

# Frauengesundheit in der Migration

## Unterlagen zur Unterrichtsgestaltung



## Impressum

### **Herausgeber**

© Abteilung Gesundheit und Diversität SRK

### **Kontaktadresse**

Abteilung Gesundheit und Diversität

Werkstrasse 18

3084 Wabern

031 960 75 75

[gi-gesundheit@redcross.ch](mailto:gi-gesundheit@redcross.ch)

### **Datum der Publikation**

2014

2. überarbeitete Fassung

# Inhalt

<b>Die Toolbox Frauengesundheit in der Migration</b>	<b>4</b>
<b>Inhaltlicher Überblick</b>	<b>5</b>
<b>1. Frauen in der Migration</b>	<b>7</b>
1.1. Frauenspezifische Migrations- und Fluchtgründe	8
<b>2. Gesundheit in der Migration</b>	<b>9</b>
2.1. Gesundheitliche und frauenspezifische Belastungen in der Migration	9
2.1.1. Übersicht Aufenthaltsbewilligungen (Ausländerausweis)	11
2.2. Ressourcen in der Migration	12
<b>3. Spezifische Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung</b>	<b>14</b>
3.1. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	14
3.2. Schwangerschaftsabbruch, Verhütung	15
3.3. Weibliche Genitalbeschneidung/FGM	16
<b>4. Chancengleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung im Migrationskontext</b>	<b>18</b>
4.1. Erhöhung der Chancengleichheit durch transkulturell kompetentes Handeln	19
4.2. Transkulturelle Anamnese-Instrumente	20
4.2.1. Transkulturelle Anamnese	20
4.2.2. Fragebogen für Schwangere, Gebärende und Frauen im Wochenbett mit Migrationshintergrund	23
<b>5. Unterrichtsgestaltung</b>	<b>26</b>
5.1. Ziele für den Unterricht	27
5.2. Exemplarische Unterrichtsgestaltung	28
5.3. Arbeitsblätter für den Unterricht	30
<b>6. Literatur und Links</b>	<b>41</b>

# Die Toolbox Frauengesundheit in der Migration

Die Toolbox richtet sich an Lehrpersonen der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen und soll die Unterrichtsgestaltung erleichtern.

Die Lehrpersonen finden darin

- theoretische Hintergründe
- Ziele für den Unterricht
- Arbeitsblätter
- einen exemplarischen Unterrichtsablauf
- thematisch gegliederte Hinweise auf weiterführende Literatur oder Webseiten und, wo vorhanden, auch auf audiovisuelle Medien

# Inhaltlicher Überblick

Unser Bild von Migrantinnen in der Schweiz wird oft einseitig vom Stereotyp des Opfers geprägt: Migrantinnen verrichten schmutzige, anstrengende Arbeiten zu unregelmässigen Zeiten, häufig in Reinigungsbetrieben, im Sex- oder Unterhaltungsgewerbe. Migrantinnen sind niedrig qualifiziert, sprechen die Landessprachen nicht, sie sind sozial isoliert und von ihren Ehemännern abhängig. Sie sind entweder diesen im Rahmen des Familiennachzugs in die Schweiz gefolgt oder Opfer von Verfolgung oder Frauenhandel. Sie sind emotional und körperlich grossen Belastungen ausgesetzt, was sich negativ auf ihre Gesundheit auswirkt.

Dieses Bild entspricht der Realität – diese Migrantinnen gibt es und die Belastungen auf ihre Gesundheit sind gross. Das Bild zeigt aber nur einen Teil der Realität von Migrantinnen in der Schweiz. Diese ist vielfältiger und geprägt von den unterschiedlichsten Biographien, Migrationsgründen, Lebensumständen und auch Ressourcen.

Warum Frauen migrieren, wie und ob sie in der Migration gesund bleiben, hängt ab von verschiedenen Aspekten wie beispielsweise dem individuellen sozioökonomischen Status, dem sozialen Netz in der Migration, den zur Verfügung stehenden persönlichen Bewältigungsstrategien oder den Zugangsmöglichkeiten zur gesundheitlichen Versorgung.

Diese Toolbox widmet sich den Lebenssituationen von Frauen in der Migration und ihrer Gesundheit. Es stehen hier also vor allem die Belastungsfaktoren für die Gesundheit der Frauen im Migrationskontext im Fokus, da Migrantinnen einigen spezifischeren Belastungen ausgesetzt sind als Nicht-Migrantinnen. Diese problem-orientierte Betrachtungsweise soll jedoch den Blickwinkel darauf nicht verstellen, dass Frauen auch über viele Ressourcen zur Bewältigung des Lebens in der Migration verfügen.

Im Sinne der gesundheitlichen Chancengleichheit, die mit der nationalen Strategie «Migration und Gesundheit»<sup>1</sup> des Bundesamtes für Gesundheit angestrebt wird, ist das Wissen über die besondere Situation der Frauen in der Migration für die Gesundheitsfachpersonen wichtig. Es hilft, eine angepasste und qualitativ gute Dienstleistung auch im Migrationskontext zu erbringen.

---

1 Weiterführende Hinweise: Bundesamt für Gesundheit > Themen > Gesundheitspolitik > Migration und Gesundheit

In einem ersten und theoretischen Teil werden zunächst die spezifischen Erfahrungen von Frauen in der Migration, die frauenspezifischen Migrations- und Fluchtgründe, aber auch die spezifischen Belastungen, welchen Migrantinnen ausgesetzt sind, und die Ressourcen, die sie mobilisieren können, beleuchtet. Danach wird auf die Situation von Migrantinnen in der Gesundheitsversorgung eingegangen. Es werden einzelne zentrale Themen der Frauengesundheit wie beispielsweise Schwangerschaft und Geburt vertieft.

In einem zweiten Teil gehen wir auf die Unterrichtsgestaltung ein. Es werden zuerst exemplarische Pläne dargestellt und danach in Arbeitsblättern praktische Übungen zur Vertiefung und Anwendung des Hintergrundwissens vorgeschlagen.

# 1. Frauen in der Migration

**«Weibliche Migration ist genau so vielfältig und dynamisch wie die männliche Migration.»** (EKM 2009: 44)

Ungefähr die Hälfte aller migrierenden Menschen weltweit ist weiblich. In der Schweiz lebten 2012 laut Daten der Volkszählung etwas über 2.3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, davon waren 50.8 Prozent weiblich.<sup>2</sup> Insgesamt lebten 2012 rund 1.8 Millionen Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit hier, davon waren rund 47 Prozent weiblich.<sup>3</sup>

Diese Zahlen entsprechen nicht dem immer noch vorherrschenden Bild des männlichen Gastarbeiters, der nach einigen Jahren Frau und Kinder nachzieht. Frauen migrieren gemeinsam mit ihren Ehemännern oder reisen diesen nach, sie migrieren mit ihren Kindern, alleine, aus Erwerbsgründen oder weil sie ihr Land aufgrund von Krieg oder Verfolgung verlassen müssen. Die Migrationsgründe sind so vielfältig wie bei männlichen Migranten. Hinzu kommen genderspezifische Migrations- und Fluchtgründe. Die genderspezifischen Fluchtgründe werden in der Schweiz den asylrechtlich anerkannten Verfolgungsmotiven zugeordnet (siehe Kap. 1.1.).

Die Verteilung der Geschlechter in der Migration ist je nach Zeitraum und Region sehr unterschiedlich. Erhebungen machen deutlich, dass in reicheren nördlichen Ländern mehr Migrantinnen leben als in ärmeren südlichen Ländern. Zahlen zu Migrationsbewegungen verdeutlichen auch deren grosse Vielfalt. Je nach Rahmenbedingungen in den Herkunfts- und Zielländern, migrieren eher Frauen oder Männer, eher qualifizierte oder unqualifizierte Arbeitskräfte. So führte beispielsweise die höhere Erwerbsquote von Frauen in nördlichen Ländern zu einer grösseren Nachfrage nach Dienstleistungen im Haushalt und damit zu einer wachsenden Migration von weiblichen Kindermädchen und Haushaltshilfen aus südlichen und östlichen Ländern (EKM 2009).

---

2 Die Zahlen der Volkszählung geben den Migrationshintergrund der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren wieder. Dies schliesst sowohl Schweizer(innen) mit Migrationshintergrund als auch Ausländer(innen) der 1., 2. und 3. Generation ein. BFS: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/new/nip\\_detail.html?gnplD=2013-262](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/new/nip_detail.html?gnplD=2013-262)

3 BFS: Altersmasszahlen der ständigen Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeitskategorie und Geschlecht, am 31.12.2012: [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach\\_staatsangehoerigkeit.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_staatsangehoerigkeit.html)

Die individuellen Biographien der Migrantinnen sind genauso vielfältig wie die Migrations- und Fluchtgründe und die Lebensumstände in der Schweiz. Migrantinnen bilden eine sehr heterogene Gruppe, mit unterschiedlichen Kompetenzen, Ressourcen, Bedürfnissen. Sie sind je spezifischen Belastungen vor, während und nach erfolgter Migration ausgesetzt.

### **1.1. Frauenspezifische Migrations- und Fluchtgründe**

Die Migrationsgründe von Frauen haben sich in den letzten Jahrzehnten vom Familiennachzug und der Heiratsmigration hin zur Arbeitsmigration verlagert. Gemäss der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) stellen Frauen weltweit die Hälfte der Arbeitsmigrantinnen und -migranten dar. Oft sichern sie ganz oder teilweise das Überleben zahlreicher Familienmitglieder im Heimatland (FIZ 2014: [www.fizinfo.ch](http://www.fizinfo.ch)).

In den westlichen Ländern wurden gleichzeitig zunehmend weibliche Arbeitskräfte für den Dienstleistungssektor gesucht. Dies betrifft insbesondere auch den Gesundheitssektor. Ein grosser Teil der Migrantinnen ist dabei in der unqualifizierten und schlecht bezahlten Haus- und Pflegearbeit tätig. Diese Tätigkeiten werden teilweise ohne Arbeitsvertrag und ohne Sozialversicherung geleistet und bringen Frauen in eine enorme Abhängigkeitssituation und Prekarität.

Unter die Kategorie «frauenspezifische Dienstleistung» fällt auch die Sexarbeit. Auch hier ist der Anteil Migrantinnen hoch. Einige Migrantinnen entscheiden sich bewusst dafür, andere werden Opfer krimineller Organisationen und sind unter Zwang im Sexgewerbe tätig. Eine vermeintlich romantische Heirat kann im Migrationsland in der Zwangsprostitution enden. Die organisierte Kriminalität hat den Frauenhandel als ein besonders lukratives Geschäft ausgemacht. Frauen werden mit falschen Versprechen in die Migration gelockt oder auch gezielt verschleppt, um dann in die Sexarbeit gezwungen zu werden (EKM 2009).

Und schliesslich zwingen Kriege, Bürgerkriege, ethnische Verfolgungen und Vertreibungen Frauen, unfreiwillig zu migrieren. Frauenspezifische Verfolgung und Fluchtgründe sind unter anderem die drohende Zwangsverheiratung, Gewalt im Namen der Ehre, sexuelle Gewalt und weibliche Genitalbeschneidung. Weltweit ist rund die Hälfte aller Asylsuchenden Frauen, in der Schweiz ist es rund ein Drittel. Die sogenannten «frauenspezifischen Fluchtgründe» sind seit 1989 im Schweizer Asylgesetz mit dem Satz «Den frauenspezifischen Fluchtgründen ist Rechnung zu tragen» verankert. Tatsächlich erweitert dieser Zusatz den Verfolgungsbegriff nicht, sondern spezifiziert lediglich die Nachteile bzw. die Intensität der Verfolgung, die ausschliesslich Frauen betreffen (Terre des femmes Schweiz 2010).

Frauen migrieren aber auch immer noch häufig im Rahmen des Familiennachzugs. Das Leben in der Migration beeinflusst dabei die traditionellen Geschlechterhierarchien und Rollenmuster. Zum Beispiel dann, wenn Frau und Mann gemeinsam für den finanziellen Bedarf der Familie aufkommen müssen.



## 2. Gesundheit in der Migration

### 2.1. Gesundheitliche und frauenspezifische Belastungen in der Migration

Dahlgren und Whitehead haben 1991 Determinanten definiert, welche die Gesundheit wesentlich beeinflussen. Neben Alter, Geschlecht und genetischer Anlage sind ebenso die persönlichen Lebensweisen, das Lebensumfeld, die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie sozioökonomische, kulturelle und physikalische Umweltbedingungen massgebend.

Betrachtet man den Kontext der Migration aus der Perspektive dieser Determinanten, gibt es einige, die sich in konkreter Weise negativ auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und dabei speziell auf Frauen mit Migrationshintergrund auswirken können:

- Eine Migration bringt für die Betroffenen Trennungs- und Verlusterfahrungen mit sich, da Familienangehörige und Freundeskreis zurückgelassen werden müssen. Bei der Ankunft im Migrationsland leiden deshalb viele Menschen zunächst unter dieser sozialen Isolation und fehlenden Netzwerken. Diese Situation verschärft die sich ergebenden Rollenveränderungen aufgrund der Migration innerhalb der Familie und führt nicht selten zu einer erhöhten Belastung der betroffenen Frauen. Migrantinnen leisten die reproduktive Arbeit (Familie, Haushalt, Kinder), sind erwerbstätig und federn gleichzeitig familiäre Konflikte ab.
- Die rechtliche Unsicherheit, die mit gewissen Aufenthaltsbewilligungen oder dem Aufenthaltszweck verbunden ist, erschwert eine konkrete Zukunftsplanung und erhöht die Vulnerabilität der betroffenen Frauen (siehe Kapitel 2.1.1.).
- Geringe Bildung und/oder mangelnde Ausbildung führen dazu, dass Migrantinnen Tätigkeiten in niedrigqualifizierten Berufsfeldern ausüben, die körperlich belastend sind und mit unregelmässigen Arbeitszeiten oder Schichtarbeit einhergehen. Personen mit Migrationshintergrund in diesen Arbeitsfeldern haben zudem erwiesenermassen ein erhöhtes Risiko zur Arbeitslosigkeit. Speziell Migrantinnen mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus sowie auch Sans-Papiers sind oftmals prekären Arbeitsbedingungen ausgesetzt, gerade auch in privaten Arbeitsverhältnissen, z.B. in Privathaushalten. Der ökonomische Druck zwingt sie, solche Arbeitsbedingungen zu akzeptieren. Diese Situationen bauen einen enormen psychischen Druck auf.

- Ein anderes Problem bezüglich der Arbeit ist, dass ausländische Bildungsabschlüsse nicht in jedem Fall in der Schweiz anerkannt werden. Dies führt nebst der Dequalifizierung<sup>4</sup> in der Arbeitswelt letztlich auch zu einem gesellschaftlichen Statusverlust. Gerade zugewanderte Frauen üben häufig eine Tätigkeit aus, die weit unter ihrem Ausbildungsniveau liegt. Die fehlende Anerkennung professioneller Kompetenzen nagt am Selbstwertgefühl. Diese Schwächung wird durch soziale Diskriminierung und Rassismus verstärkt.
- Migrantinnen leiden oft auch an Begleiterscheinungen eines niedrigen sozio-ökonomischen Status (Armutrisiko, Working Poor, beengte, ungesunde Wohnsituation etc.). Dies führt dazu, dass Betroffene viel Energie für die Bewältigung dieser Herausforderungen des Lebens in der Migration aufbringen müssen und dadurch das Interesse an Gesundheitsfragen in den Hintergrund rückt.
- Gesundheitlich relevant sind auch die somatischen, psychischen und sozialen Folgen von erlebter (frauenspezifischer) Gewalt vor der Migration (Krieg, Verfolgung, Gewalt in der Familie etc.) oder während der Flucht. Frauenflüchtlinge sind dabei während der Flucht besonders gefährdet, sexueller Gewalt und/oder Menschenhandel ausgesetzt zu sein.

Die sozialen Determinanten haben für Männer und Frauen eine unterschiedliche Bedeutung. So hat beispielsweise die Analyse der Geschlechterunterschiede im Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung der Schweiz (Moussa, Pecoraro 2013) gezeigt, dass ein Gesundheitsunterschied zwischen Migrantinnen und Migranten besteht, der sich mit zunehmendem Alter vergrössert. Dieser Geschlechterunterschied ist in der Migrationsbevölkerung zudem grösser als in der einheimischen Bevölkerung. Die Analyse hat gezeigt, dass die sozioökonomischen Faktoren und dabei in erster Linie ein niedriges Bildungsniveau und ein nachteiliger Status der Migrantinnen auf dem Arbeitsmarkt, hauptsächlich für diesen Unterschied verantwortlich sind. Die sozioökonomischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind bei der Migrationsbevölkerung ausgeprägter als bei der einheimischen Bevölkerung.

Die gesundheitlichen Folgen der Belastungen können sich sowohl auf der körperlichen und auf der psychischen Ebene zeigen. Das können beispielsweise Schlafstörungen und Schmerzsyndrome, Angstzustände und depressive Verstimmungen sein. Untersuchungen zeigen ausserdem, dass die Totgeburtenrate und die Säuglingssterblichkeit im Migrationskontext<sup>5</sup> erhöht sind. Lebensumstände von Migrantinnen in einer unsicheren Aufenthaltssituation sind teilweise so prekär, dass diese ihre persönlichen Ressourcen nicht für den Schutz ihrer Gesundheit einsetzen können. Ein ungesicherter Aufenthaltsstatus beeinflusst zudem das subjektive Gesundheitsempfinden von Migrantinnen negativ. (Hunkeler 2004; Tschannen

---

4 Schweizerisches Rotes Kreuz (2012): Dequalifiziert! Das ungenutzte Wissen von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Mit Porträts von Betroffenen und Handlungsempfehlungen. Im Fokus.

5 Siehe auch: «Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmelandern», Sonja Merten, Sandra Gari, 2013

2003; Christen 2004; Weiss 2003: 50ff; Loncarevic 2007: 149f; Bartal 2000; Riaño 2006; Spescha 2006) Dies betrifft in erhöhtem Ausmass illegalisierte Migrantinnen, welche teilweise ausbeuterischen Arbeitsverhältnissen ausgesetzt sind (lange Arbeitszeiten, kaum Freizeit, schlechte oder keine Bezahlung, wenig Anerkennung, sexuelle Ausbeutung seitens der Arbeitgeber etc.). Die problematischen Arbeitsbedingungen sind u.a. gekennzeichnet durch einen fehlenden Sozialversicherungsschutz, Kündigungsschutz und Schutz bei Schwangerschaft. Die illegalisierte Aufenthaltssituation führt dazu, dass Migrantinnen nur im äussersten Notfall eine Ärztin oder einen Arzt konsultieren. Zu den häufigsten Gründen zählen Schwangerschaftsabbrüche, Geburten und gynäkologische Beschwerden (Achermann 2003).

Ob und wie die einzelnen Personen von solchen (gesundheitlichen) Belastungen betroffen sind, muss eine Fachperson im Einzelfall beurteilen. In Kapitel 3.5. steht als Arbeitsinstrument dafür die transkulturelle Anamnese zur Verfügung. Diese unterstützt die Fachpersonen dabei, in der konkreten Situation die richtigen Fragen zu stellen und Reaktionen oder Verhalten von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund besser zu beurteilen. Zur Veranschaulichung im Unterricht eignen sich die Beispiele aus der DVD «Neighbours – Rassismus im Fokus» und der Film «Verstehen kann heilen» sehr gut, siehe dazu auch die Arbeitsblätter auf den Seiten 31 und 33. In beiden Medien kommen Migrantinnen und Migranten zu Wort und schildern ihre Lebenssituationen eindrücklich.

### 2.1.1. Übersicht Aufenthaltsbewilligungen (Ausländerausweis)

Die Aufenthaltsbewilligung ist ein Faktor, welcher die Gesundheit je nach ihrer Sicherheit oder Unsicherheit positiv oder negativ beeinflusst. Es ist für Fachpersonen deshalb hilfreich, die verschiedenen Aufenthaltsbewilligungen und ihre Auswirkung auf die Lebenssituation zu kennen.

#### **Ausweis B**

- Der Ausweis B ist an eine Arbeitserlaubnis (mit Vertrag) oder an einen Zivilstand (Heirat mit einer schweizerischen Person oder einer ausländischen Person mit Niederlassungsbewilligung) gebunden. Angehörige eines EU/EFTA-Staates können im Rahmen der bilateralen Verträge auch ohne Erwerbstätigkeit die Aufenthaltsbewilligung B erhalten, sofern sie über genügend finanzielle Mittel und eine ausreichende Kranken- und Unfallversicherung verfügen.
- Die Aufenthaltsbewilligung wird durch den jeweiligen Wohnkanton ausgestellt und auch erneuert: Bei Angehörigen eines EU/EFTA-Staates alle fünf Jahre, bei Angehörigen von Drittstaaten jährlich.
- Eine bestehende Aufenthaltsbewilligung wird im Normalfall verlängert, ausser wenn Straftaten, Fürsorgeabhängigkeit oder eine Veränderung der Arbeitssituation (längerdauernde Arbeitslosigkeit bei Drittstaatsangehörigen) vorliegen oder einer Auflösung der Familiengemeinschaft bei weniger als drei Jahren Ehe.

### **Ausweis C Niederlassungsbewilligung**

- Die Niederlassungsbewilligung erhalten ausländische Personen, die sich mehrere Jahre mit Ausweis B in der Schweiz aufgehalten haben. Der Ausweis C bedeutet grundsätzlich den unbeschränkten Aufenthalt sowie einen Rechtsanspruch auf Verlängerung und auf Familiennachzug. Arbeitsrechtlich sind ausländische Personen mit Ausweis C den Schweizer Bürgerinnen und Bürgern weitgehend gleichgestellt.

### **Ausweis N Asylsuchende**

- Den N-Ausweis erhalten Asylsuchende für die Dauer des Asylverfahrens in der Schweiz. Asylsuchende, deren Asylgründe anerkannt werden, erhalten den Ausweis B. Werden die Asylgründe nicht anerkannt, erlischt die Anwesenheitsberechtigung. Während des Asylverfahrens besteht ein drei- bis sechsmonatiges Arbeitsverbot (je nach kantonaler Regelung) und kein Recht auf Familiennachzug.

### **Ausweis F vorläufig Aufgenommene**

- Vorläufig aufgenommene Personen sind Personen, auf deren Asylgesuch nicht eingetreten wurde, deren Wegweisung aber nicht vollzogen wurde (vollzugstechnische Gründe), unzulässig ist (Verstoss gegen Völkerrecht) oder unzumutbar (konkrete Gefährdung der ausländischen Person).
- Der Ausweis wird für zwölf Monate ausgestellt und allenfalls verlängert.
- Vorläufig aufgenommene Personen können mit einer entsprechenden kantonalen Bewilligung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.
- Ein Familiennachzug ist frühestens drei Jahre nach Erteilung der vorläufigen Aufnahme möglich – wenn keine Sozialhilfe bezogen wird und die Wohnung genügend gross ist.
- Frühestens fünf Jahre nach Einreise kann beim Kanton ein Gesuch um Umwandlung in einen B-Ausweis gestellt werden. Den Entscheid hierfür fällt das Bundesamt für Migration.

### **Ausweis S Schutzbedürftige**

- Der S-Ausweis ist vorgesehen für Personen(-Gruppen), die in der Schweiz vorübergehenden Schutz vor Krieg erhalten. Diese Aufenthaltsbewilligung berechtigt zum vorläufigen Aufenthalt in der Schweiz, jedoch nicht zu einem Grenzübertritt ins Ausland. Inhaberinnen und Inhaber eines Ausweises S können in der Schweiz mit einer vorgängigen Bewilligung arbeiten.

## **2.2. Ressourcen in der Migration**

Das Bild der Migrantin als Opfer, das nur negativen Belastungen ausgesetzt ist, ist nur ein Teil der Wirklichkeit. Migrantinnen verfügen aufgrund ihrer Migrationsbiografie über wichtige und wertvolle Ressourcen, auf die sie zurückgreifen oder die durch die Fachpersonen gestärkt werden können.

Eine Person, die ihre Heimat verlässt, um anderswo Arbeit zu suchen oder auch um mit einem anderen Menschen zusammen eine Familie zu gründen, benötigt Mut und Entschlossenheit, diesen Schritt zu tun. Dazu gehört ebenso Neugier, Offenheit und Optimismus für das Kommende. Das Leben in der Migration bringt viele Veränderungen mit sich. Um mit diesen umzuge-

hen, sind Flexibilität, Kreativität und Lernbereitschaft nötig. Migrantinnen und Migranten verfügen ebenso über die Fähigkeit, neue soziale Kontakte mit verschiedensten Menschen zu knüpfen und sich in neuen Netzwerken zu bewegen. Um das Leben in der Migration zu bewältigen, müssen Strategien entwickelt und immer wieder auch neu angepasst werden, was letztlich auch zu einer höheren Resilienz führt.

Heutige Migrationsformen sind ausserdem an sich flexibler und weniger definitiv als früher. Neue Transport- und Kommunikationstechnologien ermöglichen mehr und bessere Möglichkeiten des Austauschs. Beziehungen zur Herkunftsgesellschaft können aufrechterhalten werden. So arbeiten beispielsweise sogenannte «Care Migrantinnen» weit weg von ihren Familien, unterstützen aber gleichzeitig per Skype ihre Kinder bei den Hausaufgaben (SRF-Dok «Hilfe aus dem Osten – Pflegemigrantinnen in der Schweiz», gesendet am 20. Juni 2013).

### 3. Spezifische Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung

Frauen mit Migrationshintergrund sind aufgrund der Heterogenität der Gruppe bezüglich Alter und ihrer sozio-ökonomischen Lebensumstände in allen Bereichen des Gesundheitswesens vertreten. Im Folgenden werden drei Themen behandelt, die im Kontext der weiblichen Migration im Gesundheitsbereich eine spezifische Herausforderung bedeuten.

#### 3.1. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett

Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes sind prägende Ereignisse, die mit Belastungen und Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind verbunden sind. Weltweit haben Menschen Praktiken entwickelt, die Mutter und Kind schützen sollen. Diese Praktiken schliessen Verhaltensregeln in der Schwangerschaft, während der Geburt, im Wochenbett und in der Stillzeit ein. Diese Schutz- und Geburtssysteme sind in das gesamtgesellschaftliche Gesundheitssystem eingebettet und werden entsprechend durch soziale, ökologische, historische, religiöse und medizinische Faktoren beeinflusst.

Medizinsysteme bzw. die Gesundheitsfürsorge sind eingebettet in ein gesamtgesellschaftliches System und werden von vielfältigen Faktoren beeinflusst (vgl. Toolbox Medizinethnologie). Dementsprechend werden auch Geburtssysteme von sozioökonomischen, ökologischen, historischen, religiösen, politischen, medizinischen sowie technologischen Faktoren beeinflusst. Universell ist, dass die Geburt nach bestimmten Regeln abläuft, die Mutter und Kind schützen und Komplikationen verhindern sollen. Die Geburtshilfe kann als Schutzsystem bezeichnet werden, das Verhaltensregeln während der Schwangerschaft, während der Geburt, im Wochenbett und in der Stillzeit bereithält (Kuntner 2007: 440). Die moderne Geburtshilfe der industrialisierten Länder hat sich zur Geburtsmedizin entwickelt und als solche Geburtssysteme weltweit beeinflusst, mit zum Teil erheblichen negativen Folgen. Als Beispiele seien die horizontale statt einer vertikalen Gebärposition oder die künstliche Ernährung anstatt des Stillens genannt.

In vielen Herkunftsländern von Migrantinnen ist die reproduktive Gesundheit in den familiären Kontext eingebettet. Vor allem weibliche Familienangehörige stehen der Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerin mit psychoemotionaler Unterstützung, praktischen Ratschlägen und Unterstützung in den Alltagstätigkeiten zur Seite. Fehlt diese Einbettung in der Migration, ist dies mit einer Einbusse an Wissen und einem Verlust an frauenspezifischen Gesundheitskompetenzen verbunden. Die betreuenden Fachpersonen können die Frauen unterstützen, ihr Wissen und ihre erworbenen Kompetenzen rund um die Geburt und ums Wochenbett zu aktivieren. Der

Fragebogen von Kuntner (2007: 448 f; siehe auch Kapitel 4.2.2.) für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen ist dafür sehr hilfreich. Er beinhaltet viele Fragen, die den Frauen helfen können, sich auf ihr Wissen zu besinnen.

Bei Migrantinnen ist die Rate an Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen im Vergleich mit Schweizerinnen deutlich erhöht (Swiss TPH 2013). Als Erklärung dafür wird herangezogen, dass Migrantinnen deutlich weniger, unvollständig oder verspätet an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen teilnehmen.

Schwangere Migrantinnen sind in viel grösserem Masse als Schweizerinnen belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt und haben sozioökonomische Sorgen. Arbeitsgeber setzen insbesondere werdende Mütter mit Migrationshintergrund zum Teil massiv unter Druck, so dass die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust gross ist. Viele Migrantinnen kennen ihre Rechte am Arbeitsplatz zu wenig und wissen nicht, wo sie sich über ihre Rechte informieren können.

Fachpersonen sollten sich stets der Tatsache bewusst sein, dass Migrantinnen eine sehr heterogene Gruppe bilden. Zudem werden die Geburtsysteme von vielfältigen und zahlreichen Faktoren beeinflusst, so dass die Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Schwangeren, Gebärenden sowie Frauen im Wochenbett mit Migrationshintergrund nur durch eine umfassende transkulturelle Anamnese erfasst werden können. Dazu kann das Instrument der Transkulturellen Anamnese, das in Kapitel 4.2.1. vorgestellt wird, oder der Fragebogen auf den Seiten 24 und 25, der von Liselotte Kuntner für Schwangere, Gebärende und Frauen im Wochenbett mit Migrationshintergrund entwickelt wurde, hilfreich sein. Ebenfalls hilfreich sind verschiedene Informationsmaterialien, welche migrationspezifisch angepasst und in verschiedenen Sprachen auf der Webseite migesplus.ch publiziert sind.

Im Rahmen des Integrationsdialogs der «Tripartiten Agglomerationskonferenz» finden sich auf der Webseite [dialog-integration.ch](http://dialog-integration.ch) im Themenpunkt Integration in frühen Kindheit viele weiterführende Informationen zu den Themen Schwangerschaft, Mutterschaft und Förderung im Kleinkinderalter.

### **3.2. Schwangerschaftsabbruch, Verhütung**

Migrantinnen lassen im Vergleich zu Schweizerinnen deutlich mehr Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Ein prekärer Aufenthaltsstatus und Perspektivlosigkeit begünstigen die Entscheidung zum Abbruch bei Migrantinnen. Die Zugangsbarrieren zu medizinischer Versorgung und zu Verhütungsmitteln sind bei den vulnerabelsten Gruppen am mangelhaftesten. So ist bei den Abbrüchen der Anteil von Asylsuchenden und geflüchteten Frauen überproportional hoch (Sieber 2007).

Wo sind die Gründe dafür zu suchen, dass Migrantinnen häufiger unerwünscht schwanger werden und sich zu einem Abbruch entschliessen? Schwierige, unbefriedigende Lebensumstände sind häufig die Ursache,

weshalb Frauen (oder Paare) sich gegen eine Schwangerschaft entscheiden. Die Migrationssituation selbst ist eine Umbruchsituation, die besondere Herausforderungen umfasst. Eine Schwangerschaft stellt in einer solchen Situation eine zusätzliche Belastung dar. Diese Umbruchsituation ist umso gravierender, wenn die Migration nicht freiwillig erfolgte, wie bei Menschen, die in ihrer Heimat verfolgt oder vertrieben wurden oder Menschen, die aus Kriegsgebieten flüchteten. Frauen auf der Flucht sind zudem in besonderem Masse dem Risiko ausgesetzt, vergewaltigt zu werden. Frauen, die aus einer solchen Situation heraus schwanger werden, schweigen häufig aus Scham, Verzweiflung oder aus fehlendem Vertrauen (Sieber 2007: 462). Ein ungeklärter Aufenthaltsstatus verunsichert Menschen zutiefst, denn die Perspektive für die unmittelbare als auch mittelfristige Zukunft bleibt im hohen Grade ungewiss. All diese Faktoren beeinflussen die Entscheidung von Frauen oder Paaren, eine Schwangerschaft abubrechen (Sieber 2007).

Ungewollte Schwangerschaften entstehen oft aufgrund des Versagens der angewendeten Verhütungsmittel. Etwa die Hälfte der Schwangerschaften, die abgebrochen werden, sind darauf zurückzuführen (Sieber 2007). Für Migrantinnen ist der Zugang zu Antikonzeptiva erschwert: oft fehlen die finanziellen Mittel oder das Wissen um die Vielfalt an Verhütungsmitteln. Dazu kommt auch die Scham, sich Verhütungsmittel in Apotheken oder Warenhäusern zu kaufen.

Auch soziokulturelle Aspekte können für Frauen ein Hindernis darstellen, sich nicht über Sexualität, Fruchtbarkeit und Schwangerschaft zu informieren. Nicht in jeder Gesellschaft ist es üblich und akzeptiert, offen über diese Themen zu sprechen. Sprachliche Barrieren können hier erschwerend hinzukommen. Bei diesem sensiblen Thema ist es deswegen unbedingt zu empfehlen, eine Beratung in der Muttersprache mit Unterstützung einer professionellen Dolmetscherin durchzuführen (Sieber 2007).

Eine weitere Unterstützung sind die Informationsblätter der Stiftung Santé Sexuelle Suisse<sup>6</sup> zu den Themen Verhütung, Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten und Schwangerschaft.

### **3.3. Weibliche Genitalbeschneidung /FGM**

Die Abkürzung FGM, für female genital mutilation<sup>7</sup>, wird von den im Themenbereich tätigen Organisationen wie beispielsweise Terre des Femmes oder UNICEF verwendet. Andere Organisationen, wie das Bundesamt für Gesundheit, aber auch betroffene Frauen, ziehen den Begriff weibliche Genitalbeschneidung vor.

Es werden verschiedene Formen<sup>8</sup> von weiblicher Genitalbeschneidung unterschieden. Die Beschneidung ist in jedem Fall ein schwerwiegender

---

6 [www.sante-sexuelle.ch](http://www.sante-sexuelle.ch) > Shop und Infomaterial

7 deutsch: weibliche Genitalverstümmelung

8 Siehe dazu: Guideline «Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte» der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe



Eingriff in die körperliche und sexuelle Integrität der betroffenen Frau oder des betroffenen Mädchens.

Die gesundheitlichen Folgen der weiblichen Beschneidung, je nach Form des Eingriffs, sind gravierend, teilweise sogar lebensbedrohlich. Vertiefende Hinweise dazu finden sich ebenfalls in den Guidelines der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Die weibliche Genitalbeschneidung ist in der Schweiz seit 2012 per Gesetz (Art. 124 StGB) verboten. Es spielt dabei keine Rolle, ob die Beschneidung hier in der Schweiz oder im Ausland durchgeführt wurde. Neben den gesetzlichen Massnahmen herrscht unter den Fachleuten, die sich mit dem Thema, potenziellen oder tatsächlichen Opfern beschäftigen, Einigkeit darüber, dass ein besonderes Augenmerk auf die Prävention von weiblicher Genitalbeschneidung gelegt werden muss. Zurzeit ist man in der Schweiz auf nationaler Ebene daran, Massnahmen zur Verhinderung von FGM, zur Information von Fachleuten im Gesundheits-, Sozial- und Asylbereich zu definieren und Empfehlungen zur best practice in Prävention und Behandlung zu multiplizieren. Eine Übersicht über die bestehenden und vorgesehenen Tätigkeiten sowie über die im Thema tätigen Organisationen ist dem Bericht «Prävention, Versorgung, Schutz und Intervention im Bereich der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM/C) in der Schweiz» des Schweizerischen Kompetenzzentrums für Menschenrechte (2014) zu entnehmen. Das Bundesamt für Gesundheit hat auf seiner Webseite im Themenbereich Gesundheitsversorgung zudem verschiedene neue Studien und Bestandsaufnahmen zur weiblichen Genitalbeschneidung publiziert.

Fachpersonen benötigen Hintergrundwissen über die verschiedenen Formen der weiblichen Genitalbeschneidung sowie deren physischen, psychischen und emotionalen Folgen. Dieses Wissen ermöglicht ihnen einerseits, die betroffenen Frauen medizinisch adäquat zu behandeln, andererseits eine sensible und einfühlsame Interaktion.

Erst ein empathischer Beziehungsaufbau kann eine Grundlage schaffen, um mit den betroffenen Frauen notwendige aufklärende Gespräche zu führen – Gespräche, in denen lösungsorientiert gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit FGM wie auch mögliche Probleme während der Geburt und danach besprochen werden. Auch die rechtliche Situation in der Schweiz und die Prävention hinsichtlich einer möglichen FGM von Töchtern sollen thematisiert werden. Für die Durchführung einer Weiterbildung zu diesem sensiblen und spezifischen Thema wird empfohlen, auf ausgewiesene Fachexpertinnen und -experten zurückzugreifen.

## 4. Chancengleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung im Migrationskontext

Frauen mit Migrationshintergrund haben verschiedene Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung, die bei einheimischen Personen nicht bestehen:

- **Personelle Barrieren:** Die professionelle Haltung der Fachpersonen entscheidet darüber, ob und welche Zugangsbarrieren im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten in der Gesundheitsversorgung bestehen. Barrieren bestehen dann, wenn die Gesundheitsfachpersonen ihre berufsethischen Normen und Qualitätsstandards bei der Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund nicht im gleichen Masse erfüllen wie bei der einheimischen Bevölkerung. Dahinter steht meist keine negative Absicht, sondern mangelnde transkulturelle Kompetenz.
- **Sozio-kulturelle Barrieren:** Die unterschiedlichen Sozialisationen innerhalb der Migrationsbevölkerung und die spezifischen lebensweltlichen Beeinflussungen in der Migration benötigen ein spezifisches Wissen der Fachpersonen. Im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund können sonst Verallgemeinerungen und Stereotypisierungen seitens der Fachpersonen massive Qualitätseinbußen in der gesundheitlichen Versorgung mit sich bringen (Krankheitserklärungen, Schmerzausdruck etc.).
- **Institutionelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung:** Hier sind vor allem die fehlenden Dolmetsch-Möglichkeiten zu nennen. Diese würden es den Fachpersonen erlauben, eine gute Verständigung zu ihren fremdsprachigen Patientinnen und Patienten herzustellen. Damit könnten sie diesen Personen eine der einheimischen Bevölkerung vergleichbare Qualität der Dienstleistung bieten und die Patientenrechte einhalten.
- **Strukturelle Barrieren:** Darunter fallen einerseits mangelnde oder ungenügende Informationen für Migrantinnen und Migranten über die Struktur des Gesundheitssystems und dessen verschiedene Angebote. Andererseits sind Migrantinnen und Migranten oft auch von präventiven Angeboten oder Botschaften ausgeschlossen, da diese nicht auf die spezifische Gruppe angepasst sind (lebensweltliche Bedürfnisse, Sprache, Material).
- **Politische Barrieren:** Der Zugang zu Angeboten der Gesundheitsversorgung ist auch von politischen Gegebenheiten abhängig (Aufenthaltsbewilligungen und damit verbundene Rechte bezüglich der Gesundheitsversorgung, Integrationsangebote, Kranken- und Sozialversicherungswesen etc.).

Die gesundheitliche Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung zu fördern, ist das Ziel der Bundesstrategie «Migration und Gesundheit»<sup>9</sup> des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), die in Anlehnung an die WHO-Zielsetzungen «Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert» (WHO 1998) erstellt wurde. Übergeordnetes Ziel der Strategie ist die «Vision der gesundheitlichen Chancengleichheit». Diese sieht vor, dass gesundheitliche Benachteiligungen für die Migrationsbevölkerung abgebaut werden, so dass diese die gleichen Chancen wie Einheimische haben soll, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten. Für das Gesundheitssystem bedeutet dies, «[...] dass die Institutionen Voraussetzungen schaffen, damit jede Person, unabhängig von Herkunft, Sprache, Geschlecht, Religion, sozialem und wirtschaftlichem Status sowie aktuellem gesundheitlichem Zustand jene Aufnahme, Behandlung und Betreuung erfährt, die nach fachlichen Standards ihrer Situation gerecht werden» (Saladin 2006: 36). Oder anders ausgedrückt: «Das Konzept der Chancengleichheit zielt darauf ab, eine gewisse gesundheitliche Gleichstellung zu erwirken. Dies, indem Ungleichheiten abgebaut werden, die als zugleich ungerecht und vermeidbar erachtet werden» (Kaya, Efonayi 2006: 5).

#### **4.1. Erhöhung der Chancengleichheit durch transkulturell kompetentes Handeln**

Zur Chancengleichheit der Patientinnen mit Migrationshintergrund trägt vor allem auch die Transkulturelle Kompetenz der Fachpersonen im Gesundheitsbereich bei.

Domenig definiert diese Kompetenz als «die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten<sup>10</sup> in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeiten, die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen.» (2007: 174)

Diese Definition wurde mit Blick auf die Begegnungen im Gesundheits- und Sozialbereich geschrieben. Ihre Definition beinhaltet stark handlungsorientierte Grundsätze wie Erfassen, Verstehen und daraus angepasste Handlungen abzuleiten. Um diesen Grundsätzen zu entsprechen, steht die Interaktion zwischen Fachperson und Patient oder Klientin im Zentrum. Diese Begegnungen sollen dabei frei von kulturellen Zuschreibungen (Kulturalisierungen) und Verallgemeinerungen aufgrund des Hintergrundes oder der Zugehörigkeit der Patientinnen und Klienten sein. Transkulturell kompetente Fachpersonen verfügen gemäss Domenig über mehrere wichtige Voraussetzungen: Selbstreflexionsfähigkeit, Wissen/Erfahrungen und Empathie.

---

<sup>9</sup> Bundesstrategie Migration und Gesundheit, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Gesundheitspolitik > Migration und Gesundheit

<sup>10</sup> Lebenswelt ist: «der gesamte Aktivitäts- und Erfahrungsraum eines Menschen, in dem Gegenstände, Personen und ihre Tätigkeiten sowie Ereignisse und deren Deutungen enthalten sind, mit denen der Mensch sich in seinem Alltagsleben auseinandersetzen muss. Lebenswelt ist Lebenswirklichkeit. Sie ist eingebettet in die soziale Umwelt, von der sie beeinflusst wird.» (Stanjek 2005, zitiert in Domenig 2007: 328)

**Selbstreflektion:** Das Bewusstsein über die eigenen Prägungen und Lebenserfahrungen ist für Fachpersonen in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund sehr hilfreich. Denn sowohl die Wahrnehmung und Beurteilung anderer Menschen und Situationen, als auch die Art und Weise der eigenen Handlungen und Interaktionen resultieren aus der eigenen lebensweltlichen Prägung. Das Bewusstsein darüber ist ein Kernelement der Transkulturellen Kompetenz. Und gleichzeitig auch die Voraussetzung, um die Lebenssituationen und Lebenserfahrungen von Migrantinnen und Migranten besser einzuordnen und möglichst wertneutral verstehen zu können.

**Wissen und Erfahrungen:** Die zweite Voraussetzung ist das für die Umsetzung der Kompetenz wesentliche Wissen. Dieses besteht einerseits aus den Kenntnissen über die migrationsspezifischen Faktoren, die das Leben und die Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund beeinflussen, wie auch aus den reflektierten Interaktionserfahrungen mit diesen Menschen.

## 4.2. Transkulturelle Anamnese-Instrumente

### 4.2.1. Transkulturelle Anamnese

Als hilfreiches Instrument zur Erfassung der beschriebenen Faktoren, die auf die Gesundheit in der Migration wirken, empfiehlt sich das Instrument der transkulturellen Anamnese von Domenig, Stauffer und Georg (2007). Diese nimmt spezifische Themen aus dem Migrationskontext auf. In den meisten herkömmlichen Anamneseinstrumenten im Gesundheitsbereich fehlen die migrationsspezifischen Aspekte. Es kann deshalb sinnvoll sein, im Unterricht diese Lücken oder Mängel anzusprechen und mit den Teilnehmenden zu diskutieren, welche der Themen und Unterthemen für den jeweiligen Arbeitsort eine sinnvolle Ergänzung bieten würden.

Die transkulturelle Anamnese verfolgt das Ziel, die Patientin oder den Patienten in der individuellen Situation, kontext- und situationsbezogen sowie vorurteilsfrei zu erfassen. Die 14 Themen des Fragenkatalogs beinhalten verschiedene Unterthemen. Ausformulierte Fragestellungen zu den einzelnen Unterthemen können im eLearning Transkulturelle Kompetenz des SRK<sup>11</sup> heruntergeladen werden.

---

11 [transkulturelle-kompetenz.ch](http://transkulturelle-kompetenz.ch)

## Fragenkatalog transkulturelle Anamnese

### **Lebensgeschichte**

Geburtsort, Aufenthaltsort, Stadt/Land, Herkunft, Schichtzugehörigkeit, Lebensform im Heimatland, wichtige biografische Ereignisse?

### **Zugehörigkeit**

Herkunft, Nationalität, Gruppenzugehörigkeit(en), Zweit-/Drittgeneration, binationale Ehe, binationale Ehe der Eltern?

### **Migrationsgeschichte**

Migrationsgründe, Fluchtgeschichte, Kriegs- und Gewalterfahrungen, Migrationserwartungen, Integrationsgeschichte, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen, Rückkehrpläne, Situation im Herkunftsland, Veränderungen im Lebensstil durch die Migration?

### **Aufenthaltsstatus**

Ausländerrechtlicher Status, unsicherer Aufenthaltsstatus, von Ausschaffung bedroht, Ausreisetermin festgelegt, papierloser Aufenthalt, eingebürgert?

### **Soziales Netz**

Familiensystem, Bezug zur Familie, Unterstützung durch die Familie, Leistungen der Sozialhilfe bzw. Fürsorge, Besuchspraktiken, soziales Netz im Aufnahmeland, Mitgliedschaft in religiösen, politischen oder ethnospesifischen Vereinen, transnationales Netz, Kontakte zur Herkunftsfamilie, finanzielle Unterstützung der Familie im Herkunftsland, transnationale Kontaktformen?

### **Umgebung**

Wohnort, Wohnbedingungen (Wohnungsgrösse, Lebensstandard), Wohnform (alleine, Familie, erweiterte Familie, Bekannte), Kontakt zu Nachbar/innen, Vernetzungen in der Nachbarschaft?

### **Arbeit, Beruf und Ausbildung**

Im Herkunftsland, im Aufnahmeland, berufliche Perspektiven, berufliche Zufriedenheit, berufliche Anerkennung, berufliche Einschränkungen durch Krankheiten, Invalidenrente, Ausbildungswünsche, ökonomische Situation?

### **Religion**

Religiöse Zugehörigkeit, praktizierend, religiöse Praktiken, Einflüsse der Religion auf bestimmte Lebensbereiche (Ernährung, Sterben und Tod, Genderrollen etc.), religiöse Heilrituale, religiöse Feiertage, Kontakt zu religiösen Führer/innen, Kultgegenstände, Wunsch nach Andachtsraum?

### **Kommunikation**

Erstsprache, Kenntnisse der lokalen Sprache, Fremdsprachenkenntnisse, Lesen und Schreiben, Kommunikationsregeln und -weisen, nonverbale Kommunikationsformen, Höflichkeitsregeln, Bedeutung von körperlichen Berührungen, Nähe und Distanz, Ausdruck von Emotionen, Wunsch nach Übersetzerin/Übersetzer, Wunsch nach Informationsmaterial in der Muttersprache?

### **Pflege**

Vorstellungen über Rolle und Aufgabe der Pflegenden, eigene Pflegepraktiken, Vorbehalte gegenüber bestimmten pflegerischen Verrichtungen, genderspezifische Vorbehalte, Erwartungen an die Pflege?

**Gesundheit und Krankheit**

Krankheits-Erklärungsmodell (Bezeichnung, Ursache, Symptome, Bedeutung, Therapie- und Heilungsaussichten), Verhältnis von Psyche und Körper, Stigmata in Bezug auf die Krankheit, Verhältnis zur Biomedizin, Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, Kenntnisse des hiesigen Gesundheitswesens, religiöse Heilpraktiken, Entscheidungsfindung im Krankheitsprozess (Patientin/Patient, Familie, soziales Netz)?

**Schmerz**

Schmerzausdruck, Schmerzverhalten, Schmerzerfahrungen, Rolle der Familie in der Schmerzbewältigung, Schmerz als Kommunikationsmittel?

**Ernährung**

Ernährungsgewohnheiten, Hauptnahrungsmittel, Zubereitungsarten, Gewürze, Getränke, Essenszeiten, religiöser Einfluss, Fastenregeln?

**Frauen**

Frauenbild und Rollenkonzept im Herkunftsland, Rollenveränderung durch die Migration, frauenspezifische Konflikte, Gewalterfahrungen (Beschneidung, Vergewaltigung, Gewalt in der Ehe), Konzepte bezüglich Schwangerschaft, Geburt und Verhütung?

#### 4.2.2. Fragebogen für Schwangere, Gebärende und Frauen im Wochenbett mit Migrationshintergrund

Liselotte Kuntner hat ein spezifisches Anamneseinstrument für die Zeit der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett entwickelt, siehe folgende Seiten. Dieses Instrument hilft die individuellen Erfahrungen und das vorhandene Wissen der Frauen zu erheben. Der Fragebogen ist im Buch «Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe»<sup>12</sup> erschienen. Mit freundlicher Genehmigung der Autorin darf der Fragebogen hier verwendet werden.

Um einen Eindruck der Unterschiedlichkeit von Vorstellungen und Werten rund um die Geburt zu erhalten, kann im Unterricht eine Einzelarbeit mit dem Fragebogen von Kuntner gemacht werden. Der Auftrag dazu findet sich auf Seite 39. Für Weiterbildungsteilnehmende mit beruflicher Erfahrung empfiehlt sich auch die Übung auf Seite 40, bei der es darum geht, den Fragebogen für die eigene berufliche Tätigkeit zu evaluieren.

---

<sup>12</sup> Kuntner, Lieselotte (2007): Schwangerschaft und Geburt. In: Domenig, Dagmar: Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Huber, Bern: 448–449.

# Fragebogen für Schwangere, Gebärende und Frauen im Wochenbett mit Migrationshintergrund

(© Liselotte Kuntner)

## Soziodemografische Angaben

- Herkunft? Land? Stadt?
- Bildung? Beruf?
- Religionszugehörigkeit?
- Seit wann sind Sie im Aufnahmeland?
- Deutsche Sprachkenntnisse? Andere Sprachkenntnisse?

## Frühere Geburten

- Im Herkunftsland/im Aufnahmeland
- Jahr?
- Haus- oder Spitalgeburt?
- Geburtsgewicht?

## Fragen zur Schwangerschaft

- Haben Sie in der Schwangerschaft Kontakte zu anderen Frauen (Frauen Ihres Herkunftslandes, andere Migrantinnen, einheimische Frauen)?
- Wie nimmt Ihr Mann Anteil an Ihren Problemen?
- Wer steht Ihnen während der Schwangerschaft bei (Ehemann, Frauen aus der Familie, Freundinnen, Nachbarinnen, Sozialhelferin, Hebamme, Arzt, andere) im Herkunftsland, im Aufnahmeland?
- Was haben Sie für Vorstellungen über das Verhalten in der Schwangerschaft (religiöse Verhaltensregeln, Besuch einer religiösen Stätte, Rituale, Ernährungsvorschriften, Ausgehregeln, Sexualität)?
- Welche medizinische Behandlung wünschen Sie sich während der Schwangerschaft (traditionelle medizinische Behandlung aus dem Herkunftsland, westliche Medizin, westliche alternative Behandlungsmethoden, andere)?
- Was halten Sie von der medizinischen Betreuung im Aufnahmeland?
- Gibt es in Ihrem Herkunftsland spezielle Methoden/Arzneien, um die Schwangerschaft zu erleichtern (Massagen, Heilkräuter, bestimmte körperliche Tätigkeiten, andere)?
- Wie bereiten Sie sich auf die Geburt vor (spezielle Körperübungen, Massagen, anderes)?
- Möchten sie eine Geburtsvorbereitung besuchen, und wenn ja, mit wem (mit Frauen aus dem Herkunftsland, anderen Migrantinnen, einheimischen Frauen)?
- Welche Probleme belasten Sie in der Schwangerschaft/vor der Geburt (körperliche Beschwerden, seelische Probleme, Ängste, anderes)?

## Fragen zur Geburt

- Möchten Sie, dass Ihr Mann bei der Geburt dabei ist?
- Möchte der Mann dabei sein oder verbietet es die Tradition?
- Wer soll Ihnen während der Geburt beistehen (Hebamme, Arzt/Ärztin, Mutter, Schwester, andere weibliche Verwandte, Ehemann, Freundinnen, Sozialhelferin)?
- Wo möchten Sie Ihr Kind gebären (im Spital, zu Hause, im Geburtshaus)?
- Wer wird Sie begleiten?
- Mit wem haben Sie sich auf die Geburt vorbereitet (Hebamme, Geburtsvorbereiterinnen, andere)?
- Fühlen Sie sich gut betreut (von Arzt/Ärztin, Hebamme, andere)?
- Haben Sie Angst vor der Geburt? Wenn ja, vor was konkret haben Sie Angst?



- Welche Geburtsmethoden kennen Sie aus Ihrem Herkunftsland?
- Von welchen Geburtsmethoden haben Sie im Aufnahmeland gehört (Geburt in Rückenlage, sitzende Geburt auf dem Maiahocker, in stehender Stellung, andere Position)?
- Möchten Sie diese Geburtsmethoden vor der Geburt mit der Hebamme oder dem Arzt besprechen?
- Falls Sie schon ein Kind in Ihrem Herkunftsland geboren haben, wie verlief diese Geburt (Gebärführung, Wohlbefinden, Komplikationen)?
- Hatten Sie Schwierigkeiten bei der Geburt (mit Dammschnitt, Zange, Vakuum, d.h. Saugglocke, Kaiserschnitt, Plazentaretention, d.h. Schwierigkeiten bei der Plazentaloslösung, anderes)?
- Falls Sie im Aufnahmeland schon geboren haben, gibt es Unterschiede (Gebärführung, Wohlbefinden, Komplikationen, anderes)?
- Was finden Sie gut bei der Geburt in einem Spital im Aufnahmeland? Was finden Sie nicht gut?
- Haben Sie besondere Wünsche an die Geburt?
- Gibt es in Ihrem Land spezielle Methoden, um die Geburt zu erleichtern, um Komplikationen zu vermeiden (Geburtspositionen, Massagen, Arzneien, Heilkräuter, Wehenmittel, Schmerzmittel, anderes)?
- Würden Sie diese Methoden gerne anwenden?
- Welche Rituale zum Umgang mit der Plazenta kennen Sie aus Ihrem Herkunftsland?
- Welche Rituale kennen Sie für den Umgang mit der Nabelschnur?
- Möchten Sie diese Rituale auch hier durchführen?
- Wann möchten Sie das Kind nach der Geburt zu sich nehmen (sofort, nachdem es gebadet ist oder später)?

#### **Fragen zur Zeit nach der Geburt, dem Wochenbett**

- Welche Essensvorschriften kennen Sie für die Zeit nach der Geburt bzw. für das Wochenbett (empfohlene Speisen, Speisenverbote)?
- Was möchten Sie essen?
- Falls sich schon einmal geboren haben, finden Sie das Essen gut im Spital?
- Möchten Sie, dass nach der Geburt im Spital gewisse Speisen für Sie gekocht werden?
- Wünschen Sie Kontakt zu anderen Frauen auf der Wochenbettstation?
- Wenn Sie vom Spital nach Hause kommen, wer hilft Ihnen in den ersten Tagen nach der Geburt?
- Wie lange möchten Sie nach der Geburt ausruhen?
- Gibt es dazu bestimmte Regeln, an die Sie sich halten möchten (Ausgehregeln, Sexualität und anderes)?
- Haben Sie gewisse Vorstellungen, wie Sie nach der Geburt mit Ihrem Kind umgehen wollen (Pflege des Säuglings, Wickeln des Kindes, Zugabe von Nahrungsmitteln ausser der Muttermilch, anderes)?
- Gibt es religiöse Rituale, die Sie sofort durchführen möchten, wie z.B. Rituale für das Kind?
- Wann, wie, wo und durch wen soll die Namensgebung für das Kind erfolgen?
- Brauchen Sie für die Namensgebung eine Vertreter/ine Vertreterin Ihrer Religionsgemeinschaft?

#### **Fragen zum Stillen**

- Wie wichtig bzw. unwichtig finden Sie das Stillen?
- Möchten Sie Ihr Kind stillen?
- Wie lange möchten Sie Ihr Kind stillen?
- Möchten Sie für das Stillen beraten werden, z.B. durch die Stillberaterin?
- Kennen Sie aus Ihrem Herkunftsland bestimmte Mittel zur Förderung der Milchproduktion? Wenn ja, welche?
- Welche Ernährungsregeln kennen Sie für die Stillzeit (verbotene Nahrungsmittel, z.B. blähende, kalte Speisen, empfohlene Nahrungsmittel)?
- Falls Sie nach der Geburt Probleme haben, z.B. körperliche Beschwerden, Verdauungsbeschwerden, Blähungen, möchten Sie Medizin aus Ihrem Herkunftsland einnehmen?
- Wenn Sie seelische Probleme haben, mit wem möchten Sie darüber sprechen?
- Wäre es eine Hilfe, wenn Ihre Mutter oder eine andere Frau aus der eigenen Familie aus Ihrem Land kommen könnte, um Sie und Ihr Kind zu betreuen?

## 5. Unterrichtsgestaltung

Im Folgenden finden sich Ziele für den Unterricht, exemplarische Pläne zur Unterrichtsgestaltung und Arbeitsblätter für die Umsetzung in den Unterricht. Das Ziel der Übungen und Reflektionen ist, die Teilnehmenden für die sehr unterschiedlichen Lebensbedingungen und gesundheitlichen Situationen von Frauen in der Migration und für die Arbeitsbedingungen von Migrantinnen im Gesundheitswesen zu sensibilisieren.

Das kann am besten durch die Arbeit mit Fallbeispielen erreicht werden. Es ist sinnvoll, mit verschiedenen Porträts zu arbeiten, um die Heterogenität innerhalb der Migrationssituationen und die Vielfältigkeit des persönlichen Erlebens deutlich zu machen. Gleichzeitig ist es wichtig, auch auf die Ressourcen hinzuweisen, über die Migrantinnen verfügen und mögliche Anknüpfungspunkte für den beruflichen Alltag aufzuzeigen.

### **Hinweis für Lehrpersonen**

Die in den nachfolgenden Übungen erarbeiteten Herausforderungen oder negativen Aspekte im Migrationskontext können nicht allein im Gesundheitsbereich gelöst werden. Häufig wird versucht, soziale Problemlagen medizinisch zu lösen – ein Unterfangen, das zwingend zu Frustrationen bei Fachpersonen und Betroffenen führt. Es ist wichtig, die Grenzen der Betreuung oder Pflege im Unterricht anzusprechen und realistische Massnahmen abzuleiten.

## 5.1. Ziele für den Unterricht

- Die Teilnehmenden kennen die wichtigsten Fakten zum Thema Frauen in der Migration.
- Die Teilnehmenden sind in der Lage, die Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit zu erkennen.
- Die Teilnehmenden können gesundheitsfördernde und krankmachende Faktoren benennen, welche die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund beeinflussen.
- Die Teilnehmenden setzen sich mit wichtigen Aspekten der Frauengesundheit in der Migration auseinander.
- Die Teilnehmenden reflektieren Möglichkeiten der Erfassung von Faktoren oder Aspekten, die in der individuellen Situation auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wirken.
- Die Teilnehmenden diskutieren die Bedeutung des neuen Wissens für ihren persönlichen beruflichen Alltag.

## 5.2. Exemplarische Unterrichtsgestaltung

Die folgende Unterrichtsplanung empfiehlt sich für Fachpersonen, die über **wenig berufliche Erfahrungen** verfügen.

Thema	Methodik	Zeitplan
Migration und Gesundheit	<b>Referat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebenssituationen von Migrantinnen (Einstieg)</li> <li>• Einflussfaktoren auf die weibliche Gesundheit im Migrationskontext</li> <li>• Gesundheitliche Chancengleichheit</li> </ul>	30'
	<b>Film</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porträts aus «Neighbours» <i>oder</i></li> <li>• «Verstehen kann heilen»</li> </ul>	15' 30'
	<b>Gruppenarbeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensbedingungen in der Migration, gesundheits-erhaltende und krankmachende Faktoren <i>oder</i></li> <li>• Patientinnen mit Migrationshintergrund, Herausforderungen und Unterstützungen während eines Spitalaufenthaltes</li> </ul>	30' 30'
	<b>Vorstellung Plenum</b>	30'
	<b>Plenum</b> Diskussion: Bedeutung für den beruflichen Alltag	20'
	<b>Zusammenfassung und Abschluss</b>	10'

Die folgende Unterrichtsplanung empfiehlt sich für **erfahrene** Fachpersonen.

<b>Thema</b>	<b>Methodik</b>	<b>Zeitplan</b>
Migration und Gesundheit	<b>Referat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebenssituationen von Migrantinnen (Einstieg)</li> <li>• Einflussfaktoren auf die Gesundheit im Migrationskontext</li> <li>• Gesundheitliche Chancengleichheit</li> <li>• Bundesstrategie Migration und Gesundheit</li> </ul>	30'
	<b>Film</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Verstehen kann heilen» <i>oder</i></li> <li>• «Zwischen den Welten»</li> </ul>	30' 60'
	<b>Gruppenarbeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensbedingungen in der Migration, Ressourcen und Belastungen</li> <li>• Patientinnen mit Migrationshintergrund, Herausforderungen und Unterstützungen während eines Spitalaufenthaltes</li> </ul>	45' 30'
	<b>Vorstellung Plenum</b>	30'
	<b>Plenum</b> Diskussion: Bedeutung für den beruflichen Alltag	20'
	<b>Zusammenfassung und Abschluss</b>	10'

### 5.3. Arbeitsblätter für den Unterricht

#### 1. Lebensbedingungen in der Migration: S.31

Gesundheitsfördernde und krankmachende Faktoren  
Gruppenarbeit  
Zeitaufwand: 45 bis 60 Minuten

#### 2. Lebensbedingungen in der Migration: S.32

Ressourcen und Belastungen in der Migration  
Gruppenarbeit  
Zeitaufwand: 60 bis 90 Minuten

#### 3. Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund: S.33

Herausforderungen und Unterstützungen während  
eines Spitalaufenthaltes  
Gruppenarbeit  
Zeitaufwand: 60 bis 90 Minuten

#### 4. Fallbeispiel Frau A. (Somatik): S.34

Beeinflussende Faktoren in der Krankheitssituation  
Gruppenarbeit  
Zeitaufwand: 45 bis 60 Minuten

#### 5. Fallbeispiel Frau Y. (Psychiatrie): S.37

Beeinflussende Faktoren in der Krankheitssituation  
Gruppenarbeit  
Zeitaufwand: 20 Minuten

#### 6. Schwangerschaft, Geburt: S. 39

Persönliche Vorstellungen und Wünsche  
Einzelarbeit  
Zeitaufwand: 60 Minuten

#### 7. Schwangerschaft, Geburt: S. 40

Umsetzung und Bewertung der migrationsspezifischen Anamnese  
Einzelarbeit  
Zeitaufwand: 120 bis 150 Minuten (inklusive An- und Abreise)

## Lebensbedingungen in der Migration

### Gesundheitsfördernde und krankmachende Faktoren

Film: 2 Portraits aus dem Film «Neighbours – Rassismus im Fokus»,  
z. B. Nr. 9. Annette Höckel und Nr. 11. Leyna Binavah

#### Aufgabe

- Bilden Sie Gruppen.
- Diskutieren Sie pro Gruppe die Ihnen zugeteilten Diskussionspunkte.
- Schreiben Sie die wichtigen Stichworte Ihrer Diskussion auf Moderationskarten oder auf Flipchart.
- Bestimmen Sie jemanden aus der Gruppe, der die Aspekte im Anschluss im Plenum vorstellt.

#### Diskussionspunkte

##### 1. Gruppe:

- a. Diskutieren Sie anhand der Filmbeispiele die salutogenen bzw. gesundheitsfördernden Aspekte im Migrationskontext.
- b. Machen Sie sich Überlegungen zur Umsetzung in der Berufspraxis:
  - Welche Möglichkeiten haben Sie, um die salutogenen Aspekte in der konkreten Situation zu erheben?
  - Wie können Sie die individuellen gesundheitsfördernden Aspekte als Ressourcen in Ihrem Berufsalltag nutzen?

##### 2. Gruppe:

- a. Diskutieren Sie anhand der Filmbeispiele die pathogenen bzw. krankmachenden Faktoren im Migrationskontext.
- b. Machen Sie sich Überlegungen zur Umsetzung in der Berufspraxis:
  - Welche Möglichkeiten haben Sie, um die krankmachenden Faktoren in der konkreten Situation zu erfassen?
  - Welche konkreten Möglichkeiten haben Sie im Berufsalltag, um auf die krankmachenden Faktoren in der individuellen Situation einzuwirken?

##### 3. Gruppe:

- a. Diskutieren Sie anhand der Filmbeispiele, welche Auswirkungen eine Migration auf die Gefühlswelt haben kann.
- b. Überlegungen zur Umsetzung in der Berufspraxis:
  - In welchen konkreten Situationen erleben Sie diese emotionalen Zustände von Seiten der Betroffenen?
  - Welche Möglichkeiten haben Sie, um auf diese emotionalen Zustände adäquat zu reagieren?

## Lebensbedingungen in der Migration

### Ressourcen und Belastungen in der Migration

Film: «Zwischen den Welten. Der lange Weg einer gelungenen Integration».  
Regie und Buch: Yusuf Yesilöz, Schweiz 2006. Dokumentarfilm.

#### Aufgabe

- Bilden Sie Gruppen.
- Diskutieren Sie pro Gruppe die Ihnen zugeteilten Diskussionspunkte (1 oder 2).
- Schreiben Sie die wichtigen Stichworte Ihrer Diskussion auf Moderationskarten oder auf eine Flipchart.
- Bestimmen Sie jemanden aus der Gruppe, der die Aspekte im Anschluss im Plenum vorstellt.

#### Diskussionspunkte

##### 1. Gruppe: Belastende Faktoren

- a. Welches sind gesundheitlich belastende Faktoren, die sich für die Familie Dogan aufgrund der Migrationssituation ergeben?
- b. Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Generationen?
- c. Welche Möglichkeiten haben Sie im Berufsalltag, solche belastenden Faktoren in der konkreten Situation zu erfassen?
- d. Welche konkreten Möglichkeiten haben Sie im Berufsalltag, um auf die belastenden Faktoren in der individuellen Situation einzuwirken?

##### 2. Gruppe: Ressourcen

- a. Über welche individuellen gesundheitsbezogenen Ressourcen verfügen die einzelnen Mitglieder der Familie Dogan?
- b. Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Generationen?
- c. Welche Möglichkeiten haben Sie, um die individuellen Ressourcen in der konkreten Situation zu erheben?
- d. Wie können Sie diese individuellen Ressourcen in Ihrem Berufsalltag nutzen?



## Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund

Herausforderungen und Unterstützungen während eines Spitalaufenthaltes

Film: «Verstehen kann heilen: Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen»

### Aufgabe

- Bilden Sie Gruppen.
- Diskutieren Sie pro Gruppe die Ihnen zugeteilten Fragen.
- Schreiben Sie die wichtigen Stichworte Ihrer Diskussion auf Moderationskarten oder auf Flipchart.
- Bestimmen Sie jemanden aus der Gruppe, der die Aspekte im Anschluss im Plenum vorstellt.

### Diskussionspunkte

1. *Gruppe: Herausforderungen für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund*
  - a. Welche Herausforderungen stellen sich den Patientinnen und Patienten im Film während des Spitalaufenthaltes?
  - b. Welche Herausforderungen für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund erleben Sie selbst in Ihrem Arbeitsalltag?
2. *Gruppe: Unterstützende persönliche und institutionelle Faktoren*
  - a. Welche persönlichen und strukturellen Faktoren erleichtern die Situation von Patientinnen und Patienten während eines Spitalaufenthaltes?
  - b. Welche Unterstützungen für Patientinnen und Patienten stehen an Ihrem Arbeitsplatz zur Verfügung?

## Fallbeispiel Frau A. (Somatik)

### Beeinflussende Faktoren in der Krankheitssituation

Die verschiedenen beeinflussenden Faktoren auf die Krankheitssituation von Frau A. sollen analysiert und diskutiert werden.

Text: *Fallbeispiel Frau A*

#### Aufgabe

- Bilden Sie Gruppen.
- Diskutieren Sie pro Gruppe die Ihnen zugeteilten Fragen.
- Schreiben Sie die wichtigen Stichworte Ihrer Diskussion auf Moderationskarten oder auf Flipchart.
- Bestimmen Sie jemanden aus der Gruppe, der die Aspekte im Anschluss im Plenum vorstellt.

#### Diskussionspunkte

1. *Gruppe: Die Migrationsgeschichte von Frau A.*

- a. Wie beeinflusst die Migrationsgeschichte die momentane Lebenssituation von Frau A.?
- b. Analysieren Sie, welche Geschehnisse und Erfahrungen rund um die Migration bezüglich des Spitalaufenthaltes und des Krankheitserlebens wichtig sind.

2. *Gruppe: Sichtweise von Frau A. auf ihr Leiden*

- a. Diskutieren Sie das Fallbeispiel aus Sicht von Frau A.
- b. Wie erlebt Frau A. ihr Kranksein? Welche Äusserungen macht sie, auf welche Erfahrungen blickt sie zurück?

3. *Gruppe: Perspektive der Fachpersonen*

- a. Diskutieren Sie das Fallbeispiel aus Sicht der Fachpersonen (Ärztinnen und Ärzte, Pflege etc.).
- b. Wie reagierten die behandelnden, betreuenden Personen im Fallbeispiel?

## Fallbeispiel Frau A.

Frau A. ist eine 30-jährige türkische Frau, die zum Zeitpunkt der Untersuchung seit dreieinhalb Jahren in Deutschland lebt.

Frau A. kam mit der Einweisungsdiagnose «Eisenmangelanämie» ins Krankenhaus. Sie litt unter diffusen körperlichen Störungen und Nervosität. Die Autorin berichtet: «Draussen im Lichthof der Station sass eine türkische Frau schüchtern und betreten neben ihrem Mann, zwischen den Beinen ein kleines Kind. Als ich auf sie zuzuging und sie in türkischer Sprache begrüßte, erhellte sich ihr Gesicht mit einem gemischten Ausdruck von Freude und Erstaunen.»

Frau A. ist bäuerlicher Herkunft. Sie stammt aus einem anatolischen Bergdorf, dessen Bewohner, wie auch ihre Familie vom Anbau von Nussbäumen und der Nussernte lebten. Da das Land für die nachkommenden Generationen nicht mehr reichte, wanderten viele junge Leute aus, und die Dorfstruktur begann seit etwa 20 Jahren zu zerfallen. Als Frau A. 14 Jahre alt war, starb ihr Vater. Die Mutter war eine heilkundige Frau und Hebamme des Dorfes. Von ihr wurde Frau A. mit 18 Jahren, gegen ihren eigenen Willen verheiratet, denn sie liebte einen anderen Mann. Sie sagte dazu: «Mit ihm hätte ich ein besseres Leben gehabt, (...) nichts gegen meinen Mann, er ist gut; aber weisst Du, wenn die Seele mal liebt.» Ihre Abwehr gegen diese Heirat war so stark, dass sie krank wurde und mehrmals – von «cins» (d.h. Geistern) befallen – bewusstlos hinfiel. Ihre Mutter brachte sie damals zum «Hoca»<sup>13</sup>, der sie u. a. besprach.

Sie heiratete und zog in das Haus ihrer Schwiegermutter. Vier Monate später ging ihr Mann nach Istanbul, dann nach Deutschland. Da war sie bereits schwanger, lebte bei ihrer Schwiegermutter und hatte hart zu arbeiten. Die Schwiegermutter war schwer zufriedenzustellen. Der Mann kam im Abstand von einem bis drei Jahren nach Hause. Sie bekam zwei Kinder; ihre Mutter stand ihr bei den Geburten bei. Einen Tag nach der Geburt musste sie gleich wieder an die Arbeit.

Die ständige Abwesenheit ihres Mannes, den sie – obwohl sie ihn kaum kannte – doch akzeptierte wie die Behandlung, die sie von ihrer Schwiegermutter erfuhr, waren über Jahre hinweg schwere Belastungen für Frau A., zu denen sie sagt: «Jahrelang habe ich alles in mich hineingeworfen, was passiert dann damit? Gut war im Dorf, dass ich soviel draussen war.» Von Kopfschmerzen abgesehen war sie aber nie krank gewesen.

Ihr Mann brachte sie schliesslich, der Konflikte wegen, mit den Kindern nach Deutschland, in eine Eigentumswohnung in einem Dorf, in dem noch andere türkische Familien lebten. Sie hatte nur wenig Kontakte zur Aussenwelt, keine Beziehungen zu Deutschen, kümmerte sich um Kinder und Haushalt und traute sich kaum allein aus dem Haus. Sie lernte so kaum Deutsch und musste trotz ihrer kommunikationsfreudigen, neugierigen Natur völlig abgeschieden, abhängig von ihrem Mann, leben. Dieser arbeitete meistens Nachtschicht und führte sein eigenes Dasein, kannte die Spielregeln der deutschen Gesellschaft, war zwar liebevoll zu ihr, aber doch bevormundend und nahm sie offenbar nicht für voll. Der Sohn kam in eine Sonderschule. Sie wurde ihrer Rolle als Frau und Mutter zunehmend beraubt und erlebte eine Entmündigung in einem sozialen Gefüge, in dem sie sich weder in ihrer Rolle noch in ihrem

---

<sup>13</sup> Hoca: islamischer Gesundheitsbetreuer

Wert definieren konnte. Sie bekam noch ein Kind, diesmal im Krankenhaus, und berichtete dazu: «Sie haben mich dahingelegt und geschnitten. ich habe geschrien, vergeblich, ich konnte mich nicht verständlich machen. Ich habe versucht, mich zu wehren, war aber völlig hilflos.»

Jetzt hatte sie Angst vor dem Krankenhaus, war verunsichert, wusste nicht, wie sie sich verhalten sollte. Sie wusste nicht, wie sie sich ins Bett legen sollte – ob mit oder ohne Kopftuch, mit oder ohne Kleider. Sie wusste nicht, wann sie liegen sollte oder aufstehen durfte, ob und wie sie sich waschen konnte und was sie essen sollte. Sie bot den Ärzten ein diffuses und wechselndes Beschwerdebild, mit Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schwächegefühl, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Schwindel, Hautjucken, «Zu-dünn-sein» und Nervosität. Solche Beschwerden hat sie schon seit einem Jahr, so dass sie in ihrer Fähigkeit zur Hausarbeit beeinträchtigt war, oft im Bett lag und schon verschiedene Ärzte konsultiert hatte.

Sie hatte grosse Angst, dass ihr Körper nicht in Ordnung wäre und erwartete nun von den Ärzten, dass sie ihr den Grund ihrer Beschwerden erklären würden. Von ihren Sorgen redete sie nicht. Ihr Verhalten machte jedoch allen im Krankenhaus offensichtlich, dass sie litt, und wie hilflos sie diesem Leiden ausgeliefert war. Es wurde eine sehr aufwendige Diagnostik betrieben: Blutabnahmen, Sonografie des Leibes, Spiegelung des Magens, Aufzeichnung der Hirnströme (EEG) und frauenärztliche Untersuchung. Wegen eines Knotens in der Brust wurde eine Probeexzision gemacht, die keinen pathologischen Befund erbrachte. Aufgrund der erhöhten Leberwerte im Blut wurde die Leber punktiert. Bei diesem mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt wurde schliesslich herausgefunden, dass Frau A. eine chronische Leberentzündung hatte. Eine Diagnose, die wenig mit ihrem tatsächlichen Befinden und dessen Ursachen zu tun hatte. Sie erklärte ihr nichts und besserte nichts. Frau A. konnte mit der Diagnose nichts anfangen ausser, dass diese – weil nichts behandelt wurde – sie vielleicht noch weiter bedrohte. Sie ging also nach dem Krankenhausaufenthalt unbefriedigt heim und ihre Suche nach Heilung und die Arztwechsel gingen, so kann man annehmen, weiter.

Als die Autorin sie fragte: «Was meinst Du, was Du hast?», erhielt sie die Antwort: «Benim göbegim düsmüs (mein Nabel ist gefallen). Aber Ihr Ärzte versteht nichts davon.» Auf die Frage: «Woher kommt es denn, dass der Nabel fällt?», führte sie aus. «Bei mir ist es durch die Sorgen gekommen. Es kann verschiedene Beschwerden machen, Schmerzen im Bauch, Rückenschmerzen, Schmerzen an den Gelenken, vor allem Müdigkeit und Schwäche, manchmal macht es auch Kopfschmerzen.»

Quelle: Sich, Dorothea et al. (Hrsg.), 1993: Medizin und Kultur. Eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie mit 4 Seminaren in Kulturvergleichender Medizinischer Anthropologie (KMA), Frankfurt a. M., Peter Lang Verlag.

## Fallbeispiel Frau Y. (Psychiatrie)

Beeinflussende Faktoren in der Krankheitssituation

Die verschiedenen beeinflussenden Faktoren auf die Krankheitssituation von Frau Y. sollen analysiert und diskutiert werden.

Text (siehe nächste Seite): *Haasen Chr., Yagdiran O.: Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2000, S: 72–73.*

### Aufgabe

- Bilden Sie Gruppen.
- Diskutieren Sie die untenstehenden Fragen.
- Schreiben Sie die wichtigen Stichworte Ihrer Diskussion auf Moderationskarten oder auf einen Flipchart.
- Bestimmen Sie jemanden aus der Gruppe, der die Aspekte im Anschluss im Plenum vorstellt.

### Diskussionspunkte

1. Gruppe:

Welche sozialen Faktoren und lebensgeschichtlichen Ereignisse haben einen Einfluss auf das jetzige Krankheitsgeschehen?

2. Gruppe:

In welcher Form wird die aktuelle Situation durch die lebensgeschichtlichen und sozialen Faktoren beeinflusst?

## Fallbeispiel Frau Y.

Eine 58-jährige, verheiratete türkische Frau kam in Begleitung ihrer sichtlich besorgten Tochter in die psychiatrische Poliklinik. Die Frau sah müde und erschöpft aus, stöhnte und betrat durch ihre Tochter gestützt das Arztzimmer. Sie instruierte ihre Tochter, ihre Beschwerden zu schildern.

Die Tochter berichtete, dass die Mutter seit fünf Jahren in hausärztlicher und orthopädischer Behandlung sei. Der Hausarzt habe vor einer Woche geäußert, dass die Mutter dringend einen Psychiater aufsuchen müsse, da er organisch alles abgeklärt und keinerlei Erklärung für die beklagten Symptome hätte. Seit fünf Jahren habe die Mutter ein Engegefühl in der Brust. Sie habe das Gefühl, keine Luft zu bekommen. Sie habe diffuse Schmerzen im Brustbereich, die in den Rücken und in die Beine ausstrahlen. Oft täten ihr die Schultern weh, dadurch habe sie Schlafstörungen (Einschlaf- und Durchschlafstörungen). Sie könne manchmal weder liegen noch stehen. Morgens, nach dem Aufstehen, werde ihr «schwarz vor den Augen», so dass sie sich wieder hinlegen müsse und erst abends aufstehe, wenn es dunkel sei. Sie sei kraftlos und habe das Gefühl, schwer krank zu sein, jedoch hätten alle internistischen und orthopädischen Untersuchungen keine gravierenden Ergebnisse gebracht.

Nachdem die Tochter hinaus gebeten und ein türkisch sprechender Arzt hinzugezogen wurde, berichtete die Frau auf Nachfrage, dass sie wegen ihrer Erkrankung seit einem Jahr krankgeschrieben sei. Sie habe als Reinigungsfrau in einem Krankenhaus gearbeitet. Sie habe die Dämpfe der Putzmittel 20 Jahre eingeatmet und sähe dies als Ursache ihrer Erkrankung an. Zur sozialen Situation sagte sie, dass vor sechs Jahren ihre jüngste Tochter als letztes Kind das Haus verlassen habe, da sie in einer anderen Stadt studieren würde. Ihre ältesten Kinder seien verheiratet und hätten ihr eigenes Leben. Ihr Ehemann würde in einem Jahr in Pension gehen. Sie habe das Gefühl, von keinem mehr gebraucht zu werden. Ein Leben in der Türkei nach der Rente des Ehemannes könne sie sich schlecht vorstellen, zumal die Kinder in Deutschland bleiben würden. Soziale Kontakte bestünden in der Türkei, jedoch seien diese auf die Verwandtschaft des Ehemannes begrenzt. Während des Gespräches stellte sich heraus, dass die Tochter im letzten Halbjahr häufiger zuhause war, um der Mutter beizustehen und im Haushalt mitzuhelfen.

Quelle: Haasen Chr., Yagdiran O.: Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2000, S: 72–73.

## **Schwangerschaft, Geburt**

Persönliche Vorstellungen und Wünsche

### **Material**

Fragebogen für Schwangere, Gebärende und Frauen im Wochenbett mit Migrationshintergrund von Liselotte Kuntner (2007).

### **Aufgabe**

- Schreiben Sie anhand des Fragebogens Ihre Wünsche und Vorstellungen zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft auf.
- Überlegen Sie, wie wichtig es für Sie wäre, dass auf Ihre besonderen Bedürfnisse in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett eingegangen wird?
- Vergleichen Sie im Anschluss an Ihre Überlegungen Ihre Wünsche und Vorstellungen mit denjenigen Ihrer Sitznachbarin: Gibt es Gemeinsamkeiten, Unterschiede oder auch Widersprüche?
- In der anschließenden Plenumsdiskussion stellen Sie ihre Ergebnisse vor.

Quelle: Kuntner 2007

## Schwangerschaft, Geburt

Umsetzung und Bewertung der migrationspezifischen Anamnese

### Material

Fragebogen für Schwangere, Gebärende und Frauen im Wochenbett mit Migrationshintergrund von Liselotte Kuntner (2007).

### Aufgabe

- Führen Sie mit einer Freundin, Kollegin, Bekannten oder Verwandten, die bereits geboren hat oder schwanger ist, ein Interview mit dem Fragebogen durch.
- Wie beurteilen Sie den Fragebogen:
  - Welche Fragen fanden Sie besonders wichtig?
  - Gab es Fragen, die schwierig zu stellen waren oder die Sie sogar überflüssig finden?
  - Gibt es Fragen auf dem Fragebogen, die Sie noch nie gestellt haben?
- Wie beurteilt die Interviewte den Fragebogen?
  - Waren die Fragen für sie relevant, verständlich, sinnvoll?
  - Gab es Fragen, die schwierig zu beantworten sind?
  - Gab es Fragen, die sie sich noch nicht überlegt hatte?
- In der anschließenden Plenumsdiskussion stellen Sie ihre Ergebnisse vor.



## 6. Literatur und Links

- Achermann, Christin; Efonyay-Mäder, Denise (2003): Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den sozialen Schutz. In: Schweizerisches Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.
- Arbeitsgemeinschaft BASS, ZHAW, ISPM, M.I.S TREND (2011): Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz, Schlussbericht.
- Bartal, Isabel, et al (2000): Illegal unentbehrlich. Hausangestellte ohne gültige Arbeitsbewilligung in der Region Zürich. Zürich, Fraueninformationszentrum.
- Borde, Theda; David, Matthias. (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a. M., Mabuse Verlag.
- Burri Shahani, Barbara, Efonyay-Mäder, Denise, Hammer Stephan, Pecoraro Marco, Soland Bernhard, Tsaka Astrit, Wyssmüller Chantal (2010): Die kosovarische Bevölkerung in der Schweiz, Studie, BFM/EJPD.
- Bundesamt für Gesundheit (2010): Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010. [www.bag.admin.ch/shop/00038/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/shop/00038/index.html?lang=de)
- Bundesamt für Gesundheit (2007): Strategie Migration und Gesundheit, Eidgenössisches Departement des Innern EDI. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Gesundheitspolitik > Migration und Gesundheit
- Bundesamt für Statistik BFS: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) (Zugriff April 2014).
- Christen, Anna (2004): Migrantinnen kämpfen mit mehrfacher Diskriminierung. In: Pressdienst Travail Suisse: 16–22.
- De Piero J., Graf A., Hausammann Chr., Schnegg B., Voegeli S.: Prävention, Versorgung, Schutz und Intervention im Bereich der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM/C) in der Schweiz – Empfehlungen und Best Practices, Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte, Bern 2014.
- Domenig, Dagmar (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Huber, Bern.
- Domenig, Dagmar; Stauffer, Yvonne; Jürgen, Georg (2007): In: Domenig, Dagmar: Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Huber, Bern: 301-310.
- Eckert, Josef; Rommel Alexander; Weilandt, Caren (2006): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Bundesamt für Gesundheit. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Gesundheitspolitik > Migration und Gesundheit > Forschung
- Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM (2009) Frauen in der Migration. Das Bild der Migrantin in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung und der aktuellen Forschung.
- Eyer, Philipp; Schweizer, Régine (2010): Die somalische und eritreische Diaspora in der Schweiz, Studie, BFM/EJPD.
- Faltermaier, Toni (2001): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer saluto-genetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck Peter, Wiedl Karl Heinz (Hrsg.): Migration und Krankheit. Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien, Bd. 10. Osnabrück, Universitätsverlag Rasch: 93–112.
- Fibbi Rosita, Bolzman Claudio, Fernandez Antonio, Gomesoro Andrés, Kaya Bülent, Maire Christelle, Merçay Clémence, Pecoraro Marco, Wanner Philippe (2010): Die portugiesische Bevölkerung in der Schweiz, Studie, BFM/EJPD.
- FIZ Fachstelle für Frauenhandel und Frauenmigration: [www.fiz-info.ch](http://www.fiz-info.ch) (Zugriff April 2014).

- Haab, Katharina; Bolzman, Claudio; Kugler Andrea; Yilmaz, Özcan (2010): Diaspora und Migrantengemeinschaften aus der Türkei in der Schweiz, Studie, BFM/EJPD 2010.
- Haasen Chr., Yagdiran O.: Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 2000, S: 72–73.
- Hunkeler, Brigitte; Müller, Eva (2004): Aufenthaltsstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich: Forschungsbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Universität Zürich.
- Jegher, Stella (2006): Menschenhandel, Menschenrechte und Migration von Frauen. Thesen. In: Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik. 51 (26/2): 53–64.
- Kaya, Bülent; Efonyai-Mäder, Denise (2007): Grundlegendokument «Migration und Gesundheit». Swiss Forum for Migration Studies, Neuchâtel: 1–48.
- Kuntner, Lieselotte (2007): Schwangerschaft und Geburt. In: Domenig, Dagmar: Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Huber, Bern: 439–456.
- Loncarevic, Maja (2007): Migration und Gesundheit. In: Domenig Dagmar (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz, Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2.vollständig überarbeitete Auflage, Hans Huber Verlag: 139–157.
- Moret, Joëlle; Efonyai-Mäder, Denise; Stants, Fabienne (2007): Die srilankische Diaspora in der Schweiz, Studie, BFM/EJPD.
- Moussa, Jehane; Pecoraro, Marco (2013): Ecarts de genre dans l'état de santé des migrants et des migrantes en Suisse: Analyse sur la base d'une analyse des données du monitoring de santé des migrants GMM II. Forum suisse pour l'étude des migrations e de la population.
- Prodoliet, Simone (2005): Bekannte Unbekannte – Weibliche Lebenszusammenhänge im Migrationskontext. Vortrag anlässlich der Konferenz: Migrantinnen in der Schweiz – Ihre Ressourcen und Leistungen, Projekte zur beruflichen Integration. Aarau.
- Razum, Oliver (2007): Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. In: International Journal of Public Health, 52: 75–77.
- Riaño, Yvonne; Baghdadi, Nadia (2006): Unbekannte MigrantInnen in der Schweiz. Studie zu hochqualifizierten Frauen aus Lateinamerika, dem Nahen und Mittleren Osten und Südosteuropa. In: Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik. 51: 43–51.
- Rommel, Alexander; Weilandt Caren; Eckert, Josef (2006): Endbericht des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIADS) gem. e.V.
- Saladin, Peter (2006): Diversität und Chancengleichheit: Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bern, Bundesamt für Gesundheit, H+ Die Spitäler der Schweiz.
- Salman, Ramazan (2001): Zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen. In: Domenig, Dagmar: Professionelle transkulturelle Pflege. Huber, Bern: 87–100.
- Schenk, Liane (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analyse-modells für epidemiologische Studien. In: International Journal of Public Health 52: 87–96.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Bundesamt für Migration: Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008–2013). [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Gesundheitspolitik > Migration und Gesundheit
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Bundesamt für Migration: Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Gesundheitspolitik > Migration und Gesundheit > Forschung
- Schweizerische Flüchtlingshilfe: [www.fluechtlingshilfe.ch](http://www.fluechtlingshilfe.ch) > Asylrecht
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2005): Guideline. Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte.

- Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Übersetzen und Vermitteln INTERPRET:  
www.inter-pret.ch
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2012): Dequalifiziert! Das ungenutzte Wissen von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Mit Porträts von Betroffenen und Handlungsempfehlungen. Broschüre.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2009): Gesundheitskompetenz zwischen Anspruch und Umsetzung, Seismo Verlag, Zürich.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2012): eLearning Transkulturelle Kompetenz SRK, Zugang via: www.transkulturelle-kompetenz.ch
- Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): Gesundheitswegweiser Schweiz – das Gesundheitssystem kurz erklärt. Ein Ratgeber für Migrantinnen und Migranten in der Schweiz, 3. vollständige Auflage (2011). Gratis in 18 Sprachen erhältlich.
- Schweizerisches Tropen und Public-Health Institut: Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern, Literaturreview 2006–2012, im Auftrag des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008–2013, Bundesamt für Gesundheit, 2013.
- Sieber, Christine (2007): Verhütung und Schwangerschaftsabbruch bei Migrantinnen. In: Domenig, Dagmar: Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Huber, Bern: 457–472.
- Spescha, Marc (2006): Strukturelle Gewalt – gefährdete Migrantinnen. Frauen aus Drittstaaten in prekären Aufenthaltssituationen. In: Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik. 51: 6–20.
- Terre des femmes Schweiz (2010): Factsheet zu Frauenflüchtlingen (Zugriff auf Website www.terre-des-femmes.ch im April 2014).
- Tschannen, Pia (2003): Putzen in der sauberen Schweiz. terra cognita. 3/ 2003: 36–39.
- Weiss, Regula (2003): Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich, Seismo Verlag.
- WHO (1984): The WHO-Constitution, Geneva.
- WHO (2005): Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Genf.
- WHO Europa (2005): Das Rahmenkonzept Gesundheit für alle. Für die europäische Region der WHO, Aktualisierung 2005. Europäische Schriftenreihe «Gesundheit für alle», Nr. 7. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa.

### **Visuelle Medien**

- Hilfe aus dem Osten – Pflegemigrantinnen in der Schweiz. SRF-Dok. Gesendet am 20. Juni 2013: <http://www.srf.ch/sendungen/dok/hilfe-aus-dem-osten-pflegemigrantinnen-in-der-schweiz-2>
- Rassismus im Fokus. Jugend-Video-Projekt «Neighbours». 140 Min. Schweizerdeutsch und Deutsch. Reformierte Kirchen Bern-Jura-Solothurn, Inhalt: 26 Portraits von Migrant/innen in der Schweiz.
- Verstehen kann heilen: Globale Migration – lokale Lösungen im Gesundheitswesen. artefakt wort+bild. Stream: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Gesundheitspolitik > Migration und Gesundheit > Bildung und Versorgung
- Zwischen den Welten. Der lange Weg einer gelungenen Integration. Regie und Buch: Yusuf Yesilöz, Schweiz 2006. Dokumentarfilm, 54 Minuten.

## **Weiterführende Informationen**

### **FIZ Fachstelle für Frauenhandel und Frauenmigration**

Badenerstrasse 134, 8004 Zürich,  
Tel. 044 240 44 22  
contact@fiz-info.ch  
www.fiz-info.ch

### **Terre des Femmes**

Bollwerk 39, 3011 Bern  
Tel. 031 311 38 79  
info@terre-des-femmes.ch  
www.terre-des-femmes.ch

## **Informationsmaterial in Migrationssprachen**

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

Zentrale Bezugsquelle für Broschüren, Ratgeber, Flyer, Filme zu Gesundheitsthemen in Migrationssprachen.

### **[www.sante-sexuelle.ch](http://www.sante-sexuelle.ch)**

Informationen zu Themen der sexuellen Gesundheit. Bezugsmöglichkeiten für Broschüren und Informationsblättern zu verschiedenen Bereichen der sexuellen Gesundheit.

**Schweizerisches Rotes Kreuz**

Departement Gesundheit und Integration

Abteilung Gesundheit und Diversität

Werkstrasse 18

CH-3084 Wabern