien, dies sogar mit vorgängiger Prüfung der besten Methode zur Qualitätsprüfung. Mengesha et al. (2016) sowie Small et al. (2014) machen keine Qualitätsprüfung der eingeschlossenen Studie, was klar als Schwäche gewertet werden muss. Bei allen drei Reviews sind die vollständigen Daten („Rohdaten“) nicht im Anhang ersichtlich, was jedoch relativiert werden muss, da es aus Gründen des Umfangs nicht üblich zu sein scheint, einer Studie die gesamten Rohdaten beizufügen.

Bei den zwei mixed-methods Studien (Helfferich et al, 2011; Kurth et al., 2010) können die qualitativen Anteile durch eine gute intersubjektive Nachvollziehbarkeit und Transparenz als qualitativ gut bewertet werden. Bei Hefferich et al. (2011) sowie Kurth et al. (2010) scheint der Forschungsprozess indiziert und die empirische Verankerung erfolgt unter anderem durch die Anwendung kodifizierter Verfahren. Helfferich et al.

(2011) haben als Stärke eine grosse Stichprobe. Dies erhöht die Repräsentativität der quantitativen Ergebnisanteile. Zudem werden neben Übersetzungspersonal auch Frauen als Interviewpartnerinnen eingesetzt. Als weitere Stärke kann der Einbezug der Migrationsgeschichten der untersuchten Frauen genannt werden. Als relative Schwäche bei beiden Studien muss erneut das Nichtvorhandensein der vollständigen Daten genannt werden. Zudem ist bei beiden keine explizite Deklaration von ethischen Prinzipien ersichtlich. Bei Kurth et al. (2010) werden zudem keine Angaben zum Umgang mit abweichenden / negativen Fällen gemacht, was ebenfalls als Schwäche gewertet werden muss. Bei den quantitativen Teilen der beiden Studien fällt auf, dass die Risiken für systematische Fehler gering sind und eine hohe Glaubwürdigkeit vorhanden ist.

Bei den beiden qualitativen Studien (Gurnah et al., 2011; Zahorka & Blöchliger, 2003) sind eine gute intersubjektive Nachvollziehbarkeit sowie Transparenz gegeben. Bei beiden werden verschiedene Erhebungsinstrumente angewendet, was als Stärke gewertet werden kann. Ausserdem wird in beiden Studien Übersetzungspersonal eingesetzt. Bei Zahorka und Blöchliger (2003) wurden zwar relevante Bevölkerungsgruppen anhand der demographischen Verteilung im Land identifiziert, die Repräsentativität ist jedoch durch einen Selektions-Bias bei einem „Convenience Sampling“ (Nichterreichenden marginalisierter Gruppen) und einer „response rate“ von 50% vermindert. Bei Gurnah et al. (2011) sind Überlegungen zum Sampling und aufgetretene Schwierigkeiten dokumentiert, was positiv zu werten ist. Jedoch ist weder der Interviewtyp noch der Erhebungskontext klar ersichtlich. Auch eine kommunikative Validierung wird nicht erwähnt. Als Schwäche muss auch eine mangelnde Kongruenz zwischen Ergebnissen und entwickelter Theorie gewertet werden. Bei beiden Studien sind die Transkriptionsregeln nicht klar ersichtlich und die vollständigen Daten („Rohdaten“ ) nicht vorhanden, wobei Letzteres erneut relativiert werden muss. Bei beiden Studien erfolgt zudem keine explizite Deklaration von ethischen Prinzipien.

Tabelle 4: Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien

Autoren, Jahr & Titel	Stärken / Schwächen
Higginbottom et al., 2014	<p><b>Stärken:</b> Systematische und breite Literatursuche durch mehrere Autoren, inkl. Einschluss von grauer Literatur (Vermeidung Selektions-Bias). Gute Qualitätsprüfung der einbezogenen Studien mit vorgängiger Prüfung der besten Methode zur Qualitätsprüfung. Methodik klar beschrieben, Resultate und Diskussion übersichtlich und stringent.</p> <p><b>Schwächen:</b> Vollständige Daten („Rohmaterial“) nicht ersichtlich. Deklaration von ethischen Prinzipien nicht ersichtlich.</p>
Mengesha et al., 2016	<p><b>Stärken:</b> Systematische und breite Literatursuche durch mehrere Autoren, inkl. Einschluss von grauer Literatur (Vermeidung Publication Bias). Vergleichbarkeit der Studien u.a. durch Fokussierung auf ein Land mit einheitlichem Gesundheitssystem. Methodik klar beschrieben, Resultate und Diskussion übersichtlich und stringent.</p> <p><b>Schwächen:</b> Keine Qualitätsprüfung der eingeschlossenen Studien. Vollständige Daten nicht ersichtlich. Deklaration ethischer Prinzipien nicht ersichtlich.</p>
Small et al., 2014	<p><b>Stärken:</b> Systematische und breite Literatursuche in verschiedenen Datenbanken. Methodik klar beschrieben, Resultate &amp; Diskussion übersichtlich und stringent.</p> <p><b>Schwächen:</b> Keine Erwähnung zu Strategien zur Vermeidung von „publication bias“ und Einschluss aller relevanten Studien. Auswahl der Studien nach inhaltlichen und populationsbezogenen Kriterien. Einschätzung der Qualität und somit Glaubwürdigkeit der ausgewählten Studien ist nicht ersichtlich. Keine Angaben zu Fragestellung und Methodik der ausgewählten Studien (nur Angabe des Studientyps). Daher keine Beurteilung zur Ähnlichkeit möglich. Der einzige Vergleich der Studien bezieht sich auf deren Resultate. Keine Qualitätsprüfung der eingeschlossenen Studien. Vollständige Daten nicht ersichtlich. Deklaration von ethischen Prinzipien nicht ersichtlich.</p>
Helfferich et al., 2011	<p><b>Stärken:</b> Grosse Stichprobe (Repräsentativität), Einsatz von Übersetzungspersonal, gleichgeschlechtliche Interviewpartnerinnen. Qualitativer Teil: Gute Intersubjektive Nachvollziehbarkeit und methodische Transparenz, Forschungsprozess indiziert, empirische Verankerung u.a. durch Anwendung kodifizierter Verfahren, Einbezug der Migrationsgeschichte. Quantitativer Teil: Risiko für systematische Fehler gering, hohe Glaubwürdigkeit.</p> <p><b>Schwächen:</b> Vollständige Daten („Rohmaterial“) nicht ersichtlich. Deklaration ethischer Prinzipien nicht ersichtlich.</p>



Kurth et al., 2010	<p><b>Stärken:</b> Qualitativer Teil: Gute intersubjektive Nachvollziehbarkeit und methodische Transparenz, Forschungsprozess indiziert, empirische Verankerung u.a. durch Anwendung kodifizierter Verfahren. Quantitativer Teil: Risiko für systematische Fehler gering, Hohe Glaubwürdigkeit.</p> <p><b>Schwächen:</b> Qualitativer Teil: Vollständige Daten („Rohmaterial“) nicht ersichtlich. Deklaration von ethischen Prinzipien nicht ersichtlich. Keine Angaben zum Umgang mit abweichenden / negativen Fällen. Quantitativer Teil: Externe Validität (Übertragbarkeit) fraglich.</p>
Gurnah et al., 2011	<p><b>Stärken:</b> Einsatz verschiedener Erhebungsmethoden, Einsatz von Übersetzungspersonal, Dokumentation des Forschungsprozesses, Überlegungen zum Sampling und aufgetretene Schwierigkeiten sind dokumentiert. Gute intersubjektive Nachvollziehbarkeit &amp; Transparenz</p> <p><b>Schwächen:</b> Interviewtyp sowie Erhebungskontext nicht ersichtlich, Transkriptionsregeln unklar, vollständige Daten nicht ersichtlich. Keine Interpretation der Resultate in Gruppen, nicht ersichtlich, ob mit kodifizierten Verfahren gearbeitet wurde. Deklaration ethischer Prinzipien nicht klar definiert. Teilweise mangelnde Kongruenz zwischen Ergebnissen und entwickelter Theorie. Kommunikative Validierung wird nicht erwähnt. Sehr spezifisches Migrantinnenkollektiv, daher fragliche Übertragbarkeit.</p>
Zahorka & Blöchliger, 2003	<p><b>Stärken:</b> Einsatz verschiedener Erhebungsmethoden, Einsatz von Übersetzungspersonal, Identifikation relevanter Bevölkerungsgruppen anhand der demographischen Verteilung, gute intersubjektive Nachvollziehbarkeit &amp; Transparenz.</p> <p><b>Schwächen:</b> Repräsentativität beeinflusst durch Selektions-Bias bei einem „convenience sampling“ (Nichterreichen marginalisierter Gruppen) und einer „response rate“ von 50%. Transkriptionsregeln unklar, vollständige Daten nicht ersichtlich. Keine Verwendung kodifizierter Methoden. Deklaration von ethischen Prinzipien nicht ersichtlich.</p>

## 4.4 Synthese der Ergebnisse

### 4.4.1 Übersicht

Die ursprüngliche Fragestellung der Arbeit bezieht sich auf die Bedürfnisse von Migrantinnen. Bei der Kategorisierung der Resultate tauchten jedoch weitere relevante Aspekte zum Thema auf und wurden in folgende vier Hauptkategorien eingeteilt: Bedürfnisse, Herausforderungen, erleichternde Faktoren sowie Barrieren im Zugang zu SRH. Auch wenn die zusätzlichen Kategorien nicht explizit die Bedürfnisse aufzeigen, geben sie doch relevante Hinweise auf die Bedürfnisse und werden daher ebenfalls bearbeitet. Drei der vier Hauptkategorien wurden in 10 verschiedene Unterkategorien aufgeteilt, welche dann zusammenfassend beschrieben wurden. Bei der Hauptkategorie „erleichternde Faktoren“ wurden aufgrund der kleinen Grösse der Kategorie keine weiteren Unterkategorien gebildet.

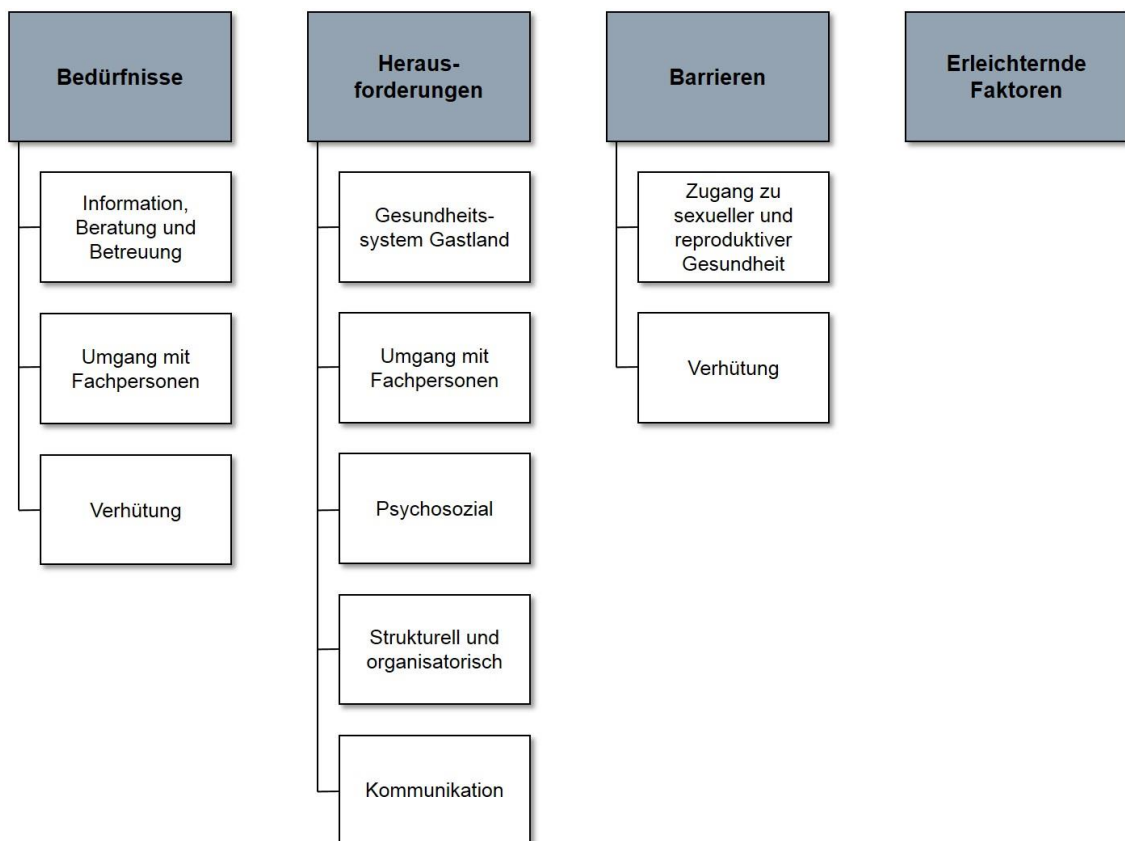


Abbildung 3: Ergebniskategorien

#### 4.4.2 Ergebniskategorie Bedürfnisse

Die Frage nach Bedürfnissen der Migrantinnen beantworten konkret zwei der Reviews (Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014), eine mixed-methods Studie (Helfferich et al., 2011) sowie eine qualitative Studie (Zahorka & Blöchliger, 2003).

##### *Bedürfnisse zu Information, Beratung und Betreuung*

Zahorka und Blöchliger (2003) beschreiben den Wunsch der Migrantinnen nach einem verbesserten Zugang zu Informationen sowie nach verständlichen Informationen in verschiedenen Sprachen. Auch die interkulturellen Vermittlerinnen mit ihrer „Aussensicht“ heben die Wichtigkeit von Information über das bestehende Angebot hervor. Small et al. (2014) nennen in ihrem Review das Bedürfnis nach einer qualitativ guten Betreuung von Mutter und Kind mit Fokus auf die individuellen Ansprüche.

Bezüglich Kurs- und Unterstützungsangeboten wird am häufigsten der Aspekt der Kostenfreiheit oder zumindest geringe Kosten als Wunsch genannt und auch von Seiten der interkulturellen Vermittlerinnen bestätigt (Mengesha et al., 2016; Zahorka & Blöchliger, 2003). Ebenso wird bei Zahorka und Blöchliger (2003) sowohl von den befragten Frauen als auch von den interkulturellen Vermittlerinnen der Wunsch nach spezifischen Angeboten für Männer geäußert, da diese im Gastland im Kontext von Schwangerschaft und Mutterschaft oft eine neue, im Vergleich zum Herkunftsland zentralere Rolle übernehmen.

Weitere wünschenswerte Aspekte, welche bezüglich Angeboten genannt werden, sind zentrale und leicht erreichbare Örtlichkeiten mit guter Reputation. Sie sollten am Nachmittag, abends oder am Wochenende stattfinden sowie von qualifiziertem Fachpersonal, namentlich Ärztinnen und Ärzten sowie Hebammen durchgeführt werden (Zahorka & Blöchliger, 2003). Die Informationsquellen werden je nach Migrantinnenkollektiv anders priorisiert. Genannt werden Ärztinnen und Ärzte, Familien- und Frauenberatungsstellen, sowie Printmedien und Internet (Helfferich et al., 2011). Das Vorhandensein von Beratungsangeboten im Bereich Familie und Familienplanung ist allen befragten Migrantinnen in der grossangelegten Studie von Helfferich et al. (2011) sehr wichtig. Angebote zu Schwangerschaftskonflikten, sowie generell Schwangerschaft und Mutterschaft werden dabei als sehr wichtig erachtet. Zahorka und Blöchliger (2003) orten dabei den Bedarf hauptsächlich im Rahmen einer ersten Schwangerschaft. Gewünschte Themen in der Beratung sind zudem Fragen gynäkologischer Natur, Beziehungsfragen, namentlich Rechte und Pflichten von Mann und Frau, was tun bei Gewalt in der Familie, sowie das Thema befriedigende Sexualität (Helfferich et al., 2011). Die Prävention und Unterstützung bei Gewalt wird

auch von Mengesha et al. (2016) als Bedürfnis identifiziert. Weiter besteht Beratungsbedarf in den Bereichen Erziehungsberatung und Informationen zu Elterngeld (Helfferich et al., 2011). Von den Frauen wird zudem der Wunsch nach spezifischen Unterstützungs- und Beratungsangeboten für Migrantinnen geäußert (Helfferich et al., 2011).

#### *Bedürfnisse bezüglich Fachpersonal*

Eine Studie zeigt eine Präferenz von ärztlichem Fachpersonal gegenüber Pflegefachpersonal oder Hebammen, wobei sich diese Aussage des Reviews, bestehend aus 22 Studien, ausschliesslich auf eine Studie mit asiatischen Müttern aus dem Jahr 1998 stützt (Mengesha et al., 2016). Helfferich et al. (2011) sowie Mengesha et al. (2016) zeigen zudem das Bedürfnis nach weiblichen Fachpersonen auf. Ebenso wird von den „service providers“ der persönliche Kontakt gewünscht (Zahorka & Blöchliger, 2003). Des Weiteren werden Geduld und Zeit für Informationsabgabe, Erklärungen und Unterstützung, Betreuungskontinuität der Fachpersonen als Basis für die Befriedigung individueller Bedürfnisse und für eine angepasste Kommunikation sowie Freundlichkeit und Respekt gewünscht (Small et al., 2014).

Bezüglich den Bedürfnissen zu kulturellen und sprachlichen Aspekten im Kontakt mit den Fachpersonen äussern sich vier Studien (Helfferich et al., 2011; Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003). Zum Einen zeigen sich dabei interkulturelle Kompetenz der Fachpersonen, Beratung in der Herkunftssprache sowie Kenntnis von Herkunftskultur und Religion als Bedürfnis (Helfferich et al., 2011; Zahorka & Blöchliger, 2003). Zum Anderen zeigt sich bei Mengesha et al. (2016) eine Präferenz von Fachpersonal aus dem Herkunftsland. Aspekte wie respektvolle Betreuung mit Fokus auf individuelle Bedürfnisse, Unterstützung bei Kommunikationsproblemen und Informationen und Unterstützung beim Verstehen des Gesundheitssystems sind dabei für viele Migrantinnen zentraler als kulturspezifisches Wissen des Personals (Small et al., 2014).

Expertenaussagen bei Helfferich et al. (2011) fordern hinsichtlich der Verbreitung von Informationen zur Familienplanung auch den Einbezug der ethnischen Gemeinschaften sowie die Ausbildung von Multiplikatorinnen innerhalb einer Migrantengruppe, welche das erworbene Wissen in ihrer Gemeinschaft weitergeben.

Zwei der Studien zeigen zudem ein grosses Bedürfnis nach Transparenz der Fachpersonen sowie das Bedürfnis, bei Entscheidungen zu Interventionen und Betreuung miteinbezogen zu werden (Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003).

*Bedürfnisse bezüglich Verhütung*

Zu den Bedürfnissen im Bereich Verhütung äussern sich nur Helfferich et al. (2011). Je nach Migrantinnenkollektiv stehen dabei eher Aspekte der Sicherheit oder Aspekte der Selbstbestimmung und Autonomie im Vordergrund.

**4.4.3 Ergebniskategorie Herausforderungen**

Zu den Herausforderungen von Migrantinnen äussern sich fünf Studien (Higginbottom et al., 2014; Kurth et al., 2010; Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003), wobei die Aussagen von Kurth et al. (2010) ausschliesslich von Fachpersonen stammen.

*Herausforderungen mit dem Gesundheitssystem im Gastland*

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Orientierung im Gesundheitssystem für die Migrantinnen sehr schwierig ist. Fehlende Informationen zum System sowie fehlende Vertrautheit damit erschwert es ihnen, sich darin zurechtzufinden (Higginbottom et al., 2014; Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014). Die Unsicherheit durch einen Informationsmangel wird von den interkulturellen Vermittlerinnen bei Zahorka und Blöchliger (2003) bestätigt. Auch Angebote zu psychosozialer Betreuung sind oft unbekannt oder nicht den Migrantinnen angepasst (Zahorka & Blöchliger, 2003).

Die Entscheidungen der Frauen basieren oft auf kulturellen Überzeugungen und Ansichten zur Gesundheit (Higginbottom et al., 2014). Dabei stehen die kulturellen und traditionellen Bedürfnisse und Praktiken der Frauen oft im Widerspruch zum westlich geprägten Gesundheitssystem, welches dafür wenig empfänglich ist (Mengesha et al., 2016).

Die Frauen erleben die Konfrontation mit unterschiedlichen Disziplinen und unterschiedlichen Levels an Professionalität wie auch den unterschiedlichen Umgang mit kulturellen Praktiken als Herausforderung (Higginbottom et al., 2014). Mangelhafte Kenntnisse über Abläufe in Krankenhäusern erschweren das Ganze zusätzlich (Mengesha et al., 2016).

*Herausforderungen im Umgang mit den Fachpersonen*

Die drei Studien von Mengesha et al. (2016), Small et al. (2014) und Zahorka und Blöchliger (2003) berichten über Rassismus und / oder Diskrimination, mit welchen sich die Migrantinnen im Umgang mit den Fachpersonen konfrontiert sehen. Dabei werden von den Migrantinnen oft kulturelle Stereotypen erlebt (Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014). Kulturelles Wissen und transkulturelle Kompetenz bei den Fachpersonen

werden oft vermisst und Handlungsanweisungen der Dienstleistenden unter Nichtbeachtung interkultureller Besonderheiten führen zu Unsicherheiten, was auch die Aussensicht der interkulturellen Vermittlerinnen bestätigt (Mengesha et al., 2016; Zahorka & Blöchliger, 2003). Folge davon sind Missachtung von kulturellen Ritualen und Tabus (Zahorka & Blöchliger, 2003), fehlende oder unverständliche Aufklärungen und fehlender Einbezug bei der Entscheidungsfindung bei Untersuchungen oder Medikamentengaben (Mengesha et al., 2016; Zahorka & Blöchliger, 2003).

Vernachlässigung, Zeitdruck oder „unter Druck Setzen“ (Mengesha et al., 2016), Insensibilität der Fachpersonen (Small et al., 2014) sowie mangelnde Betreuungskontinuität (Zahorka & Blöchliger, 2003) sind zusätzlich erschwerende Herausforderungen für die Frauen. Eine allgemeine Unsicherheit im Umgang mit den Fachpersonen (Zahorka & Blöchliger, 2003) sowie schwierige Erfahrungen mit Übersetzungsdiensten wie wechselndem Personal, welches nicht dieselbe Sprache spricht, Zeitdruck oder Fehlen von Übersetzungspersonal sowie Zweifel an der Exaktheit der Übersetzung (Mengesha et al., 2016) stellen weitere Herausforderungen dar.

#### *Psychosoziale Herausforderungen*

Erfahrungen der Migrantinnen selbst, wie auch der interkulturellen Vermittlerinnen zeigen, dass die Trennung von der Familie sowie das Fehlen eines familiären Umfelds und sozialen Netzwerkes mit erlebter Isolation eine grosse Belastung für die Frauen darstellt (Higginbottom et al., 2014; Kurth et al., 2010; Zahorka & Blöchliger, 2003). Das Fehlen von „erfahrenen Frauen“, welche beraten und Sicherheit vermitteln können, seien diese aus der Familie oder der Nachbarschaft, erschweren die Situation zusätzlich (Zahorka & Blöchliger, 2003).

Traumata infolge früherer Erfahrungen wie Krieg, Gewalt, Verlust von Familie und Freunden und Flucht sowie Zukunftsängste u.a. durch einen unklaren Aufenthaltsstatus und fehlende Perspektiven stellen die Migrantinnen vor grosse emotionale Herausforderungen. Dies wird durch das Gefühl verstärkt, im Gastland unerwünscht zu sein (Kurth et al., 2010).

#### *Strukturelle und organisatorische Herausforderungen*

Zwei der Studien (Kurth et al., 2010; Zahorka & Blöchliger, 2003) machen Aussagen zu strukturellen und organisatorischen Herausforderungen für Frauen mit Migrationshintergrund. Zahorka & Blöchliger (2003) nennen finanzielle Probleme sowie organisatorische und finanzielle Faktoren als Erschwernisse für die Nutzung der Angebote im Bereich SRH. Auch Fachpersonen in der Studie von Kurth et al. (2010)

nennen finanzielle Probleme als Herausforderung für Frauen mit Migrationshintergrund.

#### *Herausforderungen bezüglich Kommunikation*

Drei Studien (Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003) nennen als weitere Herausforderung die Kommunikation. So beschreibt Zahorka und Blöchliger (2003) Sprachprobleme und mangelnde Sprachkenntnisse und die damit assoziierte Unsicherheit als Hauptschwierigkeit für Frauen mit Migrationshintergrund. Mangelnde Sprachkenntnisse führen zudem oft zu Schamgefühlen. Small et al. (2014) und Mengesha et al. (2016) beschreiben in ihrer Studie ebenfalls Kommunikationsprobleme aufgrund von Sprachproblemen.

#### **4.4.4 Ergebniskategorie Barrieren**

Fünf der sieben ausgewählten Studien (Gurnah et al. (2011); Helfferich et al. (2011); Higginbottom et al. (2014); Mengesha et al. (2016) & Blöchliger & Zahorka (2003)) geben Auskunft über Barrieren im Zugang zu SRH. Zwei mixed-methods Studien (Helfferich et al., 2011; Kurth et al., 2010) und eine qualitative Studie (Gurnah et al., 2011) geben zudem Auskunft über Barrieren im Zugang zu Verhütung.

#### *Barrieren im Zugang zu SRH*

Kommunikation oder fehlende Sprachkenntnisse werden in drei der Studien (Gurnah et al., 2011; Higginbottom et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003) als Barrieren im Zugang zu Betreuung im Bereich SRH genannt. Dabei werden die Aussagen bei Zahorka und Blöchliger (2003) aus der Sicht von interkulturellen Vermittelnden gemacht. Bei Gurnah et al. (2011) wird Kommunikation und Sprache von 93% aller untersuchten Frauen als Barriere genannt. Bei Higginbottom et al. (2014) werden sprachliche Barrieren beim Mitteilen gesundheitlicher Sorgen genannt. Auch aus der Sicht von interkulturellen Vermittelnden in der Studie von Zahorka und Blöchliger (2003) werden ebenfalls Sprachbarrieren genannt, was im Sinne einer Aussensicht die Aussagen der Migrantinnen verstärkt.

Bei Gurnah et al. (2011) zeigt sich, dass es trotz Übersetzungsangeboten dazu kommen kann, dass die Übersetzerinnen und Übersetzer die Sprache nicht beherrschen oder einen anderen Dialekt der Sprache sprechen. Dies mit der Folge, dass trotz Übersetzungsdiensten die Kommunikation schwierig bleibt. Bei Mengesha et al. (2016) wird als Barriere im Zugang zu SRH die fehlende Information über das Vorhandensein von Übersetzungsdiensten genannt.

Zudem wird die mangelhafte Versorgung mit Informationen über für Migrantinnen zugängliche Gesundheitsdienste sowie über Richtlinien und Abläufe in Krankenhäusern als Barriere beschrieben. Der Mangel an Informationen zu bestehenden Angeboten und zu dessen Zugang bewerten auch Zahorka und Blöchliger (2003) als Barriere. Zudem sind Angebote zur psychosozialen Betreuung wie auch paramedizinische Angebote bei den Migrantinnen kaum bekannt.

Interkulturelle Vermittelnde nennen zudem traumatische Erfahrungen im Heimatland sowie Erwartungen bezüglich medizinischer und paramedizinischer Dienstleistungen basierend auf bisher gemachten Erfahrungen als Barriere im Zugang zu SRH (Zahorka & Blöchliger, 2003).

Finanzielle Aspekte im Zugang zu SRH werden in drei Studien (Gurnah et al. 2011; Higginbottom et al., 2014; Mengesha et al., 2016) genannt. Bei Gurnah et al. (2011) beschreiben 36% aller Frauen die beschränkten finanziellen Ressourcen als Barriere im Zugang zu SRH. Higginbottom et al (2014) beschreiben, dass Transportmittel zu teuer sind oder dass keine Kinderbetreuung organisiert oder bezahlt werden kann. Dies erschwert die Inanspruchnahme von Angeboten im Bereich SRH. Auch Mengesha et al. (2016) beschreiben, dass der Zugang zu SRH in manchen Fällen durch die Kosten der Angebote oder durch Schwierigkeiten bei der Anreise erschwert ist. Bei Higginbottom et al. (2014) wird zudem ein grosser ökonomischer Druck während der „maternity period“ beschrieben.

In der Studie von Gurnah et al. (2011) werden zudem Aussagen zu männlichen Fachpersonen gemacht. 50 % der untersuchten Frauen sind bereits mit männlichen Fachpersonen in Kontakt gekommen. Alle Frauen äussern jedoch Bedenken, bei einem Mann in Betreuung zu sein. Sie verzichten dabei eher auf die Betreuung, als mit einer männlichen Fachperson über Themen der reproduktiven Gesundheit zu sprechen. Diese Aussage bestätigt auch die Studie von Mengesha et al. (2016), in welcher männliches Personal im Bereich SRH explizit als Zugangsbarriere wahrgenommen wird und das Erleben der Frauen negativ beeinflusst.

In der Studie von Gurnah et al. (2011) wird zudem ein kulturell bedingter Respekt vor Autoritätspersonen und fehlendes Selbstvertrauen beschrieben. Dies hindert die Frauen einzugreifen, wenn sie das Gefühl haben, falsch verstanden worden zu sein und kann zur Akzeptanz von inkorrektter Betreuung führen. Dies mit der Konsequenz, dass ihr Spielraum im Rahmen von Entscheidungsfindungen beeinflusst wird.

Neben dem Respekt vor Autoritätspersonen wird die Macht der Ehemänner bei gleichzeitig seltener Präsenz genannt. Nur 7% aller Frauen erwähnen zudem



unsympathische Fachpersonen als Barriere im Zugang zu SRH , wobei dies ausschliesslich in der Studie von Gurnah et al (2011) erwähnt wird.

#### *Barrieren im Bereich Verhütung*

Drei Studien (Gurnah et al., 2011; Helfferich et al., 2011; Kurth et al., 2010) machen Aussagen zum Zugang zu Verhütung. So beschreiben Helfferich et al. (2011) den Zugang zu Verhütung unmittelbar nach der Zuwanderung als erschwert. Diese Aussage wird im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen genannt, wo bei türkischen Frauen die Schwangerschaften vor allem dann abgebrochen wurden, wenn die Verhütung nicht zugänglich war, insbesondere nach der Zuwanderung sowie für ledige und alleinstehende Frauen. Zudem wird der nicht geregelte Zugang als eine Barriere erlebt. Die genaue Bedeutung des „nicht geregelten Zuganges“ wird dabei in der Studie nicht näher beschrieben.

Hohe Kosten als Barrieren zu Verhütung werden in zwei Studien genannt (Helfferich et al., 2011; Kurth et al., 2010). In der Studie von Helfferich et al. (2011) zeigte sich zudem, dass der Aspekt des Körpers eine grosse Rolle bei der Verhütung spielt. So ist die Angst vor negativen Auswirkungen auf den Körper ein entscheidender Faktor, dies explizit bei der Verwendung der Pille. Aber auch Mythen über Verhütungsmittel („Pille führt zu Unfruchtbarkeit“) können eine Barriere bei der Verwendung von Verhütungsmitteln darstellen.

Weiter werden bei Helfferich et al. (2011) Schamgefühle beim Arztbesuch im Zusammenhang mit dem Besprechen der Verhütung genannt.

Bei der Anwendung von Verhütungsmitteln nennen Gurnah et al. (2011) zudem religiöse Vorbehalte als Hinderungsgrund. So kann die Verwendung von Verhütungsmitteln einen Widerspruch zu religiösen und kulturellen Überzeugungen darstellen. Dennoch verwenden die meisten Frauen ein Verhütungsmittel, da die Angst vor Kürzungen der staatlichen Unterstützung bei zu vielen Kindern zu gross ist.

Kurth et al. (2010) nennen als weitere Gründe für fehlende Verhütung Sprachbarrieren.

#### **4.4.5 Ergebniskategorie Erleichternde Faktoren im Zugang zu SRH**

Zwei der sieben Studien (Mengesha et al., 2016; Zahorka & Blöchliger, 2003) nennen erleichternde Faktoren für den Zugang zu SRH. Bei Zahorka und Blöchliger sind diese aus der Sicht von interkulturellen Vermittelnden. Diese können als Ergänzung zu den Aussagen der Studie von Mengesha et al. (2016) betrachtet werden. Als erleichternd für Frauen mit Migrationshintergrund beschreiben Mengesha et al. (2016) das Bereitstellen einer Mappe mit allen nötigen Informationen zum Gesundheitssystem.

Zahorka und Blöchliger nennen als erleichternden Faktor die Verbesserung des Zugangs zu Informationen. Dabei wird von den Migrantinnen nebst schriftlichem Material vor allem der persönliche Kontakt mit dem Fachpersonal geschätzt. Mengesha et al. (2016) beschreiben als erleichternden Faktor ebenfalls mündliche und schriftliche Informationen in der Muttersprache. Auch Englischunterricht wirkt erleichternd für den Zugang zu SRH. Zudem schätzen die Frauen zweisprachiges Personal sowie Unterstützung bei Terminen. Zahorka und Blöchliger (2003) erwähnen den Einsatz von interkulturellen Schlüsselpersonen, mit dem Ziel, die Informationsvermittlung zu verbessern. Zudem schlagen sie den Einbezug der Gemeinden in Form von aktiver Gemeindearbeit vor. In der Studie von Mengesha et al. (2016) hat sich die Zuteilung der Frauen zu einem „community-case worker“ als Erleichterung gezeigt. Ebenso wie die „co-location of services“ und Hausbesuche. Bei Mengesha et al. (2016) werden Mentoren desselben kulturellen Hintergrundes als erleichternd für den Zugang genannt und Zahorka und Blöchliger (2003) schlagen vor, dass Gesundheitspersonal aus der entsprechenden Sprachgruppe oder dem entsprechenden Herkunftsland eingesetzt wird.

Abschliessend nennen die interkulturellen Vermittelnden in der Studie von Zahorka und Blöchliger die Unterstützung sozialer Netzwerke, die Reduktion von Hürden wie Kinderbetreuung sowie das Schaffen von preiswerten Angeboten als wichtige Aspekte. Bei Mengesha et al (2016) zeigte sich, dass die Migrantinnen das Gesundheitsfachpersonal als freundlich erleben, ob dies eine Erleichterung für den Zugang zu SRH darstellt, ist dabei nicht ersichtlich.

## **5 Diskussion**

### **5.1 Übersicht**

Um die Bedürfnisse von Migrantinnen in der präkonzeptionellen Phase bezüglich sexueller und reproduktiver Gesundheit zu erfassen, scheint es nicht ausreichend, sich nur auf jene Studien zu beziehen, welche explizit nach Bedürfnissen fragen. Viel eher ist es bei der komplexen und vielschichtigen Thematik sinnvoll, auch weitere Aspekte wie Herausforderungen, Barrieren und erleichternde Faktoren, welchen die Frauen begegnen, miteinzubeziehen. So kann z.B. ein mehrfach als Herausforderung beschriebener Aspekt auf die Relevanz eines Themas hinweisen im Sinne von vorhandenem Handlungsbedarf oder im Sinne eines Bedürfnisses. Das Gleiche gilt für erleichternde Faktoren. Sie können aufzeigen, was den Migrantinnen beispielsweise

beim Zugang zum System hilft. Somit kann angenommen werden, dass dieser Aspekt im vorgegebenen Kontext ein Bedürfnis für sie darstellt. Aus diesen Gründen werden die im Folgenden aufgeführten Bedürfnisse gemeinsam mit oben genannten Aspekten (Herausforderungen, Barrieren und erleichternde Faktoren) diskutiert.

## **5.2 Diskussion der Ergebnisse**

### **5.2.1 Bedürfnisse zu Information, Beratung und Betreuung**

Die beiden zentralen Ergebnisse bei der Frage nach Bedürfnissen hinsichtlich Information, Beratung und Betreuung sind zum einen der Wunsch der Migrantinnen nach einem verbesserten Zugang zu bestehenden Informationen, welche möglichst verständlich und in verschiedenen Sprachen vorhanden sein sollte (Zahorka & Blöchliger, 2003). Erschwert wird dies durch fehlende Information und Vertrautheit mit dem Gesundheitssystem im Gastland (Higginbottom et al., 2014; Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014). Der Widerspruch zwischen kulturellen sowie traditionellen Bedürfnissen und dem System wirkt dabei zusätzlich erschwerend (Higginbottom et al., 2014). Hinzu kommt die fehlende Kenntnis über psychosoziale und paramedizinische Angebote (Zahorka & Blöchliger, 2003).

Zum anderen zeigt sich als grosses Bedürfnis das Vorhandensein von Beratungsangeboten im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit (Helfferich et al., 2011). Die Angebote sollten laut den Migrantinnen spezifisch auf sie zugeschnitten und möglichst kostengünstig sein (Helfferich et al., 2011; Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003). Der finanzielle Aspekt scheint jedoch bei den vorhandenen Angeboten nicht immer erfüllt zu sein, da er als Herausforderung und Barriere genannt wird (Gurnah et al., 2011; Higginbottom et al., 2014; Kurth et al., 2010; Mengesha et al., 2016; Zahorka & Blöchliger, 2003). Als Herausforderung zeigt sich zudem, dass vorhandene Angebote oft nicht den Migrantinnen angepasst sind (Zahorka & Blöchliger, 2003). Auch organisatorische Aspekte wie Kinderbetreuung und Transport können Hürden im Zugang sein (Higginbottom et al., 2014).

Zusammenfassend zeigen sich bei den unterschiedlichen Autoren und Studiendesigns ähnliche Tendenzen. Unter Einbezug der Analyse zu Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien lässt sich sagen, dass zwei der Reviews (Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014) einen eindeutigen Qualitätsmangel aufweisen, indem keine Qualitätsprüfung der eingeschlossenen Studien vorgenommen wurde. Zudem weist eine Studie (Zahorka & Blöchliger, 2003) durch einen Selektions-Bias und eine „response-rate“ von 50% eine Schwäche auf, welche die Repräsentativität beeinflussen kann. Die Ähnlichkeit der Ergebnisse deutet jedoch darauf hin, dass

einzelne methodische Schwächen der eingeschlossenen Studien keinen schwerwiegenden Einfluss auf die Ergebnisse zu haben scheinen. Bisherige Studien haben sich vor allem auf die Bedürfnisse von Migrantinnen in bestimmten Phasen wie z.B Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett fokussiert. Durch die Form eines integrativen Reviews können Studien verschiedener Designs neue Perspektiven zu einem Thema, in vorliegendem Fall die sexuelle und reproduktive Gesundheit in der präkonzeptionellen Phase, generieren (Torraco, 2005).

Die Ergebnisse entsprechen den Empfehlungen von NICE (2010), welche fordert, dass Migrantinnen Information u.a. über „antenatal services“ erhalten, inklusive wo sie zu finden sind und wie sie davon Gebrauch machen können. Die Informationen sollen für die Frauen zudem in verschiedenen Formen, Settings und Sprachen erhältlich sein (NICE, 2010).

Die Ergebnisse dieses Reviews bedeuten für die Frauen, dass sie trotz dem Bedürfnis nach Zugang zu Informationen und angepassten Angeboten dabei noch immer benachteiligt sind. Auch Heissling und Bode (2013) stellen fest, dass Migrantinnen teilweise aufgrund ihres religiösen Hintergrundes von Informationen ausgeschlossen sind. Die Ergebnisse werfen ebenfalls die Frage auf, inwiefern bereits implizierte Strategien zur Verbesserung des Zuganges tatsächlich greifen, wobei die grosse Komplexität der Thematik nicht unterschätzt werden darf. So wurden in der Schweiz bereits erfolgreich Massnahmen wie eine Internetplattform, Übersetzung von Informationsmaterial sowie ein nationaler Telefondolmetschdienst umgesetzt (Merten & Gari, 2013).

Auch bei der Nutzung bestehender Angebote bestätigen andere Autoren die aufgezeigten Tendenzen dieser Arbeit. So werden beispielsweise vorgeburtliche Kontrollen (BAG, 2008) sowie Vorsorgeuntersuchungen (BAG, 2012) bei Migrantinnen seltener in Anspruch genommen. Somit haben jene Frauen, welche am meisten von einer präkonzeptionellen Betreuung profitieren würden, gleichzeitig den schlechtesten Zugang dazu (Dunkley-Bent, 2005).

Für die Hebammen bedeutet dies, dass sie bei der Erleichterung des Zuganges sowie bei der Schaffung von Angeboten in diesem Bereich stark gefordert sind. So beschreibt auch die WHO (2015) die Schlüsselposition der Hebamme bei der Sicherstellung des Zuganges zur Gesundheitsversorgung.

Mögliche Auswirkungen der aufgezeigten Defizite beim Zugang und bei der Nutzung bestehender Angebote könnten ein zu später oder fehlender Kontakt der Migrantinnen mit Fachpersonen und dem Gesundheitssystem im Allgemeinen sein. Dies könnte

wiederum zu langfristigen gesundheitlichen Konsequenzen führen. So bezeichnet auch Dunkley-Bent (2003) eine frühe und umfassende antenatale Betreuung als Grundpfeiler eines verbesserten maternalen und perinatalen Outcomes. Diese Empfehlung kann auch in der präkonzeptionellen Zeit angewendet werden. Nicht zuletzt beeinflusst die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die dazugehörigen Rechte die gesamte ökonomische, umweltbedingte und soziale Entwicklung (IPPF, 2014), was die hohe Relevanz eines guten Zuganges zu sexueller und reproduktiver Gesundheit unterstreicht.

Die Konsequenz davon ist, dass ein möglichst früher Kontakt mit diesen vulnerablen Gruppen stattfinden soll (Dunkley-Bent, 2005). Eine persönliche Beratung und individuelle Begleitung ist gerade im Bezug auf Präventionsmassnahmen bei Migrantinnen erfolgsversprechend (Aubry & Cignacco, 2015), was die Chancen einer verbesserten Betreuung dieser Gruppe aufzeigt. Bei übergeordneten Ansätzen und Strategien besteht das Risiko, einzelnen Gruppen des Migrantinnenkollektivs nicht gerecht zu werden. Dies da die schweizerische Migrationsbevölkerung gemäss BAG (2013b) und Merten und Gari (2013) sehr heterogen ist. Erschwert werden die Anstrengungen durch die sich stets verändernde Migrationssituation, was der Anstieg der Migrationsbevölkerung auf über 25% in der Schweiz im Laufe des 20. Jahrhunderts verdeutlicht.

Eine Empfehlung zur Verbesserung des Zugangs zu Information und entsprechenden Angeboten ist eine Nutzung bereits vorhandener Kompetenzen der Hebammen im Gebiet der SRH bereits in der präkonzeptionellen Phase. Die Hebammen sind in diesem Tätigkeitsfeld bisher klar untervertreten, was sich in einem späten Erstkontakt der Frauen mit den Hebammen deutlich zeigt (Erdin, 2015). Somit könnte eine Erweiterung der Hebammenrolle in der präkonzeptionellen Phase auch langfristig gesehen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung reduzieren (Dunkley-Bent, 2005).

Auch Ansätze, welche den Einbezug ethnischer Gemeinschaften anstreben, wie beispielsweise der Einsatz von Schlüsselpersonen (Zahorka & Blöchliger, 2003) oder die Ausbildung von Multiplikatorinnen (Helfferich et al., 2011) müssen erwogen werden. Auch Moret und Dahinden (2009) erachten die Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen als zentral. Als Schlüsselpersonen gelten Personen mit Migrationshintergrund, welche zudem über spezifische fachliche Kompetenzen verfügen (Moret & Dahinden, 2009). Schlüsselpersonen stellen also ein Bindeglied zwischen lokalen Institutionen und teils schwierig erreichbaren Personen der Migrationsbevölkerung dar. Dies kann Zugangsbarrieren deutlich senken und zeigt sich

als wirksame Massnahme (Moret & Dahinden, 2009). Auch NICE (2016) empfiehlt den Einbezug der Gemeinschaften, um deren Bedürfnisse und Prioritäten zu berücksichtigen und Ressourcen zu nutzen.

Unsere Vision beinhaltet zudem die tatsächliche Verwirklichung des oft zitierten Betreuungsbogens nach Sayn-Wittgenstein (2007), bereits vor Beginn der Familienplanung und nicht, wie aktuell meistens praktiziert, erst im Rahmen der Schwangerschaft und Geburt.

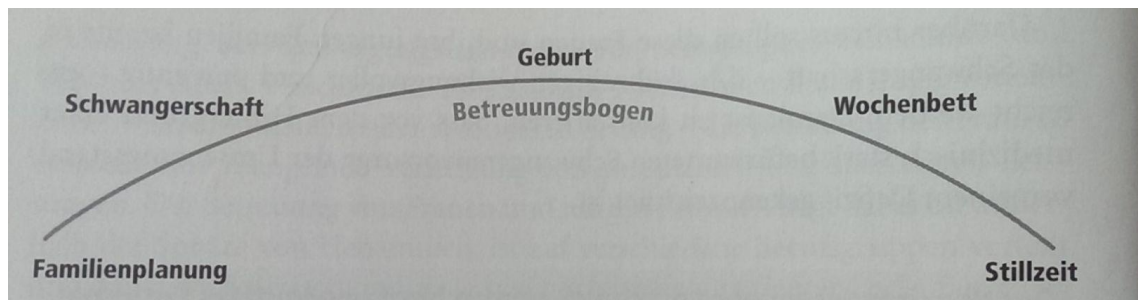


Abbildung 4: Betreuungsbogen nach Sayn-Wittgenstein (2007, S.24)

### 5.2.2 Bedürfnisse bezüglich dem Fachpersonal

Beim Bedürfnis bezüglich des Fachpersonals fallen drei Bereiche besonders auf. Der erste betrifft gewünschte Eigenschaften. Dabei fällt das grosse Bedürfnis nach weiblichen Fachpersonen auf, sowie weitere Aspekte wie persönlicher Kontakt, Geduld und Zeit, Freundlichkeit und Respekt sowie Betreuungskontinuität. Männliches Fachpersonal wird explizit als Zugangsbarriere zu sexueller und reproduktiver Gesundheit wahrgenommen und beeinflusst das Erleben der Frauen negativ (Gurnah et al., 2011; Mengesha et al., 2016).

Der zweite Bereich dreht sich um die kulturellen und sprachlichen Aspekte im Kontakt mit dem Fachpersonal (Helfferich et al., 2011; Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003). Dabei werden interkulturelle Kompetenz der Fachpersonen, Kenntnis von Herkunftskultur und Religion, sowie die Beratung in der Herkunftssprache und eine Präferenz von Fachpersonen aus dem Herkunftsland genannt (Helfferich et al., 2011; Mengesha et al., 2016; Zahorka & Blöchliger, 2003). Im Bezug auf den Begriff interkulturelle Kompetenz muss angemerkt werden, dass heute eher vom Begriff transkulturelle Kompetenz gesprochen wird, da dieser dem dynamischen Kulturbegriff entspringt (Domening, 2007). Mengesha et al. (2016) und Zahorka und Blöchliger (2003) beschreiben, dass transkulturelle Kompetenz der Fachpersonen von den Migrantinnen noch immer vermisst wird. Davon zeugen Berichte über erlebte Diskriminierung, Rassismus sowie das Erleben kultureller

Stereotypien, Insensibilität und Vernachlässigung (Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003).

Nicht als explizites Bedürfnis, jedoch als grosse Herausforderung wird die Kommunikation genannt (Gurnah et al., 2011; Higginbottom et al., 2014; Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003). Übersetzungsdienste wirken dabei zwar als erleichternder Faktor und werden geschätzt, sie vermögen Kommunikationsprobleme aber nicht zu vermeiden (Gurnah et al., 2011; Mengesha et al., 2016). Das BAG (2013b) bestätigt die Problematik der Kommunikation mit Fachpersonal. Eine respektvolle Betreuung mit Beachtung der individuellen Bedürfnisse, Unterstützung bei Kommunikationsproblemen sowie beim Verstehen des Gesundheitssystems sind für viele Migrantinnen wichtiger als explizit kulturspezifisches Wissen.

Der dritte Bereich betrifft das Bedürfnis nach Transparenz und Miteinbezug bei Entscheidungen über Untersuchungen, Interventionen oder Medikamentengaben (Mengesha et al., 2016; Small et al., 2014; Zahorka & Blöchliger, 2003). Die Möglichkeit der Migrantinnen, eine informierte Wahl bezüglich Betreuung und Behandlung zu treffen, fordert auch NICE (2010).

Insgesamt lässt sich sagen, dass Migrantinnen trotz grosser Diversität von Kultur und Herkunft sehr ähnliche Vorstellungen haben, was sie sich von Fachpersonen wünschen (Small et al., 2014). Sie stehen jedoch besonderen Herausforderungen wie migrationsbedingter sozialer Isolation gegenüber, bedingt durch das Fehlen eines familiären und sozialen Netzwerkes, erlebten Traumata sowie Zukunftsängsten (Higginbottom et al., 2014; Kurth et al., 2010; Zahorka & Blöchliger, 2003). Die soziale Unterstützung scheint bei der Migrationsbevölkerung einen besonders grossen Einfluss auf den Gesundheitszustand zu haben (BAG, 2013b). Nebst diesen psychosozialen Faktoren führen sozio-ökonomische, materielle und strukturelle Faktoren (Richter et al., 2011) zu grosser Vulnerabilität und schlechter Ausgangslage. Eine Kombination aus der erschwerten Ausgangslage, sprachlichen Herausforderungen, fehlender Transparenz bezüglich Behandlungen, Interventionen und Medikamenten sowie Zeitdruck in der Betreuung können das gesundheitliche Outcome der Migrantinnen massgeblich beeinflussen. Bestätigt wird diese Hypothese durch eine erhöhte Sterblichkeit im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt bei der Migrationsbevölkerung (BAG, 2008), sowie durch eine höhere Anzahl von ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen (Merten & Gari, 2013).

Im Umgang mit Migrantinnen bedeutet das für die Hebammen, dass die Frauen nicht aufgrund ihrer Herkunft oder äusseren Erscheinung stereotypisiert werden dürfen. NICE (2010) fordert diesbezüglich, dass Annahmen zur Migrantin, basierend auf Kultur, Ethnizität oder Religion zu vermeiden sind und die Frauen immer mit Freundlichkeit, Respekt und Würde behandelt werden sollen. Auch der internationale Ethikkodex für Hebammen fordert, dass kulturelle Vielfalt respektiert werden soll (Schweizerischer Hebammenverband [SHV], 1994).

Dies bedingt eine transkulturell kompetente Betreuung, welche primär die Interaktion zwischen Hebammen und Migrantinnen in den Mittelpunkt stellt und nicht die Kulturen an sich. Somit ist kulturspezifisches Wissen keine Voraussetzung um qualitativ gute Betreuung zu gewährleisten (Domering, 2007), was als Chance gewertet werden kann. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz ermöglicht durch übergeordnete Prinzipien die Anwendung auf alle Individuen. Somit kann es der grossen Heterogenität des Migrantinnenkollektivs gerecht werden.

Die entsprechenden Ziele des Bundesrates (BAG, 2013b), auch vulnerablen Gruppen wie Migrantinnen und Migranten gerecht zu werden, können ohne Erweiterung der Tätigkeitsfelder der Hebammen nicht erreicht werden (Aubry & Cignacco, 2015).

### **5.2.3 Bedürfnisse bezüglich Verhütung**

Im Bereich der Verhütung zeigen sich insgesamt mehr Barrieren für die Migrantinnen als explizit formulierte Wünsche. So werden nur die Aspekte Sicherheit sowie Selbstbestimmung und Autonomie als Bedürfnis genannt, wenn es um die Verwendung von Verhütungsmitteln geht (Helfferich et al., 2011). Einerseits spricht die grosse Stichprobe der Studie von Helfferich et al. (2011) für eine gute Repräsentativität, andererseits beziehen sich die Resultate auf zwei ganz bestimmte Migrantinnengruppen, welche sich in ihrer Biografie und in ihren Bedürfnissen stark unterscheiden.

Barrieren zeigen sich im erschwerten Zugang direkt nach der Zuwanderung, sowie für ledige und alleinstehende Frauen. Hohe Kosten, Angst vor negativen Auswirkungen auf den Körper sowie religiöse Vorbehalte und Mythen zu Verhütungsmitteln stellen weitere Barrieren dar (Gurnah et al., 2011; Helfferich et al., 2011). Hohe Kosten werden auch von Fachpersonen als Barrieren identifiziert, wobei sie als zusätzlichen Aspekt Sprachbarrieren als Grund für fehlende Verhütung nennen (Kurth et al., 2010).

Alle Studien, welche sich zum Thema Verhütung äussern, untersuchen sehr spezifische Populationen mit ihren jeweiligen Eigenheiten, was bezüglich Übertragbarkeit beachtet werden muss.



Für die Migrantinnen bedeuten die Ergebnisse, dass sie durch die verschiedenen Faktoren im Zugang und in der Verwendung von Verhütung benachteiligt sind. Bestätigt wird dies durch Untersuchungen von Heissling und Bode (2013), welche aufzeigen, dass Migrantinnen insgesamt weniger gut über körperliche Vorgänge Bescheid wissen und schlechter verhüten. Durch oben genannte Benachteiligungen im Zugang zu verständlicher Information sowie durch Kommunikationsschwierigkeiten suchen die Migrantinnen vermehrt Unterstützung und Austausch in ihrer kulturellen Gemeinschaft (Gurnah et al., 2011). Einerseits kann dies positiv gewertet werden, da Migrantinnen den Rat erfahrener Frauen suchen und schätzen (Zahorka & Blöchliger, 2003). Andererseits kann dies dazu führen, dass sich Mythen und Halbwissen über Verhütungsmittel und deren Auswirkungen auf den Körper innerhalb der Gemeinschaft halten und verbreiten (Gurnah et al., 2011; Helfferich et al., 2011). Dies spiegelt erneut den Konflikt zwischen traditionellen und kulturellen Werten und Sichtweisen zu Gesundheit und dem Gesundheitssystem im Gastland.

Um einerseits den Konflikt der Migrantinnen zu reduzieren und andererseits Barrieren im Zugang zur Verhütung abzubauen, könnte der Einbezug der jeweiligen kulturellen Gemeinschaften sinnvoll sein. Dies da „erfahrene Frauen“ nur dann eine wertvolle Ressource darstellen, wenn ihre Kenntnisse nicht von Mythen und Halbwissen geprägt sind. Eine mögliche Herangehensweise wäre die Ausbildung von sogenannten Multiplikatorinnen, welche als Bindeglied zwischen den Fachpersonen und den Gemeinschaften fungieren. Dies könnte eine Chance sein und entspricht einerseits der Empfehlung der Expertinnen und Experten in der Studie von Helfferich et al. (2011), andererseits dem Wunsch der Migrantinnen nach einer Mentorin mit demselben kulturellen Hintergrund (Mengesha et al., 2016). Auch Moret und Dahinden (2009) empfehlen den Einbezug von Schlüsselpersonen, da Personen der gleichen Herkunft oft grösseres Vertrauen entgegengebracht wird als Schweizer Personen oder Institutionen. Ein zusätzlich positiver Effekt von solchen gesundheitsfördernden Massnahmen ist ihre stark dämpfende Wirkung auf volkswirtschaftliche Kosten (BAG, 2013a).

Eine Schwierigkeit dabei könnte die Rekrutierung geeigneter Schlüsselpersonen und Multiplikatorinnen darstellen, da das Erreichen von Gemeinschaften erfahrungsgemäss, besonders bei marginalisierten Gruppen, erschwert ist und ein gewisses Vertrauensverhältnis voraussetzt. Zudem sind eventuell nicht in allen Gruppen entsprechende Schlüsselpersonen vorhanden.

Die Hebamme sieht sich aktuell vor allem mit den Folgen ungenügender oder fehlender Verhütung konfrontiert, da es dadurch zu mehr ungewollten

Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen kommt (Merten & Gari, 2013). Dies birgt das Risiko, dass kulturelle Stereotypen gefördert oder gefestigt werden, was wiederum die Betreuung von Migrantinnen erheblich beeinflusst. Hier zeigt sich erneut das Potential eines frühen Kontaktes mit den Migrantinnengruppen und der Realisierung eines Betreuungsbogens, in welchem die Hebammen bereits vor der Familienplanung in die Betreuung involviert sind.

### **5.3 Stärken, Schwierigkeiten und Limitationen der vorliegenden Arbeit**

#### **5.3.1 Stärken**

Eine Stärke der Arbeit ist die Bearbeitung des Themas im Rahmen eines integrativen Reviews, da dieser den Einschluss von Studien unterschiedlicher Designs erlaubt, sowie das Potential hat, eine ganzheitliche Darstellung komplexer Konzepte, Theorien und Gesundheitsaspekte zu geben (Whittemore & Knafelz, 2005). Als weitere Stärke kann die Auswahl von überwiegend neueren Studien der letzten sechs Jahre genannt werden. Die Analyse der Studien erfolgte unabhängig durch beide Autorinnen und wurde danach gemeinsam besprochen, um mögliche Fehlinterpretationen der Qualität der Studien zu vermeiden. Dabei zeigte sich eine überwiegend gute Qualität der eingeschlossenen Studien. Qualitative Mängel einzelner Studien sind im Rahmen der Diskussion ersichtlich.

#### **5.3.2 Schwierigkeiten**

Eine Schwierigkeit hat sich bereits bei der Definition des Begriffs „Migrantin“ geäußert, da dieser sehr unterschiedlich verwendet und definiert wird. So muss beispielsweise hinsichtlich der Aufenthaltsdauer im Gastland differenziert werden, da frisch migrierte Frauen möglicherweise andere Bedürfnisse haben als Migrantinnen der zweiten Generation. Bei der Übertragung der Ergebnisse in die Praxis muss dies im Sinne einer Individualisierung der Empfehlung berücksichtigt werden. Das Eingehen auf Besonderheiten einzelner Gruppen liess der Umfang dieser Arbeit nicht zu. Auch den unterschiedlichen Gesundheitssystemen in den untersuchten Ländern konnte nicht Rechnung getragen werden. Trotzdem fällt auf, dass die Resultate der einzelnen Studien durchaus vergleichbar sind.

Weitere Schwierigkeiten haben sich vor allem beim Ein- und Ausschluss von thematisch geeigneten Studien ergeben. Dies, da nur wenige Studien spezifisch auf die Fragestellung Bezug nehmen. Dies erforderte ein grosses Fingerspitzengefühl bei der Auswahl geeigneter Studien, wodurch die Auswahl vermutlich auch subjektiv mitgeprägt wurde. Es kann dadurch nicht ausgeschlossen werden, dass Studien mit

relevanten Einzelaspekten übersehen wurden. Neben der Datenbanksuche wurden viele Studien per Handsuche gefunden, was viel Zeit in Anspruch nahm. Im weiteren Verlauf der Arbeit ergaben sich zudem einerseits Schwierigkeiten durch das Vorhandensein von Duplikaten, andererseits durch den späten Einschluss eines neu publizierten Reviews, was zum Ausschluss von zwei bereits analysierten Studien führte.

### **5.3.3 Limitationen**

Bei der Auseinandersetzung mit den Qualitätskriterien von Reviews ist die Wichtigkeit des Einschlusses unpublizierter, sogenannt grauer Literatur aufgefallen. Dieses Kriterium wird in dieser Arbeit nicht vollständig erfüllt.

Die Fragestellung wurde bewusst sehr offen formuliert, um ein möglichst ganzheitliches Bild der Thematik zu erhalten. Dies spiegelt sich zudem in den Suchbegriffen, welche ebenfalls übergeordnete Begriffe beinhalten. Dies hat zur Folge, dass spezifische Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, wie zum Beispiel sexuell übertragbare Krankheiten, bei den Ergebnissen nicht auftauchten.

Bei der Analyse der Studien besteht einerseits durch die Übersetzung ins Deutsche sowie durch die Extraktion und Zusammenfassung der Ergebnisse die Gefahr einer Verzerrung oder eines Verlustes an Daten. Diesem Risiko wurde, wie von Whitemore und Knafl (2005) empfohlen, mittels abschliessender Verifizierung der Daten in den Primärstudien sowie mittels des Gegenlesens der Analyse, entgegengewirkt. Zudem muss gesagt werden, dass bei der Bewertung der qualitativen Studien die Anwendung der Qualitätskriterien sehr subjektiv geprägt sein kann und weniger klaren Regeln folgt, als dies bei quantitativen Studien der Fall ist.

Als zusammenfassende Schwäche im Bezug auf den integrativen Review muss das Risiko der Kombination verschiedener Designs genannt werden. Dieses liegt gemäss Beck und O'Matuna (zitiert in Whitemore & Knafl, 2005) im Verlust an Präzision und Genauigkeit sowie in der Gefahr von systematischen Fehlern. Um dieses Risiko zu verringern, erfolgte die Analyse gemäss den empfohlenen Schritten, welche von Whitemore und Knafl (2005) genau definiert wurden. Dies erleichterte eine systematische Vorgehensweise.

## 6 Schlussfolgerung

Migrantinnen befinden sich in einem grossen Spannungsfeld. Auf der einen Seite stehen kulturelle, traditionelle und religiöse Aspekte der jeweiligen individuellen Lebenswelt. Auf der anderen Seite steht das stark biomedizinisch geprägte Gesundheitssystem des Gastlandes, wobei das Gesundheitssystem im Herkunftsland durch den Kolonialismus ebenfalls bereits mehr oder weniger mitgeprägt wurde.

Dies führt zu Herausforderungen im psychosozialen, sozioökonomischen, materiellen und strukturellen Bereich. Besonders entscheidend wirkt sich dabei der erschwerte Zugang zu Informationen sowie zu sexueller und reproduktiver Gesundheit im Allgemeinen aus. Die frühe und umfassende antenatale Betreuung ist im Bereich der reproduktiven Gesundheit dabei entscheidend für das maternale und perinatale Outcome (Dunkley-Bent, 2005).

Konsequenzen dieser Erkenntnisse sind, dass ein früher Kontakt mit vulnerablen Gruppen wie Migrantinnen angestrebt werden sollte (Dunkley-Bent, 2005). Zudem könnte der Einbezug dieser Gruppen Chancen bieten und dabei helfen, das beschriebene Spannungsfeld zu reduzieren.

Eine weitere Konsequenz ist die Förderung transkultureller Kompetenz in der Praxis mit Fokus auf individuelle Schicksale und Lebenswelten und nicht auf eng gefasste Kulturdefinitionen, auch mit dem Ziel, eingefahrene Stereotypen abzubauen und zu vermeiden. Nur so kann der grossen Heterogenität der Migrantinnen Rechnung getragen werden, welche durch die aktuellen Migrationsbewegungen tendenziell weiter verstärkt wird.

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich ein Veränderungsbedarf, insbesondere im Berufsfeld der Hebammen, ableiten. Um dem Aspekt des frühen Kontaktes mit Migrantinnen gerecht zu werden, bedarf es einer Erweiterung der Rolle der Hebammen mit Nutzung bereits vorhandener Kompetenzen und Ressourcen. Insbesondere sollte der Beginn der Betreuung am Anfang des Betreuungsbogens an Bedeutung gewinnen. Gelingt dies, könnte eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes von Migrantinnen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit erreicht werden. Die Erweiterung der Hebammenrolle bedingt die Umsetzung der vom Bundesrat formulierten gesundheitspolitischen Prioritäten bis zum Jahre 2020 (BAG, 2013a). Gleichzeitig sollte das Thema der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen sowohl in der Grundausbildung wie in der Weiterbildung von Hebammen berücksichtigt oder ausgebaut werden. Dies entspricht einerseits der bundesrätlichen Forderung nach einer Anpassung der Lerninhalte in der Ausbildung, um den aktuellen Anforderungen gerecht zu werden (BAG, 2013a) und der Tatsache, dass

Bildungsangebote im Bereich transkultureller Kompetenz explizit bezüglich reproduktiver Gesundheit bisher fehlen (Merten & Gari, 2013). Andererseits entspricht es der Empfehlung von NICE (2010), „healthcare professionals“ in diesem Bereich zu schulen.

Um die schwer erreichbaren marginalisierten Gruppen von Migrantinnen zu erreichen, ist eine Zusammenarbeit mit allen Akteuren der Migrationspolitik wünschenswert. Dies würde auch die Umsetzung von Ansätzen, wie die Ausbildung von Multiplikatorinnen, erleichtern.

Basierend auf diesen Erkenntnissen zeigt sich weiterer Forschungsbedarf vor allem beim Erfassen von den Bedürfnissen frisch migrierter Frauen. Dies insbesondere aufgrund der Aktualität der Thematik, aber auch, weil der aktuelle Forschungsstand diesbezüglich äusserst spärlich ist. Dies empfehlen auch Zahorka und Blöchliger (2003), da Asylantinnen, „Sans-Papiers“ und andere marginalisierte Gruppen zwar eine Minderheit sind, jedoch eine Gruppe mit signifikanten Problemen darstellen und daher Gegenstand zukünftiger Untersuchungen sein sollten.

## 7 Literaturverzeichnis

- Adanu, R.M.K., & Johnson, T.R.B. (2009). Migration and women's health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106(2), 179–181. doi:10.1016/j.ijgo.2009.03.036
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2011). *Systematische Evidenz-Recherche*. Aufgerufen unter <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/mdb/edocs/pdf/leitlinien-manual/kapitel5.pdf>
- Aubry, E., & Cignacco, E. (2015). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern: Ein Expertinnen- und Expertenbericht*. Aufgerufen unter [https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/migrated/content/uploads/Grundlagenbericht\\_Berner\\_Fachhochschule\\_Fachbereich\\_Gesundheit.pdf](https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/migrated/content/uploads/Grundlagenbericht_Berner_Fachhochschule_Fachbereich_Gesundheit.pdf)
- Behrens, J., & Langer, G. (2015). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (4. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Brand, C. (2007). Beleghebamme ein Modell der Zukunft in der Schweiz? (Bachelor Thesis, Berner Fachhochschule Gesundheit, Bern, Schweiz). Aufgerufen unter [https://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx\\_frppublikationen/Brand\\_2007\\_Beleghebammen\\_doc-98.pdf](https://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/Brand_2007_Beleghebammen_doc-98.pdf)
- Bundesamt für Gesundheit. (2008). *Migration und Gesundheit*. Aufgerufen unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/13998/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010*. Aufgerufen unter <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00572/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit. (2013a). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats. Gesundheit2020*. Aufgerufen unter <http://www.bag.admin.ch/gesundheitspolitik/07685/07688/14002/?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit. (2013b). *Nationales Programm Migration und Gesundheit Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17*. Aufgerufen unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/14002/?lang=de>

- Bundesamt für Statistik (2014). *Gesundheit von Müttern und Neugeborenen in der Migrationsbevölkerung*. Aufgerufen unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/dos/05.html>
- DockCheck Flexikon (2016). *Präkonzeptionell*. Aufgerufen unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Pr%C3%A4konzeptionell>
- Domening, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domening (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 165-189). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Dunkley-Bent, J. (2005). Changing Practice: Developing a public health role for midwives. In P. Ó. Lúanaigh (Eds.), *Midwifery and public health: Future directions and new opportunities* (pp. 25-40). Edinburgh, Great Britain: Elsevier Churchill Livingstone.
- Erdin, R. (2015). *Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz: Bericht zur Erhebung 2014*. Aufgerufen unter <http://pd.zhaw.ch/publikation/upload/209352.pdf>
- Gurnah, K., Khoshnood, K., Bradley, E., & Yuan, C. (2011). Lost in translation: Reproductive health care experiences of somali bantu women in Hartford, Connecticut. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 340-346. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00028.x
- Helfferrich, C., Klindworth, H., & Kruse, J. (2011). *Frauenleben: Familienplanung und Migration im Lebenslauf*. Aufgerufen unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-sexualaufklaerung-und-familienplanung/?idx=2024>
- Heßling, A., & Bode, H. (2013). Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener: Ausgewählte Ergebnisse von Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Bundesgesundheitsblatt* 56, 184-191. doi: 10.1007/s00103-012-1605-1
- Higginbottom, G.M.A., Hadzabdic, E., Yohani, S., & Paton, P. (2014). Immigrant women's experience of maternity services in Canada: A metha-ethnography. *Midwifery*, 30(5), 544-559. doi: 10.1016/j.midw.2013.06.004
- International confederation of midwives. (2014a). *International code of ethics for midwives*. Retrieved from

[http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_001\\_V2014\\_ENG\\_International\\_Code\\_of\\_Ethics\\_for\\_Midwives.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001_V2014_ENG_International_Code_of_Ethics_for_Midwives.pdf)

International confederation of midwives. (2014b). *Philosophy and model of midwifery care*. Retrieved from

[http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005\\_001\\_V2014\\_ENG\\_Philosophy\\_and\\_model\\_of\\_midwifery\\_care.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001_V2014_ENG_Philosophy_and_model_of_midwifery_care.pdf)

International Planned Parenthood Federation. (2009). *Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung*. Aufgerufen unter

[https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF\\_Deklaration\\_Sexuelle\\_Rechte-dt2.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf)

International Planned Parenthood Federation. (2014). *Sexual and reproductive health and rights – a crucial agenda for the post-2015 framework*. Retrieved from

[http://www.ippf.org/sites/default/files/report\\_for\\_web.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/report_for_web.pdf)

Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., & Donner-Banzhoff, N. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Köln, Deutschland: Deutscher Ärzteverlag.

Kurth, E., Jaeger F.N., Zemp E., Thudin S., & Bischoff A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women: A challenge for health professionals. *BMC Public Health*, 10(659), 1-11. doi: 10.1186/1471-2458-10-659

Laenderdaten (n.d). *Mitgliedstaaten OECD*. Aufgerufen unter <https://www.laenderdaten.info/Staatenbuendnis/OECD.php>

Mengesha, Z.B., Dune, T., & Perz, J. (2016). Culturally and linguistically diverse women's views and experiences of accessing sexual and reproductive health care in Australia: A systematic review. *Sexual Health*, 1-12. doi:10.1071/SH15235.

Merten, S., & Gari, S. (2013). *Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmelandern*. Aufgerufen unter

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13722/index.html?lang=de>

Moret, J., & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation: Kooperation mit Netzwerken von Zugewanderten*. Aufgerufen unter <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00276/index.html?lang=de>



- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110/resources/pregnancy-and-complex-social-factors-a-model-for-service-provision-for-pregnant-women-with-complex-social-factors-35109382718149>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Community engagement: Improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health-and-wellbeing-and-reducing-health-inequalities-1837452829381>
- Open Grey (n.d). *Grey Literature*. Retrieved from <http://www.opengrey.eu/about/greyliterature>
- Origlia-Ikhillor, P. (2006). Transkulturelle Kompetenz von Hebammen: Durch Lebenswelten bummeln. *Hebamme.ch*, (9), 4-9. Aufgerufen unter [http://www.hebamme.ch/x\\_data/heft\\_pdf/2006-09-04.pdf](http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2006-09-04.pdf)
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (Hrsg.). (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern, Schweiz: Hans Huber
- Richter, M., Ackermann, S., & Moor, I. (2011). *Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review*. Aufgerufen unter <http://www.baq.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10417/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6qpJCLelN9gWym162epYbg2c JjKbNoKSn6A-->
- Sayn-Wittgenstein, F. (2007). *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*. Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2009). *Forschung mit Menschen: Ein Leitfaden für die Praxis*. Aufgerufen unter [www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Leitfaden/d\\_Forschung-mit-Menschen.pdf](http://www.samw.ch/dms/de/Publikationen/Leitfaden/d_Forschung-mit-Menschen.pdf)
- Schweizerisches Hebammenverband (1994). *Internationaler Ethikkodex für Hebammen*. Aufgerufen unter [http://www.hebamme.ch/x\\_dnld/doku/ethikkodexd.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexd.pdf)

- Schweizerischer Hebammenverband (2009). *Hebammen helfen Gesundheitskosten zu reduzieren*. Aufgerufen unter [http://www.hebamme.ch/x\\_dnld/htag/2009/Statement\\_Volkswirtschaft\\_d.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnld/htag/2009/Statement_Volkswirtschaft_d.pdf)
- Sexuelle Gesundheit Schweiz. (2014). *Jahresbericht 2014*. Aufgerufen unter [https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2015/05/Jahresbericht-2014\\_SEXUELLE-GESUNDHEIT-Schweiz\\_DE\\_web.pdf](https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2015/05/Jahresbericht-2014_SEXUELLE-GESUNDHEIT-Schweiz_DE_web.pdf)
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., McCourt, C., & Gagnon, A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: A systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(152), 1-17. doi:10.1186/1471-2393-14-152
- Staatssekretariat für Migration. (2016). *Asylstatistik Januar 2016*. Retrieved from <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/aktuell/news/2016/2016-02-10.html>
- Steinke, I. (2015). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E.v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 319-331). Reinbek bei Hamburg, Deutschland: Rowohlt.
- Torraco, R.J. (2005). Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human Resource Development Review*, 4(3), 356-367. doi:10.1177/1534484305278283
- United Nations Development Programme (2015). *Human Development Report 2015*. Retrieved from [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf)
- Whittemore, R., & Knafk, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- World Health Organisation (2011) *Sexuelle Gesundheit ein Leben lang, Definition*. Aufgerufen unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- World Health Organisation. (2015). *European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020\\_en-REV1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategic-directions-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf?ua=1)

Zahorka M., & Blöchliger C. (2003). *Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz*. Aufgerufen unter <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07696/index.html?lang=de&download=NHZLpZig7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCFeX59g2ym162dpYbUzd,Gpd6emK2Oz9aGodetmqaN19Xl2ldvoaCUZ,s->

## 8 Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BfS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
GMM	Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung
ICM	International confederation of midwives
IPPF	International Planned Parenthood Federation
MeSH	Medical Subject Headings
NGO	Non-governmental organization (Nichtregierungsorganisation)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
SAMW	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften
SEM	Staatssekretariat für Migration
SGS	Sexuelle Gesundheit Schweiz
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SRH	Sexual and reproductive Health / sexuelle und reproduktive Gesundheit
UNDP	United Nations Development Programme
WHO	World health Organisation

## 9 Glossar

**Personen mit Migrationshintergrund:** Alle Personen, welche bei der Geburt eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, unabhängig davon, ob sie in der Schweiz geboren wurden. Dies umfasst alle in der Schweiz wohnhaften Ausländerinnen und Ausländer der ersten und zweiten Generation sowie die eingebürgerten Personen (BAG, 2008).

**Sexuelle und reproduktive Gesundheit:** Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden (WHO, 2011).

**Präkonzeptionelle Phase:** Nach DocChek Flexikon (2016) bedeutet präkonzeptionell „vor der Befruchtung“. In unserer Arbeit wird der Begriff als Phase ausserhalb Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verwendet.

**OECD-Länder:** Zu den OECD-Ländern gehören zurzeit 34 Mitgliedstaaten, welche sich zu einem Staatenbündnis zusammengeschlossen haben (Laenderdaten, n.d).