

Auftrags-Nr. 12.008274

Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern

Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012

Im Auftrag des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008-2013, Bundesamt für Gesundheit

**Sonja Merten
Sara Gari**

Kontakt

Swiss TPH 
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Associated Institute of the University of Basel

Sonja Merten
Sara Gari

Epidemiologie und Public Health
Society, Gender and Health Unit
Socinstrasse 57
P.O. Box
CH-4002 Basel

T: +41 61 284 83 87
F: +41 61 284 81 09
E-mail: sonja.merten@unibas.ch
Website: www.swisstph.ch

Danksagung

Dank geht insbesondere an Elisabeth Zemp für ihre inhaltliche Unterstützung.



Glossar und Abkürzungen

Apgar Score	Score zur Beurteilung der Vitalität des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt
Anämie	‚Blutarmut‘
BAG	Bundesamt für Gesundheit
FGM	Female Genital Mutilation, weibliche Genitalbeschneidung
Frühgeburt	Geburt vor vollendeter 37. Schwangerschaftswoche
GDM	Gestational Diabetes Mellitus; Schwangerschaftsdiabetes
Geburtsgewicht, zu tiefes	<2500 g
Gestationsalter	Schwangerschaftsalter (Angabe in Schwangerschaftswochen)
Gestationsdiabetes	Schwangerschaftsdiabetes, Risiko für Komplikationen bei Mutter und Kind
HIV	Human Immunodeficiency Virus
Hyperemesis gravidarum	Ausgeprägtes Schwangerschaftserbrechen, in der Regel therapiebedürftig
Listeriose	Lebensmittelvergiftung mit <i>listeria monocytogenes</i> , die zu schweren Missbildungen beim Kind führen kann
Mortalität	Sterblichkeitsrate
Neugeborenenperiode	Zeitraum 0-28 Tage nach der Geburt
OR	Odds Ratio: Quotenverhältnis
Perinatal	Zeitraum 24. Schwangerschaftswoche und 7 Tage nach der Geburt
Säuglingssterblichkeit	Lebendgeborene, die innerhalb des ersten Lebensjahres sterben
Septischer Abort	Fiebrige Fehlgeburt, die mit einer Entzündung der Bauchorgane und der Verbreitung von Bakterien im Blut einhergehen kann
Seroprävalenz	Prozentualer Anteil serologisch bestätigter Infektionen
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute
Toxoplasmose	Parasiten-Erkrankung, die durch Kontakt mit Katzen übertragen wird und zu Missbildungen beim Kind führen kann

Inhaltsverzeichnis

Kontakt	i
Zusammenfassung	iv
1 Einleitung	1
1.1 Migration und Gesundheit in der Schweiz	2
1.2 Spezifische Fragestellung der vorliegenden Literaturübersicht	3
1.3 Methode	4
2 Wissenschaftliche Fakten zu Migration und reproduktiver Gesundheit	5
2.1 Schwangerschaft	6
2.2 Geburt und Neugeborenenperiode	15
2.3 Säuglingsperiode	20
3 Massnahmenbereiche	23
3.1 Verbesserung von Gesundheitsmonitoring und Ursachenforschung in der Schweiz	23
3.2 Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Qualität	24
4 ‚Good practice‘ Modelle	27
4.2 Initiativen und Projekte in der Schweiz	31
4.3 Ausgewählte internationale Initiativen	32
5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	33
5.1 Bisherige Empfehlungen und Strategien sowie Massnahmen	33
5.2 Fortbestehende Problemfelder in der Übersicht	34
5.3 Empfehlungen	35
6 Literaturverzeichnis	38

Zusammenfassung

Die vorliegende Literaturübersicht wurde im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008-2013 und im Zusammenhang mit dem **Postulat Maury Pasquier 12.3966: „Migrationsbevölkerung. Gesundheit von Müttern und Kindern“** (vom **28. September 2012**) erstellt. Sie hat zum Ziel, eine Übersicht über die neuesten Erkenntnisse und Massnahmen im Bezug auf die **Gesundheit von Müttern und Kindern in der Schweiz im Zusammenhang mit migrationsspezifischen Faktoren** zu schaffen. Der vorliegende Bericht fasst Publikationen aus dem Zeitraum Januar 2006 - Februar 2013 zusammen.

Chancengleichheit im Bezug auf die Gesundheit bedeutet, dass alle Teile der Bevölkerung die gleichen Chancen haben, ihr individuelles Gesundheitspotential zu entwickeln. Chancengleichheit ist eine unabdingbare Voraussetzung zur Integration und ein integraler Bestandteil der Bundespolitik, welche die Integration der ausländischen Bevölkerung zum Ziel hat. Die Resultate dieser Literaturübersicht haben jedoch gezeigt, dass die Migrationsbevölkerung in der Schweiz im Bereich der reproduktiven Gesundheit ihr Gesundheitspotential nicht ausschöpfen kann. 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.

Für diese Literaturreview wurden 33 Publikationen mit Daten aus der Schweiz und 61 Publikationen aus anderen Aufnahmeländern (Westeuropa, USA, Kanada) gefunden und nach Themenfeldern zusammengefasst. Folgende Themen wurden in den Publikationen diskutiert:

- ❖ **Gesundheitsförderung und Prävention:** Migrantinnen in der Schweiz haben insgesamt einen **schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand**. Risikofaktoren sind ein tiefer sozioökonomischer Status, der soziale Kontext, eine mögliche Traumatisierung, sowie sozio-kulturell geprägte Lebensstilfaktoren. Geforderte Massnahmen sind: Integrationsförderung, Gewaltprävention insbesondere auch bei Jugendlichen, Verbesserung des Ernährungsverhaltens, Senken des Risikos für Schwangerschaftsdiabetes, Förderung der Folsäureeinnahme vor und während der Schwangerschaft, Screening nach Infektionskrankheiten geleitet durch die individuelle Migrationsgeschichte. Vereinzelt vorhanden sind Gesundheitsförderungsprojekte für Migrantinnen.
- ❖ **Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch:** **Schwangerschaftsabbrüche** sind in der Migrationsbevölkerung häufiger, insbesondere bei Sans Papiers Frauen, sowie bei Adoleszenten. Geforderte Massnahmen sind: den Zugang zu oralen Kontrazeptiva unab-



hängig vom Migrationsstatus ermöglichen; Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen bei den genannten Risikogruppen.

- ❖ **Zugang zu adäquater Schwangerschaftsvorsorge:** Der Zugang zu adäquater Schwangerschaftsvorsorge ist in der Schweiz nicht für alle Migrantinnen gewährleistet. Geforderte Massnahmen sind: Fördern der transkulturellen Kompetenzen medizinischer Fachpersonen, Dolmetschdienste auch für den ambulanten Bereich, physisch oder über Telefon, Skype, etc., Bereitstellen von Informationen in übersetzter Form (teils vorhanden) sowie persönliche Vermittlung des Inhalts wenn angezeigt; legale und zahlbare Versorgungsmöglichkeiten für undokumentierte Migrantinnen, Studien zur Inanspruchnahme und Determinanten. Bereits angeboten werden Geburtsvorbereitungskurse für Migrantinnen (nicht flächendeckend) sowie Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen. Zudem erfordert weibliche Genitalbeschneidung spezifische Kompetenzen für das medizinische Personal (Richtlinien sind vorhanden).
- ❖ **Geburt:** Migration ist in der Schweiz mit einer **erhöhten perinatalen Sterblichkeit** und einer starken **Erhöhung der Müttersterblichkeit** bei Migrantinnen assoziiert. Auch **Kaiserschnittraten** sind insbesondere bei Migrantinnen aus Afrika und Lateinamerika erhöht, sowie die **Verlegungen auf die Neugeborenenstation** aus medizinischen Gründen. Nach wie vor fehlt es an genügend transkultureller Kompetenz seitens des Fachpersonals. Zudem sind gewisse Praktiken in der Schweiz trotz vorhandener Informationen und Richtlinien zu wenig bekannt, wie zum Beispiel die **weibliche Genitalbeschneidung** (FGM) und die damit verbundenen möglichen Geburtskomplikationen. Neben den Massnahmen, diesen Risiken zu begegnen, braucht es auch eine **generelle Analyse der Komplikationen rund um die Geburt**. Geforderte Massnahmen sind: Flexible Dolmetscherdienste unter Einbezug neuer Technologien, detailliertes Monitoring der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen, Experten-Audit auf nationaler Ebene im Falle eines mütterlichen Todesfalls, Kaiserschnitt rate untersuchen, klinische Richtlinien für die Betreuung von Migrantinnen entwickeln, Studien zur Analyse von Risikofaktoren.
- ❖ **Erste Monate nach der Geburt: Postpartale Depressionen** sind bei Migrantinnen tendenziell häufiger. Die Ernährungsempfehlungen für Säuglinge werden in der Migrationsbevölkerung weniger befolgt als von den Schweizerinnen, insbesondere das zeitgemässe Einführen der **Beikost** und die **Vitamin D** Prophylaxe. Mögliche Massnahmen sind: Früherkennung des Risikos für postpartale Depressionen verbessern, Stillförderung und Förderung der zeitgerechten Beikosteinführung, Vitamin D Abgabe, Analyse der Determinanten der Säuglingssterblichkeit, Studien zu Wochenbettkomplikationen, inkl. post-

partale Depressionen, Studien zur Säuglingsernährung unter Einbezug der Migrationsbevölkerung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in den letzten Jahren einige Publikationen erschienen sind, welche die komplexen reproduktiven Gesundheitsprobleme der Migrantinnen in der Schweiz dokumentieren. Dennoch können kaum generalisierende Aussagen gemacht werden, da die meisten dieser Studien nicht auf nationaler Ebene durchgeführt wurden. In den nationalen Statistiken sind Angaben zu Migrantinnen wenig detailliert und medizinische Informationen zum Beispiel zu den Ursachen für die Neugeborenensterblichkeit werden nicht erfasst. Zudem liegen die berücksichtigten Daten zur Sterblichkeit zum Teil bereits über 10 Jahre zurück. Im Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (2004 und 2010) sind wichtige Informationen zur reproduktiven Gesundheit ebenfalls nicht eingeschlossen. Es braucht deswegen nach wie vor gezielte gesamtschweizerische Studien, um Ursachen und Ausmass der Komplikationen im Bereich der reproduktiven Gesundheit zu erfassen, damit effektive Massnahmen getroffen werden können, die den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung auf gesamtschweizerischer Ebene zu verbessern vermögen. Eine regelmässige Erfassung und Analyse nationaler Monitoringdaten zu Migration und reproduktiver Gesundheit würde zudem erlauben, rascher auf Veränderungen durch eine sich wandelnde Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung reagieren zu können.

Internationale Bemühungen, die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung zu verbessern, sind teils gut dokumentiert. In den letzten Jahren wurden in verschiedenen Ländern wie Spanien oder insbesondere auch Kanada vermehrt Forschungsergebnisse publiziert, und internationale Forschungsnetzwerke wurden im Bereich Migration und reproduktive Gesundheit aufgebaut. Die Resultate dienten zum Beispiel in Kanada dazu, strategische Massnahmen zu treffen, um Verbesserungen in der Betreuung der Migrationsbevölkerung zu erreichen.

Auf der Seite der Massnahmen wurde in den letzten Jahren in der Schweiz dennoch einiges erreicht. Im Rahmen des Nationalen Programms Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit wurde eine Internetplattform (migesplus.ch) aufgebaut, die Informationsmaterial zu verschiedenen Gesundheitsthemen, darunter auch Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit, in verschiedenen Sprachen verfügbar macht. Ein Dachverband für interkulturelles Übersetzen (inter-pret.ch) und ein nationaler Telefondolmetschdienst wurden aufgebaut, Bildungsangebote im Bereich transkultureller Kompetenz wurden entwickelt, wobei jedoch ein spezifischer Schwerpunkt reproduktive Gesundheit fehlt.

Folgende Empfehlungen werden in den gesichteten Publikationen in den Bereichen Monitoring/Forschung, Gesundheitsversorgung, sowie Interventionen bei der Migrationsbevölkerung gemacht:

1. **Kontinuierliches Monitoring** der reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung und Erfassung migrationsspezifischer Indikatoren (Herkunftsland, Aufenthaltsdauer), sowie gezielte **Forschung** zur Identifikation von Risikogruppen und Ursachen für Ungleichheiten. Ein kontinuierliches Monitoring der reproduktiven Gesundheit ist unter anderem wegen der relativ raschen Veränderung der Zusammensetzung der Migrationsbevölkerung unerlässlich.
2. Die **Gesundheitsversorgung** muss auf die spezifischen Bedürfnisse der Migrantinnen Rücksicht nehmen. Es gilt zu bedenken, dass fast ein Drittel der Kinder, die in der Schweiz geboren werden, keine Schweizer Mutter hat. Kommunikationsprobleme sind häufig. Besonders in der **Geburtshilfe** müssen **Dolmetscherdienste** 24 Stunden lang erreichbar sein. Aber auch während Schwangerschaftsvorsorge und Nachbetreuung zu Hause braucht es bezahlte Dolmetscherdienste, was bisher nur in Ausnahmen möglich ist. Die gezielte Förderung der **transkulturellen Kompetenz** der Gesundheitsfachpersonen verbessert ebenfalls die Kommunikation und dadurch letztlich Diagnostik und klinische Betreuung. **Richtlinien für die klinische Betreuung** von Migrantinnen, die ‚best practice‘ Vorgehensweisen definieren, sind wichtig für die Qualität der Versorgung. In einigen Bereichen, wie zum Beispiel der weiblichen Genitalbeschneidung, stehen solche Richtlinien bereits zur Verfügung (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe).
3. Die Migrationsbevölkerung selber sollte in Massnahmen zur Verbesserung der eigenen **Gesundheitskompetenz** mit einbezogen werden. Angebote zur **Familienplanung** können in enger Zusammenarbeit mit der Migrationsbevölkerung und deren Organisationen effektiver und niederschwelliger gestaltet werden (siehe Beispiel FemmesTische, Fenter 2012, oder Conviva, Basel-Land). Im Bereich Prävention sexueller Gewalt bei Jugendlichen wird ebenfalls eine Zusammenarbeit mit den Migrant*innenorganisationen empfohlen. Auch für die persönliche Vermittlung von Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, zu Schwangerschaft und Geburt, zu Prävention wie zum Beispiel der Folsäureeinnahme vor und während der Schwangerschaft wäre eine Zusammenarbeit mit Organisationen der Migrationsbevölkerung zu prüfen.

Basel, 13.3.2013

1 Einleitung

Die vorliegende Literaturübersicht wurde im Zusammenhang mit dem **Postulat Maury Pasquier: „Migrationsbevölkerung. Gesundheit von Müttern und Kindern“** erstellt und hat zum Ziel, eine Übersicht über die neuesten Erkenntnisse und Massnahmen im Bezug auf die **reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung** in der Schweiz zu schaffen. ‚Reproduktive Gesundheit‘ wird verstanden in Anlehnung an die Definition der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) 1994 in Kairo (<http://www.unfpa.org/public/icpd/>) und schliesst ein befriedigendes und gesundheitlich ungefährliches Sexualleben, die Fähigkeit zur und Entscheidungsfreiheit über die Fortpflanzung, der Zugang zu Methoden der Familienplanung und zu Gesundheitsversorgungsangeboten, eine sichere Schwangerschaft und Geburt ein. Dies setzt folgende Rechte voraus:

- Das Recht, informiert zu werden und Zugang zu haben zu sicheren, effektiven, erschwinglichen und akzeptablen Methoden der **Familienplanung** ihrer Wahl, ebenso wie zu anderen Methoden der Fruchtbarkeitsregelung ihrer Wahl, die nicht gegen das Gesetz verstoßen.
- Das Recht auf **Zugang zu geeigneten Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung**, die es Frauen ermöglichen, eine **sichere Schwangerschaft** zu erleben und Paaren die bestmögliche Chance bieten, ein gesundes Kind zu bekommen.

Im von Liliane Maury Pasquier am 28.09.2012 eingereichten Postulat wird der Bundesrat beauftragt, „einen Bericht über die **Gesundheit von Müttern und Kindern in der Schweiz im Zusammenhang mit migrationsspezifischen Faktoren** vorzulegen. Der Bericht soll konkrete Empfehlungen enthalten, mit denen die Situation der betroffenen Personen und damit auch der gesamten Bevölkerung verbessert werden kann.“ Begründet wird das Postulat mit den Resultaten von zwei im Auftrag des Bundes durchgeführten Studien zur reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung 2006 und 2010, die gezeigt haben, dass diese im Bereich der reproduktiven Gesundheit erhöhten Risiken ausgesetzt ist (Bollini 2006, 2011). Seit längerem ist bekannt, dass sich der Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung in verschiedener Hinsicht von jenem der einheimischen Bevölkerung unterscheidet. Dies wird ersichtlich, wenn wichtige Gesundheitsindikatoren, wie zum Beispiel die Mütter- und Säuglingssterblichkeit oder der subjektiv wahrgenommene psychische und physische Gesundheitszustand, verglichen werden. Dabei spielt die Heterogenität der Herkunftsländer der Migrantinnen und Migranten wie auch der Migrationsstatus eine modulierende Rolle.

Die Gesundheit der Migrationsbevölkerung widerspiegelt direkt die Wirksamkeit der auf die Integration der ausländischen Bevölkerung abzielenden Bundespolitik. Eine unabdingbare

Voraussetzung zur Integration ist die Herstellung von Chancengleichheit auch im Bezug auf die Gesundheit. Dies bedingt, dass alle Teile der Bevölkerung die gleichen Chancen haben, ihr individuelles Gesundheitspotential zu entwickeln. Um dies zu erreichen, sind Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung, der Zugang zum Gesundheitswesen und eine gute Qualität der Gesundheitsversorgung auch für die ausländische Bevölkerung in der Schweiz unabdingbar.

„Aus der Sicht des Bundes soll das Gesundheitswesen jene Offenheit besitzen, die es Menschen beider Geschlechter, verschiedener Herkunft und aller sozialen Schichten erlaubt, angemessene Gesundheitsleistungen zu beziehen. Das betrifft auch diejenigen, die sich nur vorübergehend in der Schweiz aufhalten“ (Bundesamt für Gesundheit 2002: 9).

1.1 Migration und Gesundheit in der Schweiz

Seit über 10 Jahren verfolgt das Bundesamt für Gesundheit BAG mit dem Nationalen Programm Migration und Gesundheit das Ziel die Chancengleichheit der Migrationsbevölkerung im Bezug auf deren Gesundheitspotential zu erhöhen. Dies ist kongruent mit den Zielsetzungen der WHO, welche ebenfalls auf dem Grundsatz der Chancengleichheit beruhen und die nachhaltige Etablierung eines standardisierten und vergleichbaren Monitorings, die Schaffung rechtlicher Grundlagen zur Förderung eines egalitären Zugangs zum Gesundheitssystem für alle Migranten und Migrantinnen, und den Ausbau eines flächendeckenden ‚migrant friendly‘ Gesundheitswesens fordert (World Health Organization 2010). Die Bundesstrategie Migration und Gesundheit formuliert folgende Ziele, die der Förderung und dem Erhalten der Gesundheit der Migrationsbevölkerung dienen sollen:

- ❖ Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme beziehen die Migrationsbevölkerung mit ein.
- ❖ Personen mit Migrationshintergrund sind genügend informiert und kompetent, um sich selbstverantwortlich und gesund zu verhalten.
- ❖ Das Gesundheitspersonal verfügt über migrationsspezifische Kompetenz.
- ❖ Professionelles interkulturelles Dolmetschen wird vermehrt und bedarfsgerecht eingesetzt.
- ❖ Es ist zusätzliches Wissen über die Gesundheit der Migrationsbevölkerung vorhanden und für die interessierten Kreise verfügbar (Spang 2007).

Vor diesem Hintergrund wurde 2004 ein gesamtschweizerisches Monitoring der Gesundheit der Migrationsbevölkerung lanciert. Seither wurden zwei Befragungen durchgeführt (2004

und 2010). Befragt wurden Personen aus der Türkei, Portugal, Serbien, dem Kosovo, Somalia und Sri Lanka. Beide Studien brachten Unterschiede zwischen der einheimischen und der Migrationsbevölkerung zu Tage: In der letzten Befragung von 2010 zeigte sich, dass der körperliche und psychische Gesundheitszustand in der Migrationsbevölkerung deutlich schlechter als jener der einheimischen Bevölkerung war, insbesondere bei älteren Personen und bei Frauen (Gasser and Guggisberg 2012).

Analysen der statistischen Daten in der Schweiz (Geburten- und Todesfallstatistik) haben ebenfalls gezeigt, dass offenbar trotz eines hohen Standards des schweizerischen Gesundheitswesens nicht alle Personengruppen gleich von der guten Qualität der Gesundheitsversorgung in der Schweiz profitierten. Dies gilt insbesondere auch im Bereich der reproduktiven Gesundheit: Die erhöhte Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der Migrationsbevölkerung verdeutlicht, dass trotz dem allgemein hohen Lebensstandard und der guten medizinischen Versorgung in der Schweiz Ungleichheiten bezüglich der Gesundheit zwischen Migrantinnen und Schweizerinnen und deren Kinder existieren.

1.2 Spezifische Fragestellung der vorliegenden Literaturübersicht

Unterschiede in der reproduktiven Gesundheit zwischen Migrantinnen und einheimischer Bevölkerung bilden die Ausgangslage für mehrere vom BAG in Auftrag gegebene Studien und Übersichtsarbeiten, welche zum Ziel haben, diese Ungleichheiten genauer zu untersuchen (Achermann and Stotzer 2006, Bollini and Wanner 2006, Bollini, Fall et al. 2010). Um einen aktuellen Überblick über die Problematik zu gewinnen wurden im Kontext der Bundesstrategie Migration und Gesundheit (2008-2013) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit seit 2006 mehrere allgemeine Literaturübersichten zum Thema Migration und Gesundheit erstellt (Wyssmüller and Kaya 2009, Wyssmüller and Kaya 2010, Novak 2012). Einerseits wurde in diesen Arbeiten eine Übersicht über die Datenlage zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung angefertigt, einschliesslich der reproduktiven Gesundheit, , andererseits wurden auf Basis der Literatur allgemeine Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung formuliert, wie zum Beispiel die Verbesserung der transkulturellen Kompetenz von Gesundheitsfachleuten, oder der Einsatz von Dolmetscherdiensten, um die Qualität der Versorgung gewährleisten zu können.

Die vorliegende Literaturübersicht schliesst an die allgemeinen Übersichtsarbeiten zum Thema Migration und Gesundheit an, konzentriert sich jedoch ausschliesslich auf die reproduktive Gesundheit. Die vorliegende Zusammenstellung basiert demnach auf einer Review der Literatur zur reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen in der Schweiz und ausgewählten Ländern und umfasst Publikationen aus dem Zeitraum 2006-2012. Ziel der vorliegenden Review ist es, die Informationen zum aktuellen Forschungsstand zusammenzufassen und

die wichtigsten Empfehlungen und Massnahmen zu identifizieren. Diese Übersicht soll als eine der Grundlagen für die im Postulat „Maury Pasquier: Migrationsbevölkerung. Gesundheit von Müttern und Kindern“ geforderte Definition von Massnahmen zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz dienen.

1.3 Methode

Für die vorliegende Literaturübersicht wurden mehrere Online-Datenbanken systematisch durchsucht, einschliesslich **PubMed, Web of Science, SAPHIR, Swissbib, SFM-Katalog**. Die Suchstrategie war breit und umfasste einmal die Begriffe Migration und Schweiz in verschiedenen Kombinationen als Suchstrings, sowie die Kombination Migration und reproduktiv ohne Ländereinschränkung, für den **Zeitraum nach 2005**. Die Suche in den wissenschaftlichen Datenbanken ergaben 1395 Treffer für den ersten Suchbegriff und 764 für den zweiten. Die Einschränkung wurde in zwei Phasen gemacht: Zuerst wurde eine Titel-Review durchgeführt. Dadurch wurden insgesamt 1653 Publikationen als themenfremd ausgeschlossen. Von den verbleibenden 506 Publikationen wurden alle Abstracts auf Inhalte zu reproduktiver Gesundheit und Migration durchgesehen. Von Bedeutung waren die Themen **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die ersten 12 Monate nach der Geburt**. Sämtliche Publikationen, welche Studien aus Aufnahmeländern ausserhalb Europas und Nordamerikas betrafen, wurden ausgeschlossen. Insgesamt wurden 94 Peer-Review-Publikationen in die Literaturübersicht einbezogen. Ausserdem wurden Online-Publikationen der World Health Organisation (WHO), der Europäischen Union (EU), der International Organisation of Migration (IOM), sowie die Websites ausgewählter laufender Projekte und Konsortien gesichtet. Zusätzliche relevante Publikationen wurden ebenfalls einbezogen. Insbesondere Projekte aus der Schweiz im Bereich Migration und reproduktive Gesundheit waren in den Online-Datenquellen relativ schwach dokumentiert. Nach Sichtung und Ausschluss nicht relevanter Publikationen wurden am Schluss **33 Publikationen mit Informationen zur Schweiz und 61 internationale Publikationen in die Literaturübersicht aufgenommen**. Relevante Daten wurden nach Themenbereichen (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und erste Monate nach der Geburt) extrahiert. Dafür wurden Tabellen erstellt, in welchen die Resultate nach den Phasen Schwangerschaft-Geburt-12 Monate zusammengefasst wurden und als Grundlage für diesen Bericht dienten (Tabellen siehe Anhang I und Anhang II). Zusätzlich wurde zwischen **Gesundheitszustand/Risikofaktoren und strategischen Ansätzen und Projekten** unterschieden. Publikationen, die sowohl Gesundheitsdaten wie auch Massnahmen beinhalteten, können zu beiden Themenbereichen dieser Literaturübersicht beitragen.

Diese Literaturübersicht ist wie folgt aufgebaut: In einem ersten Teil werden die verfügbaren Daten zu **Gesundheitszustand und Risikofaktoren** zusammengestellt, zuerst für die Schweiz, dann für andere Aufnahmeländer. In einem zweiten Teil werden anhand der Litera-

tur mögliche oder bereits umgesetzte Massnahmen als **Ansätze und Projekte** vorgestellt. Diese Zusammenstellung beinhaltet jedoch keine reinen Projektbeschreibungen oder Materialien, ausser sie seien im Zusammenhang mit einer wissenschaftlichen Analyse aufgeführt. Auf ausgewählte interessante Projekte und Organisationen und deren Zielsetzungen wird in der Diskussion hingewiesen. Die 94 Publikationen sind in Anhang I und II tabellarisch zusammengestellt.

Die vorgestellten Resultate der Literaturübersicht sind nicht abschliessend. Es wurden einerseits lediglich Publikationen seit 2006 berücksichtigt; zudem wurde die Literatursuche nicht auf generell migrationsrelevante Themen ausgeweitet. Auch wurde keine vollständige Übersicht über in der Schweiz umgesetzte Projekte im Bereich Migration und Gesundheit erstellt, da die Suchstrategie einer online-search lediglich online verfügbare Informationen mit einschloss.

2 Wissenschaftliche Fakten zu Migration und reproduktiver Gesundheit

Die Organisation der Resultate orientiert sich an den zeitlich aufeinander folgenden Phasen **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett** und **erste 12 Monate nach der Geburt**. Für jede Phase wird jeweils zuerst die Literatur zur Schweiz zusammengefasst, anschliessend werden ausgewählte Studien aus anderen Aufnahmeländern vorgestellt. Die Literatur wird dabei in Themenbereiche gegliedert, wobei sämtliche Publikationen, welche dazu Informationen enthalten, berücksichtigt werden. In der Literatur zur Schweiz sind die Zeiträume Schwangerschaft und Geburt am besten abgedeckt. Die Studien basieren einerseits auf nationalen Daten, andererseits werden auch kleinere Studien berücksichtigt. Weniger Studien wurden zum Wochenbett und dem ersten Lebensjahr der Kinder gefunden. Eine Antwort darauf könnte sein, dass pädiatrische Studien oft andere Altersklassen mit einschliessen und somit Aussagen allein zum Säuglingsalter in vielen Publikationen nicht möglich sind.

Bei der internationalen Literaturrecherche fiel auf, dass insbesondere in Kanada in den letzten Jahren viel zu Migration und Gesundheit geforscht und publiziert wurde. Auch in westeuropäischen Staaten sind in den vergangenen Jahren Studien im Bereich Migration und Gesundheit durchgeführt worden, die in der Folge zusammengefasst werden.

2.1 Schwangerschaft

2.1.1 Verhütung und Schwangerschaftsabbrüche

CH

In der Schweiz wurde mehrfach eine erhöhte Rate von **Schwangerschaftsabbrüchen** bei Migrantinnen dokumentiert (Carbajal 2007, Cerutti and Blaser 2008, Kurth, Jaeger et al. 2010, Sebo, Jackson et al. 2011). Ein wesentlicher Grund dafür wurde in einem **erschwer-ten Zugang zu Verhütungsmitteln** vermutet. Wolff zeigt, dass insbesondere Frauen ohne Aufenthaltsbewilligung einen schlechteren Zugang zu Verhütungsmitteln aufwiesen (Wolff, Lourenco et al. 2008). Eine gezielte Befragung von undokumentierten, aber relativ gut ausgebildeten Migrantinnen, die meist aus Lateinamerika stammten, ergab, dass 40% der befragten Frauen bereits einmal ungewollt schwanger geworden waren und fast die Hälfte bereits einen induzierten Abort durchführen liess (Sebo, Jackson et al. 2011). Auch Carbajal beschreibt eine erhöhte Abtreibungsrate bei Lateinamerikanerinnen im Kanton Waadt (Carbajal 2007).

Michaud und Akré weisen in ihrer Einleitung des Berichts zu ‚**Jugendsexualität** im Wandel der Zeit‘ der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen darauf hin, dass jugendliche Migranten und Migrantinnen der ersten Generation oft **mit ihren Familien in Konflikt** geraten, da sie Sexualität nicht nach den Vorstellungen ihrer Eltern leben. Solche sozialen Konflikte bergen nach Interpretation der Autoren ein Risiko für ungeplante Schwangerschaften (Michaud and Akre 2009).

Nicht-CH

Studien aus Frankreich, Spanien, Norwegen, Belgien und den Niederlanden beobachteten ebenfalls eine erhöhte Rate von **Schwangerschaftsabbrüchen** bei Migrantinnen (Stanojevich and Veisse 2007, Gispert Magarolas, Clot-Razquin et al. 2008, Vangen, Eskild et al. 2008, Zurriaga, Martinez-Beneito et al. 2009, Rio, Castello et al. 2010, Keygnaert, Vettenburg et al. 2012). Neben Schwangerschaftsabbrüchen sind **Schwangerschaften in der Adoleszenz** in Spanien rund 3-5 mal höher bei Migrantinnen als bei Spanierinnen. Die höchsten Raten wurden bei Frauen aus Osteuropa gefunden (Rio, Castello et al. 2010). Neben Unterschieden bezüglich des Herkunftslandes (Zurriaga, Martinez-Beneito et al. 2009) scheint auch der Migrationsstatus einen Einfluss zu haben: In Norwegen hatten Flüchtlinge gehäuft Schwangerschaftsabbrüche (Vangen, Eskild et al. 2008). Eine umfassende Studie aus Belgien und Holland zeigt zudem, dass Migrantinnen häufiger **sexueller Gewalt** ausgesetzt sind, was u.a. in ungewollten Schwangerschaften und Risiko-Aborten resultiert (Keygnaert, Vettenburg et al. 2012).

Helfferrich verweist in ihrer Untersuchung über Familienplanung im Kontext der Migration auf die **Bedeutung der biographischen Dynamik**. In einer nationalen Studie in Deutschland zeigten sich Unterschiede in der Verhütungspraxis zwischen Migrantinnen der ersten Generation aus Osteuropa und aus der Türkei. Helfferrich beschreibt, dass die türkischen Frauen in der Studie häufiger einem traditionellen Familienbild folgten, seltener vor der Ehe sexuell aktiv waren und deswegen Verhütung – wie auch Schwangerschaftsabbrüche – eher im Kontext der **Beschränkung der Familiengrösse** zur Anwendung kamen. Dennoch stellt gerade angesichts der unterschiedlichen gesellschaftlichen Normen im Aufnahmeland die Zeit vor der Heirat eine Phase dar, in der junge türkische Frauen, die bereits sexuell aktiv sind, möglicherweise keinen Zugang zu Verhütungsmitteln haben. Demgegenüber verzögern die osteuropäischen Frauen, wie auch die deutschen Frauen die erste Geburt eher bis nach **Abschluss der Ausbildung**. Entsprechend ist ihr Bedarf an Verhütungsmitteln ebenfalls in jüngerem Alter grösser. In der zweiten Generation spricht die Autorin von einer Annäherung an das Familienplanungsmuster im Aufnahmeland auch bei den Türkinnen (pp. 148-170). Gemäss Helfferrich sollten sich Ansätze zur Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen an diesen biographischen Mustern orientieren (pp. 190-191) (Helfferrich, Aufklärung et al. 2010). Auch Martin beschreibt aus Spanien ähnliche Unterschiede in der Familienplanung je nach Herkunft der Mütter (Martin and Rosero-Bixby 2011).

2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention während der Schwangerschaft

CH

Verschiedene sozioökonomische und Lebensstil-Faktoren, die ein Risiko für Schwangerschaftskomplikationen darstellen, sind bei Migrantinnen verbreiteter als bei Schweizerinnen. Das nationale Gesundheitsmonitoring bestätigt, dass ein Teil der Migrantinnen sich **weniger gesund** fühlt als Schweizerinnen, sich **weniger gesund ernährt** und eher **weniger körperlich aktiv** ist, sowie mehr **psychische Beschwerden** aufweist, welche zum Teil durch den Kontext der Migration mitbedingt sind (Gasser and Guggisberg 2012). Gemäss einer Spitalstudie von Alder et al. in Basel haben schwangere Migrantinnen im Mittel einen **höheren BMI** und nehmen **häufiger Medikamente** ein (Alder, Fink et al. 2008). Eine Untersuchung von Bollini wiederum zeigt, dass Migrantinnen zudem oft hohem **Stress** ausgesetzt sind: Interviews mit türkischen Frauen brachten zu Tage, dass die angehenden Mütter oft in prekären ökonomischen Verhältnissen leben und dadurch unter grossem Druck stehen, während der Schwangerschaft schwer körperlich arbeiten müssen, und ihre Krankenkassenprämien mit dem geringen Einkommen kaum bezahlen können (Bollini und Wanner 2006). Auch der **Migrationsstatus** beeinflusst die Risiken während der Schwangerschaft: Wolff et al. führen aus, dass undokumentierte Migrantinnen in Genf öfters **Gewalt während der Schwangerschaft** erleben, im Vergleich zu anderen Migrantinnen (Wolff, Epiney et al. 2008). Sexu-

elle Gewalt ist auch das Thema von Bueno in ihrer Studie zu Jugendsexualität im Spannungsfeld der Kulturen. Bueno beschreibt, wie Jugendliche mit **stereotypen Vorstellungen** in ihrer neuen Umgebung in der Schweiz konfrontiert werden, die davon ausgehen, dass junge Männer mit Migrationshintergrund sich aggressiv verhalten, während Frauen als Opfer wahrgenommen werden – oder als sexuell verfügbar. Bueno beschreibt, wie sich diese Erfahrungen auf die **Identitätsbildung** der Jugendlichen auswirken können. In der Folge steigt deren Risiko, als Opfer oder Täter von sexueller Gewalt betroffen zu sein. (Bueno 2009).

Bezüglich des Zugangs zu Informationen und Empfehlungen zur Prävention von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen für Migrantinnen vor und während der Schwangerschaft, konnten nur wenige Studien ausfindig gemacht werden. Poretti et al. untersuchten die Einnahme von **Folsäure zur Prävention von Neuralrohrdefekten** vor und während der Schwangerschaft auch bei der Migrationsbevölkerung. Die Autoren stellen in ihrer gesamtschweizerischen Studie fest, dass die Neugeborenen von Migrantinnen überproportional von Missbildungen des Neuralrohrs betroffen sind, und dass insgesamt die Einnahme von Folsäure bei den betroffenen Müttern viel zu tief liegt (Poretti, Anheier et al. 2008).

Des Weiteren wird schwangeren Frauen generell empfohlen, auf Tabak- und Alkoholkonsum zu verzichten, um gesundheitsschädigende Auswirkungen auf die fötale Entwicklung zu vermeiden. Obwohl das Gesundheitsmonitoring 2010 eine **höhere Rauchprävalenz in der Migrationsbevölkerung** feststellte (Gasser and Guggisberg 2012), rauchen Migrantinnen **während der Schwangerschaft nicht häufiger** als Schweizerinnen, wie Studien von Alder und Wolff aus Basel und Genf zeigen (Alder, Fink et al. 2008, Wolff, Epiney et al. 2008). Der **Alkoholkonsum ist bei Migrantinnen allgemein tiefer** im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung; Wolff bestätigt dies in seiner Studie zu undokumentierten Migrantinnen auch für die Zeit der Schwangerschaft (Wolff, Epiney et al. 2008).

Verschiedene **Infektionskrankheiten** während der Schwangerschaft, die durch eine **Kontamination von Lebensmitteln** herbeigeführt werden können, stellen ein Risiko für die Schwangerschaft dar. Dies betrifft zum Beispiel die **Listeriose**. Eine Infektion mit *Listeria monocytogenes* kann zu einem septischen Abort führen (Bille, Blanc et al. 2006). Aus diesem Grund sollen schwangere Frauen auf rohe Fleisch- und Milchprodukte verzichten. Inwieweit diese Empfehlung auch Migrantinnen in der Schweiz erreicht, ist jedoch nicht bekannt. Des Weiteren haben Migrantinnen eine geringere Immunität gegen Röteln und Toxoplasmose im Vergleich zu Schweizerinnen/Deutschen/Österreicherinnen (Frischknecht, Sell et al. 2011).

Nicht-CH

Studien aus verschiedenen europäischen und aussereuropäischen Aufnahmeländern bestätigen, dass Migrantinnen teils erhöhte, teils eher niedrigere Risiken während der Schwangerschaft aufweisen, die mit dem Lebensstil und Gesundheitsverhalten in Zusammenhang ste-

hen. Gagnon führte eine Meta-Analyse, also eine Zusammenfassung von Primär-Studien, zur Häufigkeit von **Schwangerschaftsdiabetes** in der Migrationsbevölkerung im Vergleich mit der einheimischen Bevölkerung in verschiedenen Aufnahmeländern (USA, Grossbritannien, Israel, den Vereinigten Arabischen Emiraten, Norwegen, Australien, Spanien, Bahrain, Holland und Österreich) durch. Diese Studie zeigt, dass in 79% der Studien ein Schwangerschaftsdiabetes bei Migrantinnen häufiger auftritt als bei der einheimischen Bevölkerung. Ein Schwangerschaftsdiabetes kann zu einer gestörten Funktion der Plazenta führen und dadurch die fötale Entwicklung gefährden, oder es kann zu einem sehr grossen Baby führen. Bei der Geburt treten dann gehäuft Komplikationen wie ein Atemnotsyndrom auf. Die Meta-Analyse der Resultate der einzelnen Studien zeigt ein erhöhtes Risiko insbesondere für Frauen aus der Karibik, Afrika, und Europa, im Vergleich zu den einheimischen Frauen in den verschiedenen Aufnahmeländern.. Ausnahmen waren Migrantinnen aus Nordafrika und Nordamerika, welche ähnliche Risiken wie einheimische Mütter aufwiesen (Gagnon, McDermott et al. 2011). Hjelm weist in einer schwedischen Studie auf die geringere Risikowahrnehmung und Kenntnisse bei den afrikanischen Frauen im Bezug auf Schwangerschaftsdiabetes hin (Hjelm, Berntorp et al. 2012).

David fand zudem in einer Studie aus Deutschland, dass Migrantinnen etwa viermal häufiger unter extremem Schwangerschaftserbrechen (**Hyperemesis Gravidarum**) litten (David, Borde et al. 2012). Dies kann im Gegensatz zum normalen Schwangerschaftserbrechen bis zu einer Störung des Elektrolythaushalts führen (Störung des Salz-Wasser-Haushalts) und muss deswegen in der Regel behandelt werden.

Die internationale Literatur bestätigt auch, dass Migrantinnen während der Schwangerschaft oft unter **grossem sozialen Druck** stehen. Veränderungen der soziokulturellen Normen durch die Migration und der Verlust von sozialen Netzwerken bergen Konfliktpotential. Maternowska zeigt, wie sich soziale Ausgrenzung und Isolation gepaart mit sozioökonomischen Schwierigkeiten negativ auf mexikanische Immigrantinnen in den USA auswirken. Sie beschreibt, wie durch die Migration traditionelle Geschlechterrollen und Beziehungen innerhalb der Familie verändert werden, was zu Widersprüchen mit den eigenen sozialen Normen führt und psychischen Stress und Konflikte auslösen kann (Maternowska, Estrada et al. 2010). Auch eine Studie in Kanada stellt fest, dass Migrantinnen **weniger soziale Unterstützung** während der Schwangerschaft erhalten, verglichen mit der einheimischen Bevölkerung (Kingston, Heaman et al. 2011). In Kanada erfahren erst kürzlich eingewanderte Frauen, sowie jene ohne Partner, Asylsuchende, und schlechter ausgebildete Frauen zudem eher **Gewalt während der Schwangerschaft**. Unter anderem traten in diesen Risiko-Gruppen auch **frühe Fehlgeburten** und **depressive Störungen** häufiger auf (Stewart, Gagnon et al. 2012). Eine andere Studie, wiederum aus Kanada, weist noch auf eine weitere Risikogruppe innerhalb der Migrantinnen hin. Bouris stellt fest, dass Mütter, die bereits vor ihrer Migration Kinder hatten, diese jedoch im Herkunftsland zurücklassen mussten, einer besonders hohen

psychosozialen Belastung ausgesetzt sind. Diese Frauen leben eher in Armut, sind nach einer neuen Schwangerschaft im Aufnahmeland oft alleinerziehend und erfahren im Aufnahmeland weniger soziale Unterstützung als andere Migrantinnen. Ein grosser Teil dieser sogenannten „**dual-country Mütter**“ sind Asylsuchende oder Flüchtlinge (Bouris, Merry et al. 2012).

Schwangere Migrantinnen verfügen jedoch auch über **eigene, migrationsspezifische Ressourcen**. Dies umfasst zum Beispiel Wissen, Vorstellungen, Handlungskonzepte und soziale Beziehungen. Stülb stellt in ihrer medizinethnologischen Arbeit zu Mutterschaft bei Migrantinnen in Deutschland fest, dass die Frauen über vielfältige soziale Beziehungen verfügen, teils vor Ort, teils weltweit verstreut. Diese Beziehungen, sowie ihre Erfahrungen aus dem Heimatland und dem aktuellen Ort, prägen ihre Vorstellungen und Entscheidungen. Diese Netzwerke sind wichtige, aber hochkomplexe Ressourcen. Stülb führt aus, wie während Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft **Wissen, Vorstellungen und Handlungskonzepte aus verschiedenen Regionen** aufgegriffen, diskutiert und teilweise unter Einbezug von neuem Wissen erweitert und verändert werden. In dieses Netzwerk fügen sich auch die lokalen Akteure aus dem Gesundheitswesen ein. Die Interaktion mit den Akteuren des Gesundheitswesens ist jedoch oft problematisch. Stülb spricht von einer Reaktion der Anpassung, wobei Migrantinnen ihre Bedürfnisse zurückstellen und keine Hilfe suchen, jedoch stark **verunsichert** sind. Oft haben Migrantinnen nur diffuse Vorstellungen der Betreuung während der Schwangerschaft und müssen sich an Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem ihres Herkunftslands orientieren und wissen somit nicht, wie sie die jetzigen Erfahrungen während der Betreuung einschätzen sollen, oder wie sie sich gegenüber den Fachpersonen verhalten sollen. In diesen Situationen sind die Frauen auf ihre **sozialen Netzwerke und Bezugspersonen** angewiesen, die ihnen bei der **Interpretation ihrer Erfahrungen** helfen können (Stülb 2011).

Neben dem Gesundheitsverhalten und der sozialen Unterstützung ist auch der **Zugang zu Informationen** während der Schwangerschaft von Bedeutung. Während der Schwangerschaftsvorsorge werden Frauen in der Regel über vermeidbare gesundheitliche Risiken informiert. Inwieweit Migrantinnen solche Empfehlungen zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken während der Schwangerschaft erhalten, verstehen und umsetzen können, ist auch in anderen Aufnahmeländern oft unklar. In einer Studie bei Migrantinnen in Holland zeigten sowohl gut wie schlecht ausgebildete Migrantinnen nur **geringe Gesundheitskenntnisse** (Jonkers, Richters et al. 2011) Zwei kanadische Studien kamen zum Schluss, dass Migrantinnen **seltener Folsäure** einnahmen (Kingston, Heaman et al. 2011, Stewart, Gagnon et al. 2012). Auch **Infektionskrankheiten** während der Schwangerschaft, die für Mutter und/oder Kind ein Risiko bedeuten können, treten mancherorts gehäuft bei Migrantinnen auf. In England und Wales stellte Mook fest, dass Listeriose-Fälle während der Schwangerschaft bei

Migrantinnen ein Problem darstellen (Mook, Grant et al. 2010). Solchen Infektionen kann mit dem Verzicht auf rohe Fleisch- und Milchprodukte vorgebeugt werden. Migrantinnen waren auch weniger gut informiert über Toxoplasmose, Während die Infektion mit *Toxoplasma gondii*, die meist durch Katzen übertragen wird, für Schwangere ungefährlich ist, können intrauterin infizierte Kinder schwere geistige Behinderungen davontragen. In der Regel ist nur eine Erstinfektion während der Schwangerschaft gefährlich. Viele Migrantinnen haben in ihren Heimatländern eine höhere Chance, sich mit Toxoplasmose zu infizieren und weisen deshalb eine höhere Seroprävalenz auf, wie Studien aus Italien und Spanien zeigen (Bartolome Alvarez, Martinez Serrano et al. 2008, Tomasoni, Sosta et al. 2010). Reist eine Toxoplasmose-negative Schwangere während der Schwangerschaft aber in ihr Heimatland, ist sie möglicherweise einem höheren Risiko ausgesetzt. Eine gute Information ist deswegen wichtig.

Für die Schweiz wurde gezeigt, dass Migrantinnen im Bezug auf gewisse **Lebensstilfaktoren** weniger Risiken als die einheimischen Frauen aufweisen. Eine kanadische Studie fand ähnliche Resultate: Migrantinnen rauchten während der Schwangerschaft seltener und konsumierten weniger Alkohol im Vergleich mit kanadischen Frauen (Kingston, Heaman et al. 2011).

2.1.3 Schwangerschaftsvorsorge

CH

Angaben zum **Zeitpunkt der ersten Schwangerschaftskontrolle** bei Migrantinnen in der Schweiz fanden wir in der Literatur seit 2006 nur wenige, ebenso wenig zur Art (Hebammen, Poliklinik, private Ärzte und Ärztinnen) oder Qualität der Betreuung der Migrantinnen während der Schwangerschaft. Wolff, der **Migrantinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus** in Genf befragte, fand, dass diese **Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen generell später** in Anspruch nehmen (Wolff, Epiney et al. 2008). Bollini und Wanner untersuchten die Schwangerschaftserfahrungen **von türkischen und portugiesischen Migrantinnen**. In Fokusgruppeninterviews äusserten sich die Migrantinnen **grundsätzlich positiv** zum Schweizer Gesundheitswesen. Dennoch wurden insbesondere **Kommunikationsprobleme** als Schwierigkeit erachtet, welche auch das **Vertrauensverhältnis** zwischen den Migrantinnen und den Fachpersonen beeinträchtigen konnte. Die Migrantinnen erwähnten zudem Schwierigkeiten, an die nötigen **Informationen** rund um die Schwangerschaft zu gelangen und äusserten **Angst vor Diskriminierung** aufgrund ihrer Herkunft (Bollini and Wanner 2006).

Nicht-CH

Im Gegensatz zur Schweiz, wo ausser für die oben erwähnte Risikogruppe der Migrantinnen ohne legalen Aufenthaltsstatus keine Informationen zum Zeitpunkt der ersten Inanspruch-

nahme der Schwangerschaftsvorsorge in den gesichteten Publikationen gefunden werden konnten, zeigen mehrere Studien in anderen Aufnahmeländern (Canada, USA, NL, D, I, Spanien, Irland) dass Migrantinnen ihre **erste Schwangerschaftskontrolle signifikant später** in Anspruch nahmen und insgesamt weniger oft eine adäquate Schwangerschaftsvorsorge erhielten (David, Pachaly et al. 2006, de la Torre, Coll et al. 2006, Reime, Ratner et al. 2006, Lyons, O'Keeffe et al. 2008, Tomasoni, Sosta et al. 2010, Chote, Koopmans et al. 2011, Janevic, Savitz et al. 2011, Korinek and Smith 2011, Stewart, Gagnon et al. 2012). Dies wurde in einer kürzlich veröffentlichten systematischen Review und Meta-Analyse bestätigt (Heaman, Bayrampour et al. 2012). In einer neueren Studie aus Deutschland von Reeske et al. zur Häufigkeit von Totgeburten und Risikofaktoren, darunter die verzögerte Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge, wurden allerdings keine Unterschiede beim Zeitpunkt der ersten Schwangerschaftskontrolle gefunden. Die Autoren verweisen aber auf die Notwendigkeit, die **Qualität der Schwangerschaftskontrollen** bei den Migrantinnen zu überprüfen (Reeske, Kutschmann et al. 2011).

Auch verschiedene weitere Studien nennen Probleme mit der Qualität der Schwangerenvorsorge bei Migrantinnen, welche teils durch fehlende transkulturelle Kompetenzen verursacht sind. In Stülbs Studie aus Deutschland berichteten Migrantinnen selber, dass aus ihrer Perspektive medizinische Fachpersonen zu wenig Aufmerksamkeit auf ihre Schwangerschaftsbeschwerden richteten (Stülb 2009). Jonkers, die eine vertiefende qualitative Studie bei Migrantinnen in Holland durchführte, stellt ähnliche **Probleme bei der Kommunikation** fest. Sie berichtet auch von Verzögerungen im Erhalten von Informationen über Diagnose und Therapie (Jonkers, Richters et al. 2011).

Lyons führte eine qualitative Studie bei Gesundheitsfachpersonen in Irland durch, die Migrantinnen während der Schwangerschaft und Geburt betreuen. Eine mangelnde Kommunikation wegen überlasteter Dolmetscherdienste stellte ein grosses Problem dar. Kommunikationsprobleme verstärkten unter anderem **negative Stereotypen** auf der Seite der Fachpersonen im Bezug auf gewisse Verhaltensweisen, die Migrantinnen zugeschrieben wurden. Für das Gesundheitspersonal schwierig zu verstehende sozio-kulturell geprägte Erwartungen, wie zum Beispiel die Präferenz für das Geschlecht des Arztes/der Ärztin, leisteten Vorurteilen Vorschub. Frauen aus unterschiedlichen Herkunftsregionen gehen auch unterschiedlich mit Wehen um. Unkenntnis seitens des Gesundheitspersonals kann dazu führen, dass die in der Herkunftskultur ‚normale‘ Schmerzäusserung als ‚dramatisieren‘ wahrgenommen wird. Solche Missverständnisse in der Kommunikation erschweren die Vertrauensbildung und die Interaktion der Gebärenden mit der Fachperson. Ähnliche Kommunikationsprobleme beschrieb die Autorin auch im Bezug auf den Tod eines Neugeborenen. Lyons beschreibt, wie dieser Mangel an transkultureller Kompetenz, die es erlauben würde, sozio-kulturell geprägte Unterschiede im Erleben und Handeln während der Schwangerschaft und Geburt als ebenso ‚normal‘ zu betrachten, in der Folge zu einer mangelnden Qualität der

Betreuung von Migrantinnen beiträgt (Lyons, O'Keeffe et al. 2008). Dass eine mangelhafte Kommunikation und ein **mangeldnes Vertrauen zwischen der Schwangeren und den Gesundheitsfachpersonen** klar zu einer Verringerung der Qualität der Schwangerschaftsvorsorge beitragen kann, zeigte auch Jonkers in Holland: Geburtshelfer, die 20 Fälle von Schwangerschaftskomplikationen untersuchten, führten in 16 Fällen die Entwicklung von Komplikationen auf einen zu tiefen Standard in der Betreuung der schwangeren Migrantinnen zurück (Jonkers, Richters et al. 2011).

Auch Gesundheitsfachpersonen in Norwegen schätzen die Geburtshilfe als nicht auf die Bedürfnisse der Migrantinnen ausgerichtet ein, wie Lyberg et al. feststellten. Gesundheitsfachleute fühlen sich oft isoliert in ihren Bemühungen für eine adequate Betreuung der Migrantinnen. Insbesondere berichten sie, fehle es an Kompetenzen, mit migrationsspezifischen Problemen umzugehen, wie zum Beispiel Trauer, Verlust, Traumatisierung, Beschneidung, oder anderen religiösen Vorstellungen (Lyberg, Viken et al. 2012).

2.1.4 Spezifische Risiken: Infektionskrankheiten

CH

Je nach Herkunftsregion haben Migrantinnen **unterschiedliche Risiken für Infektionskrankheiten**, die eine spezifische Abklärung und Therapie während der Schwangerschaft benötigen. Cerutti und Blaser zeigen zum Beispiel auf, dass Migrantinnen in der Schweiz, die aus Ländern mit einer generalisierten HIV-Epidemie stammen, ein entsprechend höheres Risiko für eine Infektion aufweisen, oft in Kombination mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (Spang 2007, Cerutti and Blaser 2008). Bei **HIV**-infizierten Personen treten zudem häufig **Coinfektionen** mit Herpesviren (HHV-8) auf. Während der Schwangerschaft ist bei diesen Personen das Risiko für einen Abort, für ein tiefes Geburtsgewicht und für die Kindersterblichkeit nach 24 Monaten erhöht. Dies betrifft besonders Mütter aus afrikanischen Ländern, wobei sich die HHV-8 Prävalenz im Bereich jener der Herkunftsländer bewegt (de Tejada, Steffen et al. 2011). HIV-positive Migrantinnen leiden auch öfters unter einer Coinfektion mit Tb (Fenner, Gagneux et al. 2012). Dies ist insofern relevant, als eine Tb-Infektion eine spezifische Therapie während der Schwangerschaft erfordert. Dasselbe gilt für Hepatitis B (HBV) (Keiser, Spycher et al. 2012).

Bischofberger untersuchte die **Wahrnehmung einer HIV-Infektion** aus der Perspektive afrikanischer Migrantinnen. In der afrikanischen Diaspora ist eine HIV-Infektion stark **stigmatisiert**. Dies erschwert die Akzeptanz einer HIV-Diagnose und Therapie. Bischofberger postuliert deshalb, dass in der Schwangerschaftsbetreuung dem starken psychischen und sozialen Druck, dem HIV-positive Frauen ausgesetzt sind, bei der Beratung und Betreuung Rechnung getragen werden sollte (Bischofberger 2008).

Nicht-CH

In Kanada wurden Richtlinien für die Betreuung der Migrationsbevölkerung erarbeitet. Dies schliesst die reproduktive Gesundheit mit ein. Pottje weist in ihrer Übersicht über klinische Richtlinien für die Betreuung von Migrantinnen während Schwangerschaft und Geburt auf die **unterschiedlichen Risikoprofile im Bezug auf Infektionskrankheiten** je nach Herkunftsland hin (Pottie, Greenaway et al. 2011). Auch in Spanien und den USA wurden solche Unterschiede explizit in der Literatur erwähnt (de la Torre, Coll et al. 2006, Carolan 2010, Pottie, Greenaway et al. 2011). Stewart weist zudem auf den **unterschiedlichen Grad der Immunisierung gegen durch Impfen vermeidbare Krankheiten** bei Migrantinnen in Kanada hin. Zum Beispiel sind in Kanada 30%–50% der neu immigrierten Personen nicht immun gegen Tetanus, 32%–54% sind nicht immun gegen Masern, Mumps, oder Röteln, und Personen aus den tropischen Regionen sind 5–10 mal empfänglicher für Windpocken. Insbesondere vulnerable, erst kürzlich eingewanderte Frauen waren weniger gut geimpft (Stewart, Gagnon et al. 2012).

2.1.5 Spezifische Risiken: Weibliche Genitalbeschneidung und Hymenrekonstruktion

CH

Es wird davon ausgegangen, dass mehrere tausend Frauen und Mädchen in der Schweiz leben, die einer **weiblichen Genitalbeschneidung** unterzogen wurden. Dies stellt das medizinische Fachpersonal vor fachliche und persönliche Herausforderungen auch während der Schwangerschaftsbetreuung, die sich wiederum auf das Vertrauensverhältnis mit den Frauen auswirken (Birri 2010). Die weibliche Genitalbeschneidung ist in der Schweiz seit 2012 strafbar; die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat bereits 2005 Empfehlungen für die Betreuung von Frauen mit Genitalbeschneidung entwickelt (http://sggg.ch/files/Patientinnen_mit_genitaler_Beschneidung.pdf [13-3-2013]).

Ein weniger beachteter Eingriff ist die **Hymenrekonstruktion**. Dos Santos geht in ihrer Dissertation der Frage nach, unter welchen Bedingungen heute in der Schweiz Hymenrekonstruktionen durchgeführt werden. Sie beschreibt, dass in gewissen Kulturen die Jungfräulichkeit der Frau die Ehre der Familie, sowie letzten Endes der gesamten Gesellschaft repräsentiert. Junge Migrantinnen, die in der Schweiz aufgewachsen sind, sehen sich oft erst vor ihrer Heirat mit dem Problem der Jungfräulichkeit konfrontiert. Dabei können sie unter grossen emotionalen und gesellschaftlichen Druck geraten, so dass eine Hymenrekonstruktion als einzige Möglichkeit erscheint. Der Eingriff erfolgt ambulant und ist in der Regel einfach und komplikationsarm. Dennoch wirft dieser Eingriff erhebliche ethische Fragen auf (Dumont dos Santos 2011).

Nicht-CH

In Europa leben mehrere tausend Migrantinnen mit FGM. Die geburtshilfliche und psychosoziale Betreuung von Frauen mit FGM ist oft nicht ausreichend. Grund dafür sind mangelnde Kenntnisse seitens des medizinischen Personals und Kommunikationsproblemen zwischen Hebammen und betroffenen Frauen und deren Familien (Leye, Powell et al. 2006, Carolan 2010, Kaplan-Marcusan, Del Rio et al. 2010, Dubourg, Richard et al. 2011). Eine holländische Studie fand, dass Frauen aus Somalia bei den Gesundheitsfachpersonen einen Mangel an Kenntnissen über FGM empfanden und ihnen wenig Vertrauen entgegenbrachten, Frauen mit FGM während der Geburt betreuen zu können (Leye, Powell et al. 2006).

Zur Hymenrekonstruktion wurden keine Publikationen für den Zeitraum nach 2005 gefunden.

2.1.6 Spezifische Risiken: Sexarbeit

CH

In der Schweiz wird geschätzt, dass sich ein grosser Teil der Sexarbeiterinnen aus Migrantinnen mit oder ohne legalen Aufenthaltsstatus zusammensetzt (Schertenleib 2004). Entsprechend sind diese Frauen einem erhöhten Risiko für die sexuelle und reproduktive Gesundheit ausgesetzt.

Darling et al. untersuchten in Lausanne die Zugangsmöglichkeiten der kommerziellen Sexarbeiterinnen, die auf der Strasse arbeiten, zur Gesundheitsversorgung. Dabei stellten die Autoren fest, dass die Tätigkeit der fünfzig interviewten Sexarbeiterinnen – rund die Hälfte der Migrantinnen **hatte keine Krankenversicherung** – nicht konsequent erfasst wurde, wodurch deren Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten unterschätzt wurde. So wurden zum Beispiel Studienteilnehmerinnen, die mit Symptomen ähnlich des HIV-Frühstadiums vorstellig wurden, nicht auf HIV getestet, darunter auch eine schwangere Frau (Darling, Gloor et al. 2012). Wolff wiederum fand in einer Studie in Genf, dass undokumentierte Frauen ohne Aufenthaltsbewilligung öfters mit *Chlamydia trachomatis*, einer der häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen, infiziert waren (Wolff, Lourenco et al. 2008).

Nicht-CH

Decker beschreibt für Kalifornien, dass Gesundheitsdienste im Bereich reproduktive Gesundheit die spezifischen Risiken von Sexarbeiterinnen oft nicht erkennen (Decker, Miller et al.).

2.2 Geburt und Neugeborenenperiode

Mütter mit Migrationshintergrund waren 2011 im Durchschnitt bei der Geburt ihres Kindes rund ein Jahr jünger als die Schweizerinnen (31.0 vs. 32.1 Jahre). Dabei war die Heterogenität gross: während Mütter aus dem Kosovo im Mittel nur 26.7 Jahre alt waren, lag das Alter

bei Müttern aus Deutschland bei 33.1 Jahren. Bei Schweizerinnen lag der Anteil an Geburten von 15-19 Jährigen bei 1%, bei Migrantinnen aus Deutschland bei 0.2% und bei jenen aus dem Kosovo bei 2.5%. (Quelle: BFS, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/data/01.Document.67377.xls> [10.3.2013]).

2.2.1 Art der Geburt

CH

Kaiserschnitt-Geburten sollten in der Regel auf Grund einer medizinischen Indikation durchgeführt werden. In der Schweiz werden mittlerweile knapp ein Drittel der Kinder durch Kaiserschnitt entbunden. Merten et al. analysierten Daten zur Art der Geburt anhand der Statistik der stillfreundlichen Spitäler in der Schweiz, welche über einen Drittel der Schweizer Geburten umfassen. Zwischen 2000 und 2003 zeigten sich grosse Unterschiede in der Art der Geburt je nach Herkunftsland. Brasilianerinnen entbanden in 42% durch Kaiserschnitt, Mütter aus der Demokratischen Republik Kongo und der Dominikanischen Republik in 38%, im Vergleich zu 26% der Schweizerinnen. Frauen aus der Balkanregion hingegen entbanden häufiger vaginal (Merten, Wyss et al. 2007). Gemäss einer Spitalstudie in Basel wiederum waren **Kaiserschnitt-Geburten** bei Migrantinnen seltener (Alder, Fink et al. 2008). Diese Unterschiede lassen sich nur schwer interpretieren. Sie deuten einerseits auf ein erhöhtes Risiko für Geburtskomplikationen bei gewissen Migrantinnen-Gruppen hin, andererseits spielt möglicherweise auch die Qualität der Betreuung eine Rolle.

Nicht-CH

Auch Studien in anderen Aufnahmeländern fanden Unterschiede beim Anteil der Geburten durch **Kaiserschnitt** nach Herkunftsland und Migrationsstatus. In Kanada hatten Flüchtlinge aus Südost- und Zentralasien häufiger Kaiserschnitte, während Flüchtlinge aus Lateinamerika seltener als Kanadierinnen Kaiserschnitte hatten. Afrikanische Frauen zeigten konsistent erhöhte Kaiserschnittraten unabhängig vom Migrationsstatus. Notfall-Kaiserschnitte traten gehäuft auf bei Flüchtlingen, südost- und zentralasiatischen Frauen, und auch bei Migrantinnen, die schon länger in Kanada lebten (Gagnon, Van Hulst et al. 2012).

In Irland war die Kaiserschnittrate bei Migrantinnen aus Osteuropa niedriger im Vergleich mit den Irinnen (Walsh, Mahony et al. 2011). In Deutschland (Berlin) waren epidurale Anästhesien wie auch Kaiserschnitte bei Migrantinnen insgesamt weniger häufiger als bei deutschen Frauen (David, Pachaly et al. 2006). Diese Unterschiede weisen ebenfalls auf ein Risiko in gewissen Bevölkerungsgruppen, sowie auf einen möglichen Einfluss der Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt hin.

2.2.2 Geburtsgewicht und Gestationsalter

CH

Neugeborene mit einem tiefen Geburtsgewicht, sowie zu früh geborene Kinder, weisen ein erhöhtes Risiko für unmittelbare und langfristige gesundheitliche Probleme auf. Verschiedentlich wurde in der Schweiz ein signifikant **kürzeres Gestationsalter** und ein **tieferees Geburtsgewicht** der Neugeborenen bei Migrantinnen im Vergleich mit Schweizerinnen festgestellt. Besonders betroffen waren die Kinder von Müttern aus Sri Lanka, die einen Anteil von über 8% Neugeborener mit zu tiefem Geburtsgewicht (<2500g) aufwiesen, verglichen mit 6.1% bei den Schweizerinnen (Bollini and Wanner 2006, Quack-Lötscher and Ackermann-Liebrich 2007, Alder, Fink et al. 2008). Quack-Lötscher stellte in ihrer Analyse der Neugeborenenstatistik 1993-2002 ausserdem fest, dass Kinder von Frauen aus Italien und der Türkei im Vergleich mit Schweizerinnen ein zunehmend geringeres Geburtsgewicht aufwiesen. Die Analyse von Daten im Zeitraum 2000-2003 der stillfreundlichen Spitäler in der Schweiz zeigte ebenfalls Unterschiede im Geburtsgewicht nach Herkunftsregion der Mütter. Auch hier wiesen die Neugeborenen asiatischer Mütter ein signifikant tieferes Geburtsgewicht auf, wie auch mehr Früh- und mehr Mehrlingsgeburten. Dasselbe galt auch für Migrantinnen aus Afrika. Kinder von Frauen aus Albanien, Bosnien-Herzegovina und Serbien wurden signifikant häufiger auf die Neugeborenenstation verlegt, was wiederum auf eine erhöhte perinatale Komplikationsrate bei diesen Kindern hinweist. Dasselbe galt für die Kinder von afrikanischen und lateinamerikanischen Müttern (Merten, Wyss et al. 2007).

Nicht-CH

In Italien, Spanien und Irland zeigen Studien ebenfalls, dass Migrantinnen ein höheres Risiko für **Frühgeburten** und Geburten mit **zu tiefem Geburtsgewicht** aufwiesen. Insbesondere Frauen aus afrikanischen Ländern wiesen ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten mit sehr tiefem Geburtsgewicht auf (Sosta, Tomasoni et al. 2008, Rio, Castello et al. 2010, Zancato, Iacovella et al. 2011). Extreme Frühgeburten tritt in Spanien auch gehäuft bei asiatischen und afro-karibischen Frauen auf. Migrantinnen treten, verglichen mit den Spanierinnen, zudem häufiger in bereits fortgeschrittenem Stadium der Wehen ins Geburtsspital ein, (de la Torre, Coll et al. 2006). Zudem haben Mütter, die ausserhalb der EU15 Staaten geboren wurden, öfters Geburten während der Adoleszenz (Fernandez, Cavanillas et al. 2011).

Oft genügt die Analyse nach regionaler Herkunft jedoch nicht. Dass Risiken oft komplexer sind und sich nicht nur durch die Herkunftsregion erklären lassen, sondern zumindest eine detailliertere **Analyse nach Nationalität** erfordern, zeigt eine Studie aus den USA exemplarisch am Beispiel von Frauen aus Osteuropa. Janevic et al. fanden zum Beispiel bei Polinnen ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten, jedoch nicht bei Frauen aus Russland und der Ukraine, selbst wenn deren unterschiedlicher Bildungsstand berücksichtigt wurde (Janevic,

Savitz et al. 2011). Ähnlich inkongruente Ergebnisse zeigen auch Studien in europäischen Aufnahmeländern. In Studien aus Spanien waren Frühgeburten, extreme Frühgeburten und extrem tiefes Geburtsgewicht bei Osteuropäerinnen häufiger (Rio, Castello et al. 2010, Fernandez, Cavanillas et al. 2011). In Irland das Gegenteil der Fall: Im Vergleich zu Irinnen hatten Migrantinnen aus Osteuropa seltener eine Frühgeburt (Walsh, Mahony et al. 2011). Folgt man Janevic's Interpretation könnte eine Erklärungsmöglichkeit dieses Unterschieds zwischen Spanien und Irland darin liegen, dass die Kategorie ‚Osteuropa‘ zu breit gefasst ist und Frauen aus unterschiedliche Ländern nach Spanien und Irland migriert sind.

Neben der möglichen unterschiedlichen Zusammensetzung nach Nationalität mag jedoch auch die **Situation im Aufnahmeland** eine Rolle spielen. Bollini zeigt in einer systematischen Review und Meta-Analyse, welche 65 Studien umfasst, dass die Situation im Aufnahmeland das Risiko für ein tiefes Geburtsgewicht, Frühgeburtslichkeit, perinatale Sterblichkeit und Missbildungen ebenfalls beeinflusst. Bollini stellt fest, dass Migrantinnen in Ländern, in denen keine explizite Integrationspolitik existiert, deutlich höhere Risiken aufweisen. Die Autorin definiert dabei Integrationspolitik als multidimensionale soziale Politik, die soziale Sicherheit, ökonomische Integration und Partizipation im Sozialleben zum Inhalt hat (Bollini, Pampallona et al. 2009).

In einer Studie in Kanada gehen Urquia et al. der Frage nach den unterschiedlichen Einflüssen von Herkunfts- und Aufnahmeland genauer nach. Die Autoren stellen fest, dass das **ökonomische Niveau des Herkunftslands** bei neu in Kanada eingewanderten Personen eine wichtigere Rolle für das Geburtsgewicht eines Kindes spielte als die aktuellen **sozio-ökonomischen Bedingungen im Aufnahmeland** (Urquia, Frank et al. 2009). Dies änderte sich jedoch mit der Dauer des Aufenthalts im Aufnahmeland: Je länger die Aufenthaltsdauer, umso tiefer das Geburtsgewicht (Urquia, O'Campo et al. 2012). Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Situation im Herkunftsland bei kürzlich immigrierten Personen einen stärkeren Einfluss haben. Mit zunehmender Dauer des Aufenthalts im Aufnahmeland die sozioökonomischen Bedingungen am neuen Ort hingegen immer wichtiger werden.

2.2.3 Perinatale Komplikationen und Sterblichkeit von Mutter und Kind

CH

Perinatale Sterblichkeit und **Müttersterblichkeit** können als wichtige Indikatoren des Funktionierens des Gesundheitswesens und der Gesundheit einer Bevölkerung betrachtet werden. In der Schweiz ist die Müttersterblichkeit seit den 70er Jahren insgesamt stark gesunken. Dieser Trend hat sich jedoch in den letzten Jahren abgeschwächt. Während die Sterblichkeitsrate im Jahr 1990 7(5-9¹) pro 100'000 Lebendgeburten und im Jahr 2000 6(4-9) betrug,

¹ 95% Vertrauensintervall, Quelle: WHO website, [15.4.2013]
http://apps.who.int/gho/athena/data/data.xls?target=GHO/MH_6&profile=excel-split&format=xml&filter=COUNTRY:CHE

stieg die Rate für 2010 auf 8(4-15), also über das Niveau von 1990 an. Im Vergleich dazu lag die Müttersterblichkeit in Schweden 2010 nur gerade bei 4((2-7) pro 100'000 Lebendgeburten. Für die Schweiz stellten Bollini et al. fest, dass es insbesondere bei Migrantinnen in der Periode 2001-2006 zu einer alarmierenden Erhöhung des relativen Risikos kam, während der Geburt zu sterben (Risiko-Quotenverhältnis 4.38, 95% Vertrauensintervall 1.88,10.55) (Bollini, Wanner et al. 2011).

Im Gegensatz zur Müttersterblichkeit ist die **Neugeborenensterblichkeit** (Todesfälle in den ersten 28 Tagen) in der Migrationsbevölkerung zwischen 1987 und 2001 parallel zu jener der Schweizerinnen zurückgegangen. Eine Ausnahme bildeten jedoch die Kinder von Müttern aus afrikanischen Ländern und der Türkei. In diesen Bevölkerungsgruppen blieb die Neugeborenensterblichkeit im Zeitraum 1997-2001 hoch. (7.5 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten bei den Neugeborenen türkischer Mütter und 8.1 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten bei afrikanischstämmigen Müttern, im Vergleich zu 4.6 Todesfällen bei den Neugeborenen von Schweizer Müttern.) Mögliche erklärende Faktoren sind das Alter der Mutter (<20 oder >40), eine grosse Anzahl Kinder, sowie Zivilstand und sozioökonomische Faktoren (Bollini and Wanner 2006).

Neben der Neugeborenensterblichkeit ist auch die Rate der **Totgeburten** bei einigen Migrantinnen-Gruppen erhöht. Insgesamt betrug die Totgeburtensziffer 2002 3.1 pro 1000. Quack-Lötscher stellt fest, dass Frauen aus Italien, Serbien/Montenegro, Spanien und der Gruppe der übrigen Länder signifikant häufiger Totgeburten erleiden als Schweizerinnen (Quack-Lötscher and Ackermann-Liebrich 2007). Villadsen, die ebenfalls Daten aus der Schweiz analysierte, nämlich von 1990-2005, fand zudem, dass in diesem Zeitraum das Risiko einer Totgeburt auch bei türkischen Frauen in der Schweiz erhöht war (Villadsen, Sievers et al. 2010). Kinder türkischer, südosteuropäischer, afrikanischer und asiatischer Mütter werden auch entsprechend öfter auf die Neugeborenenstation verlegt (Daten der Baby-Friendly-Hospital Spitäler 2000-2002) (Merten, Wyss et al. 2007).

Nicht-CH

Mehrere Studien aus europäischen Ländern bestätigen das erhöhte Risiko für **perinatale Komplikationen** bei Migrantinnen. Eine Studie aus Italien zeigt, dass Migration einen Risikofaktor für folgende perinatalen Indikatoren für Migrantinnen darstellt, speziell für jene aus Afrika: Frühgeburtlichkeit, tiefer Apgar score (ein Mass für die Anpassungsreaktion des Neugeborenen nach der Geburt); Atemnotsyndrom; Verlegung in Neugeborenenabteilung/Todesfälle; angeborene Missbildungen. Die Zeitperioden (90er vs. zehn Jahre später) beeinflussten die Risikounterschiede nicht, obwohl insgesamt die Ergebnisse für alle Kinder besser wurden. Dennoch gibt es Unterschiede: z. B. verbesserte sich der Apgar Score bei den afrikanischen Neugeborenen, verschlechterte sich jedoch bei den Neugeborenen asiatischer Mütter (Cacciani, Asole et al. 2011).

In Deutschland zeigte sich insbesondere ein erhöhtes Risiko für **Totgeburten** für Frauen aus dem Mittleren Osten einschliesslich der Türkei und Nordafrika (Reime, Lindwedel et al. 2009, Reeske, Kutschmann et al. 2011). Frauen aus dem Mittleren Osten (einschliesslich Türkei), Afrika und Lateinamerika wiesen ein erhöhtes Risiko für **Sepsis** auf, Frauen aus Asien auch für **Hämorrhagien** (sehr starke Blutungen) (Reime, Janssen et al. 2012). In Frankreich wird bei Migrantinnen generell eine höhere Prävalenz geburtshilflicher Komplikationen beobachtet (Stanojevich and Veisse 2007).

Ein spezifisches Problem während der Geburt stellt die weibliche **Genitalbeschneidung** dar. In Grossbritannien zum Beispiel stellt Zaidi fest, dass bei Hebammen und Aerztinnen in den UK zu wenig Kenntnisse über die korrekten Vorgehensweisen während der Geburt vorhanden sind (Zaidi, Khalil et al. 2007).

2.3 Säuglingsperiode

Da diese Literaturübersicht den Schwerpunkt auf die reproduktive Gesundheit richtet, wurde die Literatursuche nicht auf Themen wie kindliche Morbidität ausgeweitet. Entsprechend sind nur wenige Aspekte der kindlichen Gesundheit in der Literatur vertreten.

2.3.1 Säuglingssterblichkeit

CH

Quack-Lötscher fand in ihrer Analyse der **Säuglingssterblichkeit** zwischen 1993-2002, dass Kinder türkischer Mütter gegenüber Kindern von Schweizer Müttern ein um 60% erhöhtes Risiko aufwiesen, im ersten Lebensjahr zu sterben. Insgesamt starben in der Schweiz 2003 4.5 Säuglinge pro 1000 Geburten im ersten Lebensjahr, davon die meisten in den ersten vier Wochen (Quack-Lötscher and Ackermann-Liebrich 2007). Die Analyse von Daten zwischen 1987-2001 brachte zudem ein erhöhtes Risiko, im ersten Lebensjahr zu sterben, für Kinder von Müttern aus Sri Lanka und Afrika zu Tage. Bei Mütter aus Ost- oder Nordeuropa, war die Säuglingssterblichkeit leicht niedriger (Gabadinho and Wanner 2006).

Nicht-CH

Basierend auf 34 Studien aus 10 europäischen Staaten, den USA und Australien führten Gissler et al, eine Literaturreview durch, um Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit zwischen Kindern von Migrantinnen und einheimischen Frauen zu untersuchen. Es zeigte sich, dass die Säuglingssterblichkeit nicht in allen Migrationsgruppen gleich verteilt ist: in rund der Hälfte der Studien wies die Migrationsbevölkerung ein erhöhtes, in der anderen Hälfte ein niedrigeres Risiko auf. Das Risiko scheint am höchsten zu sein für die Kinder von Flüchtlingen sowie in Europa für Kinder nicht-europäischer Migranten (Gissler, Alexander et al. 2009).

2.3.2 Angeborene Missbildungen

CH

Gesamtschweizerische Daten von 2001-2007 zeigen, dass Mütter von Kindern mit **Neuralrohrdefekt** signifikant öfter Migrantinnen sind, und zumeist aus der Balkanregion stammen (Poretti, Anheier et al. 2008). Für die Periode 1987-2001 haben Bollini et al. keine erhöhte Rate angeborener Missbildungen bei Migrantinnen feststellen können (Bollini and Wanner 2006).

Nicht-CH

David analysierte Daten aus Berlin 1993-1997 und stellte dabei höhere Raten kongenitaler Missbildungen bei Kindern von Migrantinnen fest (David, Pachaly et al. 2006).

2.3.3 Postpartale Depression

CH

Gemäss einer Literaturreview erleiden in den ersten drei Monaten nach der Geburt bis zu 19.2% (7.1% major depression) eine **postpartale Depression** (Gavin, Gaynes et al. 2005). Aus der Schweiz gibt es wenig publizierte Daten, die Rückschlüsse auf den psychischen Gesundheitszustand von Migrantinnen nach der Geburt zulassen. Alder verweist auf unpublizierte Daten in ihrer Spitalstudie in Basel, die ein erhöhtes Risiko für postnatale Depression bei Migrantinnen zeigen (Alder, Fink et al. 2008). Goguikian et al. beschreiben ebenfalls depressiven Störungen, Eheprobleme, häusliche Gewalt, oder Isolation vor und nach der Geburt bei Migrantinnen die am Programm ‚Enceinte à Genève‘ teilnahmen (Goguikian-Ratcliff, Borel et al. 2011). Die beiden Publikationen erlauben jedoch keine abschliessenden Aussagen (Daten unpubliziert/keine Vergleichsgruppe).

Nicht-CH

Eine Studie aus Kanada bestätigt ein erhöhtes Risiko für postpartale Depressionen bei Migrantinnen (Gagnon, Dougherty et al. 2013). Mütter, deren Kinder sowohl im Herkunfts- wie im Aufnahmeland leben, weisen öfter Symptome postpartaler Depression und Angststörungen im Zusammenhang mit Traumatisierung auf (Bouris, Merry et al. 2012).

Ahmed führte ebenfalls in Kanada Interviews mit Migrantinnen durch, die unter postpartalen Depressionen litten. Die Migrantinnen erklärten ihre depressiven Symptome durch soziale Isolation, durch den physikalischen Wandel der Umgebung, sie fühlten sich überrollt von den Veränderungen und hatten finanzielle Ängste. Insgesamt hatten sie nur geringe Kenntnisse der lokalen Infrastruktur und der sozialen Dienste. Zugangsbarrieren waren Stigmatisierung psychischer Krankheit, Scham, Sprachbarrieren, und Angst vor Diskriminierung und Schuldzuweisung durch das Personal der sozialen Dienste. Sie verwiesen aber auch auf persönli-

che coping-Strategien im eigenen sozialen Umfeld, um den Depressionen zu begegnen. Dafür waren soziale Kontakte und Unterstützung durch Freunde oder Selbsthilfeorganisationen, Motive, medizinische und soziale Dienste in Anspruch zu nehmen.

Eine wichtige Einschränkung ist die Abwesenheit der eigenen Familie. Wenn konkrete Unterstützung fehlt, werden soziale Dienste eher nicht in Anspruch genommen (Ahmed, Stewart et al. 2008).

2.3.4 Säuglingsernährung

CH

In der Schweiz wurden auch Unterschiede bei der **Ernährung der Säuglinge** entsprechend der Herkunftsregion der Mütter gefunden. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung von 2003 in der Schweiz zeigt, dass Migrantinnen aus der Balkanregion signifikant weniger lang stillten als Schweizerinnen, nicht jedoch Migrantinnen aus den meisten anderen Regionen (Merten, Dratva et al. 2005). Die Beikosteinführung war aber im Mittel früher als bei den Schweizerinnen (Dratva, Merten et al. 2006). Das Stillen ist mit einer Reihe von gesundheitlichen Vorteilen assoziiert, während sich eine allzu frühe Einführung von Beikost negativ auf die kindliche Gesundheit auswirken kann. Säuglinge von Migrantinnen aus dem Balkan erhalten zudem auch seltener **Vitamin D** Tropfen, Säuglinge von Müttern aus anderen Regionen erhalten hingegen häufiger Vitamin D Tropfen als Kinder von Schweizerinnen (Dratva, Merten et al. 2006).

Nicht-CH

Auch Gagnon stellt fest, dass Migrantinnen in Kanada seltener Vitamin D an ihre Kinder abgeben (Gagnon, Dougherty et al. 2013). Hingegen war die Stilldauer bei Kanadierinnen und Migrantinnen vergleichbar. Es wurden keine weiteren Studien zu diesem Thema identifiziert.

3 Massnahmenbereiche

Kapitel zwei hat die seit 2006 vorliegenden Informationen zum reproduktiven Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und in anderen Aufnahmeländern zusammengefasst. Im folgenden Kapitel liegt der Schwerpunkt mehr auf der Ebene von Massnahmen. Erstens wird darauf hingewiesen, dass Daten für Monitoring und Ursachenforschung wichtig für die Entwicklung gezielter Massnahmen sind. Vorschläge zur Verbesserung von Monitoring und Ursachenforschung werden anhand der gesichteten Literatur zusammengefasst. Zweitens werden Umsetzungsbereiche zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung vorgestellt, gegliedert in drei Phasen: Inanspruchnahme seitens der Migrantinnen, Zugangsbarrieren seitens des Gesundheitssystems, und die Qualität der Gesundheitsversorgung. Konkrete Vorschläge, wie sie in der Literatur genannt sind, werden zusammengefasst.

3.1 Verbesserung von Gesundheitsmonitoring und Ursachenforschung in der Schweiz

Im Kapitel 2 wurde aufgezeigt, dass im Bereich der reproduktiven Gesundheit relevante Unterschiede zwischen Migrantinnen und Schweizerinnen bestehen, wobei die Ursachen weitgehend ungeklärt sind. Besonders eindrücklich ist das erhöhte Risiko von Migrantinnen, an einer Geburt zu sterben, und auch die perinatale und Säuglingssterblichkeit ist nach wie vor für Kinder von Migrantinnen erhöht. In ihrem Bericht zum Monitoring der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen und deren Kinder in der Schweiz halten Bollini et al. fest, dass Anstrengungen nötig sind, die vorhandenen Routinedaten besser zu integrieren, zu nutzen, und allenfalls durch gezielte Studien zu ergänzen. Ziel ist es eine aktuelle, evidenzbasierte Grundlage für Interventionen zur Verbesserungen der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen – also rund ein Drittel der weiblichen Bevölkerung im reproduktiven Alter in der Schweiz – bereitzustellen.

Bollini et al. verwiesen auf Beispiele im Ausland, wo das Monitoring und die Forschung im Bereich der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen optimiert wurde. In Frankreich zum Beispiel werden Abständen von 3-5 Jahren nationale Querschnittstudien durchgeführt, die perinatale Risiken und outcomes auf nationaler Ebene systematisch untersuchen. Zudem untersucht ein nationales Expertenkomitee zur Müttersterblichkeit jeden mütterlichen Todesfall, um Hinweise auf die Ursachen zu erhalten. In Grossbritannien existiert ebenfalls eine systematische Untersuchung aller mütterlichen Todesfälle („Confidential inquiry into maternal mortality“). Zudem verweisen Bollini et al. auf das Potential einer Geburtenkohorte wie der britischen „Millenium cohort study“, welche die Migrationsbevölkerung mit einschliesst und

womit wichtige Hinweise über Unterschiede in der Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen auch zwischen verschiedenen Einwanderergruppen gewonnen werden können. Als letztes Beispiel führen die Autoren Kanada an. Dort wurde ein integriertes Monitoring System entwickelt, um Disparitäten zwischen Bevölkerungsgruppen identifizieren zu können.

Für die Schweiz schlagen die Autoren folgende Massnahmen zur Stärkung von Monitoring und Forschung im Bereich Migration und Gesundheit vor: (a) Anpassungen der Todesfall- und Geburtenstatistik, um eine Integration mit anderen Bevölkerungsstatistiken zu erleichtern; (b) Förderung einer Harmonisierung von Routine-Datenerhebungen in einzelnen Spitälern in der Schweiz; (c) Regelmässige Analysen der nationalen Statistiken, zum Beispiel im Bezug auf die perinatale Mortalität; (d) Ad-hoc Analysen der nationalen Statistiken zu wichtigen, aktuellen Aspekten; (e) Obligatorische Untersuchung aller mütterlicher Todesfälle durch ein Expertenkomitee; (f) Mehr gezielte Forschung, um evidenzbasierte Interventionen entwickeln zu können (Bollini, Fall et al. 2010).

3.2 Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Qualität

Die Ursachen für die schlechtere reproduktive Gesundheit der Migrantinnen und ihrer Kinder können auf verschiedenen Ebenen liegen, und schliessen die Migrantinnen selber, das Gesundheitssystem, sowie strukturelle, migrations- und gesundheitspolitische Aspekte im Aufnahmeland mit ein. Binder et al. schlagen in ihrer Untersuchung der Gesundheitsversorgung afrikanischer Migrantinnen vor, das drei-Stufen-Modell *Inanspruchnahme-Zugang-Qualität* anzuwenden, um die möglichen Ursachen für eine schlechtere Versorgung entsprechend der Akteure und Massnahmen-Ebenen zu konzeptualisieren. Konkret bedeutet dies, dass auf der Ebene der Inanspruchnahme Schwellen seitens der Migrationsbevölkerung selber vorliegen können, wie zum Beispiel eine fehlende soziale Unterstützung während der Schwangerschaft. Auf der Ebene des Zugangs finden sich ein eingeschränkter Zugang zu Information, Sprachprobleme, sowie ein unklarer Aufenthaltsstatus und fehlende Krankenversicherung. Die Qualität der Versorgung wiederum hängt unter anderem auch von einer funktionierenden und vorurteilslosen Kommunikation ab (Binder, Johnsdotter et al. 2012). Wir verwenden dieses drei-Stufen-Modell, um die Vorschläge für Massnahmen, die in der Literatur gemacht werden, entsprechend zu gliedern.

3.2.1 Inanspruchnahme seitens der Migrantinnen

Die vertiefenden qualitativen Studien haben gezeigt, dass Migrantinnen oft verunsichert sind, Ängste im Bezug auf das Gesundheitssystem im Aufnahmeland haben und auf Unterstützung aus ihrem eigenen Netzwerk angewiesen sind (Bollini and Wanner 2006, Bischofberger 2008, Stülb 2009, Hjelm, Berntorp et al. 2012). Ein geringes Selbstvertrauen, mangelnde Unterstützung, und die Vorwegnahme von Kommunikationsproblemen kann zu einer verzö-

gerten Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge führen. Die Unkenntnis der Gesundheitsdienste seitens der Migrantinnen und Missverständnisse durch unterschiedliche sozio-kulturell geprägte Erwartungen der Migrantinnen an die Fachpersonen führen letztlich zu Frustrationen. Binder (UK) stellt fest, dass Verzögerungen unter anderem durch ein gegenseitig gebrochenes Vertrauensverhältnis entstehen: Migrantinnen antizipieren schlechte oder herablassende Betreuung, während Gesundheitsfachpersonen mangelndes Verständnis und geringe Compliance der Migrantinnen annehmen (Binder, Johnsdotter et al. 2012). Durch verbesserte transkulturelle Kompetenzen der Gesundheitsfachpersonen können diese negativen Reperkussionen durchbrochen werden. Stülb, welche die Bedeutung von transkulturellen Kompetenzen der medizinischen Fachpersonen im Bereich der reproduktiven Gesundheit, ebenfalls betont, verweist in diesem Zusammenhang auf die bestehende Hierarchie im Gesundheitswesen zwischen den ‚Experten‘ und den Migrantinnen; transkulturelle Kompetenzen müssen auf der Seite der Experten entwickelt werden (Stülb 2009, Stülb 2011).

3.2.2 Zugangsbarrieren zur Betreuung

Es gibt Risikogruppen, die besondere Schwierigkeiten haben, das Gesundheitssystem in Anspruch zu nehmen. In der Schweiz weist Gloor darauf hin, dass Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund oft keine Aufenthaltsbewilligung und keine Krankenversicherung haben (Gloor, Meystre-Agustoni et al. 2011). Auch Kurth erwähnt Probleme für Frauen mit unsicherem Status im Zugang zum Gesundheitswesen, speziell zu Kontrazeption (Kurth, Jaeger et al. 2010), siehe auch (Vangen, Eskild et al. 2008). Dies ist im Zusammenhang mit der erhöhten Rate an Schwangerschaftsabbrüchen in dieser Gruppe von Bedeutung. Gemäss Wolff et al. braucht es spezifischer Programme für schwer zu erreichende Frauen ohne Aufenthaltsbewilligung, um ihren Zugang zu Verhütungsmitteln effektiv zu verbessern (Wolff, Lourenco et al. 2008). Zudem braucht es Massnahmen, welche die Migrantinnen unabhängig von ihrem legalen Status vor Gewalt schützen können (Wolff, Epiney et al. 2008, Keygnaert, Vettenburg et al. 2012). Generell gilt, dass integrationsfördernde Massnahmen die Ressourcen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung insbesondere von undokumentierten Migrantinnen verbessern mögen (Korinek and Smith 2011, David, Borde et al. 2012).

Es existiert ein Bedarf an Betreuung, die stärker auf die Bedürfnisse der Migrantinnen eingeht. Mehr Informationen für Migrantinnen zu gewissen Themen (zum Beispiel Schwangerschaftsdiabetes) und wenn nötig eine persönliche Vermittlung dieser Informationen sind gefordert, wobei Migrantinnen explizit dazu aufgefordert werden sollen, sich an den Entscheidungen betreffend ihrer Gesundheit aktiv zu beteiligen (Mook, Grant et al. 2010, Jonkers, Richters et al. 2011, Reeske, Kutschmann et al. 2011). Eine unterstützende Haltung der Gesundheitsfachpersonen fördert die Akzeptanz der Angebote und das Einhalten der Empfeh-

lungen und Konsultationstermine (Carolan and Cassar 2010). Schliesslich gründen Probleme in der Kommunikation mit Migrantinnen auch in der Unkenntnis medizinischer Fachpersonen in Bezug auf sozio-kulturelle Aspekte. Es besteht ein Bedarf an Weiterbildung im Bereich transkultureller Kompetenz, aber auch an Informationen zu spezifischen medizinischen Risiken (Lyons, O'Keeffe et al. 2008).

3.2.3 Qualität der Versorgung

Sprachprobleme und Abhängigkeit von verfügbaren Dolmetschenden kann Verzögerungen in der Betreuung mit sich bringen. Fehlende Dolmetscherdienste, Personalmangel und das Fehlen von Richtlinien stellen eine wichtige Barriere dar, die zu Verzögerungen von klinischen Massnahmen bei der Migrationsbevölkerung führen können (Carolan 2010, Binder, Johnsdotter et al. 2012). Eine Vernetzung aller beteiligten Fachpersonen, die Migrantinnen betreuen, ist deswegen besonders wichtig, um die Qualität der Betreuung sicherzustellen (Lyberg, Viken et al. 2012). Auch Straus et al. weisen auf die Bedeutung der Kontinuität bei der Betreuung hin und schlagen ein Modell vor, welches Kontinuität in der Betreuung durch Hebammen anbietet. Sie betonen im Weiteren die Bedeutung der interpersonellen persönlichen Kommunikation (Straus, McEwen et al. 2009).

In Kanada wurden klinische Richtlinien zur Betreuung von Migrantinnen unter anderem auch während der Schwangerschaft entwickelt. Pottie stellt in einer Übersichtsarbeit dazu fest, dass Migrantinnen im reproduktiven Alter folgende Beratung und Untersuchungen angeboten werden sollen:

- Umfassende Beratung zu verfügbaren Methoden zur Empfängnisverhütung
- Abklären der Risiken für psychische Erkrankungen (nur wenn Programme verfügbar sind)
- Abklären, ob eine Anämie vorbesteht. Diese kann durch chronische Infektionen mit Parasiten verursacht sein und zu Problemen während der Schwangerschaft führen.
- Impfstatus abklären: Mehrere Infektionskrankheiten, die ein Risiko für das ungeborene Kind darstellen, sind durch Impfungen vermeidbar.

Was letzteren Punkt betrifft, beschreibt Pottie, dass in Kanada 30%–50% der neuen Migrantinnen empfänglich für Tetanus, 32%–54% für Masern, Mumps und Röteln, und Migrantinnen aus tropischen Ländern 5–10 mal vulnerabler für Windpocken (Varicella) sind. 20–80% der Personen aus Regionen mit verbreiteter Hepatitis B sind nicht geimpft. Tuberkulose und HIV-Infektionen sind entsprechend der Herkunftsländer verbreiteter als im Gastland. Auch weitere Studien dieser Literaturübersicht machen darauf aufmerksam, dass der Migrationsstatus beim screening auf Infektionskrankheiten berücksichtigt werden sollte (Bartolome Alvarez, Martinez Serrano et al. 2008, Tomasoni, Sosta et al. 2010).

Im Bereich psychische Gesundheit und physische und psychische Gewalterfahrungen schreibt Pottie, dass die Diagnostik für psychische Erkrankungen nur durchgeführt werden soll, falls ein Therapieprogramm verfügbar ist. Im Bezug auf Traumata oder Misshandlung, sollte ebenfalls kein routinemässiges Screening stattfinden. Erst bei konkreten Hinweisen sollte eine mögliche Traumatisierung weiter abgeklärt werden. (siehe auch [www.cmaj.ca/lookup /suppl/doi:10.1503/cmaj.090313/-/DC1](http://www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.090313/-/DC1) [13-3-3013]) (Pottie, Greenaway et al. 2011).

Ebenfalls benötigt werden klare und konsistente Richtlinien für das klinische Management von weiblicher Genitalbeschneidung (Leye, Powell et al. 2006). Es sind einerseits Kenntnisse seitens des medizinischen Fachpersonals nötig, wie das Thema Genitalbeschneidung in der geburtshilflichen Praxis angesprochen werden kann, ohne die betroffenen Frauen zu brüskieren, andererseits auch klinische Kenntnisse (Renteria 2008, Jaeger, Caflisch et al. 2009, Birri 2010). In der Schweiz gibt es Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (http://sggg.ch/de/members_news/998 [13-3-2013])

4 ‚Good practice‘ Modelle

Mladovsk et al. fassen in ihrem Artikel „*Good practices in migrant health: the European experience*“ strukturelle und organisationsspezifische Massnahmen zur Förderung der Gesundheit der Migrationsbevölkerung zusammen. Sie unterscheiden darin zwischen „Good practices for Governments“ und „Good practices for health services“ und „Good practices for healthcare workers“. Diese Massnahmen sind nicht spezifisch für die reproduktive Gesundheit, aber dennoch prinzipiell relevant, insbesondere im Hinblick auf Prävention im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit.

4.1.1 Good practices for governments

- ❖ *Migrationspolitik und das Anrecht auf Gesundheitsversorgung*: Um die reproduktive Gesundheit der Migrantinnen zu fördern ist es wichtig, den Zugang für alle zu öffnen. In Europa garantieren fünf Länder auch undokumentierten Migranten und Migrantinnen den Zugang zur Gesundheitsversorgung (Cuadra 2011). Bedenken wegen eines sogenannten ‚Gesundheitstourismus‘ sind bisher nicht bestätigt worden (Watson 2009).
- ❖ *Nationale Strategie Migration und Gesundheit*: Die Schweiz, wie viele andere Europäischen Länder, haben eine Strategie Migration und Gesundheit entwickelt, um die Gesundheit der Migrationsbevölkerung nachhaltig zu verbessern (Spang 2007).
- ❖ *Monitoring der Gesundheit der Migrationsbevölkerung*: Um eine evidenzbasierte Grundlage für die Implementierung von Massnahmen zu haben, ist ein detailliertes Monitoring des Gesundheitszustandes der Migrationsbevölkerung und der entsprechenden Determi-

nanten unabdingbar. Dazu gehören neben Angaben zu Nationalität auch Dauer des Aufenthalts im Aufnahmeland und Migrationsstatus, sowie allenfalls Sprachkenntnisse (Gagnon, Zimbeck et al. 2010, Mladovsky, Ingleby et al. 2012). Die in der Schweiz routinemässig verfügbaren Daten erlauben nicht in jedem Fall, eine Analyse der Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand durchzuführen. Detailliertere Datensets sind oft nicht auf nationaler Ebene verfügbar (Achermann and Stotzer 2006). Es ist deshalb wichtig, in regelmässigen Abständen thematisch fokussierte Studien durchzuführen, um bestehende Massnahmen zu überprüfen oder bei Bedarf neue evidenzbasierte Massnahmen definieren zu können. Zudem braucht es Audits von mütterlichen Todesfällen auf nationaler Ebene, um Ursachen erkennen und Massnahmen ergreifen zu können (Bollini, Fall et al. 2010).

4.1.2 Good practices for health services

- ❖ *Migrant-friendly hospitals:* In der Amsterdamer Deklaration von 2004 wurden Rahmenbedingungen für die Umsetzung von migrationsfreundlichen Spitälern definiert. Dies beinhaltet einerseits, die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung in der Organisationsentwicklung mit einzubeziehen, andererseits die medizinischen Fachpersonen in migrationspezifischen Aspekten zu schulen (http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_deutsch.pdf). Dies beinhaltet zum Beispiel eine sozio-kulturell diversifizierte Zusammensetzung des Personals, Zusammenarbeit mit Organisationen der Migrationsbevölkerung, gezielte Gesundheitsförderung, welche die Migrantinnen und Migranten erreicht, sowie Dolmetscherdienste (Mladovsky, Ingleby et al. 2012).
- ❖ *Klinische Richtlinien:* Im Bereich der reproduktiven Gesundheit sind klinische Richtlinien eine wichtige Grundlage für die Verbesserung der Qualität bei der Betreuung von Migrantinnen während Schwangerschaft und Geburt. Ein Beispiel dafür sind die von Pottie vorgestellten Richtlinien aus Kanada (Pottie, Greenaway et al. 2011).
- ❖ *Risikogruppen:* Für gewisse Risikogruppen braucht es spezifische Angebote, wie zum Beispiel für Sexarbeiterinnen. Ein Beispiel sind mobile Kliniken (Mladovsky, Ingleby et al. 2012).

4.1.3 Good practices for health professionals

- ❖ *Transkulturelle Kompetenzen:* Damit ist eine Haltung angesprochen, die kulturelle Diversität als Bestandteil jedes Individuums und jeder Gesellschaft annimmt und versucht, sich vorurteilsfrei mit ‚anderen‘ Sichtweisen und Erfahrungen auseinanderzusetzen. Dadurch wird eine Stereotypisierung von Personen nach Herkunft vermindert (Mladovsky, Ingleby et al. 2012).

4.1.4 Das Beispiel Kanada

Wie im Bericht von Bollini et al (Bollini, Fall et al. 2010) hervorgehoben, wurden in Kanada konsequent Anstrengungen unternommen, die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung einerseits besser zu untersuchen, andererseits das Monitoring dahingehend zu optimieren, dass die wichtigsten Risikofaktoren im Bezug auf die Migration analysiert werden können. Gagnon et al. postulieren aufgrund ihrer Erkenntnisse, dass migrationspezifische Daten wegen der Heterogenität der Einflüsse von Herkunftsland, Migrationsstatus und Dauer der Migration detaillierter erhoben werden müssen. Meist ist nur das Herkunftsland bekannt, nicht aber die Dauer des Aufenthalts im Gastland, Sprachkenntnisse, oder die Nationalität (im Gegensatz zur Region, z. B. Afrika, Europa). Migrationsstatus, Herkunftsregion, Zeit seit der Immigration, sowie Sprachkenntnisse geben Hinweise auf perinatale Risiken (Gagnon, Van Hulst et al. 2012).

In Kanada werden folgende Indikatoren in das Monitoring perinataler Gesundheit einbezogen:

- Land der Geburt
- Dauer des Wohnsitzes in Gastland

Spezifische Studien werden benötigt, um diese Routinedaten zu ergänzen, wobei gemäss den Autoren folgende zusätzlichen Informationen erhoben werden müssten:

- Immigrationsstatus
- Sprachkenntnisse
- Ethnizität (Gagnon, Zimbeck et al. 2010).

Beispiel Aufenthaltsdauer: Integration oder Risiko?

Der sogenannte ‚healthy immigrant effect‘ bezeichnet das Phänomen, dass die Migrationsbevölkerung, die sich zu einem grossen Teil aus Personen im arbeitsfähigen Alter zusammensetzt, einen Mortalitätsvorteil hat. Dennoch sind Migrantinnen und Migranten oft grösseren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt als die einheimische Bevölkerung, weswegen sich ihre Gesundheit im Verlauf der Zeit im Aufnahmeland, wo sie oft unter prekären Verhältnissen leben, relativ zur einheimischen Bevölkerung mit der Zeit verschlechtert. (siehe z. B. (Ulruia Glazier et al 2010)

Monitoring und gezielte Forschung können helfen, Risikogruppen rasch zu identifizieren und Ursachen besser zu verstehen. Evidenz-basierte Massnahmen sind gezielter und dadurch effektiver (Gagnon, McDermott et al. 2011). Ein kontinuierliches Monitoring erlaubt zudem eine gewisse Flexibilität, sich an neue Situationen anzupassen. In Kanada wurden Richtli-

nien im Bezug auf die Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung entwickelt, die sich am aktuellen Risikoprofil orientieren. Ein Beispiel sind niederschwellige Angebote für kürzlich eingetroffene Asylbewerber, oder klinische Richtlinien, welche die Qualität der Betreuung der Migrationsbevölkerung verbessern sollen. Diese schliessen spezifische Aspekte rund um Schwangerschaft und Geburt mit ein (Pottie, Greenaway et al. 2011).

4.2 Initiativen und Projekte in der Schweiz

Untenstehende Liste beinhaltet ausgewählte Akteure und Projekte im Bereich Migration und reproduktive Gesundheit in der Schweiz. Die Liste ist nicht abschliessend. Nicht alle Angebote sind speziell auf die reproduktive Gesundheit ausgerichtet.

- Das BAG fördert den Aufbau von Kompetenzzentren für Migration und Gesundheit, sogenannte ‚**migrant-friendly hospitals**‘
(<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12522/13113/index.html?lang=de>) [13-3-2013]
- **Dolmetscherdienste** für Spitäler sind verfügbar, es gibt einen Dachverband der für interkulturelles Übersetzen mit der Aufgabe der Qualitätssicherung (<http://www.interpret.ch>) [13-3-2013] und einen nationalen Telefondolmetschdienst.
- Einige Bildungsangebote in **transkultureller Kompetenz** sind vorhanden (<http://www.transkulturelle-kompetenz.ch/index2.php?m=3&nm=111>) [13-3-2013], ein E-learning-Tool „Interaktion & Qualität“ wird zur Zeit erarbeitet
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12522/13675/index.html?lang=de>.
- ein **Gesundheitsmonitoring** der Migrationsbevölkerung (GMM) wurde in den vergangenen Jahren zweimal durchgeführt
(<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12533/13720/index.html?lang=de>) [13-3-2013]
- Migesplus bietet verschiedene **Informationsmaterialien** und Broschüren rund um das Thema Gesundheit und Migration, darunter auch zu Themen der Schwangerschaft und Geburt, in verschiedenen Sprachen an
(<http://www.migesplus.ch/index.php?id=frau>) [13-3-2013]
- **Geburtsvorbereitungskurse** für Migrantinnen werden von Hebammenorganisationen wie Arcade, (<http://www.arcade-sages-femmes.ch/asf/>), /) in Zusammenarbeit mit Appartenances Genève (<http://www.appartenances-ge.ch>) [13-3-2013], sowie von verschiedenen Spitälern angeboten.
- UMSCO (Unité mobile de Soins Communautaires) bieten **Konsultationen für Sans-Papiers und Personen ohne Krankenversicherung** an. Diese Stelle suchen mehrheitlich Frauen auf. (<http://www.ville-geneve.ch/plan-ville/sante/unite-mobile-soins-communautaires/>) [13-3-2013]
- Das Projekt **Conviva** - Zusammenleben – ist ein von Migrantinnen organisiertes Tref-

fen, bei dem eine Gastgeberin mindestens sechs Freundinnen zu sich nach Hause einlädt. Dort wird mit einer Beraterin der Familienplanungsstelle Baselland mit den Teilnehmenden über Verhütung, Sexualität und Schwangerschaft diskutiert. (<http://www.bsb-bl.ch/gruppen--kurse--referate--workshops--projekte/projekte> [13-3-2013]). Das Projekt lehnt sich an das Projekt FemmesTische an (Fenter 2012).

4.3 Ausgewählte internationale Initiativen

- ❖ *EN-HERA!* (<http://www.icrh.org/projects/en-hera-the-european-network-for-the-promotion-of-sexual-and-reproductive-health-rights-of->) [13-3-2013] Das Europäische Netzwerk für die Förderung der Sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Europa hat zum Ziel, ein Netzwerk zur Förderung der Sexuellen und reproduktiven Gesundheit in diesen Gruppen aufzubauen, dieses Netz auf mehrere europäische Staaten auszuweiten, Richtlinien für 'good practices' zu entwickeln und umzusetzen, Migrantinnen in die Entwicklung der Gesundheitsdienste einzubeziehen, eine gemeinsame europäische Agenda zu entwickeln, und die Ergebnisse des Projekts zu veröffentlichen.
- ❖ *ROAM* (http://migrationandreproductivehealth.org/?page_id=76) [13-3-2013] ROAM ist ein von Kanada ausgehendes internationales Netzwerk zur Forschungszusammenarbeit im Bereich Migration und reproduktive Gesundheit. Zur Zeit sind 33 Forschende aus 13 Ländern beteiligt. Das Netzwerk wird von derselben Gruppe geleitet, welche die Forschungen in Kanada koordiniert hat.
- ❖ *SAFE II Projekt IPPF Richtlinien für Sexualkunde bei Jugendlichen in Europa unter Einbezug kultureller Diversität* (<http://www.ysafe.net/safe/page14/page14.html>) [13-3-2013]: Information, Sexualerziehung und die Kommunikation über Sexualität muss kultursensitiv sein. In einzelnen sozio-kulturellen Kontexten sind offene Gespräche über Sexualität ein Tabu. Dennoch muss versucht werden, Sexualkunde adäquat zu vermitteln.
- ❖ *WHO-Richtlinien zur Sexualerziehung in Europa* (http://www.plan-s.ch/IMG/pdf_Standards_OMS_allemand.pdf) [13-3-2013]: Die Richtlinien betonen die Wichtigkeit, Jugendliche mit Migrationshintergrund mit einzubeziehen. Religiöse und kulturelle Organisationen sowie Jugendorganisationen sind potenzielle Partner,

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

5.1 Bisherige Empfehlungen und Strategien sowie Massnahmen

Eine beträchtliche Anzahl Studien wurden seit 2006 publiziert, die auf die komplexen Gesundheitsprobleme der Migrantinnen in der Schweiz hinweisen. Gemäss dieser Studien kann die Migrationsbevölkerung in der Schweiz im Bereich der reproduktiven Gesundheit ihr Gesundheitspotential nicht voll ausschöpfen. 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. Dies betrifft sowohl Migrantinnen mit undokumentiertem Migrationsstatus, wie auch Frauen, die schon länger in der Schweiz leben.

In den letzten Jahren sind aber auch verschiedene Massnahmen umgesetzt worden, die den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung verbessern sollen. Eine vom BAG in Auftrag gegebene Studie zu Massnahmen im Bereich Migration und reproduktive Gesundheit stellte bereits 2006 fest, dass zu vielen Dimensionen der reproduktiven Gesundheit in der Migrationsbevölkerung Projekte und Informationsmaterialien vorhanden waren (Achermann and Stotzer 2006). Seither wurden einige dieser Forderungen umgesetzt, insbesondere die Errichtung der Informationsplattform **migesplus.ch** (www.migesplus.ch). Informationsmaterialien zu Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit stehen zur Verfügung, Dolmetscherdienste wurden aufgebaut, und in vielen Bereichen wurde das Fachpersonal im Bezug auf die spezifischen Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung aus- und weitergebildet. Lücken gibt es nach wie vor im Bereich der Ursachenforschung, aber auch im Bezug auf die Wirksamkeit der verschiedenen Projekte und Initiativen.

5.2 Fortbestehende Problemfelder in der Übersicht

Um auf der Grundlage der Strategie Migration und Gesundheit weitere ergänzende Massnahmen zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen zu ergreifen, müssen die folgenden Problemfelder berücksichtigt werden:

Tabelle 1 Problembereiche und spezifische Massnahmen

Thema	Problembereiche	Allgemeine und spezifische Massnahmen
Gesundheitsförderung und Prävention	Migrantinnen in der Schweiz haben insgesamt einen schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand (Gasser and Guggisberg 2012). Risikofaktoren sind ein tiefer sozioökonomischer Status, der soziale Kontext, mögliche Traumatisierung, sowie sozio-kulturell geprägte Lebensstilfaktoren.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Integrationsförderung ❖ Gewaltprävention ❖ Massnahmen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens, Senken des Risikos für Gestationsdiabetes ❖ Förderung der Folsäureeinnahme vor und während der Schwangerschaft ❖ Screening nach Infektionskrankheiten geleitet durch individuelle Migrationsgeschichte
Kontrazeption und Schwangerschaftsabbruch	Schwangerschaftsabbrüche sind in der Migrationsbevölkerung häufiger, insbesondere bei Frauen mit undokumentiertem Aufenthaltsstatus, sowie bei Adolescenten (Sebo, Jackson et al. 2011).	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Zugang zu Kontrazeptiva und Schwangerschaftsabbruch unabhängig vom Migrationsstatus verbessern ❖ Umfassende Sexualkunde und Gewaltprävention bei Jugendlichen
Zugang zu adäquater Schwangerschaftsvorsorge	Das „3-delays“ Modell beschreibt drei Phasen der Verzögerung bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung: Phase 1: Aufsuchen von Hilfe, Phase 2: Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdiensten und Phase 3: adäquate Gesundheitsversorgung innerhalb des Gesundheitssystems. Verzögerungen entstehen oft durch ein gegenseitig gebrochenes Vertrauensverhältnis (Binder, Johnsdotter et al. 2012).	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fördern der transkulturellen Kompetenzen medizinischer Fachpersonen wie Hebammen und Ärzteschaft ❖ Dolmetscherdienste 24h, physisch oder über Telefon, Skype, etc. ❖ Bereitstellen von Informationen in übersetzter Form ❖ Legale und zahlbare Versorgungsmöglichkeiten für undokumentierte Migrantinnen ❖ Studien zur Inanspruchnahme und Determinanten

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Thema	Problembereiche	Allgemeine und spezifische Massnahmen
Geburt	In der Migrationsbevölkerung ist in der Schweiz eine erhöhte perinatale Sterblichkeit und Müttersterblichkeit festzustellen. Kaiserschnittraten sind bei Migrantinnen aus Asien und Afrika stark erhöht, wie auch Verlegungen auf die Neugeborenenstation. Nach wie vor fehlt transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen. Zudem sind gewisse Praktiken in der Schweiz zu wenig bekannt, wie zum Beispiel die weibliche Genitalbeschneidung und die damit verbundenen möglichen Geburtskomplikationen.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Flexible Dolmetscherdienste unter Einbezug neuer Technologien ❖ Detailliertes Monitoring der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen ❖ Experten-Audit auf nationaler Ebene im Falle eines mütterlichen Todesfalls ❖ Risikogruppen für erhöhte Kaiserschnitttrate: Ursachen untersuchen ❖ Studien zur Analyse von Risikofaktoren der erhöhten Sterblichkeit von Mutter und Kind in der Migrationsbevölkerung
Nach der Geburt, erstes Lebensjahr	Postpartale Depressionen waren bei Migrantinnen häufiger (Alder, Fink et al. 2008). Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung 2003 hatte gezeigt, dass Migrantinnen aus der Balkanregion signifikant weniger lang stillten (Merten, Dratva et al. 2005). Die Beikosteinführung war im Mittel früher als bei den Schweizerinnen, wobei sich die Einflussfaktoren zwischen Migrantinnen und Schweizerinnen unterschieden (Dratva, Merten et al. 2006). Migrantinnen gaben ihren Kindern seltener Vitamin D Tropfen (Dratva, Merten et al. 2006).	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Früherkennen postpartalen Depressionen ❖ Stillförderung und adäquate Beikosternährung fördern ❖ Vitamin D-Abgabe fördern ❖ Analyse der Determinanten der Säuglingssterblichkeit ❖ Studien zu Wochenbettkomplikationen, inkl. postpartalen Depressionen

5.3 Empfehlungen

Zusammenfassend liegt der Schluss nahe, dass die reproduktive Gesundheit von Migrantinnen sowie deren Kinder in der gesamten Schweiz nach wie vor nicht ausreichend dokumentiert und untersucht ist. In den nationalen Statistiken zum Beispiel sind Angaben zu Migrantinnen wenig detailliert. Zudem liegen die berücksichtigten Daten zur Sterblichkeit zum Teil bereits über 10 Jahre zurück. Im Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung sind wichtige Informationen zur reproduktiven Gesundheit ebenfalls nicht eingeschlossen. Es braucht deswegen gezielte gesamtschweizerische Studien, um Ursachen und Ausmass der Komplikationen im Bereich der reproduktiven Gesundheit zu erfassen. Auf dieser Grundlage könnten effektive Massnahmen getroffen werden, die den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung auf gesamtschweizerischer Ebene zu verbessern vermögen. Des Weiteren ist es mit einer Literaturrecherche alleine nicht möglich, die diversen aktuellen und abgeschlossenen Initiativen und Projekte im Bereich reproduktive Gesundheit und Migration ab-

schliessend zu erfassen und zu evaluieren. Eine ältere Übersicht über Projekte in den letzten Jahren geben Achermann (Achermann and Stotzer 2006) und Bihr (Bihr 2009).

Auch international ist in den letzten Jahren relativ viel wissenschaftliche Literatur zu Migration und reproduktiver Gesundheit publiziert worden, und Bemühungen, die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung zu verbessern, sind teils gut dokumentiert. Ein Beispiel ist Kanada, wo in den letzten Jahren viel in die Dokumentation und Analyse von Risiken innerhalb der Migrationsbevölkerung investiert wurde, auf deren Grundlage strategische Massnahmen getroffen wurden. Ein Beispiel ist die Entwicklung klinischer Richtlinien für die medizinische Betreuung von Migrantinnen und Migranten unter Einbezug der reproduktiven Gesundheit (Pottie, Greenaway et al. 2011).

Zusammenfassend können folgende Empfehlungen genannt werden:

5.3.1 Monitoring und Ursachenforschung

- Monitoring der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen durch Einschluss von Herkunftsland und Dauer des Aufenthalts in nationale Statistiken
- Integration/Verknüpfung der verschiedenen nationalen Statistiken mit Blick auf die Migrationsbevölkerung
- Nationale Koordination und systematische Untersuchung aller mütterlichen Todesfälle in der Schweiz
- Untersuchung der Risikofaktoren für die erhöhte perinatale und Müttersterblichkeit und Säuglingssterblichkeit in der Migrationsbevölkerung
- Studien zu Wochenbettkomplikationen inkl. postpartalen Depressionen bei der Migrationsbevölkerung
- Studien zur Säuglingspflege und -ernährung bei der Migrationsbevölkerung

5.3.2 Verbesserung der Gesundheitsversorgung

- Zugang zur Gesundheitsversorgung, insbesondere zu Familienplanung und Schwangerschaftsvorsorge verbessern (Verfügbarkeit; legale und finanzielle Aspekte)
- Das Projekt „Migrant friendly hospitals“ weiterhin unterstützen.
- Weiterhin Fördern der transkulturellen Kompetenzen medizinischer Fachpersonen wie Hebammen und Ärzteschaft, spezifisch auch im Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit
- Dolmetscherdienste 24h, physisch oder über Telefon, Skype, etc. für den Bereich reproduktive Gesundheit ausbauen
- Richtlinien für die medizinische Betreuung von Migrantinnen im Bereich reproduktive Gesundheit einschliesslich spezifischer Themen wie Hymenrekonstruktion (Richtlinien zu weiblicher Genitalbeschneidung sind bereits verfügbar)

5.3.3 Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung

- Vermittlung von Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie Gewaltprävention über die Kanäle der Migrationsbevölkerung, zum Beispiel im Hinblick auf Familienplanung (siehe Beispiel Conviva)
- Massnahmen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens, Senken des Risikos für Gestationsdiabetes, Förderung der Folsäureeinnahme vor und während der Schwangerschaft, sowie der Abgabe von Vitamin D and Säuglinge
- Verbreiten von Informationen in übersetzter Form
- Barrieren der Inanspruchnahme untersuchen
- Früherkennung postpartaler Depressionen

6 Literaturverzeichnis

References:

- Achermann, C. and U. Stotzer (2006). Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Migration. Rapid Assessment. Schlussbericht. Neuenburg, SFM.
- Ahmed, A., D. E. Stewart, L. Teng, O. Wahoush and A. J. Gagnon (2008). "Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression." Arch Womens Ment Health **11**(4): 295-303.
- Alder, J., N. Fink, O. Lapaire, C. Urech, A. Meyer, J. Bitzer, I. Hosli and W. Holzgreve (2008). "The effect of migration background on obstetric performance in Switzerland." Eur J Contracept Reprod Health Care **13**(1): 103-108.
- Bartolome Alvarez, J., M. Martinez Serrano, L. Moreno Parrado, S. Lorente Ortuno and M. D. Crespo Sanchez (2008). "[Prevalence and incidence in Albacete, Spain, of Toxoplasma gondii infection in women of childbearing age: differences between immigrant and non-immigrant (2001-2007)]." Rev Esp Salud Publica **82**(3): 333-342.
- Bille, J., D. S. Blanc, H. Schmid, K. Boubaker, A. Baumgartner, H. H. Siegrist, M. L. Tritten, R. Lienhard, D. Berner, R. Anderau, M. Treboux, J. M. Ducommun, R. Malinverni, D. Genne, P. H. Erard and U. Waespi (2006). "Outbreak of human listeriosis associated with tomme cheese in northwest Switzerland, 2005." Euro Surveill **11**(6): 91-93.
- Binder, P., S. Johnsdotter and B. Essen (2012). "Conceptualising the prevention of adverse obstetric outcomes among immigrants using the 'three delays' framework in a high-income context." Soc Sci Med **75**(11): 2028-2036.
- Birri, M. (2010). "Weibliche Genitalverstümmelung im Kontext der Migration : eine Herausforderung für medizinisches Fachpersonal." Bulletin des médecins suisses = Schweizerische Ärztezeitung **91**(47): 1874-1875.
- Bischofberger, I. (2008). "HIV-infected sub-Saharan migrants in Switzerland: advancing cross-cultural health assessment." J Assoc Nurses AIDS Care **19**(5): 357-367.
- Bollini, P., S. Fall and P. Wanner (2010). Vers un système intégré d'indicateurs de la santé maternelle et infantile auprès des collectivités d'origine étrangère en Suisse. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Bollini, P., S. Pampallona, P. Wanner and B. Kupelnick (2009). "Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature." Soc Sci Med **68**(3): 452-461.
- Bollini, P., U. Stotzer and P. Wanner (2007). "Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study." Int J Public Health **52**(2): 78-86.
- Bollini, P. and P. Wanner (2006). Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risque et possibilités d'intervention. Neuchâtel, SFM.
- Bollini, P., P. Wanner and S. Pampallona (2011). "Trends in maternal mortality in Switzerland among Swiss and foreign nationals, 1969-2006." Int J Public Health **56**(5): 515-521.
- Borde, T., J. W. Dudenhausen and M. David (2008). "[Migrants in obstetrics--psychosomatic aspects in the context of acculturation]." Psychother Psychosom Med Psychol **58**(3-4): 183-188.
- Bouris, S. S., L. A. Merry, A. Kebe and A. J. Gagnon (2012). "Mothering here and mothering there: international migration and postbirth mental health." Obstet Gynecol Int **2012**: 593413.
- Bueno, J. (2009). Jugend und Sexualität im Kontext der Kulturen. . Jugendsexualität im Wandel der Zeit. Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven. E. K. f. K.-u. Jugendfragen. Bern, Bundesamt für Sozialversicherungen.

- Cacciani, L., S. Asole, A. Polo, F. Franco, R. Lucchini, M. De Curtis, D. Di Lallo and G. Guasticchi (2011). "Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy." BMC Public Health **11**: 294.
- Carbajal, M. (2007). Quand ce n'est pas le moment. Les interruptions volontaires de grossesse chez les femmes latino-américaines. La Suisse au rythme latino. Dynamiques migratoires des latino-américains: logiques d'action, vie quotidienne, pistes d'interventions dans les domaines du social et de la santé. C. Bolzman, M. Carbajal and D. Mainardi. Geneva, IES: 247-276.
- Carolan, M. (2010). "Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature." Midwifery **26**(4): 407-414.
- Carolan, M. and L. Cassar (2010). "Antenatal care perceptions of pregnant African women attending maternity services in Melbourne, Australia." Midwifery **26**(2): 189-201.
- Cerutti, H. and A. Blaser (2008). Migration et santé : résumé de la stratégie fédérale phase II (2008 à 2013). Berne, OFSP.
- Chote, A. A., G. T. Koopmans, W. K. Redekop, C. J. de Groot, R. J. Hoefman, V. W. Jaddoe, A. Hofman, E. A. Steegers, J. P. Mackenbach, M. Trappenburg and M. Foets (2011). "Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in The Netherlands. The Generation R Study." Matern Child Health J **15**(6): 689-699.
- Cuadra, C. B. (2011). "Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies." Eur J Public Health **22**(2): 267-271.
- Dao, M. I. D., J. F. Ferreira, N. Vallier, D. Roulin, B. Hirschel and A. Calmy (2010). "Health perceptions of African HIV-infected patients and their physicians." Patient Education and Counseling **80**(2): 185-190.
- Darling, K. E., E. Gloor, A. Ansermet-Pagot, P. Vaucher, S. Durieux-Paillard, P. Bodenmann and M. Cavassini (2012). "Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland." Postgrad Med J.
- David, M., T. Borde and F. Siedentopf (2012). "Do immigration and acculturation have an impact on hyperemesis gravidarum? Results of a study in Berlin/Germany." J Psychosom Obstet Gynaecol **33**(2): 78-84.
- David, M., J. Pachaly and K. Vetter (2006). "Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey." Arch Gynecol Obstet **274**(5): 271-278.
- de la Torre, J., C. Coll, M. Coloma, J. I. Martin, E. Padron and N. L. Gonzalez Gonzalez (2006). "[Antenatal care in immigrants]." An Sist Sanit Navar **29 Suppl 1**: 49-61.
- de Tejada, B. M., I. Steffen, P. Cantero, K. M. Posfay-Barbe, O. Irion, B. Hirschel and E. Boffi El Amari (2011). "Human herpes virus type 8 seroprevalence in pregnant women in Geneva, Switzerland." J Matern Fetal Neonatal Med **24**(1): 183-185.
- Decker, M. R., E. Miller, H. L. McCauley, D. J. Tancredi, R. R. Levenson, J. Waldman, P. Schoenwald and J. G. Silverman "Sex trade among young women attending family-planning clinics in Northern California." Int J Gynaecol Obstet **117**(2): 173-177.
- Dratva, J., S. Merten and U. Ackermann-Liebrich (2006). "The timing of complementary feeding of infants in Switzerland: compliance with the Swiss and the WHO guidelines." Acta Paediatr **95**(7): 818-825.
- Dratva, J., S. Merten and U. Ackermann-Liebrich (2006). "Vitamin D supplementation in Swiss infants." Swiss Med Wkly **136**(29-30): 473-481.
- Dubacher, C. and L. Reusser (2011). "Migrantes victimes de violence." 33 p.
- Dubourg, D., F. Richard, E. Leye, S. Ndam, T. Rommens and S. Maes (2011). "Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium." Eur J Contracept Reprod Health Care **16**(4): 248-257.

- Dumont dos Santos, D. (2011). Zur Praxis der Hymenrekonstruktion in der Schweiz. MD, Basel.
- Fenner, L., S. Gagneux, J. P. Janssens, J. Fehr, M. Cavassini, M. Hoffmann, E. Bernasconi, J. Schrenzel, T. Bodmer, E. C. Bottger, P. Helbling, M. Egger, H. I. V. C. Swiss and G. Molecular Epidemiology of Tuberculosis Study (2012). "Tuberculosis in HIV-negative and HIV-infected patients in a low-incidence country: clinical characteristics and treatment outcomes." PLoS One **7**(3): e34186.
- Fenter, V. (2012). "FemmesTische entre migrantes : la santé par les pairs." Revue Reiso(août).
- Fenter, V. (2012). "FemmesTische entre migrantes : la santé par les pairs." Revue Reiso(aôut).
- Fernandez, M. A., A. B. Cavanillas and S. de Mateo (2011). "Differences in the reproductive pattern and low birthweight by maternal country of origin in Spain, 1996-2006." Eur J Public Health **21**(1): 104-108.
- Frischknecht, F., W. Sell, I. Trummer and H. Bruhwiler (2011). "Serological testing for infectious diseases in pregnant women: are the guidelines followed?" Swiss Med Wkly **140**: w13138.
- Gabardino, A. and P. Wanner (2006). "Mortalité infantile et santé reproductive des collectivités migrantes en Suisse, 1987-2001." Forum / SFM = FSM(6): 69-73.
- Gagnon, A. J., G. Dougherty, R. W. Platt, O. Wahoush, A. George, E. Stanger, J. Oxman-Martinez, J. F. Saucier, L. Merry and D. E. Stewart (2007). "Refugee and refugee-claimant women and infants post-birth: migration histories as a predictor of Canadian health system response to needs." Can J Public Health **98**(4): 287-291.
- Gagnon, A. J., G. Dougherty, O. Wahoush, J. F. Saucier, C. L. Dennis, E. Stanger, B. Palmer, L. Merry and D. E. Stewart (2013). "International migration to Canada: The post-birth health of mothers and infants by immigration class." Soc Sci Med **76**(1): 197-207.
- Gagnon, A. J., S. McDermott, J. Rigol-Chachamovich, M. Bandyopadhyay, B. Stray-Pedersen, D. Stewart and R. Collaboration (2011). "International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis." Paediatr Perinat Epidemiol **25**(6): 575-592.
- Gagnon, A. J., A. Van Hulst, L. Merry, A. George, J. F. Saucier, E. Stanger, O. Wahoush and D. E. Stewart (2012). "Cesarean section rate differences by migration indicators." Arch Gynecol Obstet.
- Gagnon, A. J., M. Zimbeck and J. Zeitlin (2010). "Migration and perinatal health surveillance: an international Delphi survey." Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol **149**(1): 37-43.
- Gagnon, A. J., M. Zimbeck, J. Zeitlin, R. Collaboration, S. Alexander, B. Blondel, S. Buitendijk, M. Desmeules, D. Di Lallo, A. Gagnon, M. Gissler, R. Glazier, M. Heaman, D. Korfker, A. Macfarlane, E. Ng, C. Roth, R. Small, D. Stewart, B. Stray-Pederson, M. Urquia and S. Vangen (2009). "Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review." Soc Sci Med **69**(6): 934-946.
- Gasser, K. and J. Guggisberg (2012). "Die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz." Abhängigkeiten **17/18**(3/1): 148-168.
- Gavin, N. I., B. N. Gaynes, K. N. Lohr, S. Meltzer-Brody, G. Gartlehner and T. Swinson (2005). "Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence." Obstet Gynecol **106**(5 Pt 1): 1071-1083.
- Gispert Magarolas, R., G. Clot-Razquin, M. M. Torne, R. Bosser-Giralt and A. Freitas-Ramirez (2008). "[Differences in reproductive patterns between autochthonous and immigrant women living in Catalonia, Spain]." Gac Sanit **22**(6): 574-577.

- Gissler, M., S. Alexander, A. MacFarlane, R. Small, B. Stray-Pedersen, J. Zeitlin, M. Zimbeck and A. Gagnon (2009). "Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries." Acta Obstet Gynecol Scand **88**(2): 134-148.
- Gloor, E., G. Meystre-Agustoni, A. Ansermet-Pagot, P. Vaucher, S. Durieux-Paillard, P. Bodenmann and M. Cavassini (2011). "[Sex workers: limited access to healthcare]." Rev Med Suisse **7**(301): 1429-1433.
- Goguikian-Ratcliff, B., F. Borel, F. Suardi and A. Sharapova (2011). "Devenir mère en terre étrangère." Cahiers de la puériculture **48**(525): 26-29.
- Heaman, M., H. Bayrampour, D. Kingston, B. Blondel, M. Gissler, C. Roth, S. Alexander and A. Gagnon (2012). "Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review." Matern Child Health J.
- Helfferich, C., B. f. G. Aufklärung, W. Essbach and B. f. g. Aufklärung (2010). Frauen leben: Familienplanung und Migration im Lebenslauf : Zusammenfassung zentraler Ergebnisse einer Städtestudie zu Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund, Bundeszentrale für gesundheitl. Aufklärung.
- Hjelm, K., K. Berntorp and J. Apelqvist (2012). "Beliefs about health and illness in Swedish and African-born women with gestational diabetes living in Sweden." J Clin Nurs **21**(9-10): 1374-1386.
- Jaeger, F., M. Cafilisch and P. Hohlfeld (2009). "Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians." European Journal of Pediatrics **168**(1): 27-33.
- Jaeger, F. N., M. Hossain, L. Kiss and C. Zimmerman (2012). "The health of migrant children in Switzerland." Int J Public Health **57**(4): 659-671.
- Janevic, T., D. A. Savitz and M. Janevic (2011). "Maternal education and adverse birth outcomes among immigrant women to the United States from Eastern Europe: a test of the healthy migrant hypothesis." Soc Sci Med **73**(3): 429-435.
- Jonkers, M., A. Richters, J. Zwart, F. Ory and J. van Roosmalen (2011). "Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives." Reprod Health Matters **19**(37): 144-153.
- Kaplan-Marcusan, A., N. F. Del Rio, J. Moreno-Navarro, M. J. Castany-Fabregas, M. R. Nogueras, L. Munoz-Ortiz, E. Mongui-Avila and P. Toran-Monserrat (2010). "Female genital mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families." BMC Public Health **10**: 193.
- Keiser, O., B. Spycher, A. Rauch, A. Calmy, M. Cavassini, T. R. Glass, D. Nicca, B. Ledergerber, M. Egger and H. I. V. C. S. Swiss (2012). "Outcomes of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study: latent class analysis." AIDS Behav **16**(2): 245-255.
- Keygnaert, I., N. Vettenburg and M. Temmerman (2012). "Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands." Cult Health Sex **14**(5): 505-520.
- Kingston, D., M. Heaman, B. Chalmers, J. Kaczorowski, B. O'Brien, L. Lee, S. Dzakpasu, P. O'Campo and P. H. A. o. C. Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System (2011). "Comparison of maternity experiences of Canadian-born and recent and non-recent immigrant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey." J Obstet Gynaecol Can **33**(11): 1105-1115.
- Korinek, K. and K. R. Smith (2011). "Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: exploring the impact of immigrant legal status." Soc Sci Med **72**(10): 1695-1703.
- Kurth, E., F. N. Jaeger, E. Zemp, S. Tschudin and A. Bischoff (2010). "Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals." BMC Public Health **10**: 659.

- Leye, E., R. A. Powell, G. Nienhuis, P. Claeys and M. Temmerman (2006). "Health care in Europe for women with genital mutilation." Health Care Women Int **27**(4): 362-378.
- Lyberg, A., B. Viken, M. Haruna and E. Severinsson (2012). "Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women." J Nurs Manag **20**(2): 287-295.
- Lyons, S. M., F. M. O'Keeffe, A. T. Clarke and A. Staines (2008). "Cultural diversity in the Dublin maternity services: the experiences of maternity service providers when caring for ethnic minority women." Ethn Health **13**(3): 261-276.
- Martin, T. C. and L. Rosero-Bixby (2011). "Motherhood and Transnational Borders Immigrants' Women Fertility in Spain." Revista Internacional De Sociologia **69**: 105-137.
- Maternowska, C., F. Estrada, L. Campero, C. Herrera, C. D. Brindis and M. M. Vostrejs (2010). "Gender, culture and reproductive decision-making among recent Mexican migrants in California." Cult Health Sex **12**(1): 29-43.
- Merten, S., J. Dratva and U. Ackermann-Liebrich (2005). Säuglingsernährung in den ersten neun Lebensmonaten - nationale Studie 2003. Fünfter Schweizerischer Ernährungsbericht. M. Eichholzer, E. Camenzind, A. Matzke et al. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Merten, S., C. Wyss and U. Ackermann-Liebrich (2007). "Caesarean sections and breastfeeding initiation among migrants in Switzerland." Int J Public Health **52**(4): 210-222.
- Michaud, P. A. and C. Akre (2009). Sexualität von Jugendlichen: Entwicklung über die letzten 40 Jahre. Jugendsexualität im Wandel der Zeit. Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven. E. K. f. K.-u. Jugendfragen. Bern, Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Mladovsky, P., D. Ingleby, M. McKee and B. Rechel (2012). "Good practices in migrant health: the European experience." Clin Med **12**(3): 248-252.
- Mook, P., K. A. Grant, C. L. Little, G. Kafatos and I. A. Gillespie (2010). "Emergence of pregnancy-related listeriosis amongst ethnic minorities in England and Wales." Euro Surveill **15**(27): 17-23.
- Poretti, A., T. Anheier, R. Zimmermann, E. Boltshauser and U. Swiss Pediatric Surveillance (2008). "Neural tube defects in Switzerland from 2001 to 2007: are periconceptual folic acid recommendations being followed?" Swiss Med Wkly **138**(41-42): 608-613.
- Pottie, K., C. Greenaway, J. Feightner, V. Welch, H. Swinkels, M. Rashid, L. Narasiah, L. J. Kirmayer, E. Ueffing, N. E. MacDonald, G. Hassan, M. McNally, K. Khan, R. Buhrmann, S. Dunn, A. Dominic, A. E. McCarthy, A. J. Gagnon, C. Rousseau, P. Tugwell, I. coauthors of the Canadian Collaboration for and H. Refugee (2011). "Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees." CMAJ **183**(12): E824-925.
- Quack-Lötscher, K. and U. Ackermann-Liebrich (2007). Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in der Schweiz 1993 – 2002. Neuenburg, Bundesamt für Statistik.
- Reeske, A., M. Kutschmann, O. Razum and J. Spallek (2011). "Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007." BMC Pregnancy Childbirth **11**: 63.
- Reime, B., P. A. Janssen, L. Farris, T. Borde, C. Hellmers, H. Myezwa and P. Wenzlaff (2012). "Maternal near-miss among women with a migrant background in Germany." Acta Obstet Gynecol Scand **91**(7): 824-829.
- Reime, B., U. Lindwedel, K. M. Ertl, C. Jacob, B. Schucking and P. Wenzlaff (2009). "Does underutilization of prenatal care explain the excess risk for stillbirth among women with migration background in Germany?" Acta Obstet Gynecol Scand **88**(11): 1276-1283.
- Reime, B., P. A. Ratner, S. N. Tomaselli-Reime, A. Kelly, B. A. Schuecking and P. Wenzlaff (2006). "The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany." Soc Sci Med **62**(7): 1731-1744.

- Renteria, S. C. (2008). "Mutilations génitales féminines : l'adolescente en quête de réponses." Revue médicale suisse: 1445-14450.
- Rio, I., A. Castello, M. Jane, R. Prats, C. Barona, R. Mas, M. Rebagliato, O. Zurriaga and F. Bolumar (2010). "[Reproductive and perinatal health indicators in immigrant and Spanish-born women in Catalonia and Valencia (2005-2006)]." Gac Sanit **24**(2): 123-127.
- Schertenleib, M. (2004). "Sexarbeit in der Schweiz - ein Überblick." FIZ Rundbrief(34): 3-4.
- Sebo, P., Y. Jackson, D. M. Haller, J. M. Gaspoz and H. Wolff (2011). "Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva: a cross sectional study." J Immigr Minor Health **13**(3): 510-517.
- Sosta, E., L. R. Tomasoni, T. Frusca, M. Triglia, F. Pirali, I. El Hamad and F. Castelli (2008). "Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study." J Travel Med **15**(4): 243-247.
- Spang, T. (2007). Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). B. f. G. BAG. Bern, Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Stanojevich, E. A. and A. Veisse (2007). Repères sur la santé des migrants. La santé des migrants : [dossier]. E. A. Stanojevich, Inpes: 21-24.
- Stewart, D. E., A. J. Gagnon, L. A. Merry and C. L. Dennis (2012). "Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy." J Womens Health (Larchmt) **21**(10): 1100-1106.
- Straus, L., A. McEwen and F. M. Hussein (2009). "Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers." Midwifery **25**(2): 181-186.
- Stülb, M. (2009). Transkulturelle Akteurinnen. Eine medizinethnologische Studie zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland. Berlin, Weissensee Verlag.
- Stülb, M. (2011). "Stülb, Magdalena (2011): Welche Netzwerke nutzen schwangere Migrantinnen? Eine Betrachtung aus medizinethnologischer Sicht." Info Dienst für Gesundheitsförderung, Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg, (3): 17.
- Tomasoni, L. R., E. Sosta, A. Beltrame, G. Rorato, S. Bigoni, T. Frusca, C. Zanardini, L. Driul, F. Magrini, P. Viale and F. Castelli (2010). "Antenatal screening for mother to child infections in immigrants and residents: the case of toxoplasmosis in northern Italy." J Immigr Minor Health **12**(6): 834-840.
- Urquia, M. L., J. W. Frank, R. H. Glazier, R. Moineddin, F. I. Matheson and A. J. Gagnon (2009). "Neighborhood context and infant birthweight among recent immigrant mothers: a multilevel analysis." Am J Public Health **99**(2): 285-293.
- Urquia, M. L., R. H. Glazier, B. Blondel, J. Zeitlin, M. Gissler, A. Macfarlane, E. Ng, M. Heaman, B. Stray-Pedersen, A. J. Gagnon and R. collaboration (2010). "International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination." J Epidemiol Community Health **64**(3): 243-251.
- Urquia, M. L., P. J. O'Campo and M. I. Heaman (2012). "Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: the roles of duration of residence and ethnicity." Soc Sci Med **74**(10): 1610-1621.
- Vangen, S., A. Eskild and L. Forsen (2008). "Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study." BJOG **115**(10): 1309-1315.
- Villadsen, S. F., E. Sievers, A. M. Andersen, A. Arntzen, M. Audard-Mariller, G. Martens, H. Ascher and A. Hjern (2010). "Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe." Eur J Public Health **20**(5): 530-535.

- Walsh, J., R. Mahony, F. Armstrong, G. Ryan, C. O'Herlihy and M. Foley (2011). "Ethnic variation between white European women in labour outcomes in a setting in which the management of labour is standardised-a healthy migrant effect?" *BJOG* **118**(6): 713-718.
- Watson, R. (2009). "Migrants in Europe are losing out on care they are entitled to." *BMJ* **339**: b3895.
- Wolff, H., M. Epiney, A. P. Lourenco, M. C. Costanza, J. Delieutraz-Marchand, N. Andreoli, J. B. Dubuisson, J. M. Gaspoz and O. Irion (2008). "Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention." *BMC Public Health* **8**: 93.
- Wolff, H., A. Lourenco, P. Bodenmann, M. Epiney, M. Uny, N. Andreoli, O. Irion, J. M. Gaspoz and J. B. Dubuisson (2008). "Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study." *BMC Public Health* **8**: 391.
- World Health Organization (2010). Health of migrants: the way forward - a global consultation. Madrid, Spain, 3-5 March 2010. Geneva, WHO.
- Wyssmüller, C. and B. Kaya (2009). Migration und Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2006/2008. Neuenburg, SFM.
- Wyssmüller, C. and B. Kaya (2010). Migration und Gesundheit. Übersicht über ausgewählte Fachliteratur 2009. Neuenburg, SFM.
- Zaidi, N., A. Khalil, C. Roberts and M. Browne (2007). "Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals." *J Obstet Gynaecol* **27**(2): 161-164.
- Zanconato, G., C. Iacovella, F. Parazzini, V. Bergamini and M. Franchi (2011). "Pregnancy outcome of migrant women delivering in a public institution in northern Italy." *Gynecol Obstet Invest* **72**(3): 157-162.
- Zurriaga, O., M. A. Martinez-Beneito, A. Galmes Truyols, M. M. Torne, S. Bosch, R. Bosser and M. Portell Arbona (2009). "Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations." *Gac Sanit* **23 Suppl 1**: 57-63.

Anhang I Tabelle der Literatur aus der Schweiz

Land	Titel	Autor/in	Bereich*	Aus dem Inhalt (Abstract)
CH	Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Migration. Rapid Assessment.	Achermann, C. and U. Stotzer (2006).(Achermann and Stotzer 2006)	Policy	<p>Meta-Analyse und Fokusgruppengespräche mit 30 Fachpersonen von Beratungsstellen, Hilfswerken, MigrantInnenorganisationen sowie Spitälern.</p> <p>Angebote, die in ihrer Ausrichtung und Umsetzungsform den Zielgruppen angemessen sind, werden begünstigt, wenn frühzeitig mit (dafür entlöhnten) MigrantInnen zusammengearbeitet wird.</p> <p>Empfehlungen: Zur Verbesserung der srG von MigrantInnen wird in erster Linie empfohlen, den Fortbestand der bestehenden und bewährten Angebote zu sichern und diese auf weitere Regionen und Zielgruppen auszudehnen. Bei neuen Projekten ist die langfristige Verankerung von Beginn an zu planen. Um den Informationsaustausch zwischen den zahlreichen involvierten Akteuren zu verbessern, wird der Aufbau einer Vernetzungsplattform empfohlen. Für die Finanzierung von professionellen interkulturellen ÜbersetzerInnen sowohl im medizinischen als auch im Beratungskontext sind Lösungen zu finden, um deren Einsatz zu begünstigen. Die transkulturelle Kompetenz der Leistungserbringenden des Gesundheits- und Sozialbereichs muss allgemein sowie spezifisch hinsichtlich Fragen der srG verbessert werden. Schliesslich wird empfohlen, Lücken bei den statistischen Daten im Bereich srG und Migration zu schliessen sowie vertiefte Forschungen etwa zur Zielgruppe der Männer oder zum Gesundheitsverhalten der MigrantInnen bezüglich srG durchzuführen.</p>

CH	The effect of migration background on obstetric performance in Switzerland." Eur J Contracept Reprod Health Care 13 (1): 103-108.	Alder, J., N. Fink, et al. (2008). (Alder, Fink et al. 2008)	Epidemiologie	OBJECTIVES: Population-based analysis to compare perinatal outcome between immigrant women and women from the Western industrialized world (WIW). METHODS: Singleton pregnancies of a cohort that was followed from the first trimester to delivery at the University Women's Hospital Basel, Switzerland, were retrospectively analysed. Data were extracted from 203 patient records. Multiple logistic and linear regression analyses were used to determine the impact of origin on perinatal outcome. RESULTS: Immigrants and women from WIW countries were comparable regarding number of pregnancy control visits. Immigrant women were younger, had more children, higher pre-pregnancy body mass index and were more often taking medication of any kind during pregnancy. Migration was only predictive for shorter gestations ($p < 0.01$). A trend for a lower frequency of gestational hypertension and labour inductions, and a higher frequency of spontaneous delivery and lower birth weights were observed. CONCLUSIONS: Migration background was associated with shorter gestations and lower birth weight. This was not due to differences in antenatal care since both study groups were followed at the same clinic with the same guidelines and had the same number of consultations during pregnancy. Higher stress levels due to migration and lower socioeconomic living standards, nutrition, and genetic factors are possible contributors to these findings.
CH	Weibliche Genitalverstümmelung im Kontext der Migration : eine Herausforderung für medizinisches Fachpersonal. Bulletin des médecins suisses = Schweizerische Ärztezeitung 91 (47): 1874-1875.	Birri, M. (2010). (Birri 2010)	Epidemiologie	Weltweit sind gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zwischen 100 und 150 Millionen Mädchen und Frauen genital verstümmelt. Jedes Jahr kommen 3 Millionen dazu. Female Genital Mutilation (FGM) kommt rund um den Globus vor, sehr stark verbreitet ist FGM aber im westlichen und östlichen Afrika, in einigen Ländern Asiens sowie im Mittleren Osten. Durch Migration ist weibliche Genitalverstümmelung auch in Europa, Nordamerika und Australien ein Thema. In der Schweiz sind gemäss Schätzungen bis zu 7000 Mädchen und Frauen von FGM betroffen oder gefährdet. Die häufigsten Ursprungsländer dieser Frauen in der Schweiz sind Somalia, Äthiopien und Eritrea. Für Fachpersonen, die mit betroffenen Frauen in Kontakt kommen, ist es wichtig, den Migrationshintergrund dieser Personen zu berücksichtigen: Dieser Hintergrund stellt das medizinische Fachpersonal in der Schweiz vor grosse Herausforderungen. Mindestens jeder siebte Gynäkologe bzw. jede siebte Gynäkologin und jede siebte Hebamme in der Schweiz wurden schon mit einer beschnittenen Frau konfrontiert. [Artikelausschnitte]

CH	Bischofberger, I. (2008). HIV-infected sub-Saharan migrants in Switzerland: advancing cross-cultural health assessment. <i>J Assoc Nurses AIDS Care</i> , 19, 357-367.	Bischofberger, I. (2008). (Bischofberger 2008)	Transkulturelle Kommunikation	HIV prevalence among sub-Saharan migrants in Switzerland has continuously increased in the past 2 decades. These patients present later and with more health impairments at clinical settings compared with non-Africans. Therefore, cross-cultural challenges, which are relatively new to many nurses, arise. Qualitative interview data with 10 HIV-infected and 30 noninfected sub-Saharan African migrants (including 10 who were peer educators) living in Switzerland showed that HIV infection was characterized as invisible, shameful, risky, and treatable, representing helpful and problematic factors. Thus, participants lived with contradictory realities that needed to be appropriately assessed and acknowledged by clinicians. This was particularly important because these migrants remain under treatment for an extensive period of time because of the chronic nature of HIV disease. There is a need for nurse clinicians who are able to apply cross-cultural assessment strategies and to concurrently provide a quick and sound clinical grasp of the migrants' illness needs.
CH	Santé reproductive des collectivités migrantes. Disparités de risque et possibilités d'intervention. SFM Report	Bollini P, Wanner P. (2006) (Bollini and Wanner 2006)	Epidemiologie	The authors assess maternal mortality, infant mortality, and conduct a systematic review.
CH	"Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study." <i>Int J Public Health</i> 52(2): 78-86.	Bollini, P., U. Stotzer, et al. (2007). (Bollini, Stotzer et al. 2007)	Epidemiologie	OBJECTIVES: To explore the issues of pregnancy and delivery in migrant women in their interaction with the Swiss healthcare system. METHODS: Focus groups were conducted with women of the Turkish and Portuguese communities. Swiss women were included as the reference group. Interpreters were used when needed. Group discussions were recorded and transcribed; all communications were categorized by specific themes and subdivided as to content. RESULTS: Eight focus groups were held: there were a total of 40 participants including 14 Turkish, 17 Portuguese, 9 Swiss. The study revealed that migrant women in Switzerland face stressful situations, which may differ according to nationality and length of stay in the country. Main factors negatively affecting pregnancy were stress due to precarious living conditions, heavy work during pregnancy, inadequate communication with healthcare providers, and feelings of racism and discrimination in society. CONCLUSIONS: Main findings of this qualitative study confirm that migrant communities need focused health attention because of numerous barriers to healthcare experienced in Switzerland. Improving the reproductive health of the migrant community is a priority that can be addressed by public health interventions, including integration of migrants into the society, strict observance of labor regulations, improved communication with healthcare providers, and better information targeting migrant communities.

CH	Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. <i>Soc Sci Med</i> 68 (3):452-62	Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., Kupelnick, B. (2009)	Epidemiologie	Immigrant mothers in developed countries often experience worse pregnancy outcomes than native women. Several epidemiological studies have described the pregnancy outcome of immigrant women in European receiving countries, with conflicting results. The present systematic review makes a quantitative synthesis of available evidence on the association between pregnancy outcomes and integration policies. We reviewed all epidemiological studies comparing the pregnancy outcome of native versus immigrant women in European countries from 1966 to 2004 and retained 65 for analysis, from 12 host countries. Overall, as compared to native women, immigrant women showed a clear disadvantage for all the outcomes considered: 43% higher risk of low birth weight, 24% of pre-term delivery, 50% of perinatal mortality, and 61% of congenital malformations. The risks were clearly and significantly reduced in countries with a strong integration policy. This trend was maintained even after adjustment for age at delivery and parity. On the basis of an analysis of naturalisation rates, five countries in our sample could be categorised as having a strong policies promoting the integration of immigrant communities. The mechanisms through which integration policies may be protective include the increased participation of immigrant communities in the life of the receiving society, and the decreased stress and discrimination they may face. The results of this study highlight a serious problem of equity in perinatal health across European countries. Immigrant women clearly need targeted attention to improve the health of their newborn, but a deep societal change is also necessary to integrate and respect immigrant communities in receiving societies.
CH	Trends in maternal mortality in Switzerland among Swiss and foreign nationals, 1969-2006. <i>Int J Public Health</i> , 56, 515-521.	Bollini, P., Wanner, P., & Pampallona, S. (2011). (Bollini, Wanner et al. 2011)	Epidemiologie	Objectives: To test whether maternal mortality was higher among immigrant women than Swiss women. Methods: All maternal deaths and live births in Switzerland from 1969 to 2006 from official vital statistics were considered. We calculated maternal mortality ratios (MMRs) in four time intervals (1969-1979, 1980-1989, 1990-1999, 2000-2006) for both Swiss and immigrant women overall, and for Italian, Spanish and Turkish women. We also computed the odds ratios and 95% confidence intervals of maternal mortality over the four time periods, considering maternal deaths as cases, and live births as controls. Results: From 1969 to 2006 there were 279 maternal deaths, 204 of Swiss women and 75 of immigrant women. Women's age, marital status and cause of death were similar in the two groups. For immigrant women, the crude odds ratio of a pregnancy ending with maternal death, not homogeneous across the four periods, was 4.38 (95% CI 1.88-10.55) in 2000-2006. Conclusions: Immigrant women have a higher risk of maternal mortality than Swiss women. A closer scrutiny of risk factors and quality of care is necessary to identify opportunities for prevention.

CH	Jugend und Sexualität im Kontext der Kulturen.	Bueno, J. (2009). (Bueno 2009)		Bueno beschreibt in ihrem Artikel im Bericht 'Jugendsexualität im Wandel der Zeit. Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven' der Eidg. Kommission für Kinder- und Jugendfragen Identitätskonflikte von jugendlichen Migranten und Migrantinnen der ersten Generation als einer der Faktoren, die verantwortlich sind für ein erhöhtes Risiko für sexuelle Gewalt (Opfer- und Täterseite).
CH	Quand ce n'est pas le moment. Les interruptions volontaires de grossesse chez les femmes latino-américaines.	Carbajal, M. (2007). (Carbajal 2007)	Ethnologie	Studie zu Schwangerschaftsabbruch in Biographie lateinamerikanischer Migrantinnen. In: La Suisse au rythme latino. Dynamiques migratoires des latino-américains: logiques d'action, vie quotidienne, pistes d'interventions dans les domaines du social et de la santé. C. Bolzman, M. Carbajal and D. Mainardi. Geneva, IES: 247-276.
CH	Health perceptions of African HIV-infected patients and their physicians. Patient Education and Counseling 80 (2): 185-190.	Dao, M. I. D., J. F. Ferreira, et al. (2010). (Dao, Ferreira et al. 2010)	Transkulturelle Kommunikation	Objective: We explored how patients from Sub Saharan Africa (SSA) infected with HIV and living in Switzerland, and their treating physicians perceived their health, whether these perceptions correlated with biological markers, and what organisational changes participants considered likely to improve quality of care. Methods: A prospective standardized questionnaire was submitted to HIV-infected patients from SSA and their physicians. Results were correlated with biological data. Results: While physicians deduced improved health status from laboratory results, these did not provide an adequate surrogate marker of good health for patients. Patients experienced important social and economical difficulties with adverse consequences on their mental health. They requested social assistance, whereas physicians sought improved cultural competency. Conclusion: Patients and physicians did not agree in their evaluation of patients' health status. Patients did not perceive their health through biological markers, but linked their mental health with their socioeconomic context. Physicians underestimated patients' biological health and their evaluation of global health. Practice implications: Exploring difficulties perceived by physicians with specific patients lead to identification of structural weaknesses, resulting in suggestions to improve physicians' medical training and patients' care. This illustrates the importance of accessing patients' perspective and not relying solely on physicians' perception of the problem. (C) 2009 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.
CH	"Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in south-west Switzerland." Postgrad Med J.	Darling, K. E., E. Gloor, et al. (2012). (Darling, Gloor et al. 2012)	Prävention	OBJECTIVES: Street-based sex workers (SSWs) in Lausanne, Switzerland, are poorly characterised. We set out to quantify potential vulnerability factors in this population and to examine SSW healthcare use and unmet healthcare requirements. METHODS: We conducted a cross-sectional questionnaire-based survey among SSWs working in Lausanne's red light district between 1 February and 31 July 2010, examining SSW socio-demographic characteristics and factors related to their healthcare. RESULTS: We interviewed 50 SSWs (76% of those approached). A fifth conducted their interviews in French, the official language in

				<p>Lausanne. 48 participants (96%) were migrants, of whom 33/48 (69%) held no residence permit. 22/50 (44%) had been educated beyond obligatory schooling. 28/50 (56%) had no health insurance. 18/50 (36%) had been victims of physical violence. While 36/50 (72%) had seen a doctor during the preceding 12 months, only 15/50 (30%) were aware of a free clinic for individuals without health insurance. Those unaware of free services consulted emergency departments or doctors outside Switzerland. Gynaecology, primary healthcare and dental services were most often listed as needed. Two individuals (of 50, 4%) disclosed positive HIV status; of the others, 24/48 (50%) had never had an HIV test. CONCLUSIONS: This vulnerable population comprises SSWs who, whether through mobility, insufficient education or language barriers, are unaware of services they are entitled to. With half the participants reporting no HIV testing, there is a need to enhance awareness of available facilities as well as to increase provision and uptake of HIV testing.</p>
CH	"Human herpes virus type 8 seroprevalence in pregnant women in Geneva, Switzerland." <i>J Matern Fetal Neonatal Med</i> 24 (1): 183-185.	de Tejada, B. M., I. Steffen, et al. (2011). (de Tejada, Steffen et al. 2011)	Epidemiologie	<p>Because of increasing migration, European countries are facing new pathogens and diseases, such as human herpes virus-8 (HHV-8). We assessed the prevalence of HHV-8 using a new ELISA test in 140 pregnant women delivering in Geneva (Switzerland). The prevalence of HHV-8 was 7.9% globally and up to 33.3% in the African subpopulation. Seropositive women were more frequently older (≥ 32 years old) than seronegative ones: 81.8% vs. 43%; $p = 0.023$, respectively. In conclusion, HHV-8 infection is present in European pregnant women. Attention should be given to the emergence of infectious diseases, such as HHV-8, and their impact on health in nonendemic countries.</p>
CH	Vitamin D supplementation in Swiss infants. <i>Swiss Med Wkly</i> , 136, 473-481	Dratva, J., Mer-ten, S., & Ackermann-Liebrich, U. (2006).	Prävention	<p>BACKGROUND: Various recent publications reported clinical manifestations of vitamin D deficiency in infants. Furthermore new research revealed additional properties of vitamin D for bone health and in the prevention of chronic diseases. However, prevalence data on actual supplementation rates are scarce. This study reports the prevalence of vitamin D supplementation in infants in Switzerland and presents risk factors for non-supplementation. METHODS: In 2003, mothers of 2861 randomly selected infants aged 0-9 months received a questionnaire on infant feeding, including a question on vitamin D supplementation. The prevalence of vitamin D supplementation was calculated and its dependency on various factors analysed by multiple logistic regression. RESULTS: 64% of the infants had received vitamin D. The regression analysis yielded various significant risk factors for non-supplementation: young maternal age, German language region, Swiss nationality [when compared to migrants, with the exception of migrants from the Balkan Region, Anm. SM], siblings and breastfeeding. Protective factors were intake of folic acid during pregnancy and professional information on infant feeding. The protective effect of professional information varied significantly by region. CONCLUSIONS: Given that the supplementation of vita-</p>

				min D is recommended for all infants, the supplementation prevalence in Swiss infants is unsatisfactorily low. Various risk factors were identified and a positive impact of professional counselling on the supplementation rate could be demonstrated. In view of the new evidence emerging on additional preventive properties of vitamin D and the resurgence of rickets, the importance of vitamin D for infant health and ways to improve its promotion must be discussed anew.
CH	"Migrantes victimes de violence." 33 p.	Dubacher, C. and L. Reusser (2011). (Dubacher and Reusser 2011)	Prävention	Le présent rapport de l'Observatoire suisse du droit d'asile et des étrangers (ODAE-Suisse) www.oda-e-suisse.ch a vu le jour avec la collaboration notamment de la DAO et de diverses maisons d'accueil et centres de consultation pour femmes. Il examine de plus près la situation des migrantes victimes de violence à partir de sept cas individuels. L'ODAE-Suisse en arrive à la conclusion qu'il existe de grandes lacunes dans la protection de ces personnes, aussi bien sur le plan législatif que sur le plan de l'application de la loi par les autorités cantonales. [Ed.] [Table des matières] : Résumé. - 1. Introduction. - 2. Violence domestique: 2.1 Violence domestique en Suisse ; 2.2 Violence domestique et migrantes. - 3. Aperçu juridique: 3.1 La violence domestique dans la législation suisse ; 3.2 Violence domestique et migrantes. - 4. Cas de violence domestique: 4.1 Choix entre violence et renvoi ? ; 4.2 Prouver la violence domestique ; 4.3 Renvoi de mères victimes de violence: 4.3.1 Les enfants sont aussi concernés ; 4.3.2 Intérêt économique versus bien de l'enfant ; 4.4 Socialement exclues, ici et dans le pays d'origine ; 4.4.1 Réintégration sociale fortement compromise ; 4.4.2 L'exigence d'une intégration réussie. - 5. Conclusion : 5.1 Mesures prévues au niveau fédéral ; 5.2 Propositions.
CH	Zur Praxis der Hymenrekonstruktion in der Schweiz. <u>Medizinische Fakultät</u> . Basel, Basel. MD.	Dumont dos Santos D, 2011(Dumont dos Santos 2011)	Qualitativ	Diese Dissertation untersucht die Gründe für eine Hymenrekonstruktion in der Schweiz im soziokulturellen Kontext der betroffenen Frauen.

CH	"Tuberculosis in HIV-negative and HIV-infected patients in a low-incidence country: clinical characteristics and treatment outcomes." PLoS One 7(3): e34186.	Fenner, L., S. Gagneux, et al. (2012). (Fenner, Gagneux et al. 2012)	Epidemiologie	In Switzerland and other developed countries, the number of tuberculosis (TB) cases has been decreasing for decades, but HIV-infected patients and migrants remain risk groups. The aim of this study was to compare characteristics of TB in HIV-negative and HIV-infected patients diagnosed in Switzerland, and between coinfecting patients enrolled and not enrolled in the national Swiss HIV Cohort Study (SHCS). All patients diagnosed with culture-confirmed TB in the SHCS and a random sample of culture-confirmed cases reported to the national TB registry 2000-2008 were included. Outcomes were assessed in HIV-infected patients and considered successful in case of cure or treatment completion. Ninety-three SHCS patients and 288 patients selected randomly from 4221 registered patients were analyzed. The registry sample included 10 (3.5%) coinfecting patients not enrolled in the SHCS: the estimated number of HIV-infected patients not enrolled in the SHCS but reported to the registry 2000-2008 was 146 (95% CI 122-173). Coinfecting patients were more likely to be from sub-Saharan Africa (51.5% versus 15.8%, $P < 0.0001$) and to present disseminated disease (23.9% vs. 3.4%, $P < 0.0001$) than HIV-negative patients. Coinfecting patients not enrolled in the SHCS were asylum seekers or migrant workers, with lower CD4 cell counts at TB diagnosis (median CD4 count 79 cells/microL compared to 149 cells/microL among SHCS patients, $P = 0.07$). There were 6 patients (60.0%) with successful outcomes compared to 82 (88.2%) patients in the SHCS ($P = 0.023$). CONCLUSIONS: The clinical presentation of coinfecting patients differed from HIV-negative TB patients. The number of HIV-infected patients diagnosed with TB outside the SHCS is similar to the number diagnosed within the cohort but outcomes are poorer in patients not followed up in the national cohort. Special efforts are required to address the needs of this vulnerable population.
CH	"FemmesTische entre migrantes : la santé par les pairs." Revue Reiso(août).	Fenter, V. (2012). (Fenter 2012)	Prävention	Le concept FemmesTische a été créé en 1996 par Steffi Wirth et Jean-Pierre Weiss, professionnels bâlois de la prévention et du conseil aux familles. Tous deux désiraient alors développer une approche sortant des sentiers battus. Un jeu de mots est à l'origine du nom FemmesTische, qui fait écho au StammTisch allemand, table autour de laquelle se réunissent les habitués d'un bistrot. D'abord accueillie avec un certain scepticisme, la formule a été testée dans un projet-pilote à Soleure, avec l'appui de Radix et de l'Office fédéral de la santé publique. Depuis quinze ans, elle a fait ses preuves dans 25 villes et s'étend maintenant en Suisse romande. En 2011, plus de mille rencontres ont été mises sur pied et ont permis de sensibiliser près de 7000 personnes. Cette offre participative de promotion de la santé et de prévention des dépendances doit beaucoup à l'implication de représentantes des communautés. [Auteure]

CH	"Serological testing for infectious diseases in pregnant women: are the guidelines followed?" <u>Swiss Med Wkly</u> 140 : w13138.	Frischknecht, F., et al. (2011). (Frischknecht, Sell et al. 2011)	Epidemiologie	QUESTIONS: Are the guidelines for serological testing in pregnancy followed, and are the results on hand on admission to the labour ward? METHODS: From 1.1.2007 to 31.12.2007, all patients' records were checked for serological analyses on admission to the labour ward. The serologies tabulated included tests for rubella, toxoplasmosis, hepatitis B, syphilis, HIV, varicella, cytomegalovirus infection (CMV) and parvovirus B19. RESULTS: A total of 723 pregnant women were included. Rubella and toxoplasmosis serologies were missing in 1.66% of cases, hepatitis B in 2.77%, syphilis in 12.72%, and HIV in 30.57%. Serological testing for varicella, CMV and parvovirus B19 were carried out in only about 10% of patients. We found that 95.81% of Swiss/Austrian/German patients were immune to rubella compared to 89.59% for patients from other origins. A total of 50.0% of Swiss/Austrian/German patients and 27.44% of patients from other origins were immune to toxoplasmosis. As for hepatitis B antibodies (0.25 vs. 1.26%) and syphilis (only 1 patient tested positive), no significant differences were found. HIV tests were negative for all patients. CONCLUSIONS: To sum up, in our collective, serologic testing for rubella, toxoplasmosis and hepatitis B is carried out in almost all pregnant women. The high rate of women not screened for HIV infection clearly contradicts the recommendations of the Federal Office of Public Health and calls for increased education of physicians.
CH	"Mortalité infantile et santé reproductive des collectivités migrantes en Suisse, 1987-2001." Forum / SFM = FSM(6): 69-73.	Gabadinho, A. and P. Wanner (2006). (Gabadinho and Wanner 2006)	Epidemiologie	L'article relate les différentes évolution entre 1987 et 2001 de la santé reproductive des mères migrantes et les risques de décès de leur enfants. Sur la base de l'étude de P.Bollini et al, 2006: Santé reproductive des collectivités migrantes: disparités de risques et possibilités d'intervention, il fournit des détails sur les indicateurs de santé maternelle et infantile et sur le profil sociodémographique des mères. Tableaux: 1. Mortinatalité, faible poids de naissance et mortalité infantile, selon la nationalité de la mère-Période 1987-2001 (1987-96 pour la mortalité infantile). - 2. Mortinatalité, faible poids de naissance et mortalité infantile, selon l'âge et l'état civil de la mère-Période 1987-2001 (1987-96 pour la mortalité infantile). - 3. Répartition des naissances selon l'âge et l'état civil de la mère par nationalité-Période 1987-2001.
CH	"Die Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz." <u>Abhängigkeiten</u> 17/18 (3/1): 148-168.	Gasser, K. and J. Guggisberg (2012). (Gasser and Guggisberg 2012)	Epidemiologie	2010 wurde in der Schweiz zum zweiten Mal ein Gesundheitsmonitoring bei ausgewählten Gruppen der Migrationsbevölkerung (Personen aus der Türkei, Portugal, Serbien, Kosovo, Somalia, Sri Lanka) durchgeführt (Guggisberg et al., 2011). Die Studie hatte zum Ziel, gesundheitliche Unterschiede zwischen einheimischer Bevölkerung und der Migrationsbevölkerung zu beschreiben und die wichtigsten Determinanten dieser Unterschiede zu eruieren. Im Gesundheitsverhalten wurden deutliche Unterschiede festgestellt: So weisen die befragten Migrantinnen und Migranten höhere Raucherraten auf als die einheimische Bevölkerung, beim Alkoholkonsum zeigen sie jedoch ein gesünderes Verhalten. Auch

				<p>bei Ernährung und Bewegung ist das gesundheitsförderliche Verhalten etwas weniger ausgeprägt als bei den Einheimischen. Der Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung ist in vieler Hinsicht schlechter als jener der Einheimischen. Zwar sind die erst kürzlich eingewanderten Personen im Vergleich zur gleichaltrigen Schweizer Bevölkerung eher gesünder. Diejenigen, die seit längerem in der Schweiz sind, weisen gegenüber den Einheimischen jedoch einen mehrheitlich schlechteren Gesundheitszustand auf. Innerhalb der Migrationsbevölkerung sind Frauen stärker von gesundheitlichen Problemen betroffen als Männer. Die Ergebnisse weisen auf verschiedene Faktoren hin, die die Gesundheit beeinflussen. Nebst Faktoren wie beispielsweise Ausbildungsniveau, soziale Unterstützung oder Kontrollüberzeugungen, welche sowohl bei den Einheimischen als auch bei der Migrationsbevölkerung auf die Gesundheit einwirken, konnten auch migrationsspezifische Faktoren eruiert werden, die zur Erklärung der gesundheitlichen Unterschiede beitragen. Höhere Sprachkompetenzen beispielsweise scheinen mit einem besseren Gesundheitszustand einherzugehen.[Autoren]</p>
CH	"[Sex workers: limited access to healthcare]." Rev Med Suisse 7(301): 1429-1433.	Gloor, E., G. Meystre-Agustoni, et al. (2011). (Gloor, Meystre-Agustoni et al. 2011)	Prävention	<p>Sex workers constitute a heterogeneous group possessing a combination of vulnerability factors such as geographical instability, forced migration, substance addiction and lack of legal residence permit. Access to healthcare for sex workers depends on the laws governing the sex market and on migration policies in force in the host country. In this article, we review different European health strategies established for sex workers, and present preliminary results of a pilot study conducted among 50 sex workers working on the streets in Lausanne. The results are worrying: 56% have no health insurance, 96% are migrants and 66% hold no legal residence permit. These data should motivate public health departments towards improving access to healthcare for this vulnerable population.</p>

CH	"The health of migrant children in Switzerland." <i>Int J Public Health</i> 57 (4): 659-671.	Jaeger, F. N., M. Hossain, et al. (2012). (Jaeger, Hossain et al. 2012)	Epidemiologie	OBJECTIVE: Over 22 % of children and adolescents living in Switzerland have a migrant background. The aim of this systematic literature review is to give an overview of health needs of paediatric migrants in Switzerland. METHODS: Three databases (Embase, Medline, Global health) were systematically searched for quantitative primary research on the health outcomes of migrant minors (<18-year old) in Switzerland, including articles published since 2000 in French, German, Italian or English. Citation chasing and search of non-indexed literature was also performed. RESULTS: Thirty publications were identified. Compared to their Swiss peers, migrant children had higher hospitalisation (+40 %) and intensive care admission rates, more dental cavities, twice the odds of being obese, and migrant adolescents seemed more frequently affected by psychological problems and twice as often requesting abortions. Certain infectious diseases (tuberculosis, intestinal parasites, H. pylori infection, Hepatitis A) were more prevalent. Increased neonatal and infant mortality rates were found in Turkish and African babies. CONCLUSION: Children of migrants may have distinct health needs. They should benefit from migrant paediatric care and health promotion activities that recognise these.
CH	Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. <i>European Journal of Pediatrics</i> , 168, 27-33.	Jaeger, F., Caflich, M., & Hohfeld, P. (2009). (Jaeger, Caflich et al. 2009)	Transkulturelle Kommunikation	Female genital mutilation (FGM) is defined as an injury of the external female genitalia for cultural or non-therapeutic reasons. FGM is mainly performed in sub-Saharan and Eastern Africa. The western health care systems are confronted with migrants from this cultural background. The aim is to offer information on how to approach this subject. The degree of FGM can vary from excision of the prepuce and clitoris to infibulation. Infections, urinary retention, pain, lesions of neighbouring organs, bleeding, psychological trauma and even death are possible acute complications. The different long-term complications include the risk of reduced fertility and difficulties during labour, which are key arguments against FGM in the migrant community. Paediatricians often have questions on how to approach the subject. With an open, neutral approach and basic knowledge, discussions with parents are constructive. Talking about the newborn, delivery or traditions may be a good starting point. Once they feel accepted, they speak surprisingly openly. FGM is performed out of love for their daughters. We have to be aware of their arguments and fears, but we should also stress the parents' responsibility in taking a health risk for their daughters. It is important to know the family's opinion on FGM. Some may need support, especially against community pressure. As FGM is often performed on newborns or at 4-9 years of age, paediatricians should have an active role in the prevention of FGM, especially as they have repeated close contact with those concerned and medical consequences are the main arguments against FGM.

CH	Outcomes of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study: latent class analysis. <i>AIDS Behav</i> 16 (2): 245-255.	Keiser, O., B. Spycher, et al. (2012). (Keiser, Spycher et al. 2012)	Epidemiologie	An in-depth understanding of the different groups that make up the HIV-infected population should inform prevention and care. Using latent class analysis (LCA) we identified seven groups with similar socio-demographic and behavioral characteristics at enrolment in the Swiss HIV Cohort Study: older gay men, younger gay men, older heterosexual men, injection drug users, single migrants, migrant women in partnerships and heterosexual men and women. Outcomes of combination antiretroviral therapy (ART) were analyzed in 1,633 patients starting ART. Compared to older gay men, the probability of a virologic response to ART was reduced in single migrants, in older heterosexual men and in IDUs. Loss to follow-up was higher in single migrants and IDUs, and mortality was increased in older heterosexual men and IDUs. Socio-behavioral groups identified by LCA allow insights above what can be gleaned from traditional transmission groups, and may identify patients who could benefit from targeted interventions.
CH	"Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals." <i>BMC Public Health</i> 10 : 659.	Kurth, E., F. N. Jaeger, et al. (2010). (Kurth, Jaeger et al. 2010)	Transkulturelle Kommunikation	BACKGROUND: Dealing with pregnancy, childbirth and the care of newborn babies is a challenge for female asylum seekers and their health care providers. The aim of our study was to identify reproductive health issues in a population of women seeking asylum in Switzerland, and to examine the care they received. The women were insured through a special Health Maintenance Organisation (HMO) and were attending the Women's Clinic of the University Hospital in Basel. We also investigated how the health professionals involved perceived the experience of providing health care for these patients. METHODS: A mixed methods approach combined the analysis of quantitative descriptive data and qualitative data obtained from semi-structured interviews with health care providers and from patients' files. We analysed the records of 80 asylum-seeking patients attending the Women's Clinic insured through an HMO. We conducted semi-structured interviews with 10 care providers from different professional groups. Quantitative data were analysed descriptively. Qualitative data analysis was guided by Grounded Theory. RESULTS: The principal health problems among the asylum seekers were a high rate of induced abortions (2.5 times higher than in the local population), due to inadequate contraception, and psychosocial stress due to the experience of forced migration and their current difficult life situation. The language barriers were identified as a major difficulty for health professionals in providing care. Health care providers also faced major emotional challenges when taking care of asylum seekers. Additional problems for physicians were that they were often required to act in an official capacity on behalf of the authorities in charge of the asylum process, and they also had to make decisions about controlling expenditure to fulfil the requirements of the HMO. They felt that these decisions sometimes conflicted with their duty towards the patient. CONCLUSION: Health policies for asylum seekers need to be designed to assure access to adequate contraception, and to provide psychological care for this vulnerable group of patients. Care for asylum seekers may be emo-

				tionally very challenging for health professionals.
CH	"Caesarean sections and breastfeeding initiation among migrants in Switzerland." <i>Int J Public Health</i> 52 (4): 210-222.	Merten, S., C. Wyss, et al. (2007). (Merten, Wyss et al. 2007)	Epidemiologie	<p>OBJECTIVES: Twenty-six percent of all women giving birth in Switzerland are of non-Swiss nationality. Differences in reproductive health outcomes such as pre-term deliveries, Caesarean sections, and breastfeeding initiation for mother-child pairs of various nationalities are investigated, and the influence of the educational level was assessed. In order to identify trans-national differences, national breastfeeding rates from 22 countries and Caesarean section rates from 24 countries were compared to the rates in Swiss hospitals. STUDY SAMPLE: Drawing on routinely collected monitoring data, 37332 mother-child pairs from various nationalities, who delivered in Swiss Baby-Friendly hospitals between 2000 and 2002, were included in the study. All nationalities with at least 150 deliveries were coded individually, while the remaining were summarised in regional groups. RESULTS: Sub-Saharan African, Latin American and Asian mothers had higher rates of Caesarean sections compared to Swiss mothers (OR = 1.77, 95% CI 1.49-2.22; OR = 1.80, 1.51-2.17; OR = 1.37, 1.18-1.59). African and Asian children were at an increased risk of being transferred to neonatal care units (OR = 1.48, 95 %CI 1.19-1.83; OR = 1.45, 1.21-1.73;). In addition, infants from Balkan countries, who showed lowest Caesarean section rates, were also more likely to be transferred to an ICU (OR = 1.30, 95% CI 1.12-1.52). Apart from the country or region of origin, the maternal educational level was an important influence and modified the effect of the mother's nationality. Mothers from all regions, apart from Western Europe, were significantly more likely to breastfeed their children after being discharged. Established determinants for breastfeeding duration, including feeding exclusively with breast milk in maternity wards, early initiation of breastfeeding, rooming-in and pacifier use, varied ac-</p>

				<p>ording to nationality. The comparison of Caesarean section and breastfeeding rates with the rates in the mother's country of origin additionally investigates the relation between reproductive health outcomes of migrant women in Switzerland compared to their country of origin. In both cases, a significant rank correlation (Spearman) could be established between the rate in Swiss hospitals and the rate in the mother's country of origin ($P < 0.001$, $P = 0.04$). CONCLUSIONS: Our data confirms inequalities in reproductive health outcomes and responses to health promotion programmes among migrant women in Switzerland. These differences are dependent on educational level and on the mothers' nationality. The large variation suggests that different trans-national experiences play some role in health-related decision-making and access to health care. This should be considered when planning health promotion programs and the individual counselling of pregnant mothers in Switzerland.</p>
CH	Sexualität von Jugendlichen: Entwicklung über die letzten 40 Jahre..	Michaud, P. A. und C. Akre (2009). (Michaud and Akre 2009)		<p>Übersicht über die Entwicklung der Jugendsexualität, Verweis auf Bedeutung der Migration. Artikel im Bericht 'Jugendsexualität im Wandel der Zeit. Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven' der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen</p>
CH	Neural tube defects in Switzerland from 2001 to 2007: are periconceptual folic acid recommendations being followed? Swiss Med Wkly, 138, 608-613.	Poretti, A., Anheier, T., Zimmermann, R., Boltshauser, E., & Swiss Paediatric Surveillance, U. (2008). (Poretti, Anheier et al. 2008)	Prävention	<p>BACKGROUND: Neural tube defects (NTDs) are common congenital anomalies. Their aetiology is complex, with both genetic and environmental factors implicated. The present study was performed to analyse the birth prevalence of NTD in Switzerland from 2001 to 2007 and to identify possible risk factors. METHODS: Diagnosed cases of NTD in all paediatric units in Switzerland and four prenatal centres were reported to the Swiss Paediatric Surveillance Unit from January 2001 to December 2007. Patient, mother, and NTD characteristics were assessed prospectively with a questionnaire. RESULTS: Data of 140 newborns and fetuses with NTD were studied. The major group suffered from myelomeningocele (70%), followed by anencephaly (16%) and encephalocele (14%). The prevalence of NTD in live born children between 2001 and 2007 was 0.13 per thousand, corresponding to 9-10 affected newborns each year. About the same number of pregnancies was terminated annually. Correct periconceptual folic acid supplementation was taken by 5% of the women. Remarkably, 39% of the women with an affected pregnancy were not Swiss citizens - almost twice the proportion of foreigners living in Switzerland. CONCLUSIONS: NTDs remain a frequent problem in Switzerland. Although correct periconceptual folic acid supplementation is effective in reducing the prevalence of NTD, women still do</p>

				not follow these recommendations. Possible reasons are lack of awareness and communication problems. Consequently, only a public health policy that includes folic acid fortification of food is likely to result in significant prevention of NTD.
CH	Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in der Schweiz 1993 – 2002. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.	Quack-Lötscher, K., & Ackermann-Liebrich, U. (2007). (Quack-Lötscher and Ackermann-Liebrich 2007)	Epidemiologie	Der Bericht verweist auf ein höheres Risiko von Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in der Migrationsbevölkerung aus verschiedenen Herkunftsländern.
CH	"Mutilations génitales féminines : l'adolescente en quête de réponses." <u>Rev Med Suisse</u> : 1445-14450.	Renteria, S. C. (2008). (Renteria 2008)	Clinical	<p>En Suisse, le nombre de filles et de femmes migrantes excisées au cours de leur enfance dans leur pays d'origine ou menacées de mutilations génitales rituelles est estimé à 6-7000. Les professionnels de la santé en tant qu'interlocuteurs privilégiés doivent donc être en mesure de répondre aux questions y relatives, non seulement durant l'adolescence, mais aussi dans toutes les phases de la vie.</p> <p>L'absence d'information ou de transmission par des aînées aussi bien avant l'excision qu'au moment de la maturité sexuelle en fait souvent un événement biographique traumatisant. Arrivées en Suisse, le décalage entre les attentes socioculturelles et familiales et le vécu individuel, influencé par le pays d'accueil, peut s'avérer particulièrement difficile à vivre pour les jeunes filles concernées.</p>
CH	Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva: a cross sectional study." <u>J Immigr Minor Health</u> 13 (3): 510-517.	Sebo, P., Y. Jackson, et al. (2011). (Sebo, Jackson et al. 2011)	Prävention	Undocumented migrants face major barriers in accessing prevention and health care. Whereas the association between low socioeconomic status and poor health is well documented only few studies have addressed specific health issues in undocumented migrants. The aim of the present study is to describe sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva. This descriptive cross sectional study included consecutive undocumented migrants presenting from November 2007 to February 2008 to a health facility offering free access to health care to this population. Following informed consent, they completed a self administered questionnaire about their socio-demographic profile and sexual and reproductive health behaviors. A total of 384 patients were eligible for the study. 313 (82%) agreed to participate of which 77% (241 patients) completed the survey. Participants were mainly young, Latino-American, single, well-educated and currently working women. They had multiple partners and reported frequently engaging in sexual intercourse. Use of con-

				<p>contraceptive methods and strategies of prevention against sexually transmitted infections (STI) were rare. Nearly half of the women had had at least one induced abortion and 40% had had an unplanned pregnancy. One in four participants reported a current or past STI or other genital infection. The results of our study suggest that undocumented migrants engage in frequent and high risk sexual intercourse with insufficient use of contraceptive methods and suboptimal strategies of prevention against STI. Our study underlines the real need for specific sexual and reproductive educational programs targeting this hard to reach population.</p>
CH	<p>Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. <i>Eur J Public Health</i> 20(5): 530-535.</p>	<p>Villadsen, S. F., E. Sievers, et al. (2010). (Villadsen, Sievers et al. 2010)</p>	<p>Epidemiologie</p>	<p>BACKGROUND: Diverse early-life mortality outcomes have been documented in immigrant populations in northern Europe. A recent meta-analysis has suggested that national integration policy is a key factor in understanding this heterogeneous pattern. In this study, we investigated the variation of stillbirth and neonatal mortality between societies in northern Europe in one minority population, the Turkish. METHOD: Data on stillbirth and neonatal deaths in 239 387 births during 1990-2005, where the mother was of Turkish origin, was drawn from birth registries or surveys in nine northern European countries. Rates were compared with births from mothers who were born in the society of residence. Logistic regression was used to calculate odds ratios adjusted for year of birth of the offspring. RESULTS: The risks for stillbirth were, or tended to be, elevated for Turkish mothers in all countries compared with the native population, with the highest risk in Austria (odds ratio (OR) 1.7; 95% confidence interval (CI) 1.4-2.1) and Switzerland (OR 1.6; 1.4-1.9). For neonatal mortality the results were heterogeneous, indicating no excess risk for Turkish-born children in the Netherlands, the UK and Norway, and elevated risks in Denmark (OR 1.3; 1.0-1.6), Switzerland (OR 1.3; 1.1-1.5), Austria (OR 1.4; 1.0-1.8) and Germany (OR 1.3; CI 1.2-1.5). CONCLUSION: This study suggests that preventable society-specific determinants are important for early-life mortality in Turkish migrants in Europe. An active integration policy is consistent with favourable neonatal mortality outcome in continental Europe, but not in Scandinavia/UK.</p>
CH	<p>Chlamydia trachomatis prevalence in undocumented migrants undergoing voluntary termination of pregnancy: a prospective cohort study. <i>BMC Public Health</i>, 8, 391.</p>	<p>Wolff, H., Lourenco, A., Bodenmann, P., Epiney, M., Uny, M., Andreoli, N., et al. (2008)(Wolff, Lourenco et al. 2008)</p>		<p>BACKGROUND: Chlamydia trachomatis infection (CTI) is the most frequent sexual transmitted disease (STI) in Switzerland but its prevalence in undocumented migrants is unknown. We aimed to compare CTI prevalence among undocumented migrants undergoing termination of pregnancy (ToP) to the prevalence among women with residency permit. METHODS: This prospective cohort study included all pregnant, undocumented women presenting from March 2005 to October 2006 to the University hospital for ToP. The control group consisted of a systematic sample of pregnant women with legal residency permit coming to the same hospital during the same time period for ToP. RESULTS: One hundred seventy five undocumented women and 208 women with residency permit (controls) were included in the study. Mean ages were 28.0 y (SD 5.5)</p>

				and 28.2 y (SD 7.5), respectively ($p = 0.77$). Undocumented women came primarily from Latin-America (78%). Frequently, they lacked contraception (23%, controls 15%, OR 1.8, 95% CI 1.04;2.9). Thirteen percent of undocumented migrants were found to have CTI (compared to 4.4% of controls; OR 3.2, 95% CI 1.4;7.3). CONCLUSION: This population of undocumented, pregnant migrants consisted primarily of young, Latino-American women. Compared to control women, undocumented migrants showed higher prevalence rates of genital CTI, which indicates that health professionals should consider systematic screening for STI in this population. There is a need to design programs providing better access to treatment and education and to increase migrants' awareness of the importance of contraception and transmission of STI.
	Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. BMC Public Health, 8, 93.	Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A.P., Costanza, M.C., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., et al. (2008). (Wolff, Epiney et al. 2008)		BACKGROUND: Illegal migration is an increasing problem worldwide and the so-called undocumented migrants encounter major problems in access to prevention and health care. The objective of the study was to compare the use of preventive measures and pregnancy care of undocumented pregnant migrants with those of women from the general population of Geneva, Switzerland. METHODS: Prospective cohort study including pregnant undocumented migrants presenting to the University hospital from February 2005 to October 2006. The control group consisted of a systematic sample of pregnant women with legal residency permit wishing to deliver at the same public hospital during the same time period. RESULTS: 161 undocumented and 233 control women were included in the study. Mean ages were 29.4 y (SD 5.8) and 31.1 y (SD 4.8) ($p < 0.02$), respectively. 61% of undocumented women (controls 9%) were unaware of emergency contraception (OR 15.7 (8.8;28.2) and 75% of their pregnancies were unintended (controls 21%; OR 8.0 (4.7;13.5)). Undocumented women consulted for an initial pregnancy visit more than 4 weeks later than controls and only 63% had their first visit during the first trimester (controls 96%, $p < 0.001$); 18% had never or more than 3 years ago a cervical smear test (controls 2%, OR 5.7 (2.0;16.5)). Lifetime exposure to violence was similar in both groups, but undocumented migrants were more exposed during their pregnancy (11% vs 1%, OR 8.6 (2.4;30.6)). Complications during pregnancy, delivery and postpartum were similar in both groups. CONCLUSION: Compared to women who are legal residents of Geneva, undocumented migrants have more unintended pregnancies and delayed prenatal care, use fewer preventive measures and are exposed to more violence during pregnancy. Not having a legal residency permit therefore suggests a particular vulnerability for pregnant women. This study underscores the need for better access to prenatal care and routine screening for violence exposure during pregnancy for undocumented migrants. Furthermore, health care systems should provide language- and culturally-appropriate education on contraception, family planning and cervical cancer screening.

Anhang II Tabelle der Literatur aus verschiedenen Aufnahmeländern (ohne CH)

Land	Titel	Autor/in	Bereich	Aus dem Inhalt (abstract)
Canada	Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. <u>Arch Womens Ment Health</u> 11 (4): 295-303.	Ahmed, A., D. E. Stewart, et al. (2008)(Ahmed, Stewart et al. 2008)	Specific needs/ barriers	Refugee, asylum seeking, non-refugee, and immigrant new mothers with depressive symptoms, were interviewed in a qualitative study to better understand their (a) experiences and attributions of depressive symptoms, (b) their experiences with health care providers and support services, (c) factors that facilitated or hindered help seeking, (d) factors that aided recovery or (e) were associated with women continuing to experience symptoms of depression. Ten immigrant new mothers who scored 10 or over on the Edinburgh Postpartum Depression Scale shortly after giving birth, participated 12 to 18 months later in postpartum semi-structured interviews which were taped, transcribed and analyzed using a constant comparative approach. Many women attributed their depressive symptoms to social isolation, physical changes, feeling overwhelmed and financial worries. They had poor knowledge of community services. Barriers to care included stigma, embarrassment, language, fear of being labeled an unfit mother, or the attitude of some staff. Facilitators to recovery included social support from friends, partners and family, community support groups, getting out of the house, or personal psychological adjustment. Personal and systematic barriers exist in new immigrant mothers obtaining care for symptoms of depression. Suggestions for improvements are offered.

Spanien	[Prevalence and incidence in Albacete, Spain, of <i>Toxoplasma gondii</i> infection in women of childbearing age: differences between immigrant and non-immigrant (2001-2007)]. <u>Rev Esp Salud Publica</u> 82 (3): 333-342.	Bartolome Alvarez, J., Martinez Serrano, M., et al. (2008)(Bartolome Alvarez, Martinez Serrano et al. 2008)	Epidemiology	<p>BACKGROUND: Strategies to prevent congenital toxoplasmosis must be adapted to the local epidemiology of <i>Toxoplasma gondii</i> infection. The objective of this study was to know the prevalence and the incidence of <i>T. gondii</i> infection in women of childbearing age in Albacete. METHODS: The source of information was the database of the Microbiology Laboratory of the Albacete General Hospital. To know the prevalence we reviewed the results of <i>T. gondii</i> IgG determinations from pregnant women living in the Albacete area who gave birth in 2006. To estimate the incidence we performed a longitudinal retrospective study of seronegative women with repeated <i>T. gondii</i> IgG determinations over at least one year. RESULTS: Prevalence study: We studied 2,623 pregnant women, of whom 21% were seropositive. Seroprevalence in Spain-born women was 16% (95% CI = 14%-17%) and it increased with age from 9% in women under 25 to 22% in women over 34 years old. Fifty-one per cent (95% CI=46%-56%) of the immigrant women were seropositive. Incidence study: We studied 2,416 women. The median time at risk was 35 months. There were 5 confirmed and 3 possible seroconversions. The incidence was 0.7-1.1 seroconversions per 1,000 women-year. CONCLUSIONS: Prevalence of <i>T. gondii</i> infection among Spain-born women is the lowest one of those published so far. The incidence of infection among women of childbearing age was low.</p>
---------	--	---	--------------	---

UK	Conceptualising the prevention of adverse obstetric outcomes among immigrants using the 'three delays' framework in a high-income context. <i>Soc Sci Med</i> 75 (11): 2028-2036.	Binder, P., S. Johnsdotter, et al. (2012)(Binder, Johnsdotter et al. 2012)	Specific needs/ barriers	Women from high-mortality settings in sub-Saharan Africa can remain at risk for adverse maternal outcomes even after migrating to low-mortality settings. To conceptualise underlying socio-cultural factors, we assume a 'maternal migration effect' as pre-migration influences on pregnant women's post-migration care-seeking and consistent utilisation of available care. We apply the 'three delays' framework, developed for low-income African contexts, to a high-income western scenario, and aim to identify delay-causing influences on the pathway to optimal facility treatment. We also compare factors influencing the expectations of women and maternal health providers during care encounters. In 2005-2006, we interviewed 54 immigrant African women and 62 maternal providers in greater London, United Kingdom. Participants were recruited by snowball and purposive sampling. We used a hermeneutic, naturalistic study design to create a qualitative proxy for medical anthropology. Data were triangulated to the framework and to the national health system maternity care guidelines. This maintained the original three phases of (1) care-seeking, (2) facility accessibility, and (3) receipt of optimal care, but modified the framework for a migration context. Delays to reciprocal care encounters in Phase 3 result from Phase 1 factors of 'broken trust, which can be mutually held between women and providers. An additional factor is women's 'negative responses to future care', which include rationalisations made during non-emergency situations about future late-booking, low-adherence or refusal of treatment. The greatest potential for delay was found during the care encounter, suggesting that perceived Phase 1 factors have stronger influence on Phase 3 than in the original framework. Phase 2 'language discordance' can lead to a 'reliance on interpreter service', which can cause delays in Phase 3, when 'reciprocal incongruent language ability' is worsened by suboptimal interpreter systems. 'Non-reciprocating care conceptualisations', 'limited system-level care guidelines', and 'low staff levels' can additionally delay timely care in Phase 3.
----	--	--	--------------------------	--

Div.	Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. <u>Soc Sci Med</u> 68 (3): 452-461.	Bollini, P., S. Pampallona, et al. (2009)(Bollini, Pampallona et al. 2009)	Specific needs/ barriers	Immigrant mothers in developed countries often experience worse pregnancy outcomes than native women. Several epidemiological studies have described the pregnancy outcome of immigrant women in European receiving countries, with conflicting results. The present systematic review makes a quantitative synthesis of available evidence on the association between pregnancy outcomes and integration policies. We reviewed all epidemiological studies comparing the pregnancy outcome of native versus immigrant women in European countries from 1966 to 2004 and retained 65 for analysis, from 12 host countries. Overall, as compared to native women, immigrant women showed a clear disadvantage for all the outcomes considered: 43% higher risk of low birth weight, 24% of pre-term delivery, 50% of perinatal mortality, and 61% of congenital malformations. The risks were clearly and significantly reduced in countries with a strong integration policy. This trend was maintained even after adjustment for age at delivery and parity. On the basis of an analysis of naturalisation rates, five countries in our sample could be categorised as having a strong policies promoting the integration of immigrant communities. The mechanisms through which integration policies may be protective include the increased participation of immigrant communities in the life of the receiving society, and the decreased stress and discrimination they may face. The results of this study highlight a serious problem of equity in perinatal health across European countries. Immigrant women clearly need targeted attention to improve the health of their newborn, but a deep societal change is also necessary to integrate and respect immigrant communities in receiving societies.
Deutschland	[Migrants in obstetrics--psychosomatic aspects in the context of acculturation]. <u>Psychother Psychosom Med Psychol</u> 58 (3-4): 183-188.	Borde, T., J. W. Dudenhausen, et al. (2008)(Borde, Dudenhausen et al. 2008)	Specific needs/ barriers	Psychosomatic aspects and processes of acculturation in migrants that indicate transcultural change can be observed in obstetrics. Such Turkish men increasingly accompany their partners during birth in the delivery room. The analysis of perinatal data shows a harmonization for important perinatal quality parameters like infant and maternal mortality and the rate of preterm delivery between migrant and German women. However differences in the utilization and in the quality of care have been observed internationally (e. g. for migrants: later utilization of pregnancy checkups, higher rate of anaemia, less planned and higher rates of inpatient treatment of hyperemesis gravidarum Specific risks of migration and psychosocial as well as the potentials of transcultural change more consideration.

Canada	Mothering here and mothering there: international migration and postbirth mental health. <u>Obstet Gynecol Int</u> 2012 : 593413.	Bouris, S. S., L. A. Merry, et al. (2012)(Bouris, Merry et al. 2012)	Epidemiology	Over 125,000 women immigrate to Canada yearly-most in their childbearing years and many having given birth before immigrating. We sought to (1) examine the background characteristics and mental health profile of women separated from their children due to migration and subsequently giving birth in Canada ("dual-country (DC) mothers") and (2) contrast these with those of "non-dual-country" migrant mothers. Of 514 multiparous migrant women giving birth, one-fifth (18%) reported being separated from their children due to migration. Over one-third of DC mothers were living in poverty (36.0% versus 18.6%, $P = 0.001$), and one in seven was experiencing household food insecurity (16.3% versus 7.6%, $P = 0.01$) Over one-third had no partner (40.2% versus 11.4%, $P = 0.00$), and nearly one-quarter reported no available support (23.1% versus 12.2%, $P = 0.007$) Over three-quarters were asylum seekers or refugees (83.7% versus 51%, $P = 0.00$) More DC than non-DC mothers had symptoms of postpartum depression (28.3% versus 18.6%, $P = 0.04$), symptoms of clinical depression (23.1% versus 13.5%, $P = 0.02$), and anxiety related to trauma (16.5% versus 9.4%, $P = 0.04$) Results suggest that identifying DC mothers is a rapid approach to enable clinicians to target a subgroup of women needing special attention.
--------	--	--	--------------	--

Italien	Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. <u>BMC Public Health</u> 11 : 294.	Cacciani, L., S. Asole, et al. (2011)(Cacciani, Asole et al. 2011)	Epidemiology	<p>BACKGROUND: The number of immigrants has increased in Italy in the last twenty years (7.2% of the Italian population), as have infants of foreign-born parents, but scanty evidence on perinatal outcomes is available. The aim of this study was to investigate whether infants of foreign-born mothers living in Italy have different odds of adverse perinatal outcomes compared to those of native-born mothers, and if such measures changed over two periods. METHODS: The source of this area-based study was the regional hospital discharge database that records perinatal information on all births in the Lazio region. We analysed 296,739 singleton births born between 1996-1998 and 2006-2008. The exposure variable was the mother's region of birth. We considered five outcomes of perinatal health. We estimated crude and adjusted odds ratios and 95% confidence intervals (CIs) to evaluate the association between mother's region of birth and perinatal outcomes. RESULTS: Perinatal outcomes were worse among infants of immigrant compared to Italian mothers, especially for sub-Saharan and west Africans, with the following crude ORs (in 1996-1998 and 2006-2008 respectively): 1.80 (95%CI:1.44-2.28) and 1.95 (95%CI:1.72-2.21) for very preterm births, and 1.32 (95%CI:1.16-1.50) and 1.32 (95%CI:1.25-1.39) for preterm births; 1.18 (95%CI:0.99-1.40) and 1.17 (95%CI:1.03-1.34) for a low Apgar score; 1.22 (95%CI:1.15-1.31) and 1.24 (95%CI:1.17-1.32) for the presence of respiratory diseases; 1.47 (95%CI:1.30-1.66) and 1.45 (95%CI:1.34-1.57) for the need for special or intensive neonatal care/in-hospital deaths; and 1.03 (95%CI:0.93-1.15) and 1.07 (95%CI:1.00-1.15) for congenital malformations. Overall, time did not affect the odds of outcomes differently between immigrant and Italian mothers and most outcomes improved over time among all infants. None of the risk factors considered confounded the associations. CONCLUSION: Our findings suggest that migrant status is a risk factor for adverse perinatal health. Moreover, they suggest that perinatal outcomes improved over time in some immigrant women. This could be due to a general improvement in immigrants' health in the past decade, or it may indicate successful application of policies that increase accessibility to mother-child health services during the periconception and prenatal periods for legal and illegal immigrant women in Italy.</p>
---------	---	--	--------------	---

Div.	Pregnancy health status of sub-Saharan refugee women who have resettled in developed countries: a review of the literature. <i>Midwifery</i> 26 (4): 407-414.	Carolan, M. (2010)(Carolan 2010)	Epidemiology	<p>OBJECTIVE: to present the literature relating to health status and pregnancy complications among sub-Saharan African women. BACKGROUND: sub-Saharan refugee women constitute a new and growing group of maternity service users in developed countries today. These women are perceived to be at high risk of pregnancy complication, based on concurrent disease and unusual medical conditions. As a result of these concerns, midwives may feel ill equipped to provide their pregnancy care. METHOD: searches were conducted of CINAHL, Maternity and Infant Care, MEDLINE and PsychINFO databases using the search terms 'migrants', 'Africa', 'sub-Saharan', 'pregnancy', 'refugees' and 'women'. Additional articles were located by pursuing references identified in key papers. FINDINGS: pregnant sub-Saharan women present as an at-risk population related to poor prior health, co-existing disease and cultural practices such as female genital mutilation. Nonetheless, principal pregnancy complications for this population include anaemia and high parity, rather than exotic disease. Higher rates of infant mortality and morbidity appear to persist following resettlement, and are not explained by maternal risk factors alone. Limited access to care is of concern. KEY CONCLUSIONS: further research is warranted into the impediments to care uptake among sub-Saharan African women. It is hoped that such research will inform the development of culturally appropriate and acceptable services for African refugees. IMPLICATIONS FOR PRACTICE: it is important that midwives are aware of common health problems among sub-Saharan women. Midwives also need to act to promote access to health services among this group. Social disadvantage and late access to care may impact on neonatal outcomes and thus warrant investigation.</p>
------	--	----------------------------------	--------------	---

Australia	Antenatal care perceptions of pregnant African women attending maternity services in Melbourne, Australia. <u>Midwifery</u> 26 (2): 189-201.	Carolan, M. and L. Cassar (2010)(Carolan and Cassar 2010)	Specific needs/ barriers	<p>OBJECTIVE: to explore the experiences and concerns of an African-born sample of pregnant women receiving antenatal care in Melbourne, Australia. DESIGN: qualitative in-depth interviews. SETTING: the African Women's Clinic located in Melbourne's western suburbs, an area known for social deprivation and high numbers of recently arrived African migrants. PARTICIPANTS: 18 pregnant African-born women were interviewed. FINDINGS: African women receiving pregnancy care in Australia undergo a process of adjustment as they travel from a view of pregnancy as not 'special' to valuing continuous antenatal care. Five themes were identified along the trajectory: pregnancy is not special; resettlement is a priority; childbearing is a normal process; coming to value continuous pregnancy care; and cultural sensitivity is important. Throughout each stage, valuing and acceptance of Australian pregnancy care were mediated by the women's cultural beliefs. CONCLUSION: the African population in Melbourne is not homogenous, and women's experiences differ with cultural background, residential status, educational level and prior experience. All, however, seem to progress through phases of adjustment to value continuous antenatal care. In this climate of change, the provision of a supportive sensitive service appears to promote acceptance of services and attendance at appointments.</p>
-----------	---	---	--------------------------	---

Niederlande	Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in The Netherlands. The Generation R Study. <u>Matern Child Health J</u> 15 (6): 689-699.	Chote, A. A., G. T. Koopmans, et al. (2011)(Chote, Koopmans et al. 2011)	Epidemiology	Despite compulsory health insurance in Europe, ethnic differences in access to health care exist. The objective of this study is to investigate how ethnic differences between Dutch and non-Dutch women with respect to late entry into antenatal care provided by community midwives can be explained by need, predisposing and enabling factors. Data were obtained from the Generation R Study. The Generation R Study is a multi-ethnic population-based prospective cohort study conducted in the city of Rotterdam. In total, 2,093 pregnant women with a Dutch, Moroccan, Turkish, Cape Verdean, Antillean, Surinamese Creole and Surinamese Hindustani background were included in this study. We examined whether ethnic differences in late antenatal care entry could be explained by need, predisposing and enabling factors. Subsequently, logistic regression analysis was used to assess the independent role of explanatory variables in the timing of antenatal care entry. The main outcome measure was late entry into antenatal care (gestational age at first visit after 14 weeks. With the exception of Surinamese-Hindustani women, the percentage of mothers entering antenatal care late was higher in all non-Dutch compared to Dutch mothers. We could explain differences between Turkish (OR = 0.95, CI: 0.57-1.58), Cape Verdean (OR = 1.65, CI: 0.96-2.82) and Dutch women. Other differences diminished but remained significant (Moroccan: OR = 1,74, CI: 1.07-2.85; Dutch Antillean OR 1.80, CI: 1.04-3.13 We found that non-Dutch mothers were more likely to enter antenatal care later than Dutch mothers. Because we are unable to explain fully the differences regarding Moroccan, Surinamese-Creole and Antillean women, future research should focus on differences between 1st and 2nd generation migrants, as well as on language barriers that may hinder access to adequate information about the Dutch obstetric system.
-------------	--	--	--------------	---

Deutschland	Do immigration and acculturation have an impact on hyperemesis gravidarum? Results of a study in Berlin/Germany. <u>J Psychosom Obstet Gynaecol</u> 33 (2): 78-84.	David, M., T. Borde, et al. (2012)(David, Borde et al. 2012)	Epidemiology	QUESTION: How large is the number of immigrant women being treated for hyperemesis gravidarum (HG) among the in-patients in a University hospital in Germany? Does migration have an impact on the psychosocial state of HG patients? Does acculturation have an impact on psychosocial distress in HG patients? METHODS: The following methods were used: retrospective evaluation of all in-patients with HG from 1/1997 to 11/2009, inquiry of a consecutively surveyed group (from 2007 to 2009) of HG in-patients with a questionnaire set: socio-demographic data, questionnaire on psychic distress (SCL-90-R) questionnaire on migration/acculturation, and comparison of German patients and patients with immigration backgrounds as well as among immigrant groups. RESULTS: During the 13-year study period, there were 4.5 times more immigrants treated for HG than native German patients. Compared to the age standardized resident population, the number of women with immigration backgrounds is over-proportionally high. The HG patients scored high in the SCL-90-R scale somatization without showing a higher level of psychic distress than the native patients. CONCLUSIONS: Experience of migration is an etiological cofactor for HG. The grade of acculturation does not have a significant influence on the psychic well-being of HG patients.
Deutschland	Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. <u>Arch Gynecol Obstet</u> 274 (5): 271-278.	David, M., J. Pachaly, et al. (2006)(David, Pachaly et al. 2006)	Epidemiology	PURPOSE: Are there differences regarding important perinatal outcome-parameters in Berlin relating to ethnicity? PATIENTS AND METHODS: A database was available covering 152,193 single deliveries in all hospitals in Berlin/Germany in the period 1993-1999, including 132,555 German women and 19,638 women of other ethnicities. Comparisons were made between a total of four pairs of sub-groups matched in terms of parity and social status (significance level $P < 0.01$) RESULTS: Pregnant migrants come for their first antenatal check-up significantly later, thus delaying the initiation of necessary diagnostic or therapeutic measures. Migrants show higher rates of prepartal and also postpartal anemia than the German women. In all sub-groups the German women had a significantly higher frequency of planned cesarean sections. Migrants were significantly less likely to receive an epidural anesthesia during delivery. It is also noticeable that the rate of congenital malformations of neonates is significantly higher in the migrant collectives. CONCLUSIONS: Important perinatal quality parameters such as infant and maternal mortality and rates of premature delivery have largely converged between German and Turkish migrant mothers. The differences found (e.g., rates of planned cesarean section, epidural anesthesia, or anemia) could be interpreted as indications of persistent differences in quality of care for migrants.

USA	Sex trade among young women attending family-planning clinics in Northern California. <u>Int J Gynaecol Obstet</u> 117 (2): 173-177.	Decker, M. R., et al. (2012). (Decker, Miller et al.)	Epidemiology	<p>OBJECTIVE: To describe the prevalence and nature of sex trade in a clinic-based sample of young women and to evaluate associations with sexual and reproductive health. METHODS: A cross-sectional survey was conducted with women aged 16-29 years (n=1277) presenting to family-planning clinics in Northern California, USA. RESULTS: Overall, 8.1% of respondents indicated a lifetime history of trading sex for money or other resources. Sex trade was associated with unintended pregnancy (adjusted risk ratio [ARR] 1.27; 95% confidence interval [CI], 1.09-1.48), multiple abortions (ARR 1.63; 95% CI, 1.19-2.23), STI diagnosis (ARR 1.46; 95% CI, 1.27-1.68), and unwanted sex (vaginal ARR 3.64; 95% CI, 2.39-5.56; anal ARR 4.99; 95% CI, 2.17-11.50). Of the women ever involved in sex trade, 12 (37.3%) reported that their first such experience was before they were 18 years of age. CONCLUSION: Approximately 1 in 12 participants had been involved in sex trade, illustrating the presence of patients with this history within the family-planning clinical setting. Sex trade was associated with multiple indicators of poor sexual and reproductive health. Family-planning clinics may represent an underused mechanism for engaging this high-risk population.</p>
-----	---	---	--------------	---

Spanien	[Antenatal care in immigrants]. <u>An Sist Sanit Navar</u> 29 Suppl 1 : 49-61.	de la Torre, J., C. Coll, et al. (2006)(de la Torre, Coll et al. 2006)	Epidemiology	<p>The phenomenon of immigration has had an impact on the health care of the population. The immigrant population in Spain today represents approximately 8% of the total population. The majority of this population proceeds from countries with low income, and its origin and distribution is diverse. The immigrant population is characterised by its being young and healthy, and with a capacity to adapt to changes, but its social, economic and labour conditions are frequently insecure and favour vulnerability to disease. In spite of the number of immigrants of the male sex being globally higher than that of women, the percentage of immigrants of the female sex is growing. This increase of the female immigrant population has resulted in the appearance of specific health care needs, especially with respect to sexual and reproductive health. To which we must add a substantial increase in pathologies prevalent in the countries of origin, such as anaemia, tuberculosis, malnutrition, haemoglobinopathies, consanguinity, hypocalcaemia, hepatitis B and/or C, sexually transmitted infections, infectious diseases transmitted by arthropods, such as Chagas disease and other parasitoses, as well as genital mutilations. The aim of this article is to analyse the factors that make it difficult to control gestation in the immigrant population, as well as to establish guidelines for acting in antenatal care consultations. Insistence is placed on health education and prevention during pregnancy, and consideration is given to the appearance of rare diseases related to some of these groups.</p>
---------	---	--	--------------	---

Belgien	Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. <u>Eur J Contracept Reprod Health Care</u> 16 (4): 248-257.	Dubourg, D., F. Richard, et al. (2011)(Dubourg, Richard et al. 2011)	Epidemiology	<p>OBJECTIVE: To estimate the number of women with female genital mutilation (FGM) living in Belgium, the number of girls at risk, and the target population of medical and social services (MSSs) concerned.</p> <p>METHODS: Data about prevalence of FGM from the most recently published Demographic and Health Surveys and Multiple Indicator Cluster Surveys were applied to females living in Belgium who migrated from countries where excision or infibulation are being practised, and to their daughters.</p> <p>RESULTS: Amongst the 22,840 women and girls living in Belgium who are from a country concerned, 6,260 have 'most probably already undergone a FGM' (women born in the country of origin), and 1,975 are 'at risk' (second generation born in Belgium The target population of MSSs comprises 1,190 girls less than five years old attending well-baby clinics, 1,690 girls aged 5-19 years attending preventive school health centres, 4,905 women 20-49 years old and 450 women over 50 years of age attending reproductive health services. The population of women concerned is unequally dispersed in Belgium and reflects the distribution of migrant settlement in the different provinces.</p> <p>CONCLUSION: FGM in Belgium requires a more concerted approach in terms of prevention, and medical and social care. Accurate information about the distribution of women concerned should permit better planning of competent services.</p>
---------	--	--	--------------	--

Spanien	Differences in the reproductive pattern and low birthweight by maternal country of origin in Spain, 1996-2006. <u>Eur J Public Health</u> 21 (1): 104-108.	Fernandez, M. A., A. B. Cavanillas, et al. (2011)(Fernandez, Cavanillas et al. 2011)	Epidemiology	<p>BACKGROUND: Numerous studies have highlighted poorer reproductive and perinatal health outcomes among migrant mothers in developed countries. Due to the fact that no conclusive data is currently available at national level in Spain, this study aimed to explore potential differences by comparing the prevalence of low and multiple live births and the proportion of live births by maternal age and country of origin during 1996-2006. METHODS: A cross-sectional study was conducted using data from the National Statistics Institute. Low birthweight (LBW) was compared by mothers' country of origin using a logistic regression model. Odds ratios (ORs) and their respective 95% confidence intervals (CIs) are stratified by multiplicity and maternal age. Results: LBW was associated with a combination of older maternal age and multiple pregnancies in the case of women who had been born in Europe (EU15 However, this association was not found in women who originated from outside the EU15, mostly from countries who have shown significant emigration to Spain during the last decade. LBW was present among all age groups, in both singleton and multiple births, and in particular Romanian mothers showed the highest OR 2.34 (95% CI 1.20-4.80 CONCLUSION: This study confirms differences in the reproductive pattern and LBW depending on maternal country of origin. These results allow a better understanding of the reproductive pattern and the implications of mothers' country of origin in LBW. Thus, helping health decisions makers to plan future health interventions aimed at reducing the LBW prevalence in Spain.</p>
---------	---	--	--------------	--

Canada	Refugee and refugee-claimant women and infants post-birth: migration histories as a predictor of Canadian health system response to needs. <i>Can J Public Health</i> 98 (4): 287-291.	Gagnon, A. J., G. Dougherty, et al. (2007)(Gagnon, Dougherty et al. 2007)	Epidemiology	<p>BACKGROUND: Minority women from conflict-laden areas with limited host-country knowledge are among the most vulnerable migrants. Their risk status and that of their infants is magnified during pregnancy, birth, and post-birth. We conducted a study to determine whether women's postnatal health concerns were addressed by the Canadian health system differentially based on migration status (refugee, refugee-claimant, immigrant, and Canadian-born) or city of residence. METHODS: Women speaking any of 13 languages were recruited (with their infants) from postpartum units in the main Canadian receiving cities for newcomers (Toronto, Montreal, Vancouver; total n = 341 pairs from 10 hospitals) and followed at home after birth. Our primary interest was 'unaddressed concerns'; nurse-identified health concerns based on standards of postpartum care for the woman/infant at 7-10 days post-birth, for which no professional attention had been given or planned. RESULTS: A difference in unaddressed concerns by migration status was not found in our primary model [OR refugees vs. Canadian-born = 1.40 (95% CI: 0.67-2.93); refugee-claimants, 1.20 (0.61-2.34); immigrants, 1.02 (0.56-1.85)] although differences by city of residence remained after controlling for migration status, income, education, maternal region of birth, language ability, referral status, and type of birth [Toronto vs. Vancouver OR = 3.63 (95% CI: 2.00-6.57); Montreal, 1.88 (1.15-3.09)]. The odds of unaddressed concerns were greater in all migrant groups [OR refugees vs. Canadian-born = 2.42 (95% CI: 1.51-3.87); refugee-claimants, 1.64 (1.07-2.49); immigrants, 1.54 (1.00-2.36)] when analyses excluded variables which may be on the causal pathway. INTERPRETATION: Women and their newborn infants living in Toronto or Montreal may require additional support in having their health and social concerns addressed. The definitive effect of migrant group needs confirmation in larger studies.</p>
--------	---	---	--------------	--

Canada	International migration to Canada: The post-birth health of mothers and infants by immigration class. <i>Soc Sci Med</i> 76 (1): 197-207.	Gagnon, A. J., G. Dougherty, et al. (2013)(Gagnon, Dougherty et al. 2013)	Epidemiology	<p>There are over 214 million international migrants worldwide, half of whom are women, and all of them assigned by the receiving country to an immigration class. Immigration classes are associated with certain health risks and regulatory restrictions related to eligibility for health care. Prior to this study, reports of international migrant post-birth health had not been compared between immigration classes, with the exception of our earlier, smaller study in which we found asylum-seekers to be at greatest risk for health concerns. In order to determine whether refugee or asylum-seeking women or their infants experience a greater number or a different distribution of professionally-identified health concerns after birth than immigrant or Canadian-born women, we recruited 1127 migrant (and in Canada <5 years) women-infant pairs, defined by immigration class (refugee, asylum-seeker, immigrant, or Canadian-born. Between February 2006 and May 2009, we followed them from childbirth (in one of eleven birthing centres in Montreal or Toronto) to four months and found that at one week postpartum, asylum-seeking and immigrant women had greater rates of professionally-identified health concerns than Canadian-born women; and at four months, all three migrant groups had greater rates of professionally-identified concerns. Further, international migrants were at greater risk of not having these concerns addressed by the Canadian health care system. The current study supports our earlier findings and highlights the need for case-finding and services for international migrant women, particularly for psychosocial difficulties. Policy and program mechanisms to address migrants' needs would best be developed within the various immigration classes.</p>
--------	--	---	--------------	--

Div.	International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis. <u>Paediatr Perinat Epidemiol</u> 25 (6): 575-592.	Gagnon, A. J., S. McDermott, et al. (2011)(Gagnon, McDermott et al. 2011)	Epidemiology	Influxes of migrant women of childbearing age to receiving countries have made their perinatal health status a key priority for many governments. The international research collaboration Reproductive Outcomes And Migration (ROAM) reviewed published studies to assess whether migrants in countries of resettlement have a greater risk of gestational diabetes mellitus (GDM) than women in receiving countries. A systematic review of the literature from Medline, Embase, PsychInfo and CINAHL from 1990 to 2009 included studies of migrant women and GDM. Studies were excluded if there was no cross-border movement or comparison group or if the receiving country was not the country of resettlement. Studies were assessed for quality, analysed descriptively and meta-analysed. Twenty-four reports (representing >120,000 migrants) met our inclusion criteria. Migrants were described primarily by geographic origin; other relevant aspects (e.g. time in country, language fluency) were rarely studied. Migrants' results for GDM were worse than those for receiving-country women in 79% of all studies. Meta-analyses showed that, compared with receiving-country women, Caribbean, African, European and Northern European women were at greater risk of GDM, while North Africans and North Americans had risks similar to receiving-country women. Although results of the 31 comparisons of Asians, East Africans or non-Australian Oceanians were too heterogeneous to provide a single GDM risk estimate for migrant women, only one comparison was below the receiving-country comparison group, all others presented a higher risk estimate. The majority of women migrants to resettlement countries are at greater risk for GDM than women resident in receiving countries. Research using clear, specific migrant definitions, adjusting for relevant risk factors and including other aspects of migration experiences is needed to confirm and understand these findings.
------	---	---	--------------	---

Canada	Cesarean section rate differences by migration indicators. <u>Arch Gynecol Obstet.</u>	Gagnon, A. J., A. Van Hulst, et al. (2012)(Gagnon, Van Hulst et al. 2012)	Epidemiology	<p>PURPOSE: To answer the question: are there differences in cesarean section rates among childbearing women in Canada according to selected migration indicators? METHODS: Secondary analyses of 3,500 low-risk women who had given birth between January 2003 and April 2004 in one of ten hospitals in the major Canadian migrant-receiving cities (Montreal, Toronto, Vancouver) were conducted. Women were categorized as non-refugee immigrant, asylum seeker, refugee, or Canadian-born and by source country world region. Stratified analyses were performed. RESULTS: Cesarean section rates differed by migration status for women from two source regions: South East and Central Asia (non-refugee immigrants 26.0 %, asylum seekers 28.6 %, refugees 56.7 %, $p = 0.001$) and Latin America (non-refugee immigrants 37.7 %, asylum seekers 25.6 %, refugees 10.5 %, $p = 0.05$) Of these, low-risk refugee women who had migrated to Canada from South East and Central Asia experienced excess cesarean sections, while refugees from Latin America experienced fewer, compared to Canadian-born (25.4 %, 95 % CI 23.8-27.3 Cesarean section rates of African women were consistently high (31-33 %) irrespective of their migration status but were not statistically different from Canadian-born women. Although it did not reach statistical significance, risk for cesarean sections also differed by time since migration (≤ 2 years 29.8 %, > 2 years 47.2 %) CONCLUSION: Migration status, source region, and time since migration are informative migration indicators for cesarean section risk.</p>
--------	--	---	--------------	---

Div.	Migration and perinatal health surveillance: an international Delphi survey. <u>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol</u> 149 (1): 37-43.	Gagnon, A. J., M. Zimbeck, et al. (2010)(Gagnon, Zimbeck et al. 2010)	Specific needs/ barriers	<p>OBJECTIVE: While the perinatal health of migrants has been identified as a priority by many governments, there is no consensus on indicators for monitoring migration and perinatal health. The Reproductive Outcomes and Migration international research collaboration and the EUROPERISTAT project convened an expert panel to recommend migration indicators for national and international monitoring of migration and perinatal health. STUDY DESIGN: A Delphi consensus process involved 38 perinatal clinicians, epidemiologists, and experts in health information systems from 22 countries who completed one or more questionnaires. Panel members ranked migration indicators from a list inventoried from the published literature. RESULTS: Country of birth was considered 'essential' or 'recommended' for routine collection by 100% of respondents, followed by length of time in country (88%), language fluency (70%), immigration status (67%), and ethnicity as defined by maternal parents' place of birth (55% Feasibility with 'minor' or 'no modifications' to current data collection systems was highest for country of birth (69%), followed by length of time in country (61% Other indicators were judged to be less feasible. In respect to migration, the perinatal health indicators considered to be 'essential' by 94% of respondents included fetal, neonatal, and infant mortality. A smaller proportion (73%) considered maternal mortality to be 'essential'. CONCLUSIONS: A strong consensus was achieved for including country of birth in core perinatal health indicator sets. Length of time in country was also recommended as a second indicator for routine data collection. Specific studies should be undertaken to complement routine data collection on: immigration status, language fluency, and ethnicity as defined by maternal parents' place of birth.</p>
------	---	---	--------------------------	---

Div.	Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. <u>Soc Sci Med</u> 69 (6): 934-946.	Gagnon, A. J., M. Zimbeck, et al. (2009)(Gagnon, Zimbeck et al. 2009)	Epidemiology	<p>Influxes of migrant women of childbearing age to receiving countries have made their perinatal health status a key priority for many governments. The international research collaboration Reproductive Outcomes And Migration (ROAM) reviewed published studies to assess whether migrants in western industrialised countries have consistently poorer perinatal health than receiving-country women. A systematic review of literature from Medline, Health Star, Embase and PsychInfo from 1995 to 2008 included studies of migrant women/infants related to pregnancy or birth. Studies were excluded if there was no cross-border movement or comparison group or if the receiving country was not western and industrialised. Studies were assessed for quality, analysed descriptively and meta-analysed when possible. We identified 133 reports (>20,000,000 migrants), only 23 of which could be meta-analysed. Migrants were described primarily by geographic origin; other relevant aspects (e.g., time in country, language fluency) were rarely studied. Migrants' results for preterm birth, low birthweight and health-promoting behaviour were as good or better as those for receiving-country women in >or=50% of all studies. Meta-analyses found that Asian, North African and sub-Saharan African migrants were at greater risk of feto-infant mortality than 'majority' receiving populations, and Asian and sub-Saharan African migrants at greater risk of preterm birth. The migration literature is extensive, but the heterogeneity of the study designs and definitions of migrants limits the conclusions that can be drawn. Research that uses clear, specific migrant definitions, adjusts for relevant risk factors and includes other aspects of migrant experience is needed to confirm and understand these associations.</p>
------	---	---	--------------	--

Spanien	[Differences in reproductive patterns between autochthonous and immigrant women living in Catalonia, Spain]. <u>Gac Sanit</u> 22 (6): 574-577.	Gispert Magarolas, R., G. Clot-Razquin, et al. (2008)(Gispert Magarolas, Clot-Razquin et al. 2008)	Epidemiology	<p>OBJECTIVE: To describe differences in reproductive patterns between autochthonous and immigrant women living in Catalonia, Spain. METHODS: Data on legal abortions were obtained from the abortions register in the Regional Ministry of Health, while data on births and the population were drawn from the Institute of Statistics of Catalonia. Depending on the source, the variables "country of birth" or "nationality" were used to compose the groups. Rates of fertility and abortion by age were computed for 2005 and the women's sociodemographic characteristics were analyzed. RESULTS: A total of 20.8% of the 79,504 births and 37.8% of the 16,798 abortions involved immigrant women, while 14.2% of pregnancies in autochthonous women and 27.7% of those in immigrant women terminated in abortion. Crude fertility and abortion rates were 1.4 and 3 times higher, respectively, in immigrant women. CONCLUSIONS: There are important differences in abortion and fertility rates, as well as in social and demographic patterns, between autochthonous and immigrant women.</p>
---------	---	--	--------------	--

Div.	"Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries." <u>Acta Obstet Gynecol Scand</u> 88 (2): 134-148.	Gissler, M., et al. (2009). (Gissler, Alexander et al. 2009)	Epidemiology	<p>INTRODUCTION: The relation of migration to infant outcomes is unclear. There are studies which show that some migrant groups have similar or even better outcomes than those from the receiving country. Equally, raised risk of adverse outcomes for other migrant groups has been reported. OBJECTIVE: We sought to determine (1) if migrants in western industrialized countries have consistently higher risks of stillbirth, neonatal mortality, or infant mortality, (2) if there are migrant sub-groups at potentially higher risk, and (3) what might be the explanations for any risk differences found. DESIGN AND SETTING: Systematic review of the literature on perinatal health outcomes among migrants in western industrialized countries. METHODS AND MAIN OUTCOME MEASURES: Drawing on a larger systematic review of perinatal outcomes and migration, we reviewed studies including mortality outcomes (stillbirths and infant deaths). RESULTS: Eligible studies gave conflicting results. Half (53%) reported worse mortality outcomes, one third (35%) reported no differences and a few (13%) reported better outcomes for births to migrants compared to the receiving country population. Refugees were the most vulnerable group. For non-refugees, non-European migrants in Europe and foreign-born blacks in the United States had the highest excess mortality. In general, adjustment of background factors did not explain the increased mortality rate among migrants. Regarding causes of death, higher preterm birth rates explained the increased mortality figures among some migrant groups. The increased mortality from congenital anomalies may be related to restricted access to screening, but also to differing attitudes to screening and termination of pregnancy. CONCLUSIONS: Mortality risk among babies born to migrants is not consistently higher, but appears to be greatest among refugees, non-European migrants to Europe, and foreign-born blacks in the US. To understand this variation better, more information is needed about migrant background, such as length of time in receiving country and receiving country language fluency. Additional data on demographic, health care, biological, medical, and socioeconomic risk factors should be gathered and analyzed in greater detail.</p>
------	--	--	--------------	--

Div.	Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review. <u>Matern Child Health J.</u>	Heaman, M., H. Bayrampour, et al. (2012)(Heaman, Bayrampour et al. 2012)	Epidemiology	Our objectives were to determine whether migrant women in Western industrialized countries have higher odds of inadequate prenatal care (PNC) compared to receiving-country women and to summarize factors that are associated with inadequate PNC among migrant women in these countries. We conducted searches of electronic databases (MEDLINE, EMBASE, and PsycINFO), reference lists, known experts, and an existing database of the Reproductive Outcomes And Migration international research collaboration for articles published between January, 1995 and April, 2010. Title and abstract review and quality appraisal were conducted independently by 2 reviewers using established criteria, with consensus achieved through discussion. In this systematic review of 29 studies, the majority of studies demonstrated that migrant women were more likely to receive inadequate PNC than receiving-country women, with most reporting moderate to large effect sizes. Rates of inadequate PNC among migrant women varied widely by country of birth. Only three studies explored predictors of inadequate PNC among migrant women. These studies found that inadequate PNC among migrant women was associated with being less than 20 years of age, multiparous, single, having poor or fair language proficiency, education less than 5 years, an unplanned pregnancy, and not having health insurance. We concluded that migrant women as a whole were more likely to have inadequate PNC and the magnitude of this risk differed by country of origin. Few studies addressed predictors of PNC utilization in migrant women and this limits our ability to provide effective PNC in this population.
Deutschland	Frauen leben: Familienplanung und Migration im Lebenslauf	Helfferrich C, Essbach, W. (2010) (Helfferrich, Aufklärung et al. 2010)	Epidemiology plus qualitative	Zusammenfassung zentraler Ergebnisse einer Städtestudie zu Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund

Sweden	Beliefs about health and illness in Swedish and African-born women with gestational diabetes living in Sweden. <u>J Clin Nurs</u> 21 (9-10): 1374-1386.	Hjelm, K., K. Bern- torp, et al. (2012)(Hjelm, Berntorp et al. 2012)	Epidemiology	<p>AIMS: This paper is a report on a study exploring beliefs about health and illness in women with gestational diabetes born in Sweden and Africa living in Sweden. A further aim is to study the influence of beliefs on self-care and care seeking. BACKGROUND: Extensive global migration leading to multicultural societies implies challenges to health care. Health/illness beliefs are culturally related and determine health-related behaviour, including self-care, which is crucial in management of gestational diabetes. The risk of developing gestational diabetes is increased in migrants, particularly of African origin, when residing in Western countries. No previous studies, except one, have been found comparing health/illness beliefs in women with gestational diabetes of different origin. DESIGN: Exploratory descriptive study. METHODS: Semi-structured interviews. Consecutive sample of women diagnosed with gestational diabetes, 13 born in Sweden and 10 born in Africa, from a diabetes clinic in Sweden. Qualitative content analysis of data was applied. RESULTS: Beliefs were mainly related to individual and social factors. Health was described as freedom from disease and being healthy. Swedish women perceived heredity and hormonal changes as causing gestational diabetes, avoided work-related stress, had a healthy lifestyle, worried about the baby's health and development of type 2 diabetes, sought information, used more medications and health care and were on sick-leave more often because of pregnancy-related problems than African women, who did not know the cause of gestational diabetes, had a passive self-care attitude and followed prescriptions, often reported being told by staff that gestational diabetes would disappear after delivery and stated more pregnancy-related problems which they treated with rest or watchful waiting. CONCLUSIONS: Health/illness beliefs differed and affected self-care and care seeking. Lower risk awareness in African-born women was related to limited knowledge about the body and gestational diabetes, which was further amplified by healthcare professionals informing them about gestational diabetes being transient. RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE: Individual beliefs and risk awareness must be elicited, and adequate information must be given to prevent negative health effects of gestational diabetes.</p>
--------	--	---	--------------	---

USA	Maternal education and adverse birth outcomes among immigrant women to the United States from Eastern Europe: a test of the healthy migrant hypothesis. <i>Soc Sci Med</i> 73 (3): 429-435.	Janevic, T., D. A. Savitz, et al. (2011)(Janevic, Savitz et al. 2011)	Epidemiology	Immigrant women to the U.S. often have more favorable birth outcomes than their native-born counterparts, including lower rates of preterm birth and low birth weight, a phenomenon commonly attributed to a healthy migrant effect. However, this effect varies by ethnicity and country of origin. No previous study has examined birth outcomes among immigrants from the post-Communist countries of Eastern Europe, a group which includes both economic migrants and conflict refugees. Using data on 253,363 singletons births from New York City during 1995-2003 we examined the risk of preterm birth (PTB) (<37 weeks) or delivering a term small-for-gestational-age (SGA) infant among immigrants from Russia and Ukraine (RU), Poland, and former Yugoslavia Republics (FYR) relative to US-born non-Hispanic whites (NHW). Women in all three Eastern European groups had significantly later entry into prenatal care, were more likely to be Medicaid recipients, and had lower educational attainment than US-born NHW. In binomial regression analyses adjusting for age, education, parity, and pre-pregnancy weight, women from RU and FYR had lower risk of PTB than US-born NHW, whereas women from Poland had similar risk. Lower SGA risk was found among women from Poland and FYR, but not RU. When stratified by education, women with <12 years of education from all Eastern European groups had a reduced risk of PTB relative to US-born NHW. An educational gradient in PTB and SGA risk was less pronounced in all Eastern European groups compared to US-born NHW. The healthy migrant effect is present among immigrants from Eastern Europe to the U.S., especially among women with less education and those from the former Yugoslavia, a group that included many conflict refugees.
-----	--	---	--------------	--

Niederlande	Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. <u>Reprod Health Matters</u> 19 (37): 144-153.	Jonkers, M., A. Richters, et al. (2011)(Jonkers, Richters et al. 2011)	Specific needs/ barriers	This 2006 study investigated ethnicity-related factors contributing to sub-standard maternity care and the effects on severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands. In-depth interviews were carried out with 40 immigrant and 10 native Dutch women. The immigrant women reported that health care providers often paid insufficient attention to their pregnancy-related complaints, especially in cases of pre-eclampsia. They also reported delays in receiving information about diagnosis and treatment. Obstetricians who reviewed 20 of these cases judged sub-standard care to have played a role in the development of complications in 16 of them. The women themselves had problems identifying medically significant complications, presenting their complaints to health care providers effectively, and taking an active role as patients. Even highly educated migrant women showed low health literacy skills in their interaction with doctors. Patients' perspectives are valuable as one of the tools to evaluate the quality of maternity care. Communication by maternal health professionals can be improved through more sensitivity to social factors that affect immigrant women's health problems. Women with limited health literacy should be empowered through education about danger signs in pregnancy and information about preferences and policies in obstetrics in the Netherlands. They should also be invited to participate in medical decision-making.
-------------	---	--	--------------------------	--

Spain	Female genital mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families. <u>BMC Public Health</u> 10 : 193.	Kaplan-Marcusan, A., N. F. Del Rio, et al. (2010)(Kaplan-Marcusan, Del Rio et al. 2010)	Epidemiology	<p>BACKGROUND: Female Genital Mutilation (FGM) is a traditional practice which is harmful to health and is profoundly rooted in many Sub-Saharan African countries. It is estimated that between 100 and 140 million women around the world have been victims of some form of FGM and that each year 3 million girls are at risk of being submitted to these practices. As a consequence of the migratory phenomena, the problems associated with FGM have extended to the Western countries receiving the immigrants. The practice of FGM has repercussions on the physical, psychic, sexual and reproductive health of women, severely deteriorating their current and future quality of life. Primary healthcare professionals are in a privileged position to detect and prevent these situations of risk which will be increasingly more present in Spain.</p> <p>METHODS/DESIGN: The objective of the study is to describe the knowledge, attitudes and practices of the primary healthcare professionals, working in 25 health care centres in Barcelona and Girona regions, regarding FGM, as well as to investigate the perception of this subject among the migrant communities from countries with strong roots in these practices. A transversal descriptive study will be performed with a questionnaire to primary healthcare professionals and migrant healthcare users. Using a questionnaire specifically designed for this study, we will evaluate the knowledge, attitudes and skills of the healthcare professionals to approach this problem. In a sub-study, performed with a similar methodology but with the participation of cultural mediators, the perceptions of the migrant families in relation to their position and expectancies in view of the result of preventive interventions will be determined. Variables related to the socio-demographic aspects, knowledge of FGM (types, cultural origin, geographic distribution and ethnicity), evaluation of attitudes and beliefs towards FGM and previous contact or experience with cases or risk situations will be obtained.</p> <p>DISCUSSION: Knowledge of these harmful practices and a preventive approach from a transcultural perspective may represent a positive intervention model for integrative care of immigrants, respecting their values and culture while also being effective in eliminating the physical and psychic consequences of FGM.</p>
-------	---	---	--------------	---

Niederlande	Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. <u>Cult Health Sex</u> 14 (5): 505-520.	Keygnaert, I., N. Vettenburg, et al. (2012)(Keygnaert, Vettenburg et al. 2012)	Specific risks	Although women, young people and refugees are vulnerable to sexual and gender-based violence (SGBV) worldwide, little evidence exists concerning SGBV against refugees in Europe. Using community-based participatory research, 223 in-depth interviews were conducted with refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. Responses were analysed using framework analysis. The majority of the respondents were either personally victimised or knew of a close peer being victimised since their arrival in the European Union. A total of 332 experiences of SGBV were reported, mostly afflicted on them by (ex-)partners or asylum professionals. More than half of the reported violent experiences comprised sexual violence, including rape and sexual exploitation. Results suggest that refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands are extremely vulnerable to violence and, specifically, to sexual violence. Future SGBV preventive measures should consist of rights-based, desirable and participatory interventions, focusing on several socio-ecological levels concurrently.
-------------	---	--	----------------	---

Canada	Comparison of maternity experiences of Canadian-born and recent and non-recent immigrant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. <u>J Obstet Gynaecol Can</u> , 33, 1105-1115.	Kingston, D., Heaman, M., Chalmers, B., Kaczorowski, J., O'Brien, B., Lee, L., et al. (2011)(Kingston, Heaman et al. 2011)	Epidemiology	<p>OBJECTIVE: To compare the maternity experiences of immigrant women (recent, ≤ 5 years in Canada; non-recent > 5 years) with those of Canadian-born women. METHODS: This study was based on data from the Canadian Maternity Experiences Survey of the Public Health Agency of Canada. A stratified random sample of 6421 women was drawn from a sampling frame based on the 2006 Canadian Census of Population. Weighted proportions were calculated using survey sample weights. Multivariable logistic regression was used to estimate odds ratios comparing recent immigrant women with Canadian-born women and non-recent immigrant women with Canadian-born women, adjusting for education, income, parity, and maternal age. RESULTS: The sample comprised 7.5% recent immigrants, 16.3% non-recent immigrants, and 76.2% Canadian-born women. Immigrant women reported experiencing less physical abuse and stress, and they were less likely to smoke or consume alcohol during pregnancy, than Canadian women; however, they were more likely to report high levels of postpartum depression symptoms and were less likely to have access to social support, to take folic acid before and during pregnancy, to rate their own and their infant's health as optimal, and to place their infants on their backs for sleeping. Recent and non-recent immigrant women also had different experiences, suggesting that duration of residence in Canada plays a role in immigrant women's maternity experiences. CONCLUSION: These findings can assist clinicians and policy-makers to understand the disparities that exist between immigrant and non-immigrant women in order to address the needs of immigrant women more effectively.</p>
--------	--	--	--------------	--

USA	Prenatal care among immigrant and racial-ethnic minority women in a new immigrant destination: exploring the impact of immigrant legal status. <i>Soc Sci Med</i> 72 (10): 1695-1703.	Korinek, K. and K. R. Smith (2011)(Korinek and Smith 2011)	Epidemiology / Policy	Despite the rising share of undocumented immigrants in the US population, research has been quite limited regarding immigrant legal status and how it may limit healthcare access, especially research involving direct identification of undocumented populations. Drawing upon the Utah Population Database, a unique, comprehensive linked system of vital, medical, and administrative records, we analyze the prenatal care utilization in a large and recent cohort of births to mothers residing in the pre-emerging immigrant gateway state of Utah. Our analyses focus on the racial-ethnic, nativity and legal status of mothers as factors that influence prenatal care utilization. State administrative records are used to assess legal status among foreign-born mothers, specifically driver privilege cards made available to undocumented migrants. Our results indicate the importance of disaggregating the expansive categories of Hispanics and the foreign born to better understand health outcomes and healthcare utilization among immigrants. In particular, we find that the legal status of immigrant mothers is one of several important factors influencing prenatal care utilization. Undocumented women are among the least likely to obtain adequate levels of prenatal care. However, undocumented women's prenatal care utilization is enhanced among those using the state's integrative driver privilege program, and among those residing in neighborhoods with high concentrations of immigrants. Results are discussed in light of theory on immigrant integration and healthcare access, and in terms of public policies, such as those extending driver privileges to unauthorized immigrants, which aim to facilitate immigrants' access to institutions within destination communities.
Div.	Health care in Europe for women with genital mutilation. <i>Health Care Women Int</i> 27 (4): 362-378.	Leye, E., R. A. Powell, et al. (2006)(Leye, Powell et al. 2006)	Policy	The increasing number of immigrants from African countries practicing female genital mutilation (FGM) has raised concern in Europe. Health care professionals have developed three main responses: (1) technical guidelines for clinical management; (2) codes of conduct on quality of care; and (3) specialised health services for medical and psychological care and counselling. Much remains to be done, however, to ensure adequate care in Europe: (1) medico-legal/ethical discussions; (2) development of protocols to assist in making informed decisions; and (3) development of guidelines on counselling, communication strategies, and referral procedures. All agencies working in the field of FGM should be interlinked at the national level, in which members of the affected communities should be included. At the European level, a coordinated approach between all agencies should be developed.

Norwegen	Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. <u>J Nurs Manag</u> 20 (2): 287-295.	Lyberg, A., B. Viken, et al. (2012)(Lyberg, Viken et al. 2012)	Specific needs/ barriers	<p>AIM: To illuminate midwives' and public health nurses' perceptions of managing and supporting prenatal and postnatal migrant women in Norway. BACKGROUND: Migrant women are affected by social inequalities and likely to have had experiences during and after the migration process that could influence their physical, mental and social well-being. METHODS: Multistage focus group interviews were conducted and data were analysed in accordance to conventional interpretative qualitative content analysis. RESULTS: The overarching theme 'Managing and supporting educational, relational and cultural diversity in maternity care' was characterized by two themes 'Health challenges' and 'Cultural challenges'. Each theme contained several subthemes. The interviews revealed that Norwegian maternity care is not adjusted to migrant women's needs. The management is the same for everybody who avails of the service. CONCLUSION: The Norwegian model for managing cultural diversity in maternity care needs to be developed. Capacity building and a closer cooperation between maternity care services is necessary. IMPLICATIONS FOR MIDWIVES AND NURSING MANAGEMENT: Maternity care requires reflection at several levels to reduce disparities in individual health. In order to ensure continuity and a trusting relationship, it is necessary to organize leadership and adopt flexible models that support migrant women's health.</p>
----------	---	--	--------------------------	--

Irland	Cultural diversity in the Dublin maternity services: the experiences of maternity service providers when caring for ethnic minority women. <u>Ethn Health</u> 13 (3): 261-276.	Lyons, S. M., F. M. O'Keeffe, et al. (2008)(Lyons, O'Keeffe et al. 2008)	Specific needs/ barriers	BACKGROUND: Ireland has seen an expansion of new migrant communities over the past decade and the country has struggled to cope with this new multi-culturalism, especially within the health services. The maternity services in particular have seen an increase in deliveries from ethnic minority women. Little research has been done exploring this issue with maternity service providers. METHODS: Using a grounded theory approach, this study sought to explore the experiences, understanding and perspectives of maternity service providers when working with ethnic minority women in the Dublin maternity services during 2002 and 2003. RESULTS: Four themes emerged from the study: Communication difficulties, knowledge and use of services, cultural differences and 'Them and Us'. These encompassed a variety of issues including inadequacy of interpretation services, childcare issues, coping with labour, identification as different and racism. Ethnic minority women are expected to adapt to the system rather than the maternity services being responsive or adapting to the new multi-cultural population. DISCUSSION: These issues were relevant a decade ago internationally and are still pertinent today for not only Irish services but also for other European countries. There is an opportunity to improve the services for all women by learning from the experience of Dublin maternity service providers.
Spanien	Motherhood and Transnational Borders Immigrants' Women Fertility in Spain. <u>Revista Internacional De Sociologia</u> 69 : 105-137.	Martin, T. C. and L. Rosero-Bixby (2011)(Martin and Rosero-Bixby 2011)	Specific needs/ barriers	This paper aims to examine reproductive patterns of immigrants in Spain and to assess to what extent these patterns differ from those of the native Spanish population, using the migration and reproductive biographies collected in the 2007 National Survey of Immigrants. Our results show that, although fertility timing diverges considerably among groups, immigrants' level of fertility differs little from that of Spaniards, except in the case of North African women (3.5 children per woman in 2004-2006 Immigrants' contribution to Spain's total fertility rate is quite modest: 6.6%. The paper also examines the complex interactions between migration and fertility, testing some of the common hypotheses in the literature. African women have a peak of high fertility shortly after arrival in Spain, particularly if they migrate for family reasons or if they were married before migration. The rest of the immigrant groups have a very low fertility rate in the year prior to migration and, once in Spain, they maintain moderately low fertility rates. Women who migrated for work purposes and women who already had children in the country of origin have significantly lower fertility during their first years in Spain than the rest of immigrant women.

USA	Gender, culture and reproductive decision-making among recent Mexican migrants in California. <i>Cult Health Sex</i> 12(1): 29-43.	Maternowska, C., F. Estrada, et al. (2010)(Maternowska, Estrada et al. 2010)	Specific needs/ barriers	This study of the experiences of recent Mexican immigrants living in California explores the changing perceptions of sexual and societal norms, including gender roles and resulting reproductive decision-making, that appear to accompany the migration process. These norms are compared to those held by migrants' families of origin in Mexico. We analysed 44 semi-structured interviews conducted with a client-based population in order to identify reproductive perceptions and practices that appear to be influenced by recent migration. Using a grounded theory approach, 26 women and 18 men's narratives were analysed to understand the complexity of changing expectations and resulting reproductive health practices. The social marginalisation and isolation of immigrants' experiences, the challenges of new socio-economic factors and access to health services appear to reshape views on reproductive decisions. While traditional gender roles and large families remain a spoken ideal, in practice these reproductive patterns are changing. Our analysis suggests that the migration process does alter relationships, reproductive decisions and contraceptive use among recent Mexican immigrants. The public health goal should be to provide an array of accessible and affordable services, tailored to the needs of this increasingly larger population of recent Mexican migrants in California and throughout the USA.
Div.	Good practices in migrant health: the European experience. <i>Clin Med</i> , 12, 248-252.	Mladovsky, P., Ingleby, D., McKee, M., & Rechel, B. (2012).(Mladovsky, Ingleby et al. 2012)	Policy	Migrants comprise a growing proportion of European populations. Although many are healthy, those who do need healthcare often face barriers and the care they receive may be inappropriate to their needs. This paper summarises good practices identified in a review of health services for migrants in Europe. Governments should ensure that migrants are entitled to health services, that the services are appropriate to their needs and that data systems are in place to monitor utilisation and detect inequities. Health services should adopt a 'whole organisation approach', in which cultural competence is viewed as much as a task for organisations as for individuals. Health workers should take steps to overcome language, social and cultural barriers to care. In each case, existing examples of good practice are provided. At a time when support is growing in some countries for political parties pursuing anti-immigrant agendas and governments in all countries are pursuing austerity policies, there is a greater need than ever for the public health community to ensure that migrants have access to services that are effective and responsive to their needs.

UK	Emergence of pregnancy-related listeriosis amongst ethnic minorities in England and Wales. <u>Euro Surveill</u> 15 (27): 17-23.	Mook, P., K. A. Grant, et al. (2010)(Mook, Grant et al. 2010)	Epidemiology	Listeriosis is a rare but severe food-borne disease that predominantly affects pregnant women, the unborn, newborns, the elderly and immunocompromised people. Following a large outbreak in the 1980s, specific food safety advice was provided to pregnant women and the immunocompromised in the United Kingdom. Following two coincident yet unconnected cases of pregnancy-related listeriosis in eastern European women in 2008, a review of the role of ethnicity in pregnancy-related listeriosis in England and Wales was undertaken in 2009. Cases reported to the national listeriosis surveillance scheme were classified as 'ethnic', belonging to an ethnic minority, or 'non-ethnic' based on their name, and trends were examined. Between 2001 and 2008, 1,510 cases of listeriosis were reported in England and Wales and, of these, 12% were pregnancy-related cases. The proportion of pregnancy-related cases classified as ethnic increased significantly from 16.7% to 57.9% (chi-square test for trend $p=0.002$). The reported incidence among the ethnic population was higher than that among the non-ethnic population in 2006, 2007 and 2008 (Relative Risk: 2.38, 95% confidence interval: 1.07 to 5.29; 3.82, 1.82 to 8.03; 4.33, 1.74 to 10.77, respectively). This effect was also shown when analysing data from January to September 2009, using extrapolated live births as denominator. Increased immigration and/or economic migration in recent years appear to have altered the population at risk of pregnancy-related listeriosis in England and Wales. These changes need to be taken into account in order to target risk communication strategies appropriately.
----	--	---	--------------	--

Canada	Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. <i>CMAJ</i> , 183, E824-925.	Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., et al. (2011). (Pottie, Greenaway et al. 2011)	Policy	<p>Clinical preventive care should be informed by the person's region or country of origin and migration history (e.g., forced versus voluntary migration).</p> <p>Forced migration, low income and limited proficiency in English or French increase the risk of a decline in health and should be considered in the assessment and delivery of preventive care.</p> <p>Vaccination (against measles, mumps, rubella, diphtheria, tetanus, pertussis, polio, varicella, hepatitis B and human papillomavirus) and screening (for hepatitis B, tuberculosis, HIV, hepatitis C, intestinal parasites, iron deficiency, dental pain, loss of vision and cervical cancer) should be routinely provided to at-risk immigrants.</p> <p>Detecting and addressing malaria, depression, post-traumatic stress disorder, child maltreatment, intimate partner violence, diabetes mellitus and unmet contraceptive needs should be individualized to improve detection, adherence and treatment outcomes.</p> <p>See www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.090313/-/DC1 systematic reviews under</p>
--------	--	---	--------	--

Deutschland	Stillbirth differences according to regions of origin: an analysis of the German perinatal database, 2004-2007. <u>BMC Pregnancy Childbirth</u> 11 : 63.	Reeske, A., M. Kutschmann, et al. (2011)(Reeske, Kutschmann et al. 2011)	Epidemiology	<p>BACKGROUND: Stillbirth is a sensitive indicator for access to, and quality of health care and social services in a society. If a particular population group e.g. migrants experiences higher rates of stillbirth, this might be an indication of social deprivation or barriers to health care. This study examines differences in risk of stillbirth for women of different regions of origin compared to women from Germany in order to identify high risk groups/target groups for prevention strategies. METHODS: We used the BQS dataset routinely compiled to examine perinatal outcomes in Germany nationwide. Participation of hospitals and completeness of data has been about 98% in recent years. Data on all live births and stillbirths were obtained for the period 2004 to 2007 (N = 2,670,048 We calculated crude and stratified mortality rates as well as corresponding relative mortality risks. RESULTS: A significantly elevated stillbirth rate was found for women from the Middle East and North Africa (incl. Turkey) (RR 1.34, CI 1.22-1.55 The risk was slightly attenuated for low SES. An elevated risk was also found for women from Asia (RR 1.18, CI 1.02-1.65) and from Mediterranean countries (RR 1.14, CI 0.93-1.28 No considerable differences either in use and timing of antenatal care or preterm birth and low birthweight were observed between migrant and non-migrant women. After stratification for light for gestational age, the relative risk of stillbirth for women from the Middle East/North Africa increased to 1.63 (95% CI 1.25-2.13 When adjusted for preterm births with low birthweight, women from Eastern Europe and the Middle East/North Africa experienced a 26% (43%) higher risk compared with women from Germany. CONCLUSIONS: We found differences in risk of stillbirth among women from Middle East/North Africa, especially in association with low SES and low birthweight for gestational age. Our findings suggest a need for developing and evaluating socially and culturally sensitive health promotion and prevention programmes for this group. The findings should also stimulate discussion about the quality and appropriateness of antenatal and perinatal care of pregnant women and newborns with migrant backgrounds.</p>
-------------	---	--	--------------	--

Deutschland	Maternal near-miss among women with a migrant background in Germany. <u>Acta Obstet Gynecol Scand</u> 91 (7): 824-829.	Reime, B., P. A. Janssen, et al. (2012)(Reime, Janssen et al. 2012)	Epidemiology	<p>OBJECTIVE: To examine the association between region of origin and severe illness bringing a mother close to death (near-miss DESIGN: Retrospective cohort study. SETTING: Maternity units in Lower Saxony, Germany. POPULATION: 441 199 mothers of singleton newborns in 2001-2007. METHODS: Using chi-squared tests, bivariate and multivariable logistic regression we examined the association between maternal region of origin and near-miss outcomes with prospectively collected perinatal data up to seven days postpartum. MAIN OUTCOME MEASURES: Hysterectomy, hemorrhage, eclampsia and sepsis rates. RESULTS: Eclampsia was not associated with region of origin. Compared to women from Germany, women from the Middle East (OR 2.24; 95%CI 1.60-3.12) and Africa/Latin America/other countries (OR 2.17; 95%CI 1.15-4.07) had higher risks of sepsis. Women from Asia (OR 3.37; 95%CI 1.66-6.83) and from Africa/Latin America/other countries had higher risks of hysterectomy (OR 2.65; 95%CI 1.36-5.17 Compared to German women, the risk of hemorrhage was higher among women from Asia (OR 1.55; 95%CI 1.19-2.01) and lower among women from the Middle East (OR 0.66, 95%CI 0.55-0.78 Adjusting for maternal age, parity, occupation, partner status, smoking, obesity, prenatal care, chronic conditions and infertility showed no association between country of origin and risk of sepsis. CONCLUSION: Region of origin was a strong predictor for near-miss among women from the Middle East, Asia and Africa/Latin America/other countries. Confounders mostly did not explain the higher risks for maternal near-miss in these groups of origin. Clinical studies and audits are required to examine the underlying causes for these risks.</p>
-------------	---	---	--------------	---

Deutschland	Does underutilization of prenatal care explain the excess risk for stillbirth among women with migration background in Germany? <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> 88 (11): 1276-1283.	Reime, B., U. Lindwedel, et al. (2009) (Reime, Lindwedel et al. 2009)	Epidemiology	<p>OBJECTIVE: To explore the role of utilization of prenatal care on the risk for stillbirth among women with migration background in Germany by comparing stillbirth rates of women from different origins characterized by adequate and inadequate utilization of prenatal care to German women with adequate utilization of care. DESIGN: Retrospective cohort study. SETTING: Lower Saxony, Germany. POPULATION: Singletons born in 1990, 1995 and 1999 (n = 182,444 METHODS: We analyzed perinatal data collected by obstetricians and midwives prospectively during pregnancy and after birth. The Adequacy of Prenatal Care Utilization Index was applied. Chi-squared tests and bivariate and multivariable logistic regression models were used. MAIN OUTCOME MEASURES: Stillbirth rates. RESULTS: In crude analyses, inadequate utilization of prenatal care (OR = 1.86, 95% CI 1.52, 2.28), and origin from Central and Eastern Europe (OR = 2.05, 95% CI 1.63, 2.58), the Mediterranean (OR = 1.77, 95% CI 1.38, 2.65), the Middle East (OR = 2.63, 95% CI 2.24, 3.09) and other countries (OR = 1.79, 95% CI 1.10, 2.89) were related to stillbirths. After adjustment for age, parity, smoking, interpregnancy interval, employment status and year of observation, compared to Germans with adequate utilization of prenatal care, women with adequate utilization of care from Central and Eastern Europe (OR = 1.74, 95% CI 1.33, 2.29) and the Middle East (OR = 1.98, 95% CI 1.64, 2.39) and women with inadequate utilization of prenatal care from the Mediterranean (OR = 3.00, 95% CI 1.71, 5.26) were at higher risk for stillbirths. CONCLUSION: There are inconsistent relation patterns between stillbirth, area of origin and utilization of prenatal care. Among women from the Mediterranean, increasing utilization of prenatal care may result in lower stillbirth rates.</p>
-------------	---	---	--------------	---

Deutschland	The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany. <i>Soc Sci Med</i> 62 (7): 1731-1744.	Reime, B., P. A. Ratner, et al. (2006)(Reime, Ratner et al. 2006)	Epidemiology	This study examines whether the association between social inequalities and low birth weight (LBW) (occurring in both pre- and full-term births) in Germany can be explained by several potentially confounding factors. These include maternal age, occupational status, marital status, nationality, employment status, smoking, prenatal care, psychosocial stress, obesity, short stature, short inter-pregnancy interval, chronic conditions, and several obstetrical risk factors such as pregnancy induced hypertension. We also examined how the risk for LBW varies over time within each socioeconomic group. We analyzed routinely collected perinatal data on singletons born in the federal state of Lower Saxony, Germany, in 1990, 1995, and 1999 (n = 182,444). After adjustment for all potentially confounding factors in multivariate logistic regression models, working class women, unemployed women, single mothers, and women over 39 years of age were at increased risk for pre- and full-term LBW infants. Migrant status was not related to LBW. We examined variations in the risk for LBW over time within groups, using the 1990 birth cohort as the referent group for the 1995 and 1999 birth cohorts. Compared to 1990, in 1999 women aged 19-34 years, housewives, unemployed women, women of German nationality and women with partners had higher risks for pre- and full-term LBW infants; the eldest subgroup had lower risks for LBW after adjustment for confounding factors. The factors we examined partly explain the social inequalities in LBW occurring in pre- and full-term infants. The subgroups with higher rates of LBW in 1999 compared to 1990, included women experiencing childbirth in an optimal stage of life or in a privileged social context. Public health policies in Germany should target social inequalities contributing to the aetiology of LBW and to the factors that result in increased LBW rates.
-------------	---	---	--------------	--

Spanien	[Reproductive and perinatal health indicators in immigrant and Spanish-born women in Catalonia and Valencia 2005-2006]. <i>Gac Sanit</i> 24 (2): 123-127.	Rio, I., A. Castello, et al. (2010)(Rio, Castello et al. 2010)	Epidemiology	<p>OBJECTIVES: To determine the prevalence of teenage maternity, preterm birth and low birth weight in Spanish and immigrant mothers from Latin America, eastern Europe, Maghreb and sub-Saharan Africa resident in Catalonia and Valencia from 2005 and 2006. METHODS: Using data from congenital metabolic disorders registers in both regions, proportions and 95% confidence intervals were obtained for the following: 1) mothers aged less than 20 years; 2) preterm (<37 weeks) and very preterm (<32 weeks) births; and 3) low birth weight (<2500g) and very low birth weight (<1500g) neonates. The calculations were performed for mothers from each of the geographical areas of origin (Spain, Latin America, Eastern Europe, Maghreb and Sub-Sahara These proportions were compared in Spanish-born and immigrant women and the significance of differences was assessed using chi-squared tests. RESULTS: The prevalence of teenage mothers was between three and five times higher in immigrants than in Spanish women, the highest rate being found in women from eastern Europe. Preterm births, very preterm births and very low birth weight were more frequent in eastern European women than in Spanish women. The prevalence of prematurity and very low birth weight was higher in sub-Saharan mothers than in Spanish women. CONCLUSIONS: The number of births in teenage mothers was higher in immigrant mothers from all origins than in Spanish women. The highest rates of low birth weight and preterm births were found in women from eastern Europe and sub-Saharan Africa.</p>
---------	--	--	--------------	---

Italien	Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study. <u>J Travel Med</u> 15 (4): 243-247.	Sosta, E., L. R. Tomasoni, et al. (2008) (Sosta, Tomasoni et al. 2008)	Epidemiology	BACKGROUND: Various studies have ascertained different birth outcomes between resident and migrant populations in western countries. Considering preterm delivery (<37 complete weeks of gestation) as a perinatal risk condition, we assessed its rate in migrant and native Italian women who delivered in the main public hospital in Brescia (Italy) METHODS: All migrant puerperas and a random sample of native puerperas hospitalized during the period February to May 2005 were included in the study after informed consent and filled in a self-administered multilanguage questionnaire enquiring about sociodemographic and obstetric data. Additional information including last menstrual period was obtained from personal obstetric records. RESULTS: As many as 471 puerperas entered the study: 366 Italian and 105 migrant women coming from eastern Europe (41.9%), Asia (20%), South America (10.5%), and Africa (27.6% Of the migrant population, 67 of 105 (63.8%) were at their first delivery in Italy (median interval from arrival: 3.8 y Gestational age at delivery was assessed for 456 of 471 women (103 migrants and 353 Italians A total of 36 (7.9%) preterm deliveries were registered: 22 (6.2%) in Italian and 14 (13.6%) in migrant puerperas (p value = 0.015 The highest preterm delivery rate was observed in African women 20.7%), while women from eastern Europe had a similar rate to Italians. In univariate analysis, factors associated to preterm delivery were parity and length of permanence in Italy. We could not demonstrate any correlation with smoking or with a delayed access to antenatal care (first obstetric evaluation after 12 complete weeks of gestation In multivariate analysis, African origin was the only independent risk factor for preterm delivery [odds ratio (OR) = 3.54; p = 0.018]. CONCLUSIONS: In our setting, preterm delivery occurred more frequently in migrant women, particularly of African origin, and it is not associated to delayed access to antenatal care.
Frankreich	Repères sur la santé des migrants. <u>La santé des migrants : [dossier]</u> . E. A. Stanojevich, Inpes: 21-24.	Stanojevich, E. A. and A. Veisse (2007). (Stanojevich and Veisse 2007)	Epidemiology	Bericht zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung in Frankreich.

Canada	Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy. <u>J Womens Health (Larchmt)</u> 21 (10): 1100-1106.	Stewart, D. E., A. J. Gagnon, et al. (2012)(Stewart, Gagnon et al. 2012)	Epidemiology	<p>BACKGROUND: Violence associated with pregnancy is a major public health concern, but little is known about it in recent migrant women. This study looked at (1) risk factors for violence associated with pregnancy among newly arrived migrant women in Canada and (2) if those who experienced violence associated with pregnancy had a different health profile or use of healthcare services for themselves or their infants during pregnancy and up to 4 months postpartum compared to other childbearing migrant women. METHODS: Pregnant migrant women in Canada <5 years were recruited in 12 hospitals in 3 large cities between 2006 and 2009 and followed to 4 months postpartum. Data were collected on maternal background, migration history, violence associated with pregnancy, maternal and infant physical and mental health, and services used. RESULTS: Of a total of 774 pregnant migrant women, 59 (7.6%) women reported violence associated with pregnancy. Migrant women who experienced violence, compared to those who did not, were at increased risk of violence if they lived without a partner, were asylum seekers, migrated <2 years ago, or had less than high school education. Women who reported violence were less likely to have up-to-date vaccinations, take folic acid before pregnancy, more likely to commence prenatal care after 3 months gestation and to not use contraceptives after birth. They were also more likely to have a history of miscarriage and report more postpartum pain and increased bleeding. They were also more likely to have inadequate social support and report more depression, anxiety, somatization, and posttraumatic stress disorder (PTSD) on standardized tests. No differences were found in the health status of the infants of women who experienced violence compared to those who did not. CONCLUSIONS: Clinicians should sensitively ask recent migrant women (asylum seekers, refugees, and nonrefugee immigrants) about violence associated with pregnancy and appropriately assess, treat, and refer them.</p>
--------	--	--	--------------	---

UK	Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. <u>Midwifery</u> 25 (2): 181-186.	Straus, L., A. McEwen, et al. (2009)(Straus, McEwen et al. 2009)	Specific needs/ barriers	OBJECTIVE: to conduct a qualitative study of perceptions of experiences of childbirth from Somali health workers in the UK. DESIGN & SETTING: in depth narrative interviews at community centres and places of work in London. PARTICIPANTS: eight Somali women aged between 23 and 57 years. The interviewees worked within the health sector in the UK and/or as nurses or gynaecologists in Somalia. Six of the women had also given birth in the UK. KEY FINDINGS: mismanagement of care of female circumcision provided during pregnancy and labour leads to problems at birth for many Somali women. The importance of Somalia's oral culture is not recognised when addressing communication barriers and continuity of care is lacking but important. Somali women also felt that midwives held stereotyped and negative attitudes towards them. Existing pressures as a consequence of migration were compounded by these experiences of childbirth in the UK. KEY CONCLUSIONS: issues concerning female circumcision, verbal communication, cultural aspects of care and pressures that were a consequence of migration play a part in the experience of childbirth in the UK for Somali women. IMPLICATIONS FOR PRACTICE: midwives need to possess the necessary clinical knowledge and skills to deal with women who have been circumcised and the issue needs to be raised early in the pregnancy. Attention needs to be paid to ensure continuity of care, maximising verbal communications and challenging stereotypical views of Somali women.
Deutschland	Transkulturelle Akteurinnen. Eine medizinethnologische Studie zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland. Berlin, Weissensee Verlag.	Stülb, M. (2009). (Stülb 2009)	Cultural study	Migrantinnen wurden während ihrer Schwangerschaft begleitet. Die Studie gibt einen vertieften Einblick in die Interaktion der Migrantinnen mit dem deutschen Gesundheitswesen.

Deutschland	Welche Netzwerke nutzen schwangere Migrantinnen? Eine Betrachtung aus medizinethnologischer Sicht." <u>Info Dienst für Gesundheitsförderung, Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg</u> ,(3): 17.	Stülb, M. (2011). (Stülb 2011)	Cultural study	Soziale Netzwerke von schwangeren Migrantinnen werden untersucht.
Italien	Antenatal screening for mother to child infections in immigrants and residents: the case of toxoplasmosis in northern Italy. <u>J Immigr Minor Health</u> 12 (6): 834-840.	Tomasoni, L. R., E. Sosta, et al. (2010)(Tomasoni, Sosta et al. 2010)	Epidemiology	In Italy, serological screening is recommended to prevent congenital toxoplasmosis as part of the antenatal care protocol. Our study investigates (1) adherence to screening among Italian and migrant women and (2) specific <i>T. gondii</i> seroprevalence among hospitalized puerperas in Brescia and Udine, in northern Italy. All migrants (Group B) and a random Italian sample (Group A) filled in a questionnaire. Serological screening was rated as adequate when performed before conception or by the 12th week of gestation, and periodically repeated during pregnancy whenever negative. Nine hundred and twenty-two (922) puerperas were enrolled (Group A: 743; Group B: 179 Mean gestational age at first antenatal visit was 9.3 week, significantly more delayed in migrants (11.2w vs 8.9w; $P < 0.0001$ Toxoplasmosis was mentioned as a potential vertically transmitted infection by 380/922 (41.2%), but only by 13.4% of migrants ($P < 0.0001$ Anti-Toxoplasma IgG-Ab tested positive in 319/892 (35.8%), while the information was missing for 9 and 21 women resulted untested. Patients from northern Africa had an higher (AOR 3.63%; $P = 0.002$), while Asian patients a lower (AOR 0.33; $P = 0.045$) probability of being immune. A late screening was recorded in 115/848 (13.6%) women (Group A: 9.35%; Group B: 31.9%; $P < 0.0001$) and 82.1% of eligible migrants were not correctly monitored for toxoplasmosis during pregnancy. A late toxoplasma serological test in migrant women precludes the timely application of preventive measure and may represent an indicator of suboptimal antenatal care.

Canada	Neighborhood context and infant birthweight among recent immigrant mothers: a multi-level analysis. <u>Am J Public Health</u> 99 (2): 285-293.	Urquia, M. L., J. W. Frank, et al. (2009)(Urquia, Frank et al. 2009)	Epidemiology	OBJECTIVES: We compared the influence of the residential environment and maternal country of origin on birthweight and low birthweight of infants born to recent immigrants to urban Ontario. METHODS: We linked delivery records (1993-2000) to an immigration database (1993-1995) and small-area census data (1996). The data were analyzed with cross-classified random-effects models and standard multilevel methods. Higher-level predictors included 4 independent measures of neighborhood context constructed by factor analysis and maternal world regions of origin. RESULTS: Births (N = 22 189) were distributed across 1396 census tracts and 155 countries of origin. The associations between neighborhood indices and birthweight disappeared after we controlled for the maternal country of origin in a cross-classified multilevel model. Significant associations between world regions and birthweight and low birthweight persisted after we controlled for neighborhood context and individual characteristics. CONCLUSIONS: The residential environment has little, if any, influence on birthweight among recent immigrants to Ontario. Country of origin appears to be a much more important factor in low birthweight among children of recent immigrants than current neighborhood. Findings of neighborhood influences among recent immigrants should be interpreted with caution.
Div.	International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination. <u>J Epidemiol Community Health</u> 64 (3): 243-251.	Urquia, M. L., R. H. Glazier, et al. (2010)(Urquia, Glazier et al. 2010)	Epidemiology	BACKGROUND: The literature on international migration and birth outcomes shows mixed results. This study examined whether low birth weight (LBW) and preterm birth differed between non-migrants and migrant subgroups, defined by race/ethnicity and world region of origin and destination. METHODS: A systematic review and meta-regression analyses were conducted using three-level logistic models to account for the heterogeneity between studies and between subgroups within studies. RESULTS: Twenty-four studies, involving more than 30 million singleton births, met the inclusion criteria. Compared with US-born black women, black migrant women were at lower odds of delivering LBW and preterm birth babies. Hispanic migrants also exhibited lower odds for these outcomes, but Asian and white migrants did not. Sub-Saharan African and Latin-American and Caribbean women were at higher odds of delivering LBW babies in Europe but not in the USA and south-central Asians were at higher odds in both continents, compared with the native-born populations. CONCLUSIONS: The association between migration and adverse birth outcomes varies by migrant subgroup and it is sensitive to the definition of the migrant and reference groups.

Canada	Revisiting the immigrant paradox in reproductive health: the roles of duration of residence and ethnicity. <i>Soc Sci Med</i> , 74, 1610-1621.	Urquia, M.L., O'Campo, P.J., & Heaman, M.I. (2012)(Urquia, O'Campo et al. 2012)	Epidemiology	<p>The immigrant paradox refers to the contrasting observations that immigrants usually experience similar or better health outcomes than the native-born population despite socioeconomic disadvantage and barriers to health care use. This paradox, however, has not been examined simultaneously in relation to varying degrees of exposure to the receiving society and across multiple outcomes and risk factors. To advance knowledge on these issues, we analysed data of the Maternity Experiences Survey, a nationally representative cross-sectional survey of 6421 Canadian women who delivered singleton infants in 2006-07. We compared the prevalence of adverse pregnancy outcomes and related risk factors according to women's ethnicity and time since migration to Canada. We calculated prevalences and prevalence ratios (PR) with 95% confidence intervals. Compared to Canadian-born women of European descent, recent immigrants were at lower risk of preterm delivery and morbidity during pregnancy despite having the highest prevalence of low income and low support during pregnancy among all groups, but the paradox was not observed among immigrants with a longer stay in Canada. In contrast, recent immigrants were at higher risk of postpartum depression. Immigrants of non-European origin also had higher prevalence of postpartum depression, irrespective of their length of residence in Canada, but immigrants from European-origin countries did not. Exposure to Canada was also positively associated with higher alcohol and tobacco consumption and body mass index. Canadian-born women of non-European descent were at higher risk of preterm birth and hospitalisation during pregnancy than their European-origin counterparts. Our findings suggest that the healthy migrant hypothesis and the immigrant paradox have limited generalisability. These hypotheses may be better conceptualised as outcome-specific and dependent on immigrants' ethnicity and length of stay in the receiving country.</p>
--------	--	---	--------------	--

Norwegen	Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study. <u>BJOG</u> 115 (10): 1309-1315.	Vangen, S., A. Eskild, et al. (2008)(Vangen, Eskild et al. 2008)	Epidemiology	<p>OBJECTIVE: Frequency of termination of pregnancy (TOP) and associated risk factors according to immigration status were studied. DESIGN: Population-based registry study linking hospital data with information from the Central Population Registry of Norway. SETTING: Oslo, Norway. POPULATION: All women 15-49 years undergoing TOP and resident in Oslo, Norway from 1 January 2000 to 31 July 2003. METHODS: TOP rates per 1000 women/year were calculated. The association of socio-economic variables such as maternal age, marital status, number of children and education level within the study groups were estimated as odds ratios and using logistic regression. MAIN OUTCOME MEASURE: Termination of pregnancy. RESULTS: Refugees (30.2, 95% CI = 28.5-31.8) and labour migrants (19.9, 95% CI = 18.7-21.3) had significantly higher TOP rates than nonmigrants (16.7, 95% CI = 16.3-17.1 Except in women less than 25 years, labour migrants had higher TOP rates than nonmigrants. Refugees had the highest rates in all age groups. Being unmarried was associated with a substantially increased risk of TOP among the nonmigrants; such effect was not observed among labour migrants and refugees. Two or more children were associated with increased risk among nonmigrants and refugees compared with four or more among the labour migrants. Generally, higher education showed a protective effect that was most pronounced among nonmigrants. Compared with nonmigrants, adjusted risk of TOP was 1.37 (95% CI = 1.25-1.50) for labour migrants and 1.94 (95% CI = 1.79-2.11) for refugees. CONCLUSION: Public health efforts to increase the use of contraceptives among refugees and labour migrants above 25 years should be encouraged.</p>
----------	--	--	--------------	--

Ireland	Ethnic variation between white European women in labour outcomes in a setting in which the management of labour is standardised-a healthy migrant effect? <u>BJOG</u> 118 (6): 713-718.	Walsh, J., R. Mahony, et al. (2011)(Walsh, Mahony et al. 2011)	Epidemiology	<p>OBJECTIVE: To test the hypothesis that women from Eastern European countries have lower caesarean delivery rates and higher spontaneous labour rates relative to Irish women in a setting in which the management of labour is standardised. DESIGN: A retrospective review of prospectively collected data. SETTING: Tertiary referral centre, Dublin, Ireland. POPULATION: All Irish and Eastern European term nulliparous women who laboured and delivered in 2008. METHODS: A comparison of labour outcomes between women from Ireland and women from Eastern European countries. MAIN OUTCOME MEASURES: The principal outcomes measured were the gestational age at onset of labour, whether labour was spontaneous or induced, the need for oxytocin augmentation, duration of labour, mode of delivery, epidural use and birthweight. RESULTS: Of 2556 Irish (n = 2041) and Eastern European (n = 511) term cephalic singleton labours in the calendar year 2008, women from Eastern Europe were significantly more likely to labour spontaneously (74.6% versus 65.9%, P < 0.001), required less epidural analgesia (68.4% versus 59.7%) and were significantly less likely to require delivery by caesarean section (8.6% versus 15.7%, P < 0.001) than Irish women. This is despite no significant difference between the two groups with regard to mean birthweight (3581 g versus 3569 g, P = 0.6) or macrosomia (birthweight over 4000 g) (18% versus 16%, P = 0.4 There were significant differences in maternal age at delivery (27.2 years versus 29.2 years, P < 0.001) and body mass index (BMI) (24.1 kg/m(2) versus 25.4 kg/m(2), P < 0.001) between the two groups. CONCLUSION: These findings confirm our hypothesis that economic migrants from Eastern European countries exhibit a so-called 'healthy migrant effect' in terms of obstetric outcomes.</p>
---------	--	--	--------------	---

UK	Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. <i>J Obstet Gynaecol</i> , 27, 161-164.	Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C., & Browne, M. (2007). (Zaidi, Khalil et al. 2007)	Health system	The World Health Organisation estimates that 2 million women undergo some form of female genital mutilation (FGM) annually. Because of increasing migration, clinicians in the UK are increasingly exposed to women who have suffered FGM. Recognising this trend, the RCOG has set standards for guidance of health professionals caring for women with FGM. As yet, no study has assessed levels of knowledge of FGM among relevant health professionals. An anonymous structured questionnaire based on the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists' standards was circulated among staff at a University Teaching Hospital. A total of 45 participants completed the questionnaire. Only 40% were familiar with the regulations in the FGM Act of 2003; 58% were unable to list the different categories of FGM; 47% incorrectly thought that caesarean section is the best way of managing FGM if vaginal examination is not possible in the first stage of labour and 54% chose anterior episiotomy as the treatment of choice during the second stage. Our study found that there were significant gaps both in theoretical knowledge and practice.
Italien	Pregnancy outcome of migrant women delivering in a public institution in northern Italy. <i>Gynecol Obstet Invest</i> 72 (3): 157-162.	Zanconato, G., C. Iacovella, et al. (2011) (Zanconato, Iacovella et al. 2011)	Epidemiology	BACKGROUND/AIM: European societies are facing a wave of incoming immigrants and the needs of a new multiethnic obstetrical population. It remains controversial whether native and immigrant women have equivalent pregnancy outcomes. METHODS: Perinatal indicators of the obstetric outcome were monitored in all delivering women during a 5-year period in a large academic public general hospital. We compared rates of preterm deliveries, low birth weight, cesarean section during labor, perineal tears, and fetal acidemia in the native and immigrant parturients. RESULTS: Immigrant women experienced very low birth weight ($p < 0.005$) and preterm deliveries ($p < 0.05$), more often than natives did. Among ethnic groups, data singled out Sub-Saharan African women to be at a higher risk for very small premature babies and cesarean section during labor. CONCLUSIONS: There are differences in perinatal outcome between immigrant and Italian woman; within the large migrant population, ethnic groups show wide disparities and challenge the health provider differently. Special attention to women at a higher risk may reduce fetal-maternal morbidities.

Spanien	Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. <u>Gac Sanit</u> 23 Suppl 1 : 57-63.	Zurriaga, O., M. A. Martinez-Beneito, et al. (2009)(Zurriaga, Martinez-Beneito et al. 2009)	Epidemiology	<p>BACKGROUND: Social vulnerability implies a higher risk of induced abortion (IA Immigrant status could be an additional factor. The objective was to identify the patterns surrounding which women resort to IAs, and to study the relationship between socio-economic and health system factors. Another aim was to determine the relationship between the patterns identified and the immigrant's country. METHODS: A cross-sectional study was performed including all IAs notified during 2006 on women residing in three Spanish autonomous communities (the Balearic Islands, Catalonia and Comunitat Valenciana We used sociodemographic, nationality and related variables, reproductive history and use of health services. A Categorical Principal Component Analysis was used to summarize the information and to identify profiles. RESULTS: More than a third of IAs were performed on non-Spanish women. Four dimensions have been determined that define the profile of women resorting to IAs: age, reproductive history and marital status; type of health services used; social level; and earlier or late IA and its repetitive use. Age and related factors were important determinants. Economic status and knowledge of the health system were related to access to contraception and IA information. Spanish, Western European and South American women had a higher social level than Romanian and African women. Late IA use and a lower recurrence characterised Asian, North African and Spanish women. CONCLUSION: Differences on IA use between groups of different women seem to be related to vulnerability (economic, social, knowledge and use of healthcare services There is a different situation among immigrants of differing nationalities.</p>
---------	---	---	--------------	--