

Womöglich handelt es nicht vom «Was», sondern vom «Wie»

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für Menschen
mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteilig-
ten Lebenslagen

Penner, Lynn
16-543-407

Departement Gesundheit
Institut für Gesundheitswissenschaften
Studienjahr: 2016
Eingereicht am: 03. Mai 2019
Begleitende Lehrperson: Frau Birgit Keller

**Bachelorarbeit
Gesundheits-
förderung und
Prävention**

Abstract

Benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen haben ungenügenden Zugang zu Gesundheitsinformationen. Um deren Chancengleichheit zu stärken, müssen Informationskanäle für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen dieser Zielgruppe besser erschlossen werden.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, eine Erhebung über die Eignung der verschiedenen Zugangswege für die Erreichung von Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen durchzuführen.

Das genannte Ziel wird durch eine systematische Literaturrecherche in vier Datenbanken verfolgt. Die aufgefundene Literatur wird in gedrängter Form dargestellt und kritisch beurteilt.

Von insgesamt 290 erzielten Treffern während der Recherche werden vier Studien in die Arbeit miteinbezogen. Innerhalb der eingeschlossenen Studien können 30 Zugangswege identifiziert werden. Diese sind der zwischenmenschlichen Kommunikation, den Medien und der Gesundheitsversorgung zuzuordnen. Die Resultate zeigen, dass Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand usw. – neben dem sozioökonomischen Status – Einfluss auf die Wahl eines Kanals haben. Daher bilden Theorien wie das Lebenslagenkonzept oder Kommunikationsmodelle wichtige Grundlagen für Lösungsansätze der genannten Problematik.

Viele erzielte Resultate können aus der Theorie in die Praxis übertragen werden. Die Erreichbarkeit der Zielgruppe wird erhöht, wenn Fachpersonen oder Schlüsselpersonen gezielt und aktiv auf diese zugehen. Dennoch besteht in der Schweiz weiterführender Forschungsbedarf.

Keywords:

Zugangswege, Personen mit Migrationshintergrund, benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Gesundheitsinformationen, Kommunikation, Lebenslagen, sozioökonomische Benachteiligung

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei Frau Birgit Keller für die stete hilfreiche Unterstützung, die wertvollen Tipps, die Beratung und die angenehme Zusammenarbeit herzlich bedanken. Einen grossen Dank möchte ich allen Dozierenden, welche durch ihr konstruktives Feedback im Rahmen des Moduls GP.53 oder GP.63 an das Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, aussprechen. Zudem gebührt dem Schweizerischen Roten Kreuz und insbesondere den Herren Martin Wälchli und Bülent Kaya für die Ideen und die fachlichen Ratschläge mein aufrichtiger Dank. Zum Schluss bin ich meinem privaten Umfeld für die Unterstützung während des Schreibprozesses sowie für das Korrekturlesen der vorliegenden Bachelorarbeit dankbar.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Einführung in die Thematik.....	1
1.2	Begründung der Themenwahl und Eingrenzung des Themas.....	3
1.3	Relevanz für das Berufsfeld Gesundheitsförderung und Prävention	3
1.4	Einordnung in den fachlichen Kontext	5
1.5	Problemstellung und Fragestellung	5
1.6	Zielsetzung und erwarteter Nutzen.....	6
1.7	Vorschau auf Inhalt und Struktur	6
2	Theoretischer Hintergrund	8
2.1	Begriffsdefinitionen	8
2.2	Theoretischer und empirischer Wissensstand.....	11
2.3	Programme aus der Praxis.....	13
3	Methode.....	15
3.1	Beschreibung des Vorgehens	15
3.2	Identifikation von relevanten Publikationen	18
3.3	Auswahl an Publikationen	18
3.4	Bewertung der Qualität der Publikationen	18
4	Ergebnisse.....	20
4.1	Methodische Resultate	20
4.2	Studien im Detail	21
4.2.1	Studie A: Wieland, et al., 2013.....	24
4.2.2	Studie B: Zhao, 2010	25
4.2.3	Studie C: Mueller, et al., 2011	27
4.2.4	Studie D: Hartmana, Nierkens, Cremer, Verhoeff, & Stronks, 2015.....	28
4.3	Zugangswege.....	30

5	Diskussion	34
5.1	Zusammenfassung der Resultate.....	34
5.2	Vernetzung der Resultate.....	35
5.3	Bezug zur Fragestellung und dem theoretischen Hintergrund.....	38
5.4	Settingbezogene Empfehlungen	42
5.5	Theorie-Praxis-Transfer und Praxis-Theorie-Transfer.....	43
5.6	Limitationen der Bachelorarbeit.....	44
6	Schlussfolgerung	46
6.1	Prägnante Schlussfolgerungen	46
6.2	Zukunftsaussicht und offene Fragen	47
7	Literaturverzeichnis.....	49
8	Zusatzverzeichnisse	56
8.1	Abbildungsverzeichnis.....	56
8.2	Tabellenverzeichnis.....	56
8.3	Abkürzungsverzeichnis.....	56
9	Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl.....	58
10	Anhang	59
	Anhang I: Rechercheprotokoll	59
	Anhang II: Zusammenfassungen und Bewertungen der vier eingeschlossenen Studien	72

1 Einleitung

In der Einleitung wird in die Thematik der Zugangswege für benachteiligte Bevölkerungsgruppen eingeführt. Die Relevanz für das Berufsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention (GF&P) sowie die Einordnung in den fachlichen Kontext werden aufgezeigt. Zudem werden die Forschungsfrage und die Zielsetzung vorgestellt.

1.1 Einführung in die Thematik

Aufgrund der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz ist der Zugang zum Gesundheitssystem grundsätzlich für alle Personen gesichert. Trotzdem nehmen verschiedene Bevölkerungsgruppen bestimmte Gesundheitsangebote und Hilfeleistungen ungenügend in Anspruch, was gesundheitliche Ungleichheiten verstärken kann (Spectra, 2018). Besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen haben einen ungenügenden Zugang zu Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangeboten (Bundesamt für Gesundheit, 2018). Gesundheitliche Ungleichheiten bestehen nicht nur zwischen einheimischen Personen und Personen mit Migrationshintergrund. Daher muss auch benachteiligten Bevölkerungsgruppen innerhalb der schweizerischen Bevölkerung Aufmerksamkeit geschenkt werden (Bundesamt für Gesundheit, 2017). Auf die Begriffe «Benachteiligung» und «benachteiligte Bevölkerungsgruppen in der Schweiz» wird unter 2.1 genauer eingegangen.

Es ist bekannt, dass Ressourcen von benachteiligten Bevölkerungsgruppen zur Risikobewältigung oftmals ungenügend vorhanden sind. Soziale Determinanten wie Bildung, Beruf und Einkommen als auch das Geschlecht, Migrationshintergrund, der Familienstand und die psychische Gesundheit haben starken Einfluss auf die physische Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit, 2018). Nachfolgend ein paar Beispiele, um diese gesundheitlichen Ungleichheiten aufzuzeigen:

- Migranten und Migrantinnen verzichten sechsmal respektive dreimal häufiger auf notwendige medizinische Leistungen als Schweizer und Schweizerinnen (Kristensen, Rausa, & Heiniger, 2017).
- Während 22% der Personen mit höherem Bildungsniveau regelmässig Früchte und Gemüse verzehren, so sind es bei Personen mit tiefem Bildungsniveau lediglich 15% (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018).

- Personen mit tiefem Einkommen haben ein fast sechsmal höheres Risiko an Lungenkrebs zu erkranken als Personen mit höherem Einkommen (Bundesamt für Gesundheit, 2018).
- Personen mit hohem Einkommen oder Bildungsniveau sind mit 75% deutlich aktiver als Personen mit tiefem Einkommen oder niedrigem Bildungsniveau mit 54% (Boes, Kaufmann, & Marti, 2016).

Generell kann gesagt werden, dass Personen mit tieferem Einkommen, einem niedrigen Bildungsstatus und einer tieferen beruflichen Stellung (kurz mit einem tieferen sozioökonomischen Status; englisch: socioeconomic status; SES) eine geringere Lebenserwartung haben als Personen mit einem höheren SES (Bundesamt für Gesundheit, 2018).

Ein Grund für diese gesundheitlichen Ungleichheiten könnte der ungenügende Zugang zu Gesundheitsinformationen sein (Bundesamt für Gesundheit, 2018).

Da «benachteiligte Bevölkerungsgruppen» ein sehr umfangreicher Begriff ist, wurde entschieden, den Schwerpunkt auf Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen zu legen.

Von Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen werden Personen mit Migrationshintergrund oftmals als «schwer erreichbare Zielgruppe» beschrieben. Um deren Chancengleichheit zu stärken, müssen Zugangswege für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen dieser Zielgruppen besser erschlossen werden (Bundesamt für Gesundheit, 2017). Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen sind per se nicht vulnerabler als die Allgemeinbevölkerung. Möglicherweise erfahren sie jedoch strukturelle Benachteiligungen (Stix, 2012). Die Zielgruppe wird durch eine grosse Heterogenität geprägt. Somit darf nicht davon ausgegangen werden, dass sich die Benachteiligung auf alle Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen erstreckt (Stix, 2012).

Ende 2016 beläuft sich die Zahl von Personen mit Migrationshintergrund in der Schweiz auf mehr als zwei Millionen (Bundesamt für Statistik, o.J.). Die Mehrheit der ausländischen Bevölkerung stammt aus Europa und davon die Meisten aus EU-/EFTA-Staaten – konkret aus Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, Portugal und Spanien (Bundesamt für Statistik, 2018). Beispielsweise liegt die

Erwerbslosenquote von Personen ohne Migrationshintergrund bei 3%. Bei Personen mit Migrationshintergrund hingegen bei 8% (Kristensen, Rausa, & Heiniger, 2017). Bezüglich der höchst abgeschlossenen Ausbildung sind keine signifikanten Unterschiede zwischen der Migrationsbevölkerung und der schweizerischen Bevölkerung zu erkennen (Kristensen, Rausa, & Heiniger, 2017).

1.2 Begründung der Themenwahl und Eingrenzung des Themas

Die Autorin entschied sich für diese Thematik aufgrund ihres Praktikums beim Schweizerischen Roten Kreuz (SRK). Im Rahmen eines Auftrages des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) prüfte das SRK mittels Interviews mit Gesundheitsorganisationen, welche Zugangswege sich für die Informationsvermittlung für benachteiligte Zielgruppen bewähren. Die Resultate dieser Interviews fliessen nicht in diese Arbeit mit ein, so wie diese Bachelorarbeit keinen Einfluss auf den Auftrag des SRK ausübt. Dennoch können die wissenschaftlich begründeten Ergebnisse dieser Bachelorarbeit dem SRK einen praktischen Nutzen bringen.

In dieser Arbeit wird der Fokus auf Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen gelegt. Dieser Entscheid erfolgt im Hinblick darauf, dass diese Zielgruppe oftmals mit weiteren Benachteiligungen konfrontiert sein könnte. Zum Beispiel können Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen geringere Bildungschancen haben, von Armut betroffen, traumatisiert oder arbeitslos sein.

1.3 Relevanz für das Berufsfeld Gesundheitsförderung und Prävention

Möglicherweise haben Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund von strukturellen Zugangsbarrieren ungenügende Optionen, Leistungen im Bereich der GF&P in Anspruch zu nehmen (Sottas, Brügger, & Jaquier, 2016). Es ist wichtig zu sagen, dass viele Personen mit Migrationshintergrund, welche sozioökonomisch schlechter gestellt sind, durch die «normalen» Angebote gut erreicht werden. Bei einem Teil dieser Gruppe können jedoch verschiedene Zugangshürden die Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten verringern (Stix, 2012). Es handelt sich hierbei beispielsweise um Informationsdefizite bezüglich Kenntnissen von Angeboten und

Hilfeleistungen. Weiter können die Sprache bzw. fehlende Deutschkenntnisse eine Zugangsbarriere darstellen. Kulturelle Aspekte wie Schamschwellen im Umgang mit Krankheit oder höhere Leidensbereitschaft reduzieren die Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten ebenfalls. Mangelndes Vertrauen in unbekannte Einrichtungen, negative Erfahrungen mit Behörden, Angst vor Folgen bezüglich des Aufenthaltsrechts und strukturelle Zugangsbarrieren wie Gebühren, geografische Hindernisse, die Struktur des Angebots sowie Öffnungszeiten gelten als Zugangshürden für die Zielgruppe (Rüefli, 2015). Es sind noch weitere Probleme oder Herausforderungen der Gesundheitsförderung für benachteiligte Bevölkerungsgruppen bekannt. Beispielsweise können gesundheitliche Ungleichheiten durch «soziallageblinde Angebote» oder «Komm-Strukturen» vergrößert werden. Weiter besteht die Gefahr von Diskriminierung, Stigmatisierung oder Schuldzuweisung (Keba-Schönstein & Kilian, 2018).

Die erwähnten Zugangsbarrieren zeigen die Relevanz für GF&P auf. Um gesundheitliche Ungleichheiten in benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu mindern, muss diesen Zugangsbarrieren entgegengewirkt werden (Moreau-Gruet & Luyet, 2012). Ein Schritt in diese Richtung liegt in der Identifikation von Zugangswegen zu Gesundheitsinformationen.

Durch identifizierte Zugangswege und den geschaffenen Zugang zu Gesundheitsinformationen kann die Gesundheitskompetenz von Personen mit Migrationshintergrund in benachteiligten Lebenslagen gestärkt werden. Damit verbunden ist die Suche nach Gesundheitsinformationen, das Verstehen von Gesundheitsinformationen und die korrekte Anwendung von gefundenen und verstandenen Informationen (Sørensen, et al., 2015).

Probleme wie erhöhtes Risikoverhalten in Bezug auf die Gesundheit, die ungenügende Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie Verständigungsschwierigkeiten mit Gesundheitsfachpersonen könnten durch eine höhere Gesundheitskompetenz gemindert werden (Bundesamt für Gesundheit, 2018).

1.4 Einordnung in den fachlichen Kontext

Das BAG führte eine explorative Studie zu Zugangs- und Versorgungsschwierigkeiten sozial benachteiligter Menschen in der Schweiz durch. Durch Gespräche mit verschiedenen Fachexperten und Fachexpertinnen aus Bereichen der Gesundheitsversorgung konnten Lücken und allfälliger Handlungsbedarf zur Sicherstellung eines chancengleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung identifiziert werden. Genannte Zugangsbarrieren, um Angebote in Anspruch zu nehmen, sind beispielsweise fehlende finanzielle Mittel. Daher ist es wichtig, dass für benachteiligte Bevölkerungsgruppen und insbesondere für Kinder kostenlose Angebote zur Verfügung gestellt werden. Als Good-Practice Beispiel gilt der schulärztliche Dienst (Sottas, Brügger, & Jaquier, 2016).

Des Weiteren hat der Kanton Luzern ein Informationskonzept zum Austausch mit Migrantinnen und Migranten erstellt. Das Konzept zeigt die bestehenden Informationsmassnahmen auf Kantons- und Gemeindeebene. Dieses schliesst Kommunikationskanäle, um Zugewanderten Informationen zu vermitteln, mit ein. Als Hauptkanäle werden Begrüssungsanlässe, Informationsveranstaltungen oder der Einsatz von Schlüsselpersonen empfohlen (Kanton Luzern, 2015).

1.5 Problemstellung und Fragestellung

Im Kapitel 1.3 wird die Relevanz für das Berufsfeld betreffend die Zugangswege zu Gesundheitsinformationen umfassend aufgezeigt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen strukturellen Zugangsbarrieren zu Gesundheitsinformationen und -angeboten gegenüberstehen können. Dies wiederum kann zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen. Um die Chancengleichheit der adressierten Zielgruppe zu stärken, müssen Zugangswege für die Informationsvermittlung besser erschlossen werden (Bundesamt für Gesundheit, 2017).

Aufgrund der geschilderten Problemstellung lässt sich folgende Fragestellung ableiten: *Welche Zugangswege eignen sich, um Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen Gesundheitsinformationen zu vermitteln?*

1.6 Zielsetzung und erwarteter Nutzen

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, eine Erhebung über die Eignung der verschiedenen Zugangswege für die Erreichung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen durchzuführen. Diese Zugangswege werden durch eine systematische Literaturrecherche identifiziert und dadurch wissenschaftlich begründet.

Der persönlich erwartete Nutzen besteht hauptsächlich in der Vertiefung mit dem Thema Migration und sozialen Lebenslagen. Diese Bachelorarbeit bietet eine geeignete Möglichkeit für die Auseinandersetzung sowohl mit gesundheitlichen als auch soziologischen Themen und mit Aspekten der Kommunikation.

Für das SRK kann die Bachelorarbeit ebenfalls von praktischem Nutzen sein. Möglicherweise können durch diese Arbeit weitere Zugangswege identifiziert und wissenschaftlich begründet werden. Diese Zugangswege können anschliessend für die praktische Arbeit des SRK hilfreich sein.

1.7 Vorschau auf Inhalt und Struktur

Im theoretischen Hintergrund werden zentrale Begrifflichkeiten definiert und der relevante theoretische sowie empirische Wissensstand aufgezeigt. Zudem werden zwei Programme aus der Praxis vorgestellt.

Der Methodenteil umfasst das methodische Vorgehen. Es folgt die Präsentation der verwendeten Datenbanken, der definierten Schlagworte und der Ein- bzw. Ausschlusskriterien.

Im Ergebnisteil werden die methodischen Resultate präsentiert. Weiter werden die eingeschlossenen Studien beschrieben und bewertet. Es folgt eine Zusammenfassung der identifizierten Zugangswege.

Im Diskussionsteil erfolgt eine Vernetzung der eingeschlossenen Studien. Es folgt die Bezugnahme zur formulierten Fragestellung und zu den Modellen und Programmen aus dem theoretischen Hintergrund. Es werden settingbezogene Empfehlungen formuliert. Erkenntnisse aus der Theorie und aus der Praxis werden miteinander in Verbindung gebracht und die Limitationen dieser Bachelorarbeit vorgestellt.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Im letzten Teil werden Schlussfolgerungen formuliert und offene Fragen gestellt. Eine Zukunftsaussicht wird die Bachelorarbeit abschliessen.

2 Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend werden zentrale Begrifflichkeiten der Fragestellung erläutert sowie der wissenschaftliche und empirische Wissensstand aufgezeigt. Zudem werden zwei Programme aus der Praxis beschrieben.

2.1 Begriffsdefinitionen

Die Begriffe «Zugangsweg», «Zugangskanal» und «Informationskanal» werden in der Literatur selten erläutert (Mahmud, Olander, Eriksén, & Haglund, 2013). Daher werden sie in dieser Arbeit als Synonyme verwendet. Diese Ausdrücke beziehen sich auf den gesamten Übertragungsweg vom Sender zum Empfänger (Linder, 2005). Es handelt hierbei also nicht nur von der zu vermittelnden Botschaft, sondern auch davon, wie definierte Zielgruppen an solche Botschaften gelangen.

Wichtig zu sagen ist, dass es sich bei den genannten Begriffen nicht um Medien handelt. Unter einem Medium wird in der Kommunikationswissenschaft etwas Vermittelndes verstanden – konkret eine öffentliche Publikation mit journalistischen Vermittlungsleistungen (Scheufele, 2007). Mit Medien sind daher beispielsweise Flyer oder Broschüren gemeint. Zugangswege hingegen sind z.B. das Radio oder Mundpropaganda. Unter 2.2 wird die Problematik der Erreichung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen anhand eines Kommunikationsmodells aufgezeigt.

Der Begriff «Migration» stammt aus dem Lateinischen (migrare, «wandern», migratio «Wanderung») und meint in der Soziologie eine Abwanderung von Personengruppen an einen anderen Ort, welche einen dauerhaften Wohnortwechsel bedingt (Han, 2004). Es sind viele verschiedene Begriffsdefinitionen von Migrationsbevölkerung zu finden. Daher wird sich an der Definition vom Bundesamt für Statistik (BFS) orientiert.

Das BFS (o.J.) definiert Personen mit Migrationshintergrund folgendermassen:

Zur vom BFS definierten Gruppe der «Bevölkerung mit Migrationshintergrund» gehören Personen ausländischer Staatsangehörigkeit und eingebürgerte Schweizerinnen und Schweizer – mit Ausnahme der in der Schweiz Geborenen mit Eltern, die beide in der Schweiz geboren wurden – sowie die gebürtigen Schweizerinnen und Schweizer mit Eltern, die beide im Ausland geboren wurden.

Es wurde sich bewusst für den Begriff «Personen mit Migrationshintergrund» entschieden und nicht für «Migranten und Migrantinnen». Der auserwählte Begriff schliesst die zweite Generation einer Migration ein. Auch diese kann kulturelle Angewohnheiten aus deren Heimatland verinnerlicht haben, welche sich auf die Gesundheit auswirken (Bundesamt für Statistik, o.J.).

Es kann von freiwilliger und unfreiwilliger Migration gesprochen werden. Unter unfreiwilliger Migration wird der Vorgang verstanden, wenn eine Person aus deren Heimatland flüchten muss und als Asylsuchender oder Asylsuchende in einem neuen Staat aufgenommen wird (Staatssekretariat für Migration, 2017). Aufgrund der Komplexität wird in der vorliegenden Bachelorarbeit keine Unterscheidung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Migration vorgenommen.

Unter «Gesundheitsinformationen» werden Publikationen mit Informationen zu Gesundheit, Gesundheitsförderung, Prävention, Krankheit und zu Untersuchungs- oder Behandlungsmöglichkeiten verstanden. Weiter umfasst der Begriff Einrichtungen des Gesundheitswesens wie beispielsweise Kliniken, Arztpraxen oder Krankenkassen (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V., 2015). Gesundheitsinformationen werden mittlerweile nicht mehr nur durch das Gesundheitssystem vermittelt. Besonders aufgrund der Digitalisierung können sich Personen viele Gesundheitsinformationen über das Internet beschaffen. Dies bringt neue Herausforderungen mit sich, da die Qualität der Gesundheitsinformationen im Internet kaum überprüft werden kann (Dockweiler & Razum, 2015). Die Beurteilung von Informationen setzt eine hohe Gesundheitskompetenz der Zielgruppen voraus (Nebling, 2018). Neben dem Internet lassen sich Gesundheitsinformationen an vielen weiteren Orten wie z.B. in Medien, Büchern oder Apps finden.

Unter dem Begriff «Lebenslagen» werden äussere Bedingungen bezeichnet, die das Leben von Personen oder Gruppen beeinflussen. Es handelt sich um einen mehrdimensionalen Begriff, welcher immer mehrere Lebensbereiche zugleich umfasst (Engels, 2008). Da es sich beim Lebenslagenkonzept um einen wichtigen Ansatz in der Armutsforschung handelt, bildet es eine wichtige Grundlage für diese Bachelorarbeit. Unter 2.2 wird genauer auf das Lebenslagenkonzept eingegangen.

Innerhalb von benachteiligten Bevölkerungsgruppen gibt es mehrere Untergruppen, daher ist in der Literatur kaum eine einheitliche Definition des Begriffes zu finden. Abbildung 1 wurde vom BAG entwickelt und zeigt Einflussfaktoren und Problemfelder der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Daraus können verschiedene benachteiligte Bevölkerungsgruppen abgeleitet werden.

Es handelt sich hierbei um (Bundesamt für Gesundheit, 2017):

- Armutsbetroffene
- Arbeitslose
- Sozialhilfebeziehende
- Personen ohne nachobligatorischen Bildungsabschluss
- Personen im Freiheitsentzug
- Personen mit belastender Migrationsgeschichte
- Personen mit wenigen Kenntnissen einer Landessprache
- Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus
- Personen mit mangelnder Integration

Oftmals zeichnen sich benachteiligte Bevölkerungsgruppen durch einen tieferen sozioökonomischen Status aus (Bundesamt für Gesundheit, 2017). Mit dem Begriff «Benachteiligung» sind grundsätzlich gesellschaftliche Faktoren gemeint, welche Ungleichheiten auslösen können (Ammann & Gross, 2011).

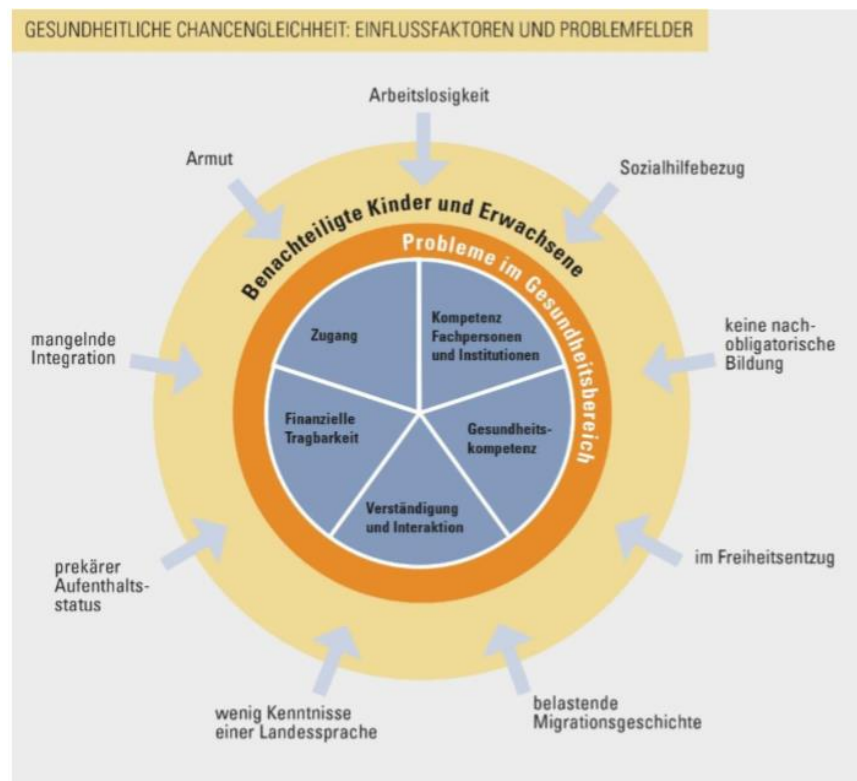


Abbildung 1. Gesundheitliche Chancengleichheit: Einflussfaktoren und Problemfelder (Bundesamt für Gesundheit, 2017)

2.2 Theoretischer und empirischer Wissensstand

In der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts führte Otto Neurath den Begriff «Lebenslage» in die Sozialwissenschaft ein. Der Begriff betont die Mehrdimensionalität aller Lebensumstände und deren Auswirkungen auf das Leben von Personen oder Gruppen (Neurath, 1931). Somit können durch den Lebenslagenansatz unterschiedliche Lebensverhältnisse beschrieben werden. Hierbei handelt es sich neben finanziellen Ressourcen und materiellen Lebensverhältnissen auch um Einflussfaktoren wie beispielsweise den Bildungsstand, die Beschäftigung bzw. Arbeitslosigkeit, soziale Netzwerke, Krankheit und Wohnsituation. Dennoch ist von Defiziten auszugehen, die durch finanzielle Mittel nicht aufgehoben werden können. Lebenslagen können z.B. durch einkommensunabhängige Faktoren wie Krankheit, Sucht und Pflegebedürftigkeit bestimmt werden (Engels, 2006).

Mit dieser Ausrichtung wurde in den 80er und 90er Jahren der Lebenslagenansatz in der Armutforschung aufgegriffen (Voges, Jürgens, Mauer, & Meyer, 2003). Dadurch werden Armutsmessungen, die sich am Einkommen orientieren, durch weitere Bereiche erweitert. Dabei handelt es sich um die oben genannten Punkte wie Erwerbstätigkeit, Bildung, Gesundheit, Wohnqualität usw. (Engels, 2008). Innerhalb des Lebenslagenkonzeptes begrenzt sich der Begriff «Armut» also nicht nur auf Einkommensarmut, sondern auf mehrdimensionale Unterversorgungslagen.

Das Kommunikationsmodell nach Shannon und Weaver bietet eine gute Grundlage, um die theoretische Problematik der Zugangswege zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen darzulegen.

Das aus den 1940er Jahren stammende Kommunikationsmodell von Claude E. Shannon und Warren Weaver behandelt ausschliesslich die Übertragung und den Empfang von Botschaften und nicht deren Bedeutung. Der Beginn des Kommunikationsprozesses ist eine Informationsquelle – also ein Sender. Dieser übermittelt eine Nachricht in Form von Signalen mit Hilfe eines Sendegeräts bzw. einem Kodierer. Diese Signale werden in einem spezifischen Kanal übertragen und anschliessend vom Empfänger dekodiert (Röhner & Schütz, 2016). Zur Veranschaulichung zeigt die

untenstehende Abbildung 2 die zentralen Elemente des Kommunikationsmodells nach Shannon und Weaver.

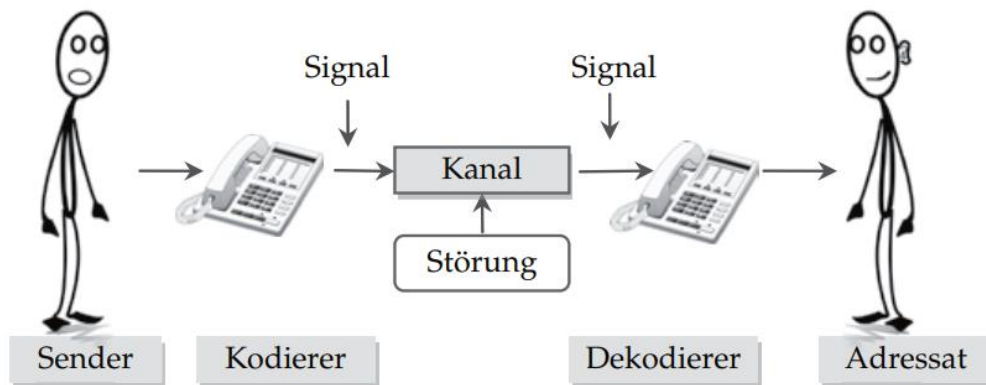


Abbildung 2. Elemente der Kommunikation nach Shannon und Weaver (Röhner & Schütz, 2016)

Das Problem bei der Erreichung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen besteht darin, dass sie oftmals keinen Zugang zu einem solchen Kanal haben, über welchen Gesundheitsinformationen vermittelt werden (Moret & Dahinden, 2009).

Nachfolgend eine kurze Beschreibung über Zugangswege der GF&P, um Migranten und Migrantinnen zu erreichen. Generell lassen sich in der Prävention zwei Zugangswege voneinander abgrenzen. Die passive Rekrutierung, auch «Komm-Struktur» genannt, meint die Einladung zur Teilnahme an Präventionsmassnahmen. Dies geschieht unter anderem durch Plakate oder Medieninformationen. Bei diesem Ansatz kann zugunsten von gesundheitsbewussten gesunden Frauen ein Selektionsbias entstehen. Die aktive Rekrutierung, also eine «Zugeh-Struktur», nimmt mit potentiellen Teilnehmenden eines präventiven Angebotes direkt Kontakt auf. Beispielsweise per Telefon oder Face-to-Face. Dieser Ansatz führt zu einer repräsentativeren und höheren Teilnahmequote an angebotenen Massnahmen, was wiederum relevant für deren Effektivität ist. Es muss jedoch beachtet werden, dass die Kosten einer aktiven Rekrutierung oftmals höher sind als diese einer passiven (Walter, Salzman, Krauth, & Machleidt, 2007).

2.3 Programme aus der Praxis

Im Jahr 2002 wurde vom Bund das nationale Programm «Migration und Gesundheit 2002 – 2007» lanciert. Basierend auf Evaluationsempfehlungen wurde ein Nachfolgeprogramm 2008 – 2013 erarbeitet und umgesetzt. Es folgte eine Verlängerungsphase 2014 bis 2017 (Bundesamt für Gesundheit, 2013).

Das Programm hatte grundsätzlich zum Ziel, die Gesundheit der Migrationsbevölkerung zu verbessern. Es wurde daher besonders für Personen mit niedrigem sozialem Status, mit einer ungenügenden Gesundheitskompetenz und für Personen, die damit verbundene gesundheitliche Probleme haben, konzipiert (Bundesamt für Gesundheit, 2002).

In folgenden vier Handlungsfeldern wurden Projekte erarbeitet und umgesetzt: GF&P, Bildung und Versorgung, interkulturelles Übersetzen, Forschung und Wissensvermittlung. Innerhalb der einzelnen Etappen wurden verschiedene Projekte umgesetzt (Bundesamt für Gesundheit, 2013). Die gesundheitliche Situation der Migrationsbevölkerung in der Schweiz sollte durch verschiedene Aktivitäten verbessert werden. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten stand im Vordergrund. Weiter förderte das Programm einen chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Verständigung zwischen Gesundheitsfachleuten und fremdsprachigen Patientinnen und Patienten sollte vorangebracht werden. Es wurden Aus- und Weiterbildungen für Gesundheitsfachpersonen zum Umgang mit Diversität sowie die Forschung zu gefährdeten Gruppen in der Migrationsbevölkerung gefördert (Bundesamt für Gesundheit, 2016).

Das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung der Universität Zürich (UZH) führte im Jahr 2015 eine Untersuchung durch, um feststellen zu können, welche Faktoren den Erfolg von Tabakpräventionsmassnahmen bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen begünstigen. Mit einer Literaturrecherche und dem Einbezug von Fachpersonen wurden Erfolgsfaktoren für die Prävention des Tabakkonsums bei benachteiligten Gruppen identifiziert. Die Ergebnisse zeigten, dass übergreifende Programme, welche Tabakprävention bei Angeboten von anderen Gesundheitsförderungsthemen – beispielsweise Bewegung und Ernährung – einbetten, erfolgsversprechend sind. Zudem ist ein kostenloser oder zumindest kostengünstiger Zugang zu

Angeboten der Prävention von grosser Bedeutung, um benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreichen zu können. Eine fortlaufende Evaluation von Massnahmen sowie eine kontinuierliche Anpassung bei Veränderungen der adressierten Zielgruppe oder der Strukturen ist empfehlenswert (Maier & Salis Gross, 2015).

Es kann gesagt werden, dass benachteiligte Bevölkerungsgruppen bereits im frühen Stadium einer Projektplanung identifiziert und partizipativ miteinbezogen werden sollen. Eine weitere Empfehlung liegt beim Ansatz des Empowerments. Obwohl benachteiligte Bevölkerungsgruppen möglicherweise über geringe Ressourcen verfügen, soll dennoch auf dieses vorhandene Potenzial fokussiert werden (Maier & Salis Gross, 2015).

3 Methode

Um die formulierte Fragestellung zu beantworten, wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Durch den Einbezug von verschiedenen Quellen lassen sich mehrere Zugangswege wissenschaftlich begründen, wodurch vielfältige Resultate erhofft werden.

Es folgt die Präsentation des methodischen Vorgehens mit den verwendeten Datenbanken, den definierten Schlagworten und den Ein- bzw. Ausschlusskriterien.

3.1 Beschreibung des Vorgehens

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen bei der systematischen Literaturrecherche beschrieben.

Verwendete Datenbanken

Durch Lesen der Beschreibungen von Datenbanken erfolgte die Auswahl für vier Datenbanken aus verschiedenen Fachrichtungen.

In CINAHL complete ist eine grosse Auswahl an Veröffentlichungen von Zeitschriften aus den Bereichen Pflege und Gesundheitswesen zu finden (EBSCO, 2018).

Die Datenbank Medline enthält Referenzen von Artikeln aus verschiedenen medizinischen Bereichen, unter anderem vom Gesundheitswesen. Die Hauptkomponente für die Datenbank PubMed ist Medline (U.S. National Library of Medicine, 2006). Daher wurden diese beiden Datenbanken nicht getrennt voneinander genutzt.

IBSS – International Bibliography of the Social Sciences – ist eine Bibliographie mit Nachweisen und Artikeln aus den Sozialwissenschaften. Die Hauptkomponente der Datenbank Social Services Abstracts ist IBSS (ProQuest, o.J.). Diese beiden Datenbanken wurden daher ebenfalls zeitgleich genutzt.

Als letztes wurde die Datenbank Communication Source gewählt. Sie enthält Informationen zu Massenmedien, Kommunikationstheorien und Linguistik (EBSCO, o.J.).

Schlagworte

Nach der Auswahl der Datenbanken wurden zentrale Begriffe der Fragestellung, Synonyme, Übersetzungen und Keywords definiert. Weiter wurde nach verschiedenen

Suchbegriffen innerhalb der Datenbanken gesucht. Diese sind in der nachfolgenden Tabelle 1 zu finden.

Tabelle 1.
Schlagworte und Suchbegriffe

Aspekte der Fragestellung	Synonyme	Englische Übersetzungen/Keywords	Suchbegriffe (CINAHL Headings, Thesaurus, MeSH)
Zugangswege	Informationskanäle, Zugangskanäle, Kommunikationskanäle, Kommunikationswege	information channel, access, access path, access channel, communication channel	access to information, distribution channels, health care access, communications media
Personen mit Migrationshintergrund	Einwanderer und Einwanderinnen, Zuwanderer und Zuwanderinnen, Immigranten und Immigrantinnen	migrant, immigrant, refugee, asylum seeker	immigrant, immigrants
sozioökonomisch benachteiligte Lebenslagen	Armut, bildungsfern, arbeitslos, sozialer Status, soziale Lage, sozioökonomischer Status	poverty, poorness, uneducated, unemployed, social standing, socioeconomic status	poverty, socioeconomic factors, social class, unemployment
Gesundheitsinformationen	Gesundheitsempfehlungen, Gesundheitshinweise	health information, health recommendation, health note, health	health information, health, health communication, public health informatics

Weitere Informationen können der Tabelle 5: Rechercheprotokoll im Anhang entnommen werden.

Suchstrategie

Mit den definierten Schlagworten und Suchbegriffen wurden durch Trunkierungen und Bool'sche Operatoren mehrere Syntaxen gebildet und in den ausgewählten Datenbanken nach Literatur gesucht.

Im Anhang in der Tabelle 6 sind die Anzahl Treffer zu den formulierten Syntaxen zu finden.

Ein- und Ausschlusskriterien

Anhand der Ein- und Ausschlusskriterien, welche in Tabelle 2 zu finden sind, wurden die erzielten Suchergebnisse beurteilt.

Tabelle 2.
Definierte Ein- und Ausschlusskriterien

Nr.	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
1	Seriöse Quellen	Unseriöse Quellen	In die systematische Literaturrecherche werden nur seriöse Quellen eingeschlossen, um die Wissenschaftlichkeit gewährleisten zu können.
2	Informationskanäle, um Personen mit Migrationshintergrund Gesundheitsinformationen zu vermitteln	Andere Thematik als die Vermittlung von Informationen – z.B. die Nutzung von Therapien in verschiedenen Bevölkerungsgruppen	Da es in der Bachelorarbeit von Zugangswegen handelt, werden Publikationen, bei denen eine andere Thematik im Vordergrund steht, ausgeschlossen.
3	Studien aus der Schweiz oder vergleichbaren Ländern (Skandinavien, Deutschland, Österreich, USA usw.)	Studien aus Entwicklungsländern und anderen, nicht vergleichbaren Ländern (z.B. Osteuropa, Südamerika usw.)	Die Resultate von eingeschlossenen Publikationen müssen auf die Schweiz übertragen werden können.
4	Studien, die nach dem Jahr 2005 veröffentlicht wurden	Studien, die vor dem Jahr 2005 veröffentlicht wurden	Aufgrund des schnellen Wandels (besonders im Bereich der digitalen Medien) werden nur Publikationen, die nach dem Jahr 2005 publiziert wurden, eingeschlossen.
5	Zielgruppe: Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen	Andere Zielgruppen: Menschen ohne Migrationshintergrund, nicht in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen	Die eingeschlossenen Publikationen müssen von der definierten Zielgruppe handeln.
6	Erkennbare Ansätze von Informationskanälen für die Erreichung von Personen mit Migrationshintergrund	Rein medizinische Thematik, keine Ansätze von Informationskanälen erkennbar	Publikationen, die den Fokus auf medizinische Themen legen und nicht auf Kommunikationsaspekte, werden nicht in die Arbeit eingeschlossen.
7	Volltext verfügbar	Volltext nicht verfügbar	Das Budget von 50.- für Literatur muss eingehalten werden. Daher werden vor allem Publikationen eingeschlossen, bei denen der Volltext kostenlos zur Verfügung steht.
8	Publikationen in deutscher oder englischer Sprache	Publikationen in anderen Sprachen	Es werden nur Publikationen in die Recherche miteinbezogen, von welchen die Sprache verstanden wird.

In einigen Datenbanken konnten durch Filterfunktionen bereits mehrere Ein- und Ausschlusskriterien beachtet werden, wodurch sich die Anzahl Treffer teilweise stark reduziert hat.

3.2 Identifikation von relevanten Publikationen

Um einen Überblick zu verschaffen, wurden während der Recherche jeweils die Titel und Abstracts der erzielten Suchresultate gelesen. Anhand der Ein- und Ausschlusskriterien konnten dadurch bereits viele Publikationen ausgeschlossen werden. Anschließend wurden die eingeschlossenen Publikationen gelesen, wobei der Einleitung, den Resultaten und dem Diskussionsteil besondere Aufmerksamkeit galt. Durch das Vergleichen von Studien konnte gesehen werden, welche Publikationen nützliche Ergebnisse in einer guten Qualität liefern. Im letzten Schritt wurden die verbliebenen Studien kritisch gelesen.

3.3 Auswahl an Publikationen

Bei den eingeschlossenen Publikationen handelt es sich um Studien, welche in Fachjournalen veröffentlicht wurden. Oftmals wollen diese Studien der Fachwelt verschiedene mögliche Zugangswege und deren Qualität aufzeigen.

Da mit der Suche in Datenbanken genügend geeignete Resultate gefunden werden konnten, wurde in der systematischen Literaturrecherche auf graue Literatur verzichtet. Es wurden quantitative sowie qualitative Studien eingeschlossen. Aufgrund von unpassenden Themen konnten keine Literaturreviews in die Arbeit miteinbezogen werden.

3.4 Bewertung der Qualität der Publikationen

Quantitative Studien wurden anhand des Leitfadens «Guidelines for Critical Review Form – Quantitative Studies» von Law, et al. (1998) überprüft. Für die Überprüfung der Qualität von qualitativen Studien wurde die Checkliste «COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist» von Tong, Sainsbury und Craig (2007) verwendet.

Beide gewählten Arbeitsinstrumente wurden als sinnvoll erachtet. Durch die Checklisten mit verschiedenen Fragestellungen konnten die Vorgehensweisen sehr genau

beurteilt werden. Es ist sinnvoll, für qualitative und quantitative Studien unterschiedliche Instrumente zu nutzen, die gezielt auf diese beiden Methoden zugeschnitten sind. Bei Instrumenten, die eine zeitgleiche Beurteilung von verschiedenen Methoden ermöglichen, besteht die Gefahr, dass wichtige Aspekte ausser Acht gelassen werden. Obwohl das Arbeitsinstrument von Law, et al. (1998) nicht auf die GF&P ausgelegt ist, ist es auch in dieser Profession anwendbar.

Die Beurteilung der Qualität der Studien erfolgt unter 4.2.

4 Ergebnisse

Im folgenden Ergebnisteil werden die methodischen Resultate der systematischen Literaturrecherche aufgezeigt. Darauf folgt die Präsentation der eingeschlossenen Studien der Recherche sowie der identifizierten Zugangswege.

4.1 Methodische Resultate

Wie Abbildung 3 zeigt, erzielt die Recherche 290 Treffer. Durch das Lesen von Titeln und Abstracts wurden 251 Publikationen ausgeschlossen (Tabelle 7). Bei den 39 eingeschlossenen Publikationen handelt es sich um 19 Duplikate. Viele Treffer schieden aufgrund der definierten Ausschlusskriterien aus. Oftmals ist das Publikationsland und -jahr oder die Zielgruppe unpassend. Von den 20 eingeschlossenen Treffern wurden jeweils die Einleitungen, die Resultate und die Diskussionen gelesen (Tabelle 8). Dadurch mussten zehn weitere Publikationen ausgeschlossen werden. Die zehn verbleibenden Publikationen wurden kritisch gelesen (Tabelle 9). Schlussendlich wurden vier Publikationen definitiv in diese Arbeit eingeschlossen. Die Thematik Zugangswege wird bei den 16 ausgeschlossenen Titeln kaum beachtet und steht nicht genügend im Fokus. Viele Studien stellen zwar Zugangskanäle vor, diese werden jedoch selten evaluiert. Es kann nicht gesagt werden, ob sich diese Kanäle tatsächlich bewähren, wodurch diese Studien nicht in die Arbeit miteinbezogen werden können. Weitere Informationen können dem Anhang I: Rechercheprotokoll entnommen werden.

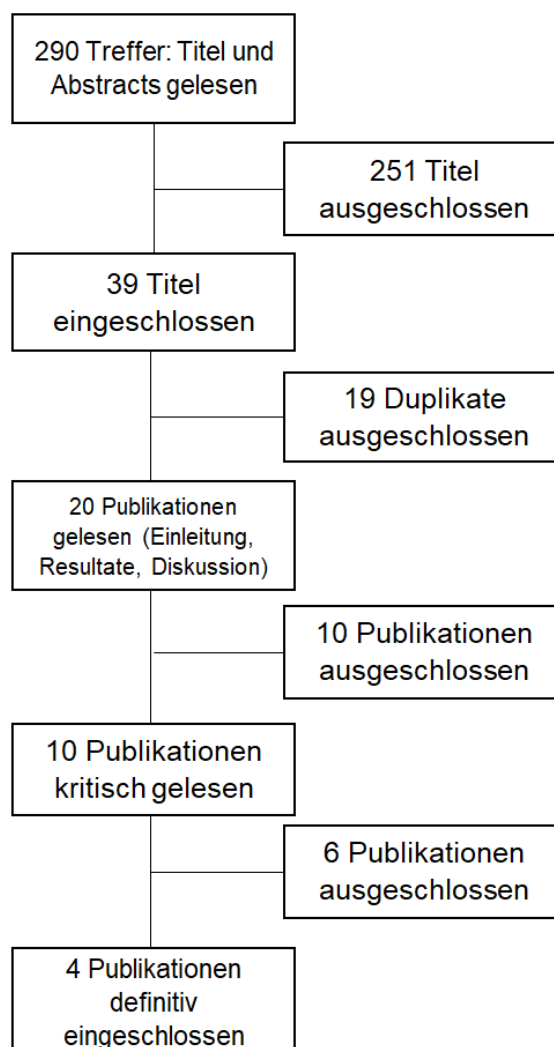


Abbildung 3. Flussdiagramm der Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Die Mehrheit der eingeschlossenen Publikationen stammt aus den USA (n=3). Eine Studie ist aus Amsterdam, den Niederlanden. Bei den Publikationen aus den USA stehen Latinoimmigranten und Latinoimmigrantinnen oder Personen aus dem Nahen Osten im Fokus. Die Zielgruppe der Studie aus Amsterdam sind Frauen, die von ehemaligen Kolonien der Niederlande stammen.

Bei den eingeschlossenen Publikationen handelt es sich um zwei Studien, welche ihre Daten qualitativ erheben. Die Erhebungen erfolgen anhand von Interviews oder Fokusgruppen. Eine Studie erhebt ihre Daten quantitativ durch Fragebögen. Eine weitere Studie erhebt Daten in Anlehnung an den Mixed-Methods-Ansatz durch Fokusgruppen und Fragebögen.

4.2 Studien im Detail

Die nachfolgende Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die vier eingeschlossenen Studien. Darauf folgt eine detaillierte Beschreibung der eingeschlossenen Publikationen und die Beurteilung deren Qualität.

Im Anhang II: Zusammenfassungen und Bewertungen der vier eingeschlossenen Studien sind ausführlichere Zusammenfassungen und Bewertungen der vier eingeschlossenen Studien zu finden.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Tabelle 3.
Zusammenfassung der eingeschlossenen Studien

	Titel, Autoren, Publikationsland und -jahr	Thema	Zielgruppe	Design	Informationskanäle	Kernaussagen
A	Evaluation of a Tuberculosis Education Video Among Immigrants and Refugees at an Adult Education Center: A Community-Based Participatory Approach: Wieland, Mar L.; Nelson, Jonathan; Palmer, Tiffany; O'Hara, Connie; Weis, Jennifer A.; Nigon, Julie A.; Sia, Irene G. USA, 2013	Tuberkulose betrifft viele Einwandernde und Flüchtlinge in den USA. Die Forschenden wählen einen partizipativen Ansatz, um ein Video zur Tuberkuloseaufklärung in Schulen zu entwerfen und zu bewerten.	Migranten/Migrantinnen und Flüchtlinge in Erwachsenenbildungszentren in den USA. N=169 (Evaluation)	Vorher-Nachher-Design: In den Jahren 2008 – 2009 werden zehn Fokusgruppen mit erwachsenen Lernenden und Mitarbeitenden durchgeführt, um die Wahrnehmung von TB in dieser Bevölkerungsgruppe zu bewerten. In einer Befragung durch Fragebögen nach der Veröffentlichung des Videos wird dieses evaluiert.	Erwachsenenbildungszentren	Erwachsenenbildungszentren, die grosse Einwanderer- und Flüchtlingspopulationen bedienen, können ausgezeichnete Orte für die TB-Aufklärung sein. Ein Video kann als wirksames Instrument für die Gesundheitsaufklärung in diesen Populationen dienen. Darüber hinaus verbessert ein partizipativer Ansatz bei der Gestaltung von Gesundheitserziehungsmaterialien die Wirksamkeit dieser Instrumente. Der Fokus liegt auf der Evaluation des Videos.
B	Cancer Information Disparities Between U.S.- and Foreign-Born Populations: Zhao, Xiaoquan USA, 2010	Diese Studie möchte die Nutzungsmuster von Krebsinformationen bei im Ausland geborenen Personen im Vergleich zu in den USA geborenen Personen untersuchen. Zudem werden die Auswirkungen dieser Disparitäten auf die Gesundheit untersucht.	In den USA lebende Personen, die im Ausland geboren wurden. N=563 Kontrollgruppe (Personen, die in den USA geboren wurden) N=4830	Querschnittstudie: Die verwendeten Daten stammen aus der 2005 Health Information National Trends Survey. Der Fragebogen fordert die Befragten auf, über ihre Nutzung und Präferenz für Gesundheitsinformationen in verschiedenen Kanälen zu berichten. Es folgt die Beurteilung der persönlichen und familiären Vorgeschichte von Krebs und der Suche nach Krebsinformationen.	Ärzte und Ärztinnen, Familienangehörige oder Freunde und Freundinnen, Zeitungen, Magazine, Radio, Internet, TV, Telefon	Die Studie ergibt ein relativ klares Bild der Unterschiede, mit denen die in den Vereinigten Staaten lebenden Einwandernde konfrontiert sind. Obwohl Regierungsbehörden, Gesundheitsorganisationen und Interessengruppen zunehmende Anstrengungen unternehmen, um Krebsinformationen an die breite Öffentlichkeit zu bringen, haben im Ausland geborene Personen Schwierigkeiten beim Zugang zu Informationen und bei deren Nutzung. Viele der in dieser Studie gefundenen Unterschiede werden in der Krebskommunikation entdeckt. Dies deutet darauf hin, dass der geringere Zugang zu Krebsinformationen unter Einwandernden Gründe hat, die über sozioökonomische Unterschiede hinausgehen.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Nr.	Titel, Autoren, Publikationsland und -jahr	Thema	Zielgruppe	Design	Informationskanäle	Kernaussagen
C	Information Channels Associated with Awareness of Human Papillomavirus Infections and Vaccination among Latino Immigrants from Safety Net Clinics: Mueller, Noel T.; Noone, Anne-Michelle; Luta, Gheorge; Wallington, Sherrie Flynt; Huerta, Elmer E.; Mandelblatt, Jeanne S. USA, 2011	Die Studie berichtet über Informationskanäle, die mit dem Bewusstsein für das humane Papillomavirus (HPV) bei den mittel- und südamerikanischen Latinos verbunden sind.	Lateinamerikaner und Lateinamerikanerinnen, die älter als 21 Jahre sind und Safety Net Clinics besuchen N=1334	Qualitative Interviews: Spanischsprachige Interviewer und Interviewerinnen mit Umfrageerfahrung führen das persönliche strukturierte 30-minütige Interview; 99% wurden auf Spanisch durchgeführt.	Safety Net Clinics, spanischsprachiger TV, Internet, Radio, Magazine, Zeitungen	Etwas weniger als die Hälfte dieser Bevölkerung hat von HPV oder seinem Impfstoff gehört. Die führende Informationsquelle, welcher vertraut wird, sind spanischsprachige Fernsehsendungen. Diejenigen, die Medien oft für Gesundheitsinformationen nutzen, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, über HPV Bescheid zu wissen, als diejenigen, die Medien weniger häufig benutzen. Die Studie findet heraus, dass Internetzugang, höher Selbstwirksamkeit und häufigere Suche nach Informationen mit dem Bewusstsein für HPV verbunden sind.
D	Is channel segmentation necessary to reach a multiethnic population with weight-related health promotion? An analysis of use and perception of communication channels: Hartmana, Marieke A.; Nierkens, Vera; Cremer, Stephan W.; Verhoeff, Arnoud; Stronks, Karien Niederlande, 2015	Die Studie erforscht Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Nutzung und Wahrnehmung von Kommunikationskanälen für den Zugang zu gewichtsbezogener Gesundheitsförderung bei Frauen in drei ethnischen Minderheiten.	Immigrantinnen aus Ghana, Antillen/Aruba und Suriname N=48	Acht ethnisch homogene Fokusgruppen mit vier bis zehn Frauen: zwei Fokusgruppen mit ghanaischen Frauen, drei mit surinamischen Frauen und drei mit Frauen von Antillen/Aruba. Es werden semistrukturierte Fragen verwendet.	Communities, Schlüsselpersonen, Gesundheitsfachpersonen, Schwangerschaftskurse, Kinderspitäler, Physiotherapie, Psychologen und Psychologinnen, Medien, TV, religiöse Einrichtungen, Events, Peers, Mundpropaganda, Medien der Migrationsbevölkerung	Drei ethnische Minderheitsgruppen unterscheiden sich in ihrer Nutzung ethnisch spezifischer Kanäle und in ihrer Wahrnehmung der Glaubwürdigkeit der Kanäle. Um multiethnische Frauengruppen mit gewichtsbezogener Gesundheitsförderung gleichermassen zu erreichen, scheinen ausgeprägte Kommunikationskanäle erforderlich zu sein. Segmentierungskriterien neben der Ethnizität, wie z.B. lokale Sprachkenntnisse und Zeit seit der Migration, sind eine weitere Untersuchung wert.

4.2.1 Studie A: Wieland, et al., 2013

In den USA sind Personen mit Migrationshintergrund überproportional von Tuberkulose (TB) betroffen. Nach der Ankunft in den Vereinigten Staaten besuchen viele dieser Personen Erwachsenenbildungszentren. Wieland, et al. (2013) wählen einen partizipativen Ansatz, um ein Video zur TB-Aufklärung in einem solchen Setting zu konzipieren und zu evaluieren. Um die Inhalte des Videos zu entwickeln, führen die Forschenden Fokusgruppen mit erwachsenen Lernenden und deren Lehrpersonen durch. Für die Evaluation des Videos werden Lernende und Lehrpersonen mit einem Fragebogen befragt. Das Wissen und die Selbstwirksamkeit in Bezug auf TB werden vor und nach dem Betrachten des Videos evaluiert. Insgesamt bewerten 159 Lernende (94%) das Video als sehr gut. Das Wissen über TB hat sich nach dem Anschauen des Videos verbessert, ebenso wie die tuberkulosebedingte Selbstwirksamkeit. An der Evaluation nehmen 169 Schüler und Schülerinnen teil. Dabei handelt es sich bei 65% um Frauen. Mit 25% liegt der grösste Anteil bei den 25 bis 34-Jährigen. 25% der Teilnehmenden sind in Lateinamerika geboren und 46% im Nahen Osten. Die sozioökonomische Lage der Teilnehmenden wird von einer starken Diversität geprägt. Erwachsenenbildungszentren, die Personen mit Migrationshintergrund betreuen, können ausgezeichnete Orte für die Gesundheitsaufklärung sein. Des Weiteren ist ein Video ein wirksames Instrument zur Aufklärung dieser Bevölkerungsgruppen. Darüber hinaus verbessert ein partizipativer Ansatz bei der Gestaltung von Gesundheitsaufklärungsmaterialien die Wirksamkeit der verwendeten Werkzeuge (Wieland, et al., 2013).

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang in der Tabelle 10 zu finden.

Bewertung der Qualität der Studie

Obwohl es sich um einen Mixed-Methods-Ansatz handelt, wird die Studie von Wieland, et al. (2013) anhand des Leitfadens «Guidelines for Critical Review Form – Quantitative Studies» von Law, et al. (1998) beurteilt. Dies mit der Begründung, dass der Fokus der Studie auf der Evaluation des TB-Videos liegt und diese quantitativ erfolgt. Der Zweck der Studie und die Begründung für die Durchführung der Studie sind klar aufgezeigt. Weiter ist die gewählte Methode für die erhofften Ergebnisse

geeignet. Dennoch können langfristige Effekte eines solchen TB-Aufklärungsvideos nicht beurteilt werden. Des Weiteren gibt es in der Studie keine Kontrollgruppe. Dadurch ist nicht klar, ob TB-Aufklärungsvideos per se bessere Resultate erzielen als herkömmliche TB-Aufklärungsmethoden. Die Stichprobe für die Evaluation des Videos ist mit 169 Teilnehmenden eher klein. Hingegen handelt es sich bei der partizipativen Entwicklung mit rund 2600 Teilnehmenden um eine bedeutend grössere Stichprobe. In der Studie wird der Vorgang der Zusammenstellung der Stichprobe nicht dargelegt. Bei der Evaluation werden andere Personen befragt als bei der Entwicklung des Videos. Mehrere Ergebnisse sind statistisch signifikant. Zur Validität oder Reliabilität der Ergebnisse nehmen die Forschenden jedoch keine Stellung. Der Aufbau der Studie entspricht der Struktur einer wissenschaftlichen Arbeit, obwohl der Abschnitt «theoretischer Hintergrund» nicht explizit genannt wird. Auch in der Schweiz gibt es Erwachsenenbildungszentren für Personen, die neu in der Schweiz sind. Daher können die Resultate auf die Schweiz übertragen werden. Abschliessend kann gesagt werden, dass diese Studie eine gute Qualität aufweist und daher zwingend in diese Literaturrecherche miteinbezogen werden muss. Die ausführliche Bewertung dieser Studie ist im Anhang in der Tabelle 11 zu finden.

4.2.2 Studie B: Zhao, 2010

Die Gesundheit von Einwanderern und Einwanderinnen ist ein wichtiger Bestandteil der amerikanischen öffentlichen Gesundheit. Jedoch ist über die Nutzung von Krebsinformationen durch Einwandernde relativ wenig bekannt. Anhand der Daten der 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS) untersucht die Studie von Zhao (2010) mögliche Unterschiede zwischen der im Ausland geborenen und der in den USA geborenen Bevölkerung in Bezug auf den Zugang zu Krebsinformationen. Rund 52% der 5586 Teilnehmenden sind weiblich. 31% sind zwischen 18 und 34 Jahren alt, während rund 49% älter als 45 Jahre sind. 30% haben einen High School Abschluss und 32% besuchten ein College, was jedoch nicht zwingend einen Abschluss bedingt. 70% der Teilnehmenden identifizieren sich als «weiss», 10% als «schwarz», 13% als «hispanisch» und 7% als «anders». Die Ergebnisse zeigen, dass im Ausland geborene Hispanoamerikaner und Hispanoamerikanerinnen eine kleinere Wahrscheinlichkeit aufweisen, als die in den USA Geborenen, nach

Krebsinformationen zu suchen. Im Vergleich zu den USA gebürtigen Personen sehen sich gebürtige Ausländer und Ausländerinnen bei der Suche nach Krebsinformationen grösseren Hindernissen gegenübergestellt. Zudem vertrauen sie teilweise weniger in wichtige Quellen von Gesundheitsinformationen. Die Ergebnisse dieser Studie erfordern eine stärkere Aufmerksamkeit von Forschung und Politik für die Herausforderungen, denen Einwanderer und Einwanderinnen beim Zugang zu Krebsinformationen gegenüberstehen. Es bedarf innovative und kulturell geeignete Strategien, um das Vertrauen und die Fähigkeiten der Einwanderer und Einwanderinnen in der Informationssuche zu stärken (Zhao, 2010).

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang in der Tabelle 12 zu finden.

Bewertung der Qualität der Studie

Die Bewertung der Qualität der Studie von Zhao (2010) erfolgt anhand des Leitfadens «Guidelines for Critical Review Form – Quantitative Studies» von Law, et al. (1998). Zu Beginn der Studie werden der Zweck als auch die Begründung der Durchführung der Studie nachvollziehbar beschrieben. Laut Zhao (2010) gibt es in diesem Bereich kaum evidenzbasierte Daten. Daher handelt es sich bei einer Querschnittstudie um ein geeignetes Forschungsdesign, um einen Überblick über die momentane Situation zu schaffen. Für eine nationale Studie handelt es sich um eine kleine Stichprobe und um eine tiefe Rücklaufquote. Das Auswahlverfahren und die Zusammensetzung der Stichprobe der nationalen Befragung wird umfassend beschrieben. Die Resultate der Studie sind nur teilweise signifikant. Ein möglicher Grund dafür ist, dass die Befragung nicht nur vom Zugang zu Krebsinformationen handelt, sondern weitere Themen beinhaltet. Zur Validität oder Reliabilität der Ergebnisse wird keine Stellung genommen. Obwohl das Gesundheitssystem der USA anders funktioniert als dieses der Schweiz, sind die Resultate einer Erhebung bezüglich des Suchverhaltens auf die Schweiz übertragbar. Die Qualität der Studie wird als gut angesehen. Die ausführliche Bewertung dieser Studie ist im Anhang in der Tabelle 13 zu finden.

4.2.3 Studie C: Mueller, et al., 2011

Die Studie von Mueller, et al. (2011) berichtet über Informationskanäle, die mit dem Bewusstsein für das humane Papillomavirus (HPV) der mittel- und südamerikanischen Latinoimmigranten und Latinoimmigrantinnen verbunden sind. In den Jahren 2007 – 2008 führen Forschende eine Umfrage mit 1334 hispanischen Personen (älter als 21 Jahre) in Safety Net Clinics durch. Safety Net Clinics sind sehr niederschwellig zugängliche Gesundheitsinstitutionen für Personen aus tiefen sozioökonomischen Schichten. 45% der Teilnehmenden der Befragung sind männlich. Mit 48% ist die Mehrheit der Teilnehmenden älter als 40 Jahre. 51% der Befragten absolvieren weniger als 12 Jahre schulische Ausbildung. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den USA liegt bei 11 Jahren. Logistische Regressionsanalysen bewerten Assoziationen mit dem Bewusstsein für HPV. 48% der Stichprobe sind HPV-Infektionen bekannt und 40% der Teilnehmenden kennen den Impfstoff. Spanischsprachige Fernsehsendungen (38%) und Gesundheitsinformationsanbieter (23%) sind die wichtigsten HPV-Informationsquellen. Das Infektionsbewusstsein ist mit der Internetnutzung und der Selbstwirksamkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, verbunden. Das Bewusstsein für Impfstoffe ist mit der Mediennutzung für das Erlangen von Gesundheitsinformationen und der Internetnutzung in Zusammenhang zu bringen. Die Ergebnisse zeigen, dass spanischsprachige Fernsehsender und Internet wirksame Kanäle für künftige Massnahmen sein können (Mueller, et al., 2011).

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang in der Tabelle 14 zu finden.

Bewertung der Qualität der Studie

Die Bewertung der Studie von Mueller, et al. (2011) erfolgt mit der Checkliste «COREQ Checklist» von Tong, Sainsbury und Craig (2007). Der Studie können keine Informationen zu den Forschenden, welche die Interviews durchführen, entnommen werden. Somit kann nicht festgestellt werden, in welcher Beziehung die Befragten und die Forschenden stehen. Aus der Studie kommt nicht hervor, auf welche theoretischen Grundlagen sie sich stützt. Hingegen wird klar dargestellt, wie die Stichprobe ausgewählt wird. Mit 1334 Teilnehmenden handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe, welche umfassend beschrieben wird. 10% der angefragten

Personen sind nicht bereit dazu, an der Studie teilzunehmen. In der Studie werden keine Gründe für die Ablehnung genannt. Das Setting, in welchem die Interviews stattfinden, wird verständlich umschrieben. Der Studie können nicht alle Informationen zur Datenerhebung entnommen werden. Es wird dargelegt, wie der Fragebogen entwickelt wird und wie lange die Interviews dauern. Bezüglich Feedbacks von der Zielgruppe zu den erhobenen Daten können keine Informationen erkannt werden. Die Datenanalyse wird lückenhaft beschrieben. Die Resultate weisen eine hohe Qualität auf, obwohl sie nicht auf Zitate der Interviews gestützt werden.

Das Setting «Safety Net Clinics» ist nicht direkt mit der Schweiz vergleichbar, da in der Schweiz kaum solche niederschweligen Gesundheitsinstitutionen existieren. Die Studie verfügt über eine ungenügende Qualität. Dennoch bringt die Studie viele Ergebnisse, welche sich auf die Thematik der Zugangswege und auf die definierte Zielgruppe übertragen lassen. Daher darf nicht auf diese Studie verzichtet werden. Die ausführliche Bewertung dieser Studie ist im Anhang in der Tabelle 15 zu finden.

4.2.4 Studie D: Hartmana, Nierkens, Cremer, Verhoeff, & Stronks, 2015

Ziel der Studie von Hartmana, et al. (2015) ist das Erforschen von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Nutzung von Kommunikationskanälen für den Zugang zu gewichtsbezogener Gesundheitsförderung bei Frauen in drei ethnischen Minderheiten in Amsterdam. Um dieses Ziel zu erreichen, führen Forschende mit 48 Frauen ghanaischer, antillischer/arubanischer oder afro-surinamischer Herkunft acht Fokusgruppen durch. Das durchschnittliche Alter der ghanaischen Frauen beträgt rund 43 Jahre, bei Frauen mit antillischer/arubanischer Herkunft rund 38 Jahre und 39 Jahre bei Frauen mit surinamischer Herkunft. Mit 26 Jahren ist die Aufenthaltsdauer in den Niederlanden der Frauen mit surinamischer Herkunft höher als diese der Frauen mit ghanaischer respektive antillischer/arubanischer Herkunft mit 14 bzw. 15 Jahren. Das Bildungsniveau der Frauen ghanaischer Herkunft ist tiefer als dieses der Frauen antillischer/arubanischer und surinamischer Herkunft. Die Teilnehmerinnen erwähnen vier Kanäle für den Zugang zu gewichtsbezogener Gesundheitsförderung. Dabei handelt es sich um regelmässige und traditionelle Gesundheitsversorgung, allgemeine oder ethnisch spezifische Medien, multiethnische und ethnische Treffen und zwischenmenschliche Kommunikation mit Kollegen und Kolleginnen in den

Niederlanden und mit Personen im Heimatland. Die Ergebnisse zeigen Unterschiede in der Kanalnutzung und -wahrnehmung zwischen den ethnischen Gruppen. Dies deutet auf die Notwendigkeit einer Kanalsegmentierung hin, um eine multiethnische Zielgruppe mit gewichtsbezogener Gesundheitsförderung zu erreichen (Hartmana et al., 2015).

Die ausführliche Zusammenfassung dieser Studie ist im Anhang in der Tabelle 16 zu finden.

Bewertung der Qualität der Studie

Die Bewertung der Studie von Hartmana, et al. (2015) erfolgt mit der Checkliste «COREQ Checklist» von Tong, Sainsbury und Craig (2007). Der Studie können viele Informationen über die niederländischen Forscherinnen, die die Fokusgruppen durchführen, entnommen werden. Vor den Fokusgruppen werden die Teilnehmenden über die Fokusgruppen und die laufende Studie angemessen aufgeklärt. Die Stichprobe besteht aus 48 Frauen. Hierbei stellt sich die Frage, ob eine solch kleine Stichprobe repräsentativ ist. Es wird klar ersichtlich, in welchem Rahmen die Fokusgruppen stattfinden und wie sich die Stichprobe zusammensetzt. Die Datenerhebung wird umfassend beschrieben. Hingegen wird die Datenanalyse eher lückenhaft aufgezeigt. Insbesondere wird nicht dargelegt, ob Teilnehmende Feedback zu den erhaltenen Resultaten geben können. Die Ergebnisse werden aussagekräftig präsentiert und durch Zitate untermauert. Die Struktur der Studie entspricht den Anforderungen an eine wissenschaftliche Arbeit. Generell handelt es sich bei der Studie um eine qualitativ hochwertige Studie.

Die ausführliche Bewertung dieser Studie ist im Anhang in der Tabelle 17 zu finden.

4.3 Zugangswege

In der nachfolgenden Tabelle 4 ist eine Übersicht der identifizierten Zugangswege der Studien zu finden.

Tabelle 4.
Übersicht der identifizierten Zugangswege

Studie	Zugangswege
Wieland, et al. (2013)	Erwachsenenbildungszentren
Zhao (2010)	Ärzte und Ärztinnen, Familienangehörige oder Freunde und Freundinnen, Zeitungen, Magazine, Radio, Internet, TV, Telefon
Mueller, et al. (2011)	Safety Net Clinics, spanischsprachiger TV, Internet, Radio, Magazine, Zeitungen
Hartmana, Nierkens, Cremer, Verhoeff, & Stronks (2015)	Communities, Schlüsselpersonen, Gesundheitsfachpersonen, Schwangerschaftskurse, Kinderspieltäler, Physiotherapie, Psychologen und Psychologinnen, Medien, TV, religiöse Einrichtungen, Events, Peers, Mundpropaganda, Medien der Migrationsbevölkerung

Die identifizierten Kanäle sind in drei Kategorien aufzuteilen. Dabei handelt es sich um die zwischenmenschliche Kommunikation, die Medien und die Gesundheitsversorgung. Unter den nachfolgenden drei Punkten werden die Kanäle beschrieben und die Anwendungsarten der Zugangswege aufgezeigt.

Zwischenmenschliche Kommunikation

Folgende Zugangswege werden der zwischenmenschlichen Kommunikation zugeordnet (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010):

- Erwachsenenbildungszentren
- Familienangehörige oder Freunde und Freundinnen
- Communities
- Schlüsselpersonen
- Religiöse Einrichtungen
- Peers
- Mundpropaganda

Die genannten Kanäle zeichnen sich alle durch die Interaktion eines Individuums mit anderen Menschen aus.

Erwachsenenbildungszentren bilden einen geeigneten Zugangsweg zu Migranten und Migrantinnen, da dort Personen an feste Strukturen dieser Organisationen gebunden sind (Wieland, et al., 2013). 70% der befragten Personen mit Migrationshintergrund vertrauen Krebsinformationen, die sie von Familienangehörigen oder von Freunden und Freundinnen erhalten. 59% der Befragten, die in den USA geboren sind, vertrauen Informationen von Angehörigen (Zhao, 2010). Durch Schlüsselpersonen innerhalb von Communities können Personen für die Teilnahme an einer Studie motiviert werden. Somit können Schlüsselpersonen und Communities geeignete Zugangswege zu Gesundheitsinformationen bilden (Hartmana, et al., 2015). Religiöse Einrichtungen haben eine grosse Reichweite, um beispielsweise Frauen mit ghanaischem Hintergrund in Amsterdam zu erreichen (Hartmana, et al., 2015). Frauen mit Migrationshintergrund tauschen sich mit Peers über Erfahrungen zu Gesundheit oder Gewichtsabnahme aus. Oftmals geschieht dies über Mundpropaganda (Hartmana, et al., 2015).

Medien

Nachfolgende Zugangswege werden der Kategorie «Medien» zugeordnet (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Zhao, 2010):

- Zeitungen
- Magazine
- Radio
- Medien der Migrationsbevölkerung
- Internet
- TV

Individuen beschaffen sich durch diverse Medien Informationen zu Gesundheitsthemen.

Laut Zhao (2010) vertrauen USA gebürtige Personen häufiger Informationen, die sie in Zeitungen, in Magazinen oder im Radio finden als Personen mit Migrationshintergrund. Das Vertrauen in Gesundheitsinformationen, welche im Internet gefunden

werden, ist bei Personen ohne Migrationshintergrund signifikant höher als bei Personen mit Migrationshintergrund (Zhao, 2010). Medien der Migrationsbevölkerung eignen sich für Prävention bei ethnischen Minderheiten (Hartmana, et al., 2015). Latinoimmigranten und Latinoimmigrantinnen, die Zugang zum Internet haben, Radio hören, TV schauen und Magazine oder Zeitungen lesen, wissen häufiger, was HPV ist als Personen, die diese Medien nicht nutzen (Mueller, et al., 2011).

Gesundheitsversorgung

Folgende Zugangskanäle sind der Gesundheitsversorgung zugehörig (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Zhao, 2010):

- Ärzte und Ärztinnen
- Safety Net Clinics
- Gesundheitsfachpersonen
- Ernährungsberatung
- Schwangerschaftskurse
- Kinderspitäler
- Physiotherapie
- Psychologen und Psychologinnen

Die aufgezählten Kanäle können aufgrund der Interaktion mit Institutionen oder Personen aus dem Gesundheitssystem der Gesundheitsversorgung zugeordnet werden. Latinoimmigranten und Latinoimmigrantinnen vertrauen tendenziell weniger in die Vermittlung von krebsbezogenen Gesundheitsinformationen durch Ärzte und Ärztinnen oder Gesundheitsfachpersonen als Personen, die in den USA geboren sind. Dieses Resultat ist jedoch nicht signifikant (Zhao, 2010). Safety Net Clinics werden nicht explizit als Zugangswege genannt, dennoch werden dort Gesundheitsinformationen benachteiligten Bevölkerungsgruppen vermittelt (Mueller, et al., 2011). Ethnische Minderheiten in Amsterdam nennen insbesondere Ärzte und Ärztinnen als auch Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen als Zugangswege für die gewichtsbezogene Gesundheitsförderung (Hartmana, et al., 2015). Zudem nennen Frauen antillischer Herkunft neben der öffentlichen Gesundheitsversorgung, Schwangerschaftskurse und Kinderkliniken als Zugangskanäle. Surinamische Frauen sehen

Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen oder Psychologen und Psychologinnen als geeigneten Zugangsweg zu gewichtsbezogenen Gesundheitsinformationen (Hartmana, et al., 2015).

5 Diskussion

Im Diskussionsteil erfolgt eine Vernetzung der eingeschlossenen Studien. Es folgt die Bezugnahme zur formulierten Fragestellung und zum theoretischen Hintergrund. Settingbezogene Empfehlungen werden aufgezeigt. Zudem werden Erkenntnisse aus der Theorie und aus der Praxis miteinander in Verbindung gebracht und die Limitationen der Bachelorarbeit vorgestellt.

5.1 Zusammenfassung der Resultate

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit Zugangswegen zu Gesundheitsinformationen für Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen auseinander. Durch die vier eingeschlossenen Studien der Literaturrecherche können 30 verschiedene Zugangskanäle identifiziert werden. Die Kanäle lassen sich der zwischenmenschlichen Kommunikation, den Medien und der Gesundheitsversorgung zuordnen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Orte, an denen grosse Einwanderer- und Flüchtlingspopulationen zu finden sind, geeignete Zugangswege darstellen. Dies sind z.B. Erwachsenenbildungszentren, Veranstaltungen und religiöse Einrichtungen (Hartmana, et al., 2015; Wieland, et al., 2013). Weiter kann ein partizipativer Ansatz bei der Gestaltung von Gesundheitserziehungsmaterialien die Wirksamkeit dieser Instrumente verbessern (Wieland, et al., 2013).

Besonders wirksam sind Zugangswege, welche den Zielgruppen vertraut sind. Dabei handelt es sich um Medien der Migrationsbevölkerung (z.B. spanischsprachige Fernsehsendungen) oder um deren Communities (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011). Des Weiteren spielt Internetzugang eine bedeutende Rolle bei der Beschaffung und Nutzung von Gesundheitsinformationen (Mueller, et al., 2011).

Ethnische Gruppen unterscheiden sich in der Nutzung von Zugangswegen. Auch die Wahrnehmung sowie die Glaubwürdigkeit gegenüber Kanälen kann zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen variieren. Dadurch scheint eine Segmentierung sinnvoll (Hartmana, et al., 2015).

Obwohl Regierungsbehörden, Gesundheitsorganisationen und Interessengruppen zunehmend Anstrengungen unternehmen, um beispielsweise Krebsinformationen an die breite Öffentlichkeit zu bringen, haben im Ausland geborene Personen

Schwierigkeiten beim Zugang zu Informationen und bei deren Nutzung. Verschiedene Faktoren deuten darauf hin, dass der geringere Zugang zu Krebsinformationen unter Einwandernden Gründe hat, die über sozioökonomische Unterschiede hinausgehen (Zhao, 2010).

5.2 Vernetzung der Resultate

Für die Vernetzung der Resultate werden sechs Kategorien erstellt. Es handelt sich um das Alter, das Geschlecht, die Nationalität, den Bildungsstand, die Aufenthaltsdauer und den sozioökonomischen Status.

Alter

Es stellt sich als schwierig heraus, die verschiedenen Altersgruppen der Teilnehmenden der eingeschlossenen Studien miteinander in Verbindung zu bringen. Das durchschnittliche Alter liegt in allen eingeschlossenen Studien bei über 30 Jahren (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Somit wird das jüngere Erwachsenenalter etwas ausser Acht gelassen. Möglicherweise eignen sich für Jugendliche und Kinder andere Zugangswege zu Gesundheitsinformationen als diese, die durch die eingeschlossenen Studien identifiziert werden.

Es ist daher wichtig, spezifische Kanäle für das jüngere Erwachsenenalter zu kennen, da diese Lebensphase bedeutend für die Entwicklung einer angemessenen Gesundheitskompetenz ist (Plaumann & Pawils, 2015). Bezüglich des Alters kann keine weitere Segmentierung vorgenommen werden (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Das Alter spielt jedoch eine entscheidende Rolle bei der Wahl und der Gestaltung eines Kanals.

Geschlecht

Die Stichproben aller eingeschlossenen Studien bestehen mehrheitlich aus Frauen (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). In den eingeschlossenen Studien wird nicht explizit auf eine Segmentierung bezüglich der Geschlechter eingegangen. Es ist vorstellbar, dass für Männer noch weitere oder andere Zugangswege geeignet sind.

Eine komplette Trennung zwischen den Geschlechtern sollte dennoch nicht vorgenommen werden. Durch eine Segmentierung fühlt sich möglicherweise kein Geschlecht genügend angesprochen (Caspari, 2007). Weiter kann nicht mehr nur zwischen den biologischen Geschlechtern Mann und Frau unterschieden werden. Zu diesem Aspekt nehmen die eingeschlossenen Studien keine Stellung (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Dennoch gibt es Zugangswege, welche geschlechterspezifisch gelten. Beispielsweise Gesundheitsfachpersonen wie Gynäkologen oder Gynäkologinnen.

Nationalität

Innerhalb der eingeschlossenen Studien können mehrere Nationalitäten identifiziert werden. Drei Studien berichten von Teilnehmenden mit mittel- und südamerikanischem Hintergrund (Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Resultate, die spezifisch auf diese Zielgruppe zurückzuführen sind, können teilweise auf die Migrationsbevölkerung der Schweiz übertragen werden. Es muss beachtet werden, dass der Anteil von lateinamerikanischen Migranten und Migrantinnen in den USA höher ist als in der Schweiz (Bundesamt für Statistik, o.J.). Die Studie von Hartmana, et al. (2015) bezieht sich auf die spezifische Zielgruppe der Frauen, welche aus ehemaligen Kolonien der Niederlande stammen. Dabei handelt es sich um eine sehr präzise Definition, wodurch die Resultate kaum auf die Schweiz übertragen werden können. In der Studie von Wieland, et al. (2013) stammen 46% der Teilnehmenden aus dem Nahen Osten. Diese Zielgruppe lässt sich besser auf die Schweiz übertragen, da deren Reisewege in die Schweiz bedeutend kürzer sind als diese der Frauen aus ehemaligen niederländischen Kolonien und der Lateinamerikaner und Lateinamerikanerinnen.

Schlussendlich kann gesagt werden, dass die Nationalität Unterschiede bei der Wahl des Kanals aufweist. Bei der Kanalnutzung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen kann es kulturelle Unterschiede geben. Zum Beispiel sind in südländischen Kulturen Zugangswege der zwischenmenschlichen Kommunikation, insbesondere die Mundpropaganda, weitverbreitet (Parlar, Färber, Arslan, & Köhnen, 2008). Bei einer Segmentierung nach Nationalität dürfen sprachliche Differenzen nicht ausser Acht gelassen werden.

Bildungsstand

Wieland, et al. (2013) führen ihre Studie in Erwachsenenbildungszentren durch. Es ist davon auszugehen, dass das Bildungsniveau in einem solchen Setting eher tief ist – zumindest, was die Sprachkenntnisse des Einwandererlandes der Teilnehmenden betrifft. Dennoch sind Personen mit Migrationshintergrund per se nicht weniger gebildet als einheimische Personen (Bundesamt für Statistik, 2019). Die Teilnehmenden der eingeschlossenen Studien nehmen jedoch meistens nur wenige Jahre Schulbildung in Anspruch (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Zhao, 2010). Das Bildungsniveau hat starken Einfluss auf die Gesundheit von benachteiligten Bevölkerungsgruppen, besonders in Bezug auf die Gesundheitskompetenz (Bundesamt für Gesundheit, 2018). Daher spielt das Bildungsniveau eine wichtige Rolle bei der Wahl des Kanals. Der Kanal soll so angewendet werden, damit Informationen auf zielgruppengerechte Weise vermittelt werden.

Aufenthaltsdauer

Bezüglich der Aufenthaltsdauer können nur in zwei der vier eingeschlossenen Studien Daten gefunden werden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Einwandererland liegt zwischen 11 und 26 Jahren (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011). Dabei handelt es sich um eine relativ lange Aufenthaltsdauer. Möglicherweise hat die Aufenthaltsdauer Einfluss auf die Wahl des Kanals, dies wird in den eingeschlossenen Studien jedoch nicht explizit genannt (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Personen mit einer längeren Aufenthaltsdauer haben oftmals bereits bessere Kenntnisse über ein Land. Dies umfasst auch das Wissen zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsförderungsangeboten (Hartmana, et al., 2015). Dadurch müssen für Personen, die weniger lange in einem Land sind, Kanäle gewählt werden, die kein grosses Wissen über das Einwandererland voraussetzen. Beispielsweise den Peer-to-Peer-Ansatz, bei welchem sich neue Einwandernde mit Personen, die schon länger in einem Land sind, austauschen können.

Sozioökonomischer Status

Alle Studien enthalten Stichproben, die von einem tiefen sozioökonomischen Status betroffen sind (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Sozioökonomische Benachteiligungen sind besonders bei der Studie von Mueller, et al. (2011) in Safety Net Clinics zu identifizieren, da in diesen niederschweligen Gesundheitsorganisationen besonders vulnerable Personen befragt werden (Mueller, et al., 2011). Es ist durchaus möglich, dass der sozioökonomische Status einen Einfluss auf die Wahl eines Kanals hat – besonders aufgrund der begrenzten Möglichkeiten der Nutzung von kostenpflichtigen Zugangswegen (Sottas, Brügger, & Jaquier, 2016). Beispielsweise Zugangskanäle, welche der Kategorie Medien zuzuordnen sind.

Für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen für Personen mit sozioökonomischer Benachteiligung ist auf kostenlose oder kostengünstige Zugangswege zurückzugreifen. Gegebenenfalls auf den schulärztlichen Dienst, wie die erwähnte Studie unter 1.4 des BAG zeigt (Sottas, Brügger, & Jaquier, 2016).

5.3 Bezug zur Fragestellung und dem theoretischen Hintergrund

Die Fragestellung, welche unter 1.5 vorgestellt wird, kann nicht abschliessend beantwortet werden. Wie die Ergebnisse zeigen, können mehrere Zugangswege zur Erreichung von Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen identifiziert werden (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Es handelt sich um Zugangswege, die der zwischenmenschlichen Kommunikation zugeordnet werden können, um diverse Medien oder um Teile der Gesundheitsversorgung (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Genauere Informationen zu den Zugangswegen können dem Kapitel 4.3 entnommen werden.

Es ist davon auszugehen, dass neben den 30 identifizierten Zugangswegen noch viele weitere Kanäle gefunden werden können. Wie die Resultate zeigen, haben demographische Faktoren Auswirkungen auf die Wahl des Kanals. Besonders das Alter, das Herkunftsland und das Bildungsniveau bilden entscheidende Merkmale, die bei der Wahl eines Zugangskanals beachtet werden müssen. Zudem hat die Anwendungsart des gewählten Zugangsweges Einfluss auf die Erreichbarkeit.

Nachfolgend wird zum theoretischen Hintergrund Stellung genommen. Es folgt eine Verknüpfung bzw. ein Vergleich mit den Ergebnissen.

Unter 2.2 wird das Lebenslagenkonzept, welches sich durch eine Mehrdimensionalität auszeichnet, vorgestellt (Neurath, 1931). Das Lebenslagenkonzept ist auf die Thematik der Zugangswege zu Personen mit Migrationshintergrund übertragbar. Wie die Resultate der Literaturrecherche zeigen, bestätigt sich diese Mehrdimensionalität (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Besonders auffallend sind neben dem sozioökonomischen Status Faktoren wie Alter, Nationalität und Bildungsstand. Es handelt sich um einkommensunabhängige Faktoren, die nicht durch finanzielle Mittel aufgehoben werden können. Einkommensunabhängige Faktoren können grossen Einfluss auf die Gesundheit haben. Daraus lässt sich schliessen, dass der Zugang zu Gesundheitsinformationen von Personen mit Migrationshintergrund nicht nur von sozioökonomischen Faktoren geprägt wird. Innerhalb der Gesundheitsförderung müssen für die Informationsvermittlung daher auch solche Faktoren vermehrt beachtet werden.

Das Kommunikationsmodell von Claude E. Shannon und Warren Weaver bildet eine bedeutende Grundlage für Zugangsbarrieren, denen benachteiligte Bevölkerungsgruppen gegenüberstehen. Wie unter 2.2 vereinfacht dargelegt wird, gelangt eine Nachricht von Sender über einen Kanal zum Empfänger (Röhner & Schütz, 2016). Die Ergebnisse bestätigten den Fakt, dass aufgrund von verschiedenen Zugangshürden ungenügender Zugang zu solchen Kommunikationskanälen seitens benachteiligter Bevölkerungsgruppen besteht (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Wie die Ergebnisse dieser Recherche zeigen, gibt es verschiedene Kanäle, die sich für die Erreichung von Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen eignen (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Zudem sind zahlreiche weitere Kommunikationsmodelle bekannt, die für die Erklärung dieser Problematik genutzt werden können (Hartmana, et al., 2015).

Unter 2.2 werden die beiden Strukturen (aktive und passive Rekrutierung) der GF&P zur Erreichung von Migranten und Migrantinnen aufgezeigt (Walter, Salzman, Krauth, & Machleidt, 2007). Die identifizierten Zugangswege der vier eingeschlossenen Studien sind eher der passiven Rekrutierung zuzuordnen (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Bei Gesundheitsinformationen in Medien oder von der Gesundheitsversorgung handelt es sich typischerweise um «Komm-Strukturen». Bei den Kanälen, welche der zwischenmenschlichen Kommunikation zugehörig sind, ist teilweise keine klare Trennung zwischen aktiver und passiver Rekrutierung möglich (Hartmana, et al., 2015; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Forschende wählen für die Akquirierung der Personen für die Studien eher aktive Methoden. So erfolgen Kontaktaufnahmen durch Schlüsselpersonen aus Communities oder durch telefonische Gespräche. Somit wird die Zielgruppe durch aufsuchende Arbeit und Face-to-Face zu einer Teilnahme motiviert (Hartmana, et al., 2015; Zhao, 2010). In der Theorie und in der Praxis überwiegt die passive Rekrutierung, wodurch möglicherweise schwer erreichbare Subgruppen der Migrationsbevölkerung ausser Acht gelassen werden (Mueller, et al., 2011). Wie sich in der Praxis zeigt, bringt die aktive Rekrutierung effektivere Resultate hervor. Daher wäre eine vermehrte Anwendung von «Zugeh-Strukturen» wünschenswert.

Unter 2.3 wird das Programm «Gesundheit und Migration 2002 – 2007» vom BAG vorgestellt. Eine der Aktivitäten des BAG bestand in der Förderung der Gesundheitskompetenz der Zielgruppe (Bundesamt für Gesundheit, 2016). Die Förderung der Gesundheitskompetenz wird in den eingeschlossenen Studien nicht explizit genannt (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Dennoch lassen einige Massnahmen innerhalb der Studien darauf schliessen, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz eine Bestrebung ist. Beispielsweise will das Tuberkulose-Video, welches in Erwachsenenbildungszentren gezeigt wird, der Zielgruppe Informationen zu einem Gesundheitsthema vermitteln. Dadurch sollen die Schüler und Schülerinnen eine höhere Selbstwirksamkeit bezüglich TB erlangen (Wieland, et al., 2013). Eine weitere Aktivität des BAG hatte zum Ziel, einen chancengleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung für Personen mit Migrationshintergrund zu schaffen (Bundesamt für Gesundheit, 2016). Alle eingeschlossenen Studien

haben ferner zum Ziel, Gesundheitsinformationen den benachteiligten Bevölkerungsgruppen näher zu bringen (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Das Programm förderte die Verständigung zwischen Gesundheitsfachleuten und fremdsprachigen Patientinnen und Patienten (Bundesamt für Gesundheit, 2016). Diese Massnahme wird in keiner der genannten Studien aktiv verfolgt. Die Befragungen oder Gespräche innerhalb der Studien werden entweder in den Heimatsprachen der Zielgruppen geführt oder es besteht die Möglichkeit für Übersetzungen vor Ort (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Die Verständigung in den Heimatsprachen der Zielgruppen schafft eine vertraute Umgebung für die Zielgruppe und sollte daher weiter vorangetrieben werden (Hartmana, et al., 2015).

Unter 2.3 wird eine Untersuchung der UZH vorgestellt. Deren Ergebnisse zeigen, dass übergreifende Programme, welche Tabakprävention bei Angeboten von anderen Gesundheitsförderungsthemen einbetten, erfolgsversprechend sind (Maier & Salis Gross, 2015). Das TB-Video wird nicht in ein Angebot von anderen Gesundheitsförderungsthemen eingebettet. Dennoch wird es in die Strukturen von Erwachsenenbildungszentren miteinbezogen. Auch in dieser Studie wird die Einbettung in existierende Strukturen, welche benachteiligten Bevölkerungsgruppen vertraut sind, empfohlen (Wieland, et al., 2013). Weiter zeigen die Ergebnisse der UZH, dass ein kostenloser oder zumindest kostengünstiger Zugang zu Angeboten der Prävention für benachteiligte Bevölkerungsgruppen von grosser Bedeutung ist (Maier & Salis Gross, 2015). Beispielsweise bilden Safety Net Clinics einen geeigneten Zugangsweg zu Personen mit beschränkten finanziellen Mitteln (Mueller, et al., 2011). Wie die Studie der UZH zeigt, sollen benachteiligte Bevölkerungsgruppen bereits im frühen Stadium einer Projektplanung identifiziert und partizipativ miteinbezogen werden (Maier & Salis Gross, 2015). In allen eingeschlossenen Studien wird die definierte Zielgruppe frühzeitig gewählt und in das Vorgehen miteinbezogen (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Dies weist auf die Wichtigkeit des partizipativen Ansatzes hin.

Die letzte Empfehlung der UZH bezieht sich auf den Ansatz der Ressourcenorientierung (Maier & Salis Gross, 2015). Dieser Ansatz wird in den eingeschlossenen

Studien nicht explizit genannt (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Da es aber in den eingeschlossenen Studien um die Identifikation von Zugangswegen in Zusammenarbeit mit Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen geht, wird sich jeweils an deren vorhandenen Ressourcen orientiert.

5.4 Settingbezogene Empfehlungen

Im nachfolgenden Abschnitt werden, basierend auf den erzielten Ergebnissen, Empfehlungen für verschiedene Settings formuliert.

Die Schule bildet ein geeignetes Setting, um Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen Gesundheitsinformationen zu vermitteln. Diesen Ansatz nutzt die Studie von Wieland, et al. (2013). Das Setting der Schule bringt den Vorteil, dass Schüler und Schülerinnen an feste Strukturen gebunden sind. Dadurch «müssen» sie an Interventionen oder Gesundheitsangeboten während der obligatorischen Schulzeit teilnehmen. Zudem haben Lehrer und Lehrerinnen die Möglichkeit, über Kinder Zugang zu benachteiligten Familien zu schaffen. Infolgedessen können sie deren Eltern oder erziehungsberechtigten Personen Gesundheitsinformationen zu Bewegung, Ernährung und Mundgesundheit geben. Dies fordert eine Sensibilisierung der Lehrpersonen, der Eltern und erziehungsberechtigten Personen auf die Themen Benachteiligung und Gesundheit.

Auch am Arbeitsplatz sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an die Strukturen des Betriebs gebunden. Beispielsweise können Fachpersonen an Veranstaltungen eingeladen werden und in Form einer Präsentation Gesundheitsinformationen zu einem bestimmten Thema vermitteln. Weiter haben Mitarbeitende die Möglichkeit, ihren Kollegen und Kolleginnen Gesundheitsangebote weiterzuempfehlen. Dies fordert eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden und Vorgesetzten. In der Schweiz gibt es kaum Projekte im Setting Betrieb, welche auf die Migrationsbevölkerung in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen zugeschnitten sind. Daher kann an dieser Stelle kein beispielhaftes Projekt genannt werden.

Die Migrationsbevölkerung ist in allen beruflichen Branchen vertreten und es handelt sich nicht nur um wenig qualifizierte Arbeitskräfte (Kaya & Efionayi-Mäder, 2008). Es darf also nicht davon ausgegangen werden, dass die Migrationsbevölkerung nur im Bau- oder Gastronomiegewerbe anzutreffen ist.

Wie in der Studie von Hartmana, et al. (2015) berichtet wird, bieten religiöse Einrichtungen einen guten Zugangsweg zu Personen mit Migrationshintergrund. Aufgrund von kulturellen Unterschieden hat die Religion in einigen Nationen einen bedeutenden Einfluss auf das Verhalten von Individuen. In der Schweiz gibt es diverse religiöse Einrichtungen, die speziell auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet sind. Die Gesundheitsförderung könnte mit diesen Einrichtungen eine verstärkte Zusammenarbeit suchen. Meistens ist die Vermittlung von Gesundheitsinformationen auch im Sinne der religiösen Einrichtungen.

Auf der Kantons- oder Gemeindeebene könnten Angebote wie Vereine oder Quartiertreffs weiter vorangebracht werden. Dadurch kann eine Vernetzung von Personen mit Migrationshintergrund mit der schweizerischen Bevölkerung entstehen. In den Aufbau solcher Angebote könnten Schlüsselpersonen miteinbezogen werden. Diese sind mit ihren Communities gut vernetzt und haben so die Möglichkeit, Angebote über Mundpropaganda weiterzuverbreiten.

Beispielsweise wurde in Bern im Jahre 2017 das Begegnungscafé treff.Ziegler ins Leben gerufen. Es dient als Bindeglied für die Bevölkerung und geflüchtete Menschen. Innerhalb des Begegnungscafés gibt es Kurse, Veranstaltungen, Workshops etc., welche von Geflüchteten für andere Geflüchtete organisiert werden (treff.Ziegler, o.J.).

5.5 Theorie-Praxis-Transfer und Praxis-Theorie-Transfer

Wie unter 1.2 bereits geschildert wird, absolviert die Autorin ihr Praktikum beim SRK. Dort hat sie im Rahmen eines Auftrages des BAG Interviews mit anderen Gesundheitsorganisationen zum Thema Zugangswege durchgeführt. Die Resultate dieser Recherche werden nicht in einem Bericht veröffentlicht, sondern in Form einer

Webseite dargestellt. Auf der Webseite werden Zugangswege beschrieben und konkrete Praxis-Beispiele vorgestellt, welche sich multiplizieren lassen.

Die Vorbereitung auf die Interviews und die Gespräche mit den Fachpersonen boten eine gute Grundlage für diese Bachelorarbeit. Forschungen in der Praxis sind eine gute Basis für theoretische Recherchen. Dies gilt besonders dann, wenn die Materie ungenügend bekannt ist.

In Anbetracht der Resultate der Interviews kommen in dieser Bachelorarbeit keine grundlegend neuen Erkenntnisse hinzu. Dies weist darauf hin, dass in der Literatur und auch in der Praxis ähnliche Zugangswege genutzt werden, um Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen Gesundheitsinformationen zu vermitteln.

Ein grosser Unterschied zwischen der Praxis und dieser theoretischen Arbeit bildet die Definition der Zielgruppe. Gesundheitsorganisationen können präzisere Definitionen deren Zielgruppen haben – beispielsweise durch Ergänzung mit einem demographischen Faktor. Wie sich in dieser Arbeit zeigt, kann sich dadurch die Wahl eines Kanals verändern.

Eine weitere Erkenntnis, welche in die Praxis übertragen werden kann, besteht im Ansatz der aktiven Rekrutierung. Durch die «Zugeh-Struktur» können die Zielgruppen in deren Lebenswelten abgeholt werden und haben dadurch möglicherweise ein grösseres Vertrauen in die Fachpersonen. Die Methode ist finanziell als auch personell aufwändig, wodurch sich die Umsetzbarkeit in der Praxis verringert (Walter, Salzman, Krauth, & Machleidt, 2007).

5.6 Limitationen der Bachelorarbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit beinhaltet einige Limitationen. Als erste Limitation gilt die beschränkte Anzahl an eingeschlossenen Studien. Eine ausführlichere systematische Literaturrecherche ist im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht möglich. Dadurch wird womöglich relevante Literatur ausser Acht gelassen.

Eine weitere Limitation bildet die Tatsache, dass keine Publikation aus der Schweiz in die Recherche miteingeschlossen werden kann. Teilweise sind die Ergebnisse daher womöglich nicht einwandfrei auf die Schweiz übertragbar. Das Gesundheitssystem der USA und dieses der Schweiz können kaum miteinander verglichen werden.

Auch die Migrationsbevölkerungen der Länder der eingeschlossenen Studien unterscheiden sich von der Migrationsbevölkerung der Schweiz.

Da die Fragestellung nicht abschliessend beantwortet werden kann, bildet diese möglicherweise ebenfalls eine Limitation. Die Fragestellung hätte durch Beachtung eines demographischen Faktors wie der Nationalität weiter konkretisiert werden können.

6 Schlussfolgerung

Nachfolgend werden prägnante Schlussfolgerungen der systematischen Literaturrecherche genannt. Eine Zukunftsaussicht und offene Fragen werden die Bachelorarbeit abschliessen.

6.1 Prägnante Schlussfolgerungen

Obwohl Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen ungenügenden Zugang zu Gesundheitsinformationen haben (Bundesamt für Gesundheit, 2018), werden in dieser Literaturrecherche diverse Zugangswege identifiziert (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Auch wenn sich teilweise gefundene Kanäle für die Allgemeinbevölkerung eignen, sind einige identifizierte Zugangswege spezifisch für die Migrationsbevölkerung vorgesehen.

Für eine optimale Erreichung der benachteiligten Bevölkerungsgruppen müssen nicht nur die passenden Kanäle identifiziert werden. Es ist wichtig, dass diese Zugangswege in der Praxis konkret auf die Zielgruppe angewendet werden. Durch das Zusammenspiel zwischen dem passenden Zugangsweg und der Anwendung in der Praxis kann die Zielgruppe optimal erreicht werden (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010).

Demographische Faktoren wie das Alter, das Geschlecht, die Nationalität, die Aufenthaltsdauer, das Bildungsniveau als auch der sozioökonomische Status einer Person haben Einfluss auf die Wahl eines Zugangskanals (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010). Dadurch ist die klare Definition einer Zielgruppe notwendig, um die Wahrscheinlichkeit der Erreichbarkeit zu erhöhen. Des Weiteren ist der Ansatz der Lebenslagen daher auf die Problematik der Zugangswege anzuwenden (Neurath, 1931).

Mehrmals werden die beiden Strukturen der Prävention genannt. Obwohl die aktive Rekrutierung finanziell und zeitlich aufwändiger ist, wird empfohlen, diese vermehrt in der Praxis anzuwenden (Walter, Salzman, Krauth, & Machleidt, 2007). Die Nähe und das Vertrauen der Zielgruppen bilden wichtige Einflussfaktoren auf deren Erreichbarkeit (Hartmana, et al., 2015; Mueller, et al., 2011; Wieland, et al., 2013; Zhao, 2010).

Weiter können settingbezogene Interventionen von grosser Bedeutung sein. Besonders Settings mit festen Strukturen, wie das Schulsystem oder der Arbeitsplatz, bringen Vorteile bei der Erreichung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Wieland, et al., 2013). Dadurch werden die Chancen für die Erreichung von Benachteiligten erhöht. Dies fordert eine Sensibilisierung aller beteiligten Personen auf die Themen Gesundheit und Benachteiligung. Gesundheitsförderer und Gesundheitsförderinnen sollten daher eine engere Zusammenarbeit mit diversen Settings anstreben.

6.2 Zukunftsaussicht und offene Fragen

Wie in der Bachelorarbeit mehrmals geschildert wird, ist die Forschungslage bezüglich Zugangswegen zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen in der Schweiz eher prekär. Der Bedarf an weiterführender Forschung wird als essentiell angesehen. Dadurch könnte ein grosser Beitrag an die gesundheitliche Chancengleichheit von benachteiligten Bevölkerungsgruppen wie Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen beigetragen werden.

Daten aus dem Ausland zu diesem Thema sind zwar bekannt, können jedoch nicht bedingungslos auf die Schweiz übertragen werden. Die Migrationsbevölkerung eines anderen Landes ist oftmals nicht mit dieser der Schweiz vergleichbar. Daher sollte vermehrt nationale Forschung in der Schweiz mit Daten aus der Schweiz betrieben werden.

Es gibt weitere Faktoren, denen bei zukünftigen Untersuchungen mehr Beachtung geschenkt werden sollte. Es ist vorstellbar, dass die zu vermittelnden Gesundheitsthemen eine grosse Rolle bei der Wahl des Kanals spielen. Möglicherweise gelangen Krebsinformationen nicht über denselben Zugangsweg zur Zielgruppe wie Informationen über die psychische Gesundheit oder Infektionskrankheiten. Bei einer Bedarfserhebung ist daher wichtig, darauf zu achten, welche Zugangswege sich für welche Gesundheitsthemen eignen. Auch in diesem Bereich wird weitere Forschung vorausgesetzt.

Weiter muss vor der Wahl eines Kanals die Zielgruppe klar formuliert werden. Wie sich zeigt, haben verschiedene Faktoren grossen Einfluss auf die Kommunikation mit der Zielgruppe. Alter, Geschlecht, Nationalität, Aufenthaltsdauer und Bildungsniveau

sind nur ein kleiner Teil von relevanten Faktoren. Daher müssen auch in diesem Bereich weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

Aufgrund aller erworbenen Erkenntnissen innerhalb dieser Arbeit stellt sich abschliessend folgende Frage: Geht es bei der Erreichung von Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen überhaupt darum, welcher Kanal verwendet wird? Oder handelt es eher davon, wie die Zugangswege in der Praxis angewendet werden?

Diesen Fragen kann im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht weiter nachgegangen werden. Dennoch ist zu sagen, dass Kanäle den Professionellen überhaupt bekannt sein müssen, um diese den Zielgruppen anzupassen und in der Praxis anwenden zu können.

Obwohl die entwickelte Fragestellung nicht abschliessend beantwortet werden kann, bringt die vorliegende Bachelorarbeit Erkenntnisse zu Zugangswegen, um Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen Gesundheitsinformationen zu vermitteln. Daher konnten die Zielsetzung und insbesondere der persönliche Nutzen erreicht werden.

7 Literaturverzeichnis

Ammann, E. S., & Gross, C. S. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen - Zusammenfassung und Empfehlungen*. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.

Boes, S., Kaufmann, C., & Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Bundesamt für Gesundheit. (2002). *Migration und Gesundheit - Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Nationales Programm Migration und Gesundheit - Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Faktenblatt Migration und Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit. (20. Dezember 2017). *Aktivitäten zur Förderung der Chancengleichheit*. Abgerufen am 15. Oktober 2018 von Bundesamt für Gesundheit: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/aktivitaeten-zur-foerderung-der-chancengleichheit.html>

Bundesamt für Gesundheit. (2017). *BAG Aktivitäten zur Förderung der Chancengleichheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit*. Abgerufen am 4. Oktober 2018 von Bundesamt für Gesundheit BAG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html>

Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit - Zahlen und Fakten für die Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit. (18. Januar 2018). *Chancengleichheit: den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit ausgleichen*. Abgerufen am

4. Oktober 2018 von Bundesamt für Gesundheit:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-69527.html>

Bundesamt für Gesundheit. (18. September 2018). *Gesundheitskompetenz von Benachteiligten stärken*. Abgerufen am 9. Oktober 2018 von Bundesamt für Gesundheit: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/gesundheitskompetenz-von-benachteiligten-staerken.html>

Bundesamt für Statistik. (31. August 2018). *Ständige ausländische Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit*. Abgerufen am 5. Oktober 2018 von Bundesamt für Statistik:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/auslaendische-bevoelkerung.assetdetail.5887381.html>

Bundesamt für Statistik. (28. März 2019). *Bildungsstand der Bevölkerung nach Nationalität und Dauer des Aufenthalts*. Abgerufen am 5. April 2019 von Bundesamt für Statistik:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/bildungssystem-schweiz/themen/wirkung/bildungsstand.assetdetail.7886472.html>

Bundesamt für Statistik. (o.J.). *Ausländische Bevölkerung*. Abgerufen am 19. August 2018 von Bundesamt für Statistik:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/auslaendische-bevoelkerung.html>

Bundesamt für Statistik. (o.J.). *Bevölkerung nach Migrationsstatus*. Abgerufen am 27. Oktober 2018 von Bundesamt für Statistik:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>

Caspari, F. (2007). *Individualisierung von Informationen in der Gesundheitsförderung*. Potsdam: Universität Karlsruhe.

- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (2015). Gute Praxis Gesundheitsinformation. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, S. 85-92.
- Dockweiler, C., & Razum, O. (2015). *Digitalisierte Gesundheit: neue Herausforderungen für Public Health*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG.
- EBSCO. (2018). *EBSCO Information Service*. Abgerufen am 19. Oktober 2018 von EBSCO: <https://www.ebsco.com/e/de-at/produkte-services/datenbanken/cinahl-complete>
- EBSCO. (o.J.). *Communication Source*. Abgerufen am 19. Oktober 2018 von EBSCO: <https://www.ebsco.com/products/research-databases/communication-source>
- Engels, D. (Mai 2006). Lebenslagen und soziale Exklusion. *Sozialer Fortschritt*, S. 109 – 117.
- Engels, D. (2008). Lexikon der Sozialwirtschaft. In K. Grunwald, G. Horcher, & B. Maelicke, *Lexikon der Sozialwirtschaft* (S. 643-646). Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Han, P. (2004). *Soziologie der Migration - Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hartmana, M. A., Nierkens, V., Cremer, S. W., Verhoeff, A., & Stronks, K. (2015). *Is channel segmentation necessary to reach a multiethnic population with weight-related health promotion? An analysis of use and perception of communication channels*. Niederlande: Ethnicity & Health.
- Kanton Luzern. (2015). *Im Austausch mit Migrantinnen und Migranten - Zuständigkeiten – Angebote – Tipps für die öffentliche Verwaltung und Organisationen*. Luzern: Dienststelle Soziales und Gesellschaft: Fachstelle Gesellschaftsfragen.

- Kaya, B., & Efonayi-Mäder, D. (2008). *Migrationsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz.
- Keba-Schönstein, L., & Kilian, H. (15. Juni 2018). *Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung / Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit*. Abgerufen am 26. August 2018 von Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-192.html
- Kristensen, E., Rausa, F., & Heiniger, M. (2017). *Statistischer Bericht zur Integration der Bevölkerung mit Migrationshintergrund*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form: Quantitative Studies*. Hamilton: McMaster University. Abgerufen am 24. August 2018 von <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Quantitative-Studies.pdf>
- Linder, J. (2005). *Informationsübertragung - Grundlagen der Kommunikationstechnik*. Ulm: Springer.
- Mahmud, A. J., Olander, E., Eriksén, S., & Haglund, B. J. (2013). *Health communication in primary health care - A case study of ICT development for health promotion*. UK: BMC Medical Informatics and Decision Making.
- Maier, L. J., & Salis Gross, C. (2015). *Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen*. Zürich: ISGF.
- Moreau-Gruet, F., & Luyet, S. (2012). *Migrationsbevölkerung und Gesundheit - Analyse der Hospitalisierungen*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Moret, J., & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation - Kooperation mit Netzwerken von Zugewanderten*. Bern-Wabern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.

- Mueller, N. T., Noone, A.-M., Luta, G., Wallington, S. F., Huerta, E. E., & Mandelblatt, J. S. (2011). *Information Channels Associated with Awareness of Human Papillomavirus Infections and Vaccination among Latino Immigrants from Safety Net Clinics*. USA: Springer Science+Business Media.
- Nebling, T. (25. Oktober 2018). *Die Techniker Krankenkasse*. Abgerufen am 2. Dezember 2018 von Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen (1/7): <https://www.tk.de/techniker/service/gesundheitsinformation/kompetent-als-patient/qualitaetskriterien-fuer-gesundheitsinformationen-2009758>
- Neurath, O. (1931). *Empirische Soziologie*. Wien: Springer Link.
- Parlar, R., Färber, C., Arslan, N., & Köhnen, M. (2008). Netzwerke von und mit Migrantinnen und Migranten. In R. Parlar, C. Färber, N. Arslan, & M. Köhnen, *Migration, Geschlecht und Arbeit* (S. 149-150). Leverkusen: Budrich UniPress.
- Plaumann, M., & Pawils, S. (2015). Von jungen Erwachsenen bis zum höheren Alter – Präventive Maßnahmen wirksam gestalten. In KNP/BMBF, *Förderschwerpunkt Präventionsforschung – Wirksamkeit Erwachsene* (S. 82-84). Stuttgart: Thieme.
- ProQuest. (o.J.). *IBSS: International Bibliography of the Social Sciences*. Abgerufen am 19. Oktober 2018 von ProQuest: <https://www.proquest.com/libraries/academic/databases/ibss-set-c.html>
- Röhner, J., & Schütz, A. (2016). Psychologie der Kommunikation. In J. Röhner, & A. Schütz, *Psychologie der Kommunikation* (S. 21-22). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rüefli, C. (2015). *Grundlagenanalyse zur Zukunft des Themas Migration und Gesundheit beim Bund*. Bern: Büro Vatter.
- Scheufele, B. (2007). Kommunikation und Medien: Grundbegriffe, Theorien und Konzepte. In M. Piwinger, & A. Zerfaß, *Handbuch Unternehmenskommunikation* (S. 89-122). Wiesbaden: Gabler Verlag.

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2018). *Ernährung*. Abgerufen am 5. Oktober 2018 von Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: <https://www.obsan.admin.ch//de/indikatoren/ernaehrung>
- Sørensen, K., Røthlin, F., Pelikan, J., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. Maastricht: Oxford University Press.
- Sottas, B., Brügger, S., & Jaquier, A. (2016). *Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Spectra. (Januar 2018). Soziale Benachteiligung erzeugt ungleiche Gesundheitschancen. *Spectra*, S. 2-3.
- Staatssekretariat für Migration. (29. August 2017). *Flüchtlingsbegriff und Asylrecht*. Abgerufen am 2. Dezember 2018 von Staatssekretariat für Migration SEM: <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/asyl/asyl/asylrecht.html>
- Stix, A. (2012). *Kommunikationswege zu Menschen mit Migrationshintergrund*. Linz: Masterstudiengang Soziale Arbeit.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. Oxford: International Journal for Quality in Health Care.
- treff.Ziegler. (o.J.). *Treff*. Abgerufen am 23. Dezember 2018 von treff.Ziegler: <http://www.ziegler-freiwillige.ch/cafe/>
- U.S. National Library of Medicine. (6. November 2006). *MEDLINE®/PubMed® Resources Guide*. Abgerufen am 19. Oktober 2018 von U.S. National Library of Medicine: <https://www.nlm.nih.gov/bsd/pmresources.html>
- Voges, W., Jürgens, O., Mauer, A., & Meyer, E. (2003). *Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes*. Bremen: Universität Bremen/Zentrum für Sozialpolitik.

Walter, U., Salzman, R., Krauth, C., & Machleidt, W. (2007). *Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Massnahmen*. Hannover: Psychiatrische Praxis.

Wieland, M. L., Nelson, J., Palmer, T., O'Hara, C., Weis, J. A., Nigon, J. A., & Sia, I. G. (2013). *Evaluation of a Tuberculosis Education Video Among Immigrants and Refugees at an Adult Education Center: A Community-Based Participatory Approach*. USA: Journal of Health Communication.

Zhao, X. (2010). *Cancer Information Disparities Between U.S.- and Foreign-Born Populations*. USA: Journal of Health Communication.

ZHAW Hochschulbibliothek. (o.J.). *Recherchehilfe - Kurse*. Abgerufen am 24. Februar 2019 von Hochschulbibliothek:
<https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/>

8 Zusatzverzeichnisse

8.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Gesundheitliche Chancengleichheit: Einflussfaktoren und Problemfelder (Bundesamt für Gesundheit, 2017).....	10
Abbildung 2. Elemente der Kommunikation nach Shannon und Weaver (Röhner & Schütz, 2016)	12
Abbildung 3. Flussdiagramm der Literaturrecherche (eigene Darstellung)	20

8.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Schlagworte und Suchbegriffe	16
Tabelle 2. Definierte Ein- und Ausschlusskriterien	17
Tabelle 3. Zusammenfassung der eingeschlossenen Studien.....	22
Tabelle 4. Übersicht der identifizierten Zugangswege	30

8.3 Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
et al.	et alii; et aliae; et alia: und andere
etc.	et cetera
EFTA-Staaten	Staaten der Europäischen Freihandelsassoziation
EU-Staaten	Staaten der Europäischen Union
GF&P	Gesundheitsförderung und Prävention
HINTS	Health Information National Trends Survey
HPV	Humanes Papillomavirus
o.J.	Ohne Jahr
SES	sozioökonomischer Status; englisch: socioeconomic status
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

TB	Tuberkulose
usw.	Und so weiter
UZH	Universität Zürich
z.B.	Zum Beispiel

9 Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

L. Penner

Zürich, 30. April 2019

Lynn Penner

Wortzahl

- des Abstracts: 200

- der Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 9879

10 Anhang

Anhang I: Rechercheprotokoll

Tabelle 5.
Rechercheprotokoll

Fragestellung:

Welche Zugangswege eignen sich, um Menschen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen Gesundheitsinformationen zu vermitteln?

Bool'sche Operatoren	↓ OR	AND	↓ OR	AND	↓ OR	AND	↓ OR
Aspekte der Fragestellung	Zugangswege	Personen mit Migrationshintergrund	sozioökonomisch benachteiligte Lebenslagen	Gesundheitsinformationen			
Synonyme	Informationskanäle, Zugangskanäle, Kommunikationskanäle, Kommunikationswege	Einwanderer/Einwanderinnen, Zuwanderer/Zuwanderinnen, Immigranten/Immigrantinnen	sozialer Status, soziale Lage, sozioökonomischer Status	Gesundheitsempfehlungen, Gesundheitshinweise			
Oberbegriffe	Informationen	Migration	soziale Schichten	Gesundheit			
Unterbegriffe	Medien, Printmedien, soziale Medien, Broschüren, Flyer, Filme, Apps, Internet	Flüchtlinge, Asylsuchende	Armut, bildungsfern, arbeitslos	Ernährung, Bewegung, Hygiene, übertragbare Krankheiten, nichtübertragbare Krankheiten			

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Verwandte Begriffe	Informationsquellen, Informationssuche	Chancengleichheit, bildungsferne Bevölkerungsgruppen, armutsbetroffene Personen	soziale Lage, soziale Milieus, soziale Ungleichheiten, soziale Klassen	Krankheit, gesundheitliche Ungleichheiten
Englische Übersetzung (Keywords)	information channel, access, access path, access channel, communication channel	migrant, immigrant, refugee, asylum seeker	poverty, poorness, uneducated, unemployed, social standing, low socioeconomic status	health information, health recommendation, health note, health
Schlagwörter (Thesaurus)	access to information, distribution channels, health care access, communications media	expatriate, foreigner, immigrant, immigrants	poverty, socioeconomic factors, social class, unemployment	health information, health, health communication, public health informatics

In Anlehnung an «Vorlage Rechercheprotokoll» (ZHAW Hochschulbibliothek, o.J.)

Tabelle 6.
Suchstrategie

Datenbank	Nr.	Suchkombinationen / Eingrenzungen	Datum	Anzahl Treffer / Anzahl eingeschlossene
CINAHL	1	("access channel*" OR "information channel*") AND immigrant* AND "health information*" AND poverty Filterfunktion: Publikationsjahr 2005 bis 2018, englische Publikationen, evidenzbasierte Praxis	12.09.2018	4386 Treffer → zu viele 15 Treffer → 3 brauchbare Treffer
Medline & PubMed	1	("access channel*" OR "information channel*") AND immigrant* AND "health information*" AND poverty	12.09.2018	0 Treffer

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Datenbank	Nr.	Suchkombinationen / Eingrenzungen	Datum	Anzahl Treffer / Anzahl eingeschlossene
IBSS & Social Service Abstract	1	("access channel*" OR "information channel*") AND immigrant* AND "health information" AND poverty	12.09.2018	0 Treffer
Communication Source	1	("access channel*" OR "information channel*") AND immigrant* AND "health information*" AND poverty Filterfunktion: Publikationsjahr 2005 bis 2018, englische Publikationen, nur vergleichbare Länder	17.09.2018	339 Treffer → zu viele. 23 Treffer → 7 brauchbare Treffer
CINAHL	2	("communication channel*") AND (migrant* OR immigrant*) AND (health) AND ("unemployed" OR "uneducated") Filterfunktion: Publikationsjahr 2005 bis 2018, englische Publikationen, evidenzbasierte Praxis	13.09.2018	144 Treffer → zu viele 28 Treffer → 3 brauchbare Treffer
Medline & PubMed	2	("communication channel*") AND (migrant* OR immigrant*) AND (health) AND ("unemployed" OR "uneducated")	13.09.2018	0 Treffer
IBSS & Social Service Abstract	2	("communication channel*") AND (migrant* OR immigrant*) AND (health) AND ("unemployed" OR "uneducated")	13.09.2018	5 Treffer → 1 brauchbarer Treffer
Communication Source	2	("communication channel*") AND (migrant* OR immigrant*) AND (health) AND ("unemployed" OR "uneducated")	17.09.201	10 Treffer → 0 brauchbare Treffer

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Datenbank	Nr.	Suchkombinationen / Eingrenzungen	Datum	Anzahl Treffer / Anzahl eingeschlossene
CINAHL	3	("health information*") AND ("communication") AND ("immigrant*") AND ("poverty")	22.09.2018	3 Treffer → 1 brauchbarer Treffer
Medline & PubMed	3	("health information*") AND ("communication") AND ("immigrant*") AND ("poverty")	22.09.2018	1 Treffer → Kein Volltext verfügbar
IBSS & Social Service Abstract	3	("health information*") AND ("communication") AND ("immigrant*") AND ("poverty")	22.09.2018	25 Treffer → 3 brauchbare Treffer
Communication Source	3	("health information*") AND ("communication") AND ("immigrant*") AND ("poverty") Filterfunktion: Publikationsjahr 2005 bis 2018, englische Publikationen, nur vergleichbare Länder	22.09.2018	336 Treffer → zu viele 82 Treffer → 6 brauchbare Treffer
CINAHL	4	("health information seeking") AND (migrant* OR immigrant*) AND ("poverty")	25.09.2018	2 Treffer → 2 brauchbare Treffer
Medline & PubMed	4	("health information seeking") AND (migrant* OR immigrant*) AND ("poverty")	25.09.2018	1 Treffer → 1 brauchbarer Treffer
IBSS & Social Service Abstract	4	("health information seeking") AND (migrant* OR immigrant*) AND ("poverty")	25.09.2018	0 Treffer
Communication Source	4	("health information seeking") AND (migrant* OR immigrant*) AND ("poverty")	25.09.2018	45 Treffer → 0 brauchbare Treffer

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Datenbank	Nr.	Suchkombinationen / Eingrenzungen	Datum	Anzahl Treffer / Anzahl eingeschlossene
CINAHL	5	("access" OR "information channel*") AND (poverty OR poorness) AND "health information" AND immigrant*	29.09.2018	5 Treffer → 4 brauchbare Treffer
Medline & PubMed	5	("access" OR "information channel*") AND (poverty OR poorness) AND "health information" AND immigrant*	29.09.2018	3 Treffer → 2 brauchbare Treffer
IBSS & Social Service Abstract	5	("access" OR "information channel*") AND (poverty OR poorness) AND "health information" AND immigrant*	29.09.2018	41 Treffer → 6 brauchbare Treffer
Communication Source	5	("access" OR "information channel*") AND (poverty OR poorness) AND "health information" AND immigrant*	29.09.2018	1 Treffer → 0 brauchbare Treffer

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Tabelle 7.
Übersicht der eingeschlossenen Literatur nach Lesen von Titeln und Abstracts

Syntax-Nr.	Datenbank	Titel	Begründung für Ein- oder Ausschluss in der Weiterbearbeitung nach Lesen von Titeln und Abstracts
1	CINAHL	What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review	Einschluss: Die Studie berichtet über den Zugangsweg «Community-Navigatoren». Womöglich ist dies ein guter Zugangsweg, welcher auch auf die Schweiz übertragen werden kann.
		Information Channels Associated with Awareness of Human Papillomavirus Infections and Vaccination among Latino Immigrants from Safety Net Clinics	Einschluss: Die Zielgruppe in Safety Net Clinics betrifft genau die Zielgruppe der BA. HPV ist zwar ein spezifisches Gesundheitsthema, dennoch zeigen die Resultate mehrere Zugangswege.
		Barriers and Facilitators to HIV Testing in Migrants in High-Income Countries: A Systematic Review	Ausschluss: In diesem Review geht es eher um Zugangsbarrieren als um Zugangswege. Daher werden kaum Kanäle genannt und die Studie bringt keinen Mehrwert für die vorliegende BA.
1	Communication Source	Health at the Margins of Migration: Culture-Centered Co-Constructions Among Bangladeshi Immigrants	Ausschluss: Die Studie identifiziert kaum Zugangswege. Obwohl es sich um die definierte Zielgruppe dieser BA handelt, kann die Studie aufgrund der Thematik nicht eingeschlossen werden.
		Evaluation of a Tuberculosis Education Video Among Immigrants and Refugees at an Adult Education Center: A Community-Based Participatory Approach	Einschluss: Obwohl die Studie nur über einen Zugangsweg (Erwachsenenbildungszentrum) berichtet, zeigen die Resultate der Studie nützliche Erkenntnisse für die BA. Die Zielgruppe stimmt mit der definierten Zielgruppe der BA überein.
		Victor and Erika Webnovela: An Innovative Generation @ Audience Engagement Strategy for Prevention	Einschluss: Es werden verschiedene Zugangswege im Online-Bereich identifiziert. Bei der Zielgruppe handelt es sich um eine Subgruppe der definierten Zielgruppe dieser BA.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

		Internet Access and Online Cancer Information Seeking Among Latino Immigrants From Safety Net Clinics	Einschluss: Personen innerhalb von Safety Net Clinics entsprechen der definierten Zielgruppe. Es werden verschiedene Zugangswege im Online-Bereich genannt.
		Cancer Information Disparities Between U.S.- and Foreign-Born Populations	Einschluss: Die nationale Studie zeigt viele Zugangswege zu Gesundheitsinformationen auf. Parallel dazu zeigt sie Unterschiede zwischen der US-Bevölkerung und eingewanderten Personen.
		Esperanza y Vida: A Culturally and Linguistically Customized Breast and Cervical Education Program for Diverse Latinas at Three Different United States Sites	Ausschluss: In der Studie werden keine Zugangswege beschrieben. Es handelt sich um ein Programm und nicht um den Zugang zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen.
		Turkish radio broadcasts in The Netherlands: Community Communication or Ethnic Market?	Ausschluss: Es geht nicht um den Zugang zu Gesundheitsinformationen. Wenn keine Gesundheitsthemen angesprochen werden, widerspricht dies den definierten Einschlusskriterien.
2	CINAHL	Healthcare utilization among urban homeless followed by an outpatient clinic: more intensive use by migrant groups	Einschluss: Es werden viele Zugangswege zur obdachlosen Migrationsbevölkerung in Italien genannt. Die Studie stammt aus einem europäischen Land.
		Maternal health information seeking behavior: Issues and challenges.	Ausschluss: Die Studie stammt aus Nigeria – einem Entwicklungsland. Diese Resultate sind nicht auf die Schweiz übertragbar und widersprechen den definierten Einschlusskriterien.
		Social, Behavioural, and Intervention Research among People of Sub-Saharan African Origin Living with HIV in the UK and Europe: Literature Review and Recommendations for Intervention	Ausschluss: Die Materie der Studie ist sehr medizinisch. Sie hat kaum etwas mit den Zugangswegen zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu tun.
2	IBSS & Social Service Abstract	The Vicious Cycle of Stigma and Disclosure in "Self-Management": A Study Among the Dutch HIV Population	Ausschluss: Bei der Studie geht es nicht um den Zugang zu Gesundheitsinformationen. Die Studie behandelt eher das Thema «Stigmatisierung bei Personen mit HIV».

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

3	CINAHL	Maternal health information seeking behavior: Issues and challenges.	Ausschluss: Die Studie stammt aus Nigeria – einem Entwicklungsland. Diese Resultate sind nicht auf die Schweiz übertragbar und widersprechen den definierten Einschlusskriterien.
3	IBSS & Social Service Abstract	Barriers to Depression Treatment Among Low-Income, Latino Emergency Department Patients	Einschluss: Die Zielgruppe der Studie entspricht genau der Zielgruppe der BA. Es werden besonders zwei Zugangswege hervorgehoben, welche sinnvoll erscheinen.
		Negotiating candidacy: ethnic minority seniors' access to care	Ausschluss: Innerhalb dieser Studie werden keine Zugangswege genannt. Daher kann die Studie nicht weiter beachtet werden.
		Barriers and Facilitators to HIV Testing in Migrants in High Income Countries: A Systematic Review	Ausschluss: In diesem Review geht es eher um Zugangsbarrieren als um Zugangswege. Daher werden kaum Kanäle genannt und die Studie bringt keinen Mehrwert für die vorliegende BA.
3	Communication Source	Esperanza y Vida: A Culturally and Linguistically Customized Breast and Cervical Education Program for Diverse Latinas at Three Different United States Sites	Ausschluss: In der Studie werden keine Zugangswege beschrieben. Es handelt sich um ein Programm und nicht um den Zugang zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen.
		Cancer Information Disparities Between U.S.- and Foreign-Born Populations	Einschluss: Die nationale Studie zeigt viele Zugangswege zu Gesundheitsinformationen auf. Parallel dazu zeigt sie Unterschiede zwischen der US-Bevölkerung und eingewanderten Personen.
		Internet Access and Online Cancer Information Seeking Among Latino Immigrants From Safety Net Clinics	Einschluss: Personen innerhalb von Safety Net Clinics entsprechen der definierten Zielgruppe. Es werden verschiedene Zugangswege im Online-Bereich genannt.
		Victor and Erika Webnovela: An Innovative Generation @ Audience Engagement Strategy for Prevention	Einschluss: Es werden verschiedene Zugangswege im Online-Bereich identifiziert. Bei der Zielgruppe handelt es sich um eine Subgruppe der definierten Zielgruppe dieser BA.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

		Health at the Margins of Migration: Culture-Centered Co-Constructions Among Bangladeshi Immigrants	Ausschluss: Die Studie identifiziert kaum Zugangswege. Obwohl es sich um die definierte Zielgruppe dieser BA handelt, kann die Studie aufgrund der Thematik nicht eingeschlossen werden.
		Evaluation of a Tuberculosis Education Video Among Immigrants and Refugees at an Adult Education Center: A Community-Based Participatory Approach	Einschluss: Obwohl die Studie nur über einen Zugangsweg (Erwachsenenbildungszentrum) berichtet, zeigen die Resultate der Studie nützliche Erkenntnisse für die BA. Die Zielgruppe stimmt mit der definierten Zielgruppe der BA überein.
4	CINAHL	Correlates of online health information seeking behaviors in a low-income Hispanic community	Einschluss: Es werden mehrere Zugangswege identifiziert, welche sich auf die definierte Zielgruppe und auf die Schweiz übertragen lassen.
		Maternal health information seeking behavior: Issues and challenges.	Ausschluss: Die Studie stammt aus Nigeria – einem Entwicklungsland. Diese Resultate sind nicht auf die Schweiz übertragbar und widersprechen den definierten Einschlusskriterien.
4	Medline & PubMed	Correlates of online health information seeking behaviors in a low-income Hispanic community	Einschluss: Es werden mehrere Zugangswege identifiziert, welche sich auf die definierte Zielgruppe und auf die Schweiz übertragen lassen.
5	CINAHL	Correlates of online health information seeking behaviors in a low-income Hispanic community	Einschluss: Es werden mehrere Zugangswege identifiziert, welche sich auf die definierte Zielgruppe und auf die Schweiz übertragen lassen.
		Maternal health information seeking behavior: Issues and challenges.	Ausschluss: Die Studie stammt aus Nigeria – einem Entwicklungsland. Diese Resultate sind nicht auf die Schweiz übertragbar und widersprechen den definierten Einschlusskriterien.
		Information Channels Associated with Awareness of Human Papillomavirus Infections and Vaccination among Latino Immigrants from Safety Net Clinics	Einschluss: Die Zielgruppe in Safety Net Clinics betrifft genau die Zielgruppe der BA. HPV ist zwar ein spezifisches Gesundheitsthema, dennoch zeigen die Resultate mehrere Zugangswege.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

		Is channel segmentation necessary to reach a multiethnic population with weight-related health promotion? An analysis of use and perception of communication channels	Einschluss: Diverse Zugangswege werden durch partizipative Ansätze identifiziert. Es handelt sich um eine Studie aus Europa.
5	Medline & PubMed	Correlates of online health information seeking behaviors in a low-income Hispanic community	Einschluss: Es werden mehrere Zugangswege identifiziert, welche sich auf die definierte Zielgruppe und auf die Schweiz übertragen lassen.
		Barriers and Facilitators to HIV Testing in Migrants in High Income Countries: A Systematic Review	Ausschluss: In diesem Review geht es eher um Zugangsbarrieren als um Zugangswege. Daher werden kaum Kanäle genannt und die Studie bringt keinen Mehrwert für die vorliegende BA.
5	IBSS & Social Service Abstract	Barriers to Depression Treatment Among Low-Income, Latino Emergency Department Patients	Einschluss: Die Zielgruppe der Studie entspricht genau der Zielgruppe der BA. Es werden besonders zwei Zugangswege hervorgehoben, welche sinnvoll erscheinen.
		Income Inequities in Health Care Utilization among Adults Aged 50 and Older	Ausschluss: Es handelt sich nicht um die definierte Zielgruppe von Personen mit Migrationshintergrund in sozioökonomisch benachteiligten Lebenslagen.
		Barriers and Facilitators to HIV Testing in Migrants in High Income Countries: A Systematic Review	Ausschluss: In diesem Review geht es eher um Zugangsbarrieren als um Zugangswege. Daher werden kaum Kanäle genannt und die Studie bringt keinen Mehrwert für die vorliegende BA.
		Community-Based Mental Health Service Utilization Among Low-Income Latina Immigrants	Ausschluss: Die genannten Zugangswege sind Gesundheitskliniken. Es handelt sich eher um medizinische Themen. Die Zielgruppe hingegen wäre für diese BA sehr passend gewesen.
		Social, Behavioural, and Intervention Research among People of Sub-Saharan African Origin Living with HIV in the UK and Europe: Literature Review and Recommendations for Intervention	Ausschluss: Die Materie der Studie ist sehr medizinisch. Sie hat kaum etwas mit den Zugangswegen zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu tun.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

		Negotiating candidacy: ethnic minority seniors' access to care	Ausschluss: Innerhalb dieser Studie werden keine Zugangswege genannt. Daher kann die Studie nicht weiter beachtet werden.
--	--	--	---

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Tabelle 8.

Übersicht der eingeschlossenen Literatur nach Lesen von Einleitung, Resultate und Diskussion

Titel	Begründung für Ein- oder Ausschluss für die Weiterbearbeitung nach Lesen von Einleitung, Resultate und Diskussion
What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review	Ausschluss: Es wird nur von einem Zugangsweg berichtet. Dadurch ist die Studie zu wenig nützlich für die Identifikation von verschiedenen Zugangswegen.
Information Channels Associated with Awareness of Human Papillomavirus Infections and Vaccination among Latino Immigrants from Safety Net Clinics	Einschluss: Die Zielgruppe in Safety Net Clinics betrifft genau die Zielgruppe der BA. HPV ist zwar ein spezifisches Gesundheitsthema, dennoch zeigen die Resultate mehrere Zugangswege.
Evaluation of a Tuberculosis Education Video Among Immigrants and Refugees at an Adult Education Center: A Community-Based Participatory Approach	Einschluss: Obwohl die Studie nur über einen Zugangsweg (Erwachsenenbildungszentrum) berichtet, zeigen die Resultate der Studie nützliche Erkenntnisse für die BA. Die Zielgruppe stimmt mit der definierten Zielgruppe der BA überein.
Victor and Erika Webnovela: An Innovative Generation @ Audience Engagement Strategy for Prevention	Ausschluss: In der Studie geht es vor allem um eine Webnovela und nicht um die genutzten Zugangswege und deren Evaluation bezüglich Wirksamkeit.
Internet Access and Online Cancer Information Seeking Among Latino Immigrants From Safety Net Clinics	Ausschluss: Die Studie begrenzt sich zu stark auf die Online-Informationssuche. Durch diesen Einschluss könnten andere wichtige Zugangswege ausser Acht gelassen werden.
Cancer Information Disparities Between U.S.- and Foreign-Born Populations	Einschluss: Die nationale Studie zeigt viele Zugangswege zu Gesundheitsinformationen auf. Parallel dazu zeigt sie Unterschiede zwischen der US-Bevölkerung und eingewanderten Personen.
Healthcare utilization among urban homeless followed by an outpatient clinic: more intensive use by migrant groups	Ausschluss: Bei obdachlosen Personen mit Migrationshintergrund handelt es sich um eine sehr spezifische Subgruppe. Möglicherweise gelten für diese andere Zugangswege als für die «allgemeine Migrationsbevölkerung in benachteiligten sozioökonomischen Lebenslagen».
Barriers to Depression Treatment Among Low-Income, Latino Emergency Department Patients	Ausschluss: Bei Depressionen handelt es sich um ein sehr spezifisches Gesundheitsthema. Dadurch kann die Übertragbarkeit auf andere Gesundheitsthemen womöglich nicht gewährleistet werden.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Correlates of online health information seeking behaviors in a low-income Hispanic community	Ausschluss: Obwohl in dieser Studie eine Art Experiment vorgenommen wird, gibt es keine Kontrollgruppe. Dies weist auf eine ungenügende Qualität hin.
Is channel segmentation necessary to reach a multiethnic population with weight-related health promotion? An analysis of use and perception of communication channels	Einschluss: Diverse Zugangswege werden durch partizipative Ansätze identifiziert. Es handelt sich um eine Studie aus Europa.

Tabelle 9.
Übersicht der definitiv eingeschlossenen Literatur nach kritischem Lesen

Titel
Information Channels Associated with Awareness of Human Papillomavirus Infections and Vaccination among Latino Immigrants from Safety Net Clinics
Evaluation of a Tuberculosis Education Video Among Immigrants and Refugees at an Adult Education Center: A Community-Based Participatory Approach
Cancer Information Disparities Between U.S.- and Foreign-Born Populations
Is channel segmentation necessary to reach a multiethnic population with weight-related health promotion? An analysis of use and perception of communication channels

Anhang II: Zusammenfassungen und Bewertungen der vier eingeschlossenen Studien

Zusammenfassung Studie A: Wieland, et al., 2013

Tabelle 10.

Zusammenfassung Studie A: Wieland, et al., 2013

Titel	Evaluation of a Tuberculosis Education Video Among Immigrants and Refugees at an Adult Education Center: A Community-Based Participatory Approach
Autoren	Wieland, Mar L.; Nelson, Jonathan; Palmer, Tiffany; O'Hara, Connie; Weis, Jennifer A.; Nigon, Julie A.; Sia, Irene G.
Land, Jahr	USA, 2013
Zielgruppe	Migranten/Migrantinnen und Flüchtlinge in den USA (Wieland, et al., 2013).
Setting	Die Hawthorne-Gemeinschaft umfasst jedes Jahr etwa 2500 Lernende, 60 Mitarbeitende und 250 Freiwillige. Die Lernenden kommen überwiegend aus Subsahara-Afrika (38%), Lateinamerika (21%), Südostasien (17%) und Südost-Minnesota (20%). Sie sprechen zu Hause 70 verschiedene Sprachen. Schätzungsweise leben 85% auf oder unter der Armutsgrenze der USA. Weniger als die Hälfte (40%) haben die High School abgeschlossen und 12% haben noch nie zuvor eine Schule besucht (Wieland, et al., 2013).
Theoretischer Hintergrund (Theorieansätze)	Die gemeinschaftsbasierte partizipative Forschung (Community-based Participatory Research, CBPR) ist ein Mittel zur Erforschung von Gesundheitsthemen innerhalb einer Gemeinschaft. Dabei arbeiten Mitglieder der Zielgruppe und Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen in jeder Phase des Forschungsprozesses miteinander. CBPR ist besonders bei der Identifizierung und zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten erfolgreich. Das «Center for Disease Control and Prevention» empfiehlt den Aufbau solcher Partnerschaften zur Reduktion von TB in den Vereinigten Staaten (Wieland, et al., 2013).
Kontext	English-as-a-second-language-Programme scheinen einen logischen Rahmen für die Erstellung und Verbreitung von Informationen zu TB unter Neueinwandernden und Flüchtlingen zu sein. Schulbasierte Programme haben sich als hochwirksame Orte zur Bekämpfung von Tuberkulose bei Kindern erwiesen. Es sind keine veröffentlichten Berichte über TB-Programme in Erwachsenenbildungszentren bekannt. Dennoch waren die englischsprachigen Programme für Erwachsene erfolgreiche Orte für Bildungsprogramme zu Gesundheitsthemen wie Hepatitis B, Krebsvorsorge und -prävention und Herz-Kreislauf-Themen (Wieland, et al., 2013).

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Methode	<p>Vorher-Nachher-Design: In den Jahren 2008 – 2009 werden am Hawthorne Education Center zehn Fokusgruppen mit 84 Teilnehmenden (Lernende und Mitarbeitende) durchgeführt. Dadurch wird die Wahrnehmung von TB in dieser Zielgruppe untersucht.</p> <p>Aus der Fokusgruppenanalyse ergeben sich folgende vier Handlungsfelder; (a) das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass sich TB in den Vereinigten Staaten befindet; (b) das Wissen über die Übertragungswege zu fördern; (c) über den Unterschied zwischen latenter und aktiver TB aufzuklären; (d) sicherstellen, dass TB heilbar ist.</p> <p>Auf dieser Grundlage wird das Bildungsvideo erstellt, welches anschliessend durch einen Fragebogen evaluiert wird. Die Resultate werden statistisch analysiert (Wieland, et al., 2013).</p>
Interventionen	<p>Auf Grundlage der Fokusgruppen wird ein Lernvideo erstellt, welches anschliessend evaluiert wird (Wieland, et al., 2013). Über die Inhalte des Videos werden in der Studie keine genaueren Angaben gemacht.</p>
Zugangswege	<p>Erwachsenenbildungszentren (Wieland, et al., 2013)</p>
Bedeutung der Studie für GF&P	<p>Erwachsenenbildungszentren, in denen der Englischunterricht als Fremdsprache ein wesentliches Element des Lehrplans ist, bieten mehrere Vorteile:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die englische Sprachkompetenz ist ein Ziel für jeden Schüler, jede Schülerin. Daher ist ein englischsprachiges Video zu TB trotz der primären Sprachheterogenität angemessen. 2. Videoinhalte werden im Klassenzimmer von Lehrerpersonen und Schülern/Schülerinnen als Gelegenheit für die englischsprachige Konversation genutzt. Dies verstärkt die dargestellten Konzepte des Videos. <p>Schliesslich schaffen Erwachsenenbildungszentren trotz der Vielfalt der Studierenden eine Zielgruppe mit einer gewissen Gemeinsamkeit. Es handelt sich um junge Einwandernde und Flüchtlinge in den Vereinigten Staaten mit einer relativ geringen Gesundheitskompetenz. Im Sinne der TB-Prävention ist dies die konkrete Zielpopulation, um das Ziel der öffentlichen Gesundheit (latente Tuberkulose-Infektionen reduzieren) erreichen zu können (Wieland, et al., 2013).</p> <p>169 Lernende und 14 Mitarbeitende, die nicht an der Videoproduktion teilnehmen, nehmen an der Auswertung des Videos teil.</p> <p>Unter den Lernenden bewerten 159 (94%) das TB-Video als sehr akzeptabel. Die Mehrheit (97%) berichtet, dass das Video hilft, etwas über TB zu erfahren. 96% empfinden das Video als leicht verständlich. 89% empfehlen, dass alle Schüler und Schülerinnen das Video sehen sollten.</p>

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

	<p>14 Lehrende bewerten das Video auf Akzeptanz. Die Meisten sind der Meinung, dass das Video für ihre Schüler und Schülerinnen sehr hilfreich ist (durchschnittliche Antwort = 4,71 von 5) und dass sie es für zukünftige Klassen empfehlen (durchschnittliche Antwort = 2,93 von 3).</p> <p>Das Wissen über TB verbessert sich von 56% auf 82% nach dem Abspielen des Videos ($p < .001$). Durch das Ansehen des Videos werden in allen vier Wissensbereichen signifikante Wissenszuwächse erzielt.</p> <p>Die Selbstwirksamkeit in Bezug auf TB verbessert sich nach dem Ansehen des Videos von 77% auf 90% ($p < .001$). Das Wissen darüber, wer auf TB getestet werden sollte, steigt von 66% auf 88% ($p < .001$). Das Wissen darüber, wie man auf TB getestet werden kann, steigt von 71% auf 91% ($p = .001$) (Wieland, et al., 2013).</p>
Bezugspunkt für Vergleich	Die Studie führt eine Vorher-Nachher-Messung durch. Das Wissen und die Selbstwirksamkeit werden vor und nach dem Schauen des TB-Videos gemessen (Wieland, et al., 2013).
Indikatoren für Nutzen/Erfolg	<p>Folgende fünf Punkte gelten als Indikatoren, um den Nutzen des Videos feststellen zu können (Wieland, et al., 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Tuberkulose-Video hilft mir, etwas über Tuberkulose zu erfahren. - Das Tuberkulose-Video ist leicht zu verstehen. - Alle Schüler und Schülerinnen sollten dieses Video sehen. - Wissen - Selbstwirksamkeit
Schlussfolgerungen	Erwachsenenbildungszentren, die grosse Einwanderer- und Flüchtlingspopulationen bedienen, können ausgezeichnete Orte für die TB-Aufklärung sein. Das Medium Video ist ein wirksames Instrument für die Gesundheitsaufklärung in diesen Populationen. Darüber hinaus verbessert ein partizipativer Ansatz bei der Gestaltung von Gesundheitserziehungsmaterialien die Wirksamkeit dieser Instrumente (Wieland, et al., 2013).
Zusammenfassung	In den Vereinigten Staaten betrifft Tuberkulose überproportional Einwandernde und Flüchtlinge. Nach der Ankunft in den Vereinigten Staaten besuchen viele dieser Personen Erwachsenenbildungszentren. Es ist jedoch wenig darüber bekannt, wie an diesen Orten Informationen über Tuberkulose vermittelt werden können. Daher wählend die Autoren/Autorinnen einen partizipativen Ansatz, um ein Video zur Tuberkulose-Erziehung in diesem Umfeld zu entwerfen und zu bewerten. Die Autoren und Autorinnen nutzen Fokusgruppensdaten von Fokusgruppen mit Lernenden und Mitarbeitenden, um den Inhalt des Videos zu gestalten. Das Video wird von den Lernenden auf Akzeptanz bewertet. Das Wissen und die Selbstwirksamkeit über Tuberkulose werden vor und nach dem Betrachten des Videos evaluiert. Insgesamt bewerten 159 Lernende (94%) das Video als sehr gut. Das Wissen über Tuberkulose verbessert sich nach dem Anschauen des Videos (56% vs. 82%; $p < .001$),

ebenso wie die tuberkulosebedingte Selbstwirksamkeit (77% gegenüber 90%; $p < .001$). Erwachsenenbildungszentren, die viele Einwandernde und Flüchtlinge betreuen, können ausgezeichnete Orte für die Gesundheitserziehung sein. Zudem kann ein Video ein wirksames Instrument zur Aufklärung dieser Bevölkerungsgruppen sein. Darüber hinaus verbessert ein partizipativer Ansatz bei der Gestaltung von Gesundheitserziehungsmaterialien die Wirksamkeit der verwendeten Werkzeuge (Wieland, et al., 2013).

Bewertung Studie A: Wieland, et al., 2013

Tabelle 11.
Bewertung Studie A: Wieland, et al., 2013

Evaluation of a Tuberculosis Education Video Among Immigrants and Refugees at an Adult Education Center: A Community-Based Participatory Approach

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Gesundheitsförderung und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>In den Vereinigten Staaten betrifft Tuberkulose überproportional Einwandernde und Flüchtlinge. Daher wird durch einen partizipativen Ansatz ein Aufklärungsvideo zu TB erstellt. Damit wird die Wahrnehmung von TB in dieser Zielgruppe in Erwachsenenbildungszentren ermittelt (Wieland, et al., 2013).</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Es handelt sich um eine Evaluation, ob die gewählte Methode zur Gesundheitsinformationsvermittlung für diese Zielgruppe geeignet ist. Die Evaluation kann als Legitimierung oder als Grundlage für eine Weiterentwicklung dienen (Wieland, et al., 2013).</p>

<p>DESIGN</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ randomisierte kontrollierte Studie (RCT) ○ Kohortenstudie ○ Einzelfall-Design X Vorher-Nachher-Design ○ Fall-Kontroll-Studie ○ Querschnittsstudie ○ Fallstudie 	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>In den Jahren 2008 – 2009 werden zehn Fokusgruppen mit 84 Teilnehmenden (Lernende und Mitarbeitende) durchgeführt, um die Wahrnehmung von TB in dieser Bevölkerungsgruppe zu ermitteln. Auf dieser Grundlage wird ein Lernvideo erstellt, welches anschliessend durch Fragebögen evaluiert wird (Wieland, et al., 2013).</p> <p>Das Design entspricht dem Wissensstand: Um das Video zu erstellen und um es zu evaluieren, werden unterschiedliche Personen befragt (Wieland, et al., 2013).</p> <p>Die Teilnahme an der Studie ist für alle Teilnehmenden freiwillig (Wieland, et al., 2013).</p>
	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Besonders drei systematische Fehler/Limitationen der Studie sind auffallend (Wieland, et al., 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es findet keine Untersuchung statt, die einen Vergleich zwischen diesem Video und einer «herkömmlichen» TB-Aufklärungsmethode macht. - Es gibt keine Kontrollgruppe. - Es handelt sich nicht um eine Langzeitstudie. Daher ist nicht klar, wie nachhaltig ein TB-Video ist.

<p>STICHPROBE</p> <p>N = 169 HEC Lernende und 14 Lehrende (bei der Evaluation)</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Es gibt Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Geburtsort und Zeit seit der Migration.</p> <p>An der Evaluation nehmen nur Personen teil, die nicht zur partizipativen Erstellung des Videos beitragen.</p> <p>In der Studie gibt es keine Kontrollgruppe.</p> <p>Es ist unklar, wie die Gruppen (Erstellung und Evaluation des Videos) zusammengestellt werden.</p> <p>Alle Teilnehmenden stammen von derselben Schule.</p> <p>(Wieland, et al., 2013)</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohl-informierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Das ethische Verfahren ist in der Studie nicht beschrieben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diverse ethische Aspekte beachtet werden.</p> <p>Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig.</p> <p>(Wieland, et al., 2013)</p>
---	---

<p>Ergebnisse (outcomes)</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome-Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre, post, follow up)).</p>	
<p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliable)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben 	<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Tuberkulose-Video hilft mir, etwas über Tuberkulose zu erfahren. - Das Tuberkulose-Video ist leicht zu verstehen. - Alle Schüler und Schülerinnen sollten dieses Video sehen. - Wissen - Selbstwirksamkeit <p>(Wieland, et al., 2013)</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Es handelt sich bei dieser Studie um eine einmalige Vorher-Nachher-Messung. Daher gibt es zwei Messzeitpunkte.</p> <p>(Wieland, et al., 2013)</p>

<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Massnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Die «Massnahme» dieser Studie ist das TB-Video. Auf dessen Inhalte wird jedoch kaum eingegangen. Der Fokus liegt auf der Erstellung und der Evaluation des Videos (Wieland, et al., 2013).</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> entfällt</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Das Wissen über TB verbessert sich von 56% auf 82% nach dem Abspielen des Videos ($p < .001$).</p> <p>Die Selbstwirksamkeit in Bezug auf TB verbessert sich nach dem Ansehen des Videos von 77% auf 90% ($p < .001$). Das Wissen darüber, wer auf TB getestet werden sollte, steigt von 66% auf 88% ($p < .001$). Das Wissen darüber, wie man auf TB getestet werden kann, steigt von 71% auf 91% ($p = .001$).</p> <p>(Wieland, et al., 2013)</p>

<p>War(en) die Analyse methode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Erwachsenenbildungszentren, in denen der Englischunterricht als Fremdsprache ein wesentliches Element des Lehrplans ist, bieten mehrere Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die englische Sprachkompetenz ist ein Ziel für jeden Schüler, jede Schülerin. Daher ist ein englischsprachiges Video zu TB trotz der primären Sprachheterogenität angemessen. - Videoinhalte werden im Klassenzimmer von Lehrpersonen und Schülern/Schülerinnen als Gelegenheit für die englischsprachige Konversation genutzt. Dies verstärkt die dargestellten Konzepte des Videos. <p>Schliesslich schaffen Erwachsenenbildungszentren trotz der Vielfalt der Studierenden eine Zielgruppe mit einer gewissen Gemeinsamkeit. Es handelt sich um junge Einwandernde und Flüchtlinge in den Vereinigten Staaten mit einer relativ geringen Gesundheitskompetenz. Im Sinne der TB-Prävention ist dies die konkrete Zielpopulation, um das Ziel der öffentlichen Gesundheit (latente Tuberkulose-Infektionen reduzieren) erreichen zu können (Wieland, et al., 2013).</p>
---	---

<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein 	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Es werden keine Angaben zu Ausscheidungen gemacht. Möglicherweise gibt es keine, da die Studie im Rahmen des Unterrichts durchgeführt wird. Dadurch sind Schüler und Schülerinnen an die festen Strukturen der Bildungszentren gebunden (Wieland, et al., 2013).</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein 	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welches waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Erwachsenenbildungszentren, die grosse Einwanderer- und Flüchtlingspopulationen bedienen, können ausgezeichnete Orte für die TB-Aufklärung sein. Das Medium Video ist ein wirksames Instrument für die Gesundheitsaufklärung in diesen Populationen. Darüber hinaus verbessert ein partizipativer Ansatz bei der Gestaltung von Gesundheitserziehungsmaterialien die Wirksamkeit dieser Instrumente (Wieland, et al., 2013).</p>

Zusammenfassung Studie B: Zhao, 2010

Tabelle 12.
Zusammenfassung Studie B: Zhao, 2010

Titel	Cancer Information Disparities Between U.S.- and Foreign-Born Populations
Autoren	Zhao, Xiaoquan
Land, Jahr	USA, 2010
Zielgruppe	In den USA lebende Migranten und Migrantinnen, verglichen mit Personen, die in den USA geboren sind. 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS) verwendet ein listengestütztes, zufälliges Ziffernwahl-Verfahren, um eine repräsentative Stichprobe von Haushalten mit Telefonen in den Vereinigten Staaten zu erhalten. In jedem Haushalt wird eine erwachsene Person angefragt, um an der Befragung teilzunehmen (Zhao, 2010).
Setting	Da es sich um eine nationale Befragung handelt, geht es in dieser Studie nicht um ein spezifisches Setting (Zhao, 2010).
Theoretischer Hintergrund (Theorieansätze)	Personen, die im Ausland geboren sind, haben eine niedrigere Sterblichkeitsrate und eine längere Lebenserwartung als Personen, die in den USA geboren sind. Weiter haben Personen mit Migrationshintergrund eine geringere Prävalenz von psychischen Gesundheitsproblemen, Übergewicht und Adipositas, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie ein geringeres Risiko und eine geringere Sterblichkeit für einige Krebsarten. Diese gesundheitlichen Vorteile für Einwandernde können auf eine Reihe von Faktoren zurückgeführt werden. Da der Einwanderungsprozess oft anstrengend und stressig ist, ist es möglich, dass gesunde Menschen diesen Prozess eher einleiten und überleben als weniger gesunde Menschen. Die Einwanderung in die Vereinigten Staaten kann für einige Teilpopulationen erhebliche Ressourcen in Anspruch nehmen. Dadurch wird eine Einwanderung eher von Personen aus höheren sozioökonomischen Schichten versucht. Einwandernde sind durch einen höheren sozioökonomischen Status wahrscheinlich relativ gesund. Aufgrund des Einflusses der Kultur und des traditionellen Lebensstils, weisen Einwandernde relativ gesunde Verhaltensmuster in bedeutenden Risikobereichen (Rauchen, Trinken, Drogenkonsum, Ernährung) auf. Einwandernde haben teils eine stärkere familiäre und soziale Unterstützung, was für eine körperliche und geistige Gesundheit förderlich ist (Zhao, 2010).

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Kontext	Die in dieser Studie verwendeten Daten stammen aus der 2005 HINTS. HINTS ist eine laufende Querschnittuntersuchung der Bevölkerung der USA. Sie wird vom National Cancer Institute finanziert und derzeit alle zwei Jahre durchgeführt (Zhao, 2010).
Methode	<p>Querschnittstudie</p> <p>Fragebogen: Der Fragebogen fordert die Befragten auf, über ihre Nutzung und Präferenz für Gesundheitsinformationen in verschiedenen Kanälen zu berichten. Es folgt die Beurteilung der persönlichen und familiären Vorgeschichte von Krebs und der Suche nach Krebsinformationen. Je nach Geschlecht und Alter beantworten die Befragten Fragen zu bestimmten Krebsarten und zu Modellen, die die Einstellung und den Glauben an Krebs beurteilen. Der letzte Teil des Fragebogens bewertet unter anderem den allgemeinen Gesundheitszustand (Zhao, 2010).</p> <p>Datenanalyse: In dieser Studie werden zwei Arten von Analysen durchgeführt. Es erfolgen logistische Regressionen, um ausländische und US-amerikanische Befragte zu vergleichen. Die zweite Art der Analyse versucht, den Zusammenhang zwischen Krebskommunikation und Krebsüberzeugungen zu beurteilen (Zhao, 2010).</p>
Interventionen	Bei dieser Studie handelt es sich lediglich um eine Erhebung und eine Beobachtung. Daher werden keine Interventionen durchgeführt (Zhao, 2010).
Zugangswege	Ärzte und Ärztinnen, Familienangehörige oder Freunde und Freundinnen, Zeitungen, Magazine, Radio, Internet, TV und Telefon (Zhao, 2010).
Bedeutung des Programmes für GF&P	Trotz diversen Limitationen ergibt diese Studie ein klares Bild der Unterschiede, mit denen die in den Vereinigten Staaten lebenden Einwandernder und Einwanderinnen konfrontiert sind. Regierungsbehörden, Gesundheitsorganisationen und Interessengruppen unternehmen zunehmende Anstrengungen, um Krebsinformationen an die breite Öffentlichkeit zu bringen. Dennoch haben im Ausland geborene Personen Schwierigkeiten beim Zugang und bei der Nutzung solcher Informationen. Insbesondere werden Unterschiede in der Krebskommunikation entdeckt. Dies, obwohl einflussreiche Störfaktoren wie Alter, Bildung, Gesundheitsversorgung und Gesundheitszustand kontrolliert werden. Dies deutet darauf hin, dass der geringere Zugang zu Krebsinformationen unter Einwandernden Gründe hat, die über sozioökonomische Unterschiede hinausgehen (Zhao, 2010). Im Ausland geborene Lateinamerikaner und Lateinamerikanerinnen haben eine kleinere Wahrscheinlichkeit, nach Krebsinformationen zu suchen als Personen, die in den USA geboren sind. Im Ausland geborene

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

	<p>Personen stehen bei der Suche nach Krebsinformationen vor grösseren Hindernissen. Sie vertrauen zudem weniger in einige Quellen von Gesundheitsinformationen (z.B. Ärzte). Darüber hinaus ist es wahrscheinlicher, dass im Ausland geborene Personen unerwünschte Überzeugungen über Krebs hegen. Die Wahrscheinlichkeit, solche Überzeugungen zu vertreten, hängt mit der Suche nach Krebsinformationen und anderen Kommunikationsvariablen zusammen (Zhao, 2010).</p>
Bezugspunkt für Vergleich	<p>Im Ausland geborene Personen werden mit Personen, die in den USA geboren sind, verglichen (Zhao, 2010).</p>
Indikatoren für Nutzen/Erfolg	<p>Mit folgenden Indikatoren werden Messungen durchgeführt (Zhao, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krebsinformationssuche - Vertrauen in Gesundheitsinformationsquellen - Krebsüberzeugungen - Krebsinformationsnutzung
Schlussfolgerungen	<p>Abschliessend kann gesagt werden, dass diese Studie systematische Unterschiede zwischen der im Ausland und der in den USA geborenen Bevölkerung in der Krebskommunikation und im Krebsbewusstsein aufdeckt. Die Ergebnisse erfordern eine stärkere Aufmerksamkeit von Forschung und Politik für die besonderen Herausforderungen, denen Einwandernde beim Zugang zu und der Nutzung von Krebsinformationen gegenüberstehen. Es bedarf innovative und kulturell geeignete Strategien, um das Vertrauen und die Fähigkeiten der Einwanderer und Einwanderinnen in der Informationssuche zu stärken. Die Studie zeigt, dass erhebliche Vorteile entstehen können, wenn Einwandernde zu aktiveren Suchenden von Krebsinformationen werden würden (Zhao, 2010).</p>
Zusammenfassung	<p>Die Gesundheit von Einwandernden ist ein wichtiger Bestandteil der amerikanischen öffentlichen Gesundheit. Aber über die Nutzung von Krebsinformationen durch Einwandernde ist relativ wenig bekannt. Anhand der Daten der 2005 HINTS untersucht diese Studie mögliche Unterschiede zwischen der im Ausland geborenen und der in den USA geborenen Bevölkerung. Logistische Regressionen zeigen, dass im Ausland geborene Hispanoamerikaner und Hispanoamerikanerinnen eine kleinere Wahrscheinlichkeit aufweisen, jemals nach Krebsinformationen gesucht zu haben. Gebürtige Ausländer und Ausländerinnen sehen sich bei der Suche nach Krebsinformationen grösseren Hindernissen gegenübergestellt. Sie vertrauen in einige wichtige Quellen von Gesundheitsinformationen weniger. Dabei handelt es sich um ein Muster, welches bei Lateinamerikanern und Lateinamerikanerinnen besonders ausgeprägt ist. Durch weitere Untersuchungen können die negativen</p>

Assoziationen zwischen der Nutzung von Krebsinformationen und unerwünschten Krebsüberzeugungen aufgezeigt werden (Zhao, 2010).

Bewertung Studie B: Zhao, 2010

Tabelle 13.
Bewertung Studie B: Zhao, 2010

Cancer Information Disparities Between U.S.- and Foreign-Born Populations	
<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Gesundheitsförderung und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Diese Studie vergleicht die Nutzungsmuster der Suche nach Krebsinformationen bei im Ausland geborenen Personen und in den USA geborenen Personen. Disparitäten zwischen diesen beiden Populationen sollen identifiziert werden. Zudem werden die Auswirkungen dieser Disparitäten auf die Gesundheit von Migranten und Migrantinnen untersucht. Die identifizierten Disparitäten werden mit Lücken der Krebsvorstellungen verknüpft (Zhao, 2010).</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Bislang gibt es wenige Untersuchungen, die das Krebs-Kommunikationsverhalten von Migranten/Migrantinnen untersuchen. Um diese Lücke zu schliessen, verwendet die vorliegende Studie national repräsentative Umfragedaten, um die Nutzung von Krebsinformationen durch Einwandernde in drei Bereichen zu erfassen (Zhao, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktives Suchen von Krebsinformationen - Erfahrungen mit der Suche nach Krebsinformationen - Vertrauen in verschiedene Gesundheitsinformationsquellen <p>In allen drei Bereichen werden Migranten/Migrantinnen mit ihren in den USA geborenen Kollegen und Kolleginnen verglichen. Mögliche Disparitäten werden identifiziert (Zhao, 2010).</p>

<p>DESIGN</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ randomisierte kontrollierte Studie (RCT) ○ Kohortenstudie ○ Einzelfall-Design ○ Vorher-Nachher-Design ○ Fall-Kontroll-Studie X Querschnittsstudie ○ Fallstudie 	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprechend dem Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Es macht Sinn, eine nationale Studie der Krebsforschung als Grundlage zu nutzen. Somit hat die Studie repräsentative Daten, welche die ganze Bevölkerung abdecken sollten (Zhao, 2010).</p> <p>Da es bisher kaum Forschungen in diesem Bereich gibt, bilden Querschnittstudien eine geeignete Methode, um einen ersten Überblick zu verschaffen (Zhao, 2010).</p> <p>Es geht aus der Studie nicht hervor, ob ethische Aspekte bezüglich der Teilnahme beachtet werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass strenge Vorschriften zu beachten sind, da es sich um eine nationale Studie handelt (Zhao, 2010).</p>
	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, Bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Besonders zwei systematische Fehler/Limitationen der Studie sind aufgefallen (Zhao, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es handelt sich um eine relativ kleine Stichprobe. - Das Thema Diversität kann in der Studie nicht genügend beachtet werden. Besonders in Bezug auf Nationalität, Kultur und Sprache.

<p>STICHPROBE</p> <p>N = Im Ausland Geborene: N 563 In den USA Geborene: N 4830</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichproben-grösse begründet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>2005 HINTS verwendet ein listengestütztes, zufälliges Ziffernwahl-Verfahren (RDD), um eine repräsentative Stichprobe von Haushalten mit Telefonen in den Vereinigten Staaten zu erhalten. In jedem Haushalt wird eine erwachsene Person angefragt, um den quantitativen Fragebogen auszufüllen. Die Rücklaufquoten liegen bei 34,0% für die Haushaltskontrolle und 61,3% für den quantitativen Fragebogen. Die Gesamtrücklaufquote für 2005 HINTS beträgt 20,8%. Obwohl dies eine relativ niedrige Quote ist, ist diese Gesamtrücklaufquote für RDD-Stichproben in der jüngsten Umfrageforschung nicht untypisch. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass RDD-Stichproben mit niedrigen Rücklaufquoten noch eine ausgezeichnete demographische Repräsentativität aufweisen (Zhao, 2010).</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Das ethische Verfahren ist in der Studie nicht beschrieben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diverse ethische Aspekte beachtet werden müssen (Zhao, 2010).</p>
--	--

<p>Ergebnisse (outcomes)</p>	<p>Geben Sie an, wie oft Outcome-Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre, post, follow up)).</p>	
<p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben 	<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krebsinformationssuche - Vertrauen in Gesundheitsinformationsquellen - Krebsüberzeugungen - Krebsinformationsnutzung <p>(Zhao, 2010)</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Querschnittstudie: HINTS wird alle zwei Jahre durchgeführt (Zhao, 2010).</p>

<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben <input checked="" type="radio"/> entfällt <p>Wurden gleichzeitige weitere Massnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben <input checked="" type="radio"/> entfällt 	<p>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Innerhalb dieser Studie werden keine Massnahmen umgesetzt. Es handelt sich um eine beobachtende Studie (Zhao, 2010).</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt <input type="radio"/> nicht angegeben 	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Ergebnisse (Zhao, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ausländisch geborene Personen fühlen sich weniger sicher im Umgang mit Krebsinformationen als Personen, die in den USA geboren sind. - ausländisch geborene Personen berichten häufiger von Zugangsbarrieren als US-Geborene. - ausländisch geborene Personen vertrauen weniger häufig in gefundene Informationen als US-Geborene. <p>Insgesamt sind sich im Ausland geborene Befragte eher einig, dass (a) es nicht viel zu tun gibt, um das Krebsrisiko zu senken, (b) es zu viele Empfehlungen zur Krebsprävention gibt, (c) alles Krebs zu verursachen scheint und (d) sie aus Angst Krebs zu haben, nur ungern an der Krebsvorsorge teilnehmen (Zhao, 2010).</p> <p>Die Resultate sind nur teilweise signifikant. Ein möglicher Grund dafür ist, dass die Befragung nicht "nur" um das Thema Zugang zu Krebsinformationen geht, sondern noch weitere Themen beinhaltet (Zhao, 2010).</p>

<p>War(en) die Analyse­methode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Der Hauptzweck dieser Studie ist es, mögliche Unterschiede in der Nutzung von Krebsinformationen zwischen der im Ausland und der in den USA geborenen Bevölkerung zu identifizieren.</p> <p>Im Ausland geborene Lateinamerikaner und Lateinamerikanerinnen weisen eine weniger hohe Wahrscheinlichkeit auf, jemals nach Krebsinformationen zu suchen. Ausländische Personen weisen eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, dass jemand anderes für sie nach Krebsinformationen sucht. Im Ausland geborene Personen stehen bei der Suche nach Krebsinformationen vor grösseren Hindernissen und vertrauen weniger in einige Quellen von Gesundheitsinformationen. Darüber hinaus ist es wahrscheinlicher, dass im Ausland geborene Personen unerwünschte Überzeugungen über Krebs hegen. Die Wahrscheinlichkeit, solche Überzeugungen zu vertreten ist mit der Suche nach Krebsinformationen und anderen Kommunikationsvariablen zusammenhängend. Insbesondere scheint die Beziehung zwischen Krebsüberzeugungen und der Suche nach Krebsinformationen bei im Ausland geborenen Personen besonders stark zu sein (Zhao, 2010).</p>
---	--

<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Die Daten werden mit Stata 10 (StataCorp, College Station, TX) analysiert. Es werden Stichproben- und Replikationsgewichte verwendet, um Stichprobendesigns zu berücksichtigen und Varianzschätzungen zu liefern (Zhao, 2010).</p> <p>Fehlende Daten werden durch listenweise Löschung behandelt. In allen bis auf zwei Analysen führt dies zur Eliminierung von weniger als 10% der Proben. Der höchste Prozentsatz, der aufgrund fehlender Daten eliminiert wird, liegt bei 18,5% (Zhao, 2010).</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>Abschliessend kann gesagt werden, dass diese Studie systematische Unterschiede zwischen der im Ausland und der in den USA geborenen Bevölkerung in der Krebskommunikation und im Krebsbewusstsein aufdeckt. Die Ergebnisse erfordern eine stärkere Aufmerksamkeit von Forschung und Politik für die besonderen Herausforderungen, denen Einwandernde beim Zugang zu und der Nutzung von Krebsinformationen gegenüberstehen. Es bedarf innovative und kulturell geeignete Strategien, um das Vertrauen und die Fähigkeiten der Einwanderer und Einwanderinnen in der Informationssuche zu stärken. Die Studie zeigt, dass erhebliche Vorteile entstehen können, wenn Einwandernde zu aktiveren Suchenden von Krebsinformationen werden würden (Zhao, 2010).</p>

Zusammenfassung Studie C: Mueller, et al., 2011

Tabelle 14.

Zusammenfassung Studie C: Mueller, et al., 2011

Titel	Information Channels Associated with Awareness of Human Papillomavirus Infections and Vaccination among Latino Immigrants from Safety Net Clinics
Autoren	Mueller, Noel T.; Noone, Anne-Michelle; Luta, Gheorghe; Wallington, Sherrie Flynt; Huerta, Elmer E.; Mandelblatt, Jeanne S.
Land, Jahr	USA, 2011
Zielgruppe	Teilnahmeberechtigt sind Kliniknutzende oder Personen, die einen registrierten Patienten begleiteten, sich selbst als hispanoamerikanisch identifizieren und älter als 21 Jahre sind (Mueller, et al., 2011). Frauen, die am Programm «Women Infants and Children» teilnehmen, werden ausgeschlossen, da diese Frauen Dienstleistungen und Ernährungszuschüsse für ihre Kinder erhalten (Mueller, et al., 2011).
Setting	Das Setting dieser Studie sind Safety Net Clinics. Bei Safety Net Clinics handelt es sich um sehr niederschwellige Gesundheitsorganisationen. Armutsbetroffene Personen und weitere benachteiligte Bevölkerungsgruppen erhalten dort kostenlos gute Gesundheitsversorgung oder -informationen (Mueller, et al., 2011).
Theoretischer Hintergrund (Theorieansätze)	In dieser Studie können keine Modelle oder weitere verwendete theoretische Hintergründe erkannt werden (Mueller, et al., 2011).
Kontext	Trotz einer Fülle von potenziellen Informationskanälen über HPV in den USA gibt es nur wenige Daten über Informationsquellen für lateinamerikanische Einwanderer und Einwanderinnen. Eine wegweisende Studie aus dem Jahr 1999 ergab, dass die grosse Mehrheit der Latinos stärker von Medien als von allgemeinen Gesundheitsinformationsquellen abhängig ist. Dieses Ergebnis wird in aktuelleren Studien bestätigt. Leider sehen sich Latinos bei der Suche nach Gesundheitsinformationen in diesem technologischen Zeitalter mit unterschiedlichen Zugangsbarrieren sowie kulturellen und sprachlichen Herausforderungen konfrontiert. Darüber hinaus äussern Latinos oft ein mittleres bis geringes Vertrauen in Medien als Gesundheitsinformationsquellen (Mueller, et al., 2011).

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Methode	<p>Spanischsprachige Interviewer/Interviewerinnen mit Umfrageerfahrung führen persönliche strukturierte 30-minütige Interviews durch. 99% werden auf Spanisch durchgeführt.</p> <p>Bivariate Assoziationen werden mit Chi-Quadrat-Tests für kategorische Variablen und mit t-Tests für kontinuierliche Variablen bewertet. Alle signifikanten Variablen und Variablen, die sich auf die Validität beziehen (d.h. Alter, Geschlecht und Bildung), werden in die logistischen Regressionsmodelle aufgenommen. Dabei werden angepasste Quoten und 95% Konfidenzintervalle geschätzt. Die Studie hat Interaktionen zwischen Geschlecht, Alter und Bildung unter Verwendung verschiedener Informationskanäle getestet. Daher präsentiert sie schichtspezifische angepasste Quotenverhältnisse für signifikante Interaktionen (Mueller, et al., 2011).</p>
Interventionen	<p>In dieser Studie werden keine Interventionen durchgeführt (Mueller, et al., 2011).</p>
Zugangswege	<p>Safety Net Clinics, spanischsprachiger TV, Internet, Radio, Magazine und Zeitungen (Mueller, et al., 2011).</p>
Bedeutung des Programmes für GF&P	<p>Dies ist die einzige Studie, die derzeit bekannt ist, die Kommunikationskanäle für das HPV-Bewusstsein unter Immigranten und Immigrantinnen aus Mittel- und Südamerika untersucht. Etwas weniger als die Hälfte dieser Bevölkerung hat von HPV oder seinem Impfstoff gehört. Männer haben weniger Wissen über HPV als Frauen. Führende Informationsquellen sind spanischsprachige Fernsehsendungen und andere spanischsprachige Gesundheitsinformationsanbieter. Diejenigen, die Medien oft für Gesundheitsinformationen nutzen, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich dem HPV bewusst zu sein. Die Studie entdeckt, dass Internetzugang mit dem Bewusstsein für HPV verbunden ist (Mueller, et al., 2011).</p> <p>Die Teilnehmenden leben durchschnittlich 8 Jahre lang in den USA (Mittelwert = 11) und sind überwiegend zentral- (64%) und südamerikanisch (27%). Etwas weniger als die Hälfte hat von HPV-Infektionen oder dem Impfstoff gehört. 84% geben jedoch an, mehr Informationen erhalten zu wollen.</p> <p>Die Meisten berichten, dass sie durch das spanischsprachige Fernsehen zu diesen Themen informiert werden (52%). 71% vertrauen Gesundheitsinformationen im Fernsehen (Mueller, et al., 2011).</p> <p>Das HPV-Infektionsbewusstsein ist bei Teilnehmenden mit Internetzugang 1,47-mal höher als bei Teilnehmenden ohne Internet. Bei einer höheren Selbstwirksamkeit, um Gesundheitsinformationen zu finden, steigt das HPV-Infektionsbewusstsein um 19%. Die Hochschulbildung erhöht das Infektionsbewusstsein ebenfalls. Der Zusammenhang zwischen dem Erhalt von Gesundheitsinformationen aus den Medien und dem Bewusstsein für HPV-Infektionen wird durch das Alter moderiert (P für Interaktion = 0,01). Ein erhöhtes Impfstoffbewusstsein ist mit der Internetnutzung verbunden. Das Bewusstsein für Impfstoffe ist bei denjenigen Personen höher, die Medien zur Suche nach Gesundheitsinformationen einsetzen. Der Zusammenhang zwischen dem Lesen von Zeitungen und der Sensibilisierung für Impfstoffe wird ebenfalls durch das Alter moderiert (Mueller, et al., 2011).</p>

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Bezugspunkt für Vergleich	Da es sich um eine beobachtende Studie handelt, gibt es keine Angaben für eine Vergleichsgruppe (Mueller, et al., 2011).
Indikatoren für Nutzen/Erfolg	<ul style="list-style-type: none"> - Bereits von HPV gehört? - Bereits von HPV-Impfungen gehört? - Genutzte Informationskanäle für Gesundheitsinformationen - Selbsteffektivität - Krebsrisiko - Besorgnis um Krebs - Internetzugang - Nutzung von Zeitschriften, Radio und TV – mindestens einmal wöchentlich (Mueller, et al., 2011)
Schlussfolgerungen	Trotz Einschränkungen füllt diese Studie Wissenslücken zur Gesundheitsinformationsvermittlung für eingewanderte Latinos. Insgesamt deuten die Ergebnisse auf ein geringes Bewusstsein für HPV und HPV-Impfstoffe bei den süd- und mittelamerikanischen Latinos hin. Es scheint, dass Fernsehmedienkampagnen diese gefährdete Bevölkerungsgruppe zwar erfolgreich erreichen, bei medizinischen Begegnungen in Safety Net Clinics jedoch Aufklärungsmöglichkeiten verpasst werden. Zukünftige Forschungsarbeiten sind erforderlich, um die Wirksamkeit von Kommunikationsmassnahmen zu testen und um HPV-Wissenslücken zu schliessen (Mueller, et al., 2011).
Zusammenfassung	Die Studie berichtet über Informationskanäle, die mit dem Bewusstsein für HPV bei mittel- und südamerikanischen Latinos verbunden sind. Die Studie führt in den Jahren 2007 – 2008 eine Umfrage mit 1334 Latinos (älter als 21 Jahre) in Safety Net Clinics durch. 48% sind sich der HPV-Infektion bewusst und 40% kennen den Impfstoff. Spanische Fernsehsender (38%) sind die wichtigsten HPV-Informationsquellen. Das Infektionsbewusstsein ist mit der Internetnutzung und der Selbstwirksamkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, verbunden. Das Bewusstsein für Impfstoffe ist mit der Mediennutzung für Gesundheitsinformationen und der Internetnutzung verbunden. Obwohl spanischsprachige Fernsehsendungen diese Bevölkerungsgruppe erreichen, kann es vorkommen, dass Möglichkeiten zur Aufklärung durch Safety Net Clinics verpasst werden. Fernsehen und Internet können dennoch wirksame Kanäle für künftige Massnahmen sein (Mueller, et al., 2011).

Bewertung Studie C: Mueller, et al., 2011

Information Channels Associated with Awareness of Human Papillomavirus Infections and Vaccination among Latino Immigrants from Safety Net Clinics

Tabelle 15.
Bewertung Studie C: Mueller, et al., 2011

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Spanischsprachige Interviewer/Interviewerinnen.
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Gender	4	Was the researcher male or female?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden. Es ist aber anzunehmen, dass vorher keine Beziehung aufgebaut wird.
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Die Resultate werden durch logistische Regressionen ausgewertet.
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen werden innerhalb der Safety Net Clinics für deren Teilnahme angefragt. In diesen Institutionen ist die definierte Zielgruppe zu finden.
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen Face-to-Face angesprochen werden.
Sample size	12	How many participants were in the study?	1334 Teilnehmer und Teilnehmerinnen nehmen an der Studie teil.
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	10% aller angefragten Personen wollen nicht an der Studie teilnehmen. Gründe dazu werden keine genannt. Über Drop-outs können der Studie keine Informationen entnommen werden.
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Die Daten werden innerhalb der neun gewählten Safety Net Clinics durchgeführt.
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Nein, neben den Forschenden und der teilnehmenden Person ist niemand am Interview beteiligt.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	- 596 Männer, 738 Frauen - Alter von 21 bis über 40 J. Es gibt noch viele weitere demographische Daten, welche der Studie entnommen werden können.
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Der Fragebogen wird anhand einer anderen Studie (HINTS) und durch verschiedene validierte Tools erstellt. Der Fragebogen wird innerhalb von Safety Net Clinics mit der Zielgruppe getestet.
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass die Interviews aufgezeichnet werden.
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	Die Interviews dauern rund 30 Minuten.
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass allen 1334 Teilnehmenden die Resultate der Interviews zugestellt werden.
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Über die Codierung und Codes können der Studie keine Informationen entnommen werden.
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Über die Codierung und Codes können der Studie keine Informationen entnommen werden.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Auf den Grundlagen von anderen Studien werden die Themen bereits vor der Befragung festgelegt.
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Bivariate Assoziationen werden mit Chi-Quadrat-Tests für kategorische Variablen und mit t-Tests für kontinuierliche Variablen bewertet.
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden. Da es sich jedoch um eine schwer erreichbare und grosse Stichprobe handelt, ist nicht davon auszugehen, dass den Teilnehmenden ein Feedback gegeben wird.
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Innerhalb der Studie werden keine Zitate präsentiert.
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Zwischen den Resultaten und der Diskussion sind klare Parallelen zu erkennen.
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Die wichtigsten Informationen können dem Ergebnisteil entnommen werden.
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Es ist eine klare Diskussion zwischen verschiedenen Antworten mit verschiedenen demographischen Hintergründen erkennbar. Diverse Daten werden diskutiert.

Zusammenfassung Studie D: Hartmana, Nierkens, Cremer, Verhoeff, & Stronks, 2015

Tabelle 16.

Zusammenfassung Studie D: Hartmana, Nierkens, Cremer, Verhoeff, & Stronks, 2015

Titel	Is channel segmentation necessary to reach a multiethnic population with weight-related health promotion? An analysis of use and perception of communication channels
Autoren	Hartmana, Marieke A.; Nierkens, Vera; Cremer, Stephan W.; Verhoeff, Arnoud; Stronks, Karien
Land, Jahr	Niederlande, 2015
Zielgruppe	<p>Amsterdam-Zuidoost ist ein ethnisch vielfältiger Bezirk. Einwandernde aus Ghana und den ehemaligen niederländischen Kolonien Suriname und Antillen/Aruba bilden die grössten ethnischen Minderheiten. Die Zielgruppe besteht somit aus Frauen, die in den genannten Ländern geboren sind und nun in den Niederlanden wohnen. Insgesamt nehmen 48 Frauen an der Studie teil.</p> <p>Das Durchschnittsalter ist bei den ghanaischen und surinamischen Frauen am höchsten. Die meisten Teilnehmerinnen sind übergewichtig oder fettleibig. Alle ghanaischen und antillischen/arubanischen Teilnehmerinnen sind Einwandernde der ersten Generation (mittlere Zeit seit der Migration = 14 Jahre) im Vergleich zu elf der 16 surinamischen Teilnehmerinnen (mittlere Zeit seit der Migration = 25,5 Jahre). Die ghanaischen Teilnehmerinnen scheinen den niedrigsten sozioökonomischen Status (SES) und die surinamischen Frauen den höchsten SES zu haben (Hartmana et al., 2015).</p>
Setting	Es handelt sich bei der Studie um eine Erhebung, welche anhand von Fokusgruppen Zugangswege identifiziert. Daher wird kein spezifisches Setting gewählt (Hartmana et al., 2015).
Theoretischer Hintergrund (Theorieansätze)	Ein Kommunikationsmodell identifiziert fünf Faktoren, welche die Kommunikationseffektivität beeinflussen und bei der Planung von gesundheitsförderlichen Massnahmen berücksichtigt werden sollten. Dazu gehören Quelle, Nachricht, Kanal, Empfänger und Ziel. Kommunikationskanäle werden als Einflussfaktoren auf die Reichweite betrachtet. Wenn Gesundheitsförderer/Gesundheitsförderinnen Kanäle nutzen, die von der Zielgruppe konsequent genutzt werden, können ihre Informationen die Zielgruppe effektiver erreichen. Darüber hinaus kann sich der Grad der Überzeugungskraft der Informationen verbessern, wenn die Zielgruppe eine positive Wahrnehmung eines Kanals hat (z.B. glaubwürdig findet) (Hartmana et al., 2015).

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Kontext	Die Kanalsegmentierung nach ethnischen Gruppen kann die Reichweite und Empfänglichkeit für Gesundheitsförderungsmassnahmen innerhalb multiethnischer Bevölkerungsgruppen erhöhen. Die Kanalsegmentierung ist die Aufteilung verschiedener Zielgruppen in ähnliche Untergruppen, basierend auf ihrer Kanalnutzung und Präferenz. Es gibt noch keine Belege für die Wirksamkeit der ethnischen Segmentierung (Hartmana et al., 2015).
Methode	<p>Qualitative Fokusgruppen: Schlüsselpersonen aus den ethnischen Gemeinschaften rekrutieren die Teilnehmerinnen für die Fokusgruppen. Sie werden gebeten, eine zweckmässige Stichprobe von Frauen aus Ghana, Antillen/Aruba (nachfolgend als Antillen bezeichnet) oder Suriname aus Amsterdam-Zuidoost zu rekrutieren. Bei Gottesdiensten bittet ein prominentes Kirchenmitglied ghanaische Frauen, an einer Fokusgruppe in ihrer Kirche teilzunehmen. Antillische und surinamische Frauen aus Einwandererorganisationen verteilen Flyer und laden die Frauen persönlich ein, sich einer Fokusgruppe in einem vertrauten Umfeld (z.B. Frauenzentrum) anzuschliessen.</p> <p>Insgesamt führen die Forschenden acht Fokusgruppen mit jeweils vier bis zehn Frauen durch: zwei Fokusgruppen mit ghanaischen Frauen, drei mit surinamischen Frauen und drei mit antillischen Frauen.</p> <p>Die Teilnehmenden werden gefragt, wie sie Ratschläge über Gewichtsabnahme, Ernährung und körperliche Aktivität oder Informationen über Einrichtungen oder Programme finden, und durch wen oder welche Organisationen sie die Informationen als am wertvollsten empfinden. Wenn die Gruppen diese Themen spontan diskutieren, stellt der Moderator/die Moderatorin weitere explorative Fragen. Die Fokusgruppen dauern durchschnittlich 75 Minuten. Anschliessend erhalten die Teilnehmerinnen einen Geschenkgutschein im Wert von 10 €.</p> <p>Die Tonbänder der Fokusgruppen werden wortgetreu transkribiert. Der ghanaische Moderator übersetzt die Fokusgruppen während der Transkription aus dem Akan ins Englische. Diese Transkripte werden mit der Software Maxqda einer Inhaltsanalyse unterzogen (Hartmana et al., 2015).</p>
Interventionen	Da es sich um eine beobachtende Studie handelt, werden in dieser Studie keine konkreten Interventionen umgesetzt (Hartmana et al., 2015).
Zugangswege	Communities, Schlüsselpersonen, Gesundheitsfachpersonen, Schwangerschaftskurse, Kinderspitäler, Physiotherapie, Psychologen und Psychologinnen, Medien, TV, religiöse Einrichtungen, Events, Peers, Mundpropaganda und Medien der Migrationsbevölkerung (Hartmana et al., 2015).

<p>Bedeutung des Programmes für GF&P</p>	<p>Die teilnehmenden ethnischen Minderheitsgruppen unterscheiden sich vor allem darin, in welchen Kommunikationskanälen sie einen Nutzen sehen. In den ghanaischen Fokusgruppen werden ethnisch spezifische Kanäle positiv wahrgenommen (z.B. vertrauten sie der traditionellen Gesundheitsversorgung aus ghanaischen Geschäften, Hilfe aus Ghana und Informationen aus ghanaischen Kirchen). Gleichzeitig erwähnen sie allgemeine publikumsorientierte Kanäle weniger oft (d.h. hauptsächlich auf den Arzt beschränkt). Wenn diese genannt werden, werden negative Wahrnehmungen (Misstrauen und Unzufriedenheit) geäußert. Innerhalb der Antillen-Fokusgruppen gibt es ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen den erwähnten ethnisch spezifischen Kanälen (antillische Veranstaltungen und Mundpropaganda mit den Antillen) und den allgemein zielgruppenorientierten Kanälen (Gesundheitsversorgung, Medien und multiethnische Veranstaltungen). Im Gegensatz dazu diskutieren die surinamischen Teilnehmerinnen die Nutzung allgemeiner publikumsorientierter Kanäle (reguläre Gesundheitsversorgung, Medien und multiethnische Veranstaltungen) positiv. Sie sagen, dass sie keine ethnisch spezifischen Kanäle nutzen (traditionelle Gesundheitsversorgung und Kontakte zu Menschen im Heimatland). Einzelne der Frauen beziehen ihre Kanalnutzung und -wahrnehmung auf Empfängermerkmale wie niederländische Sprachkenntnisse und Zeit, die sie in den Niederlanden verbringen (Hartmana et al., 2015).</p>
<p>Bezugspunkt für Vergleich</p>	<p>Die verschiedenen ethnischen Minderheiten werden miteinander verglichen (Hartmana et al., 2015).</p>
<p>Indikatoren für Nutzen/Erfolg</p>	<p>Die Teilnehmerinnen erwähnen die Nutzung von Kanälen in vier Kategorien: (1) regelmässige Gesundheitsversorgung und traditionelle Pflege aus dem Heimatland, (2) allgemeine publikumsorientierte und ethnisch spezifische Medien, (3) ethnisch spezifische und multiethnische Veranstaltungen und (4) persönliche Kommunikation mit Menschen in den Niederlanden oder in ihren Heimatländern (Hartmana et al., 2015).</p>
<p>Schlussfolgerungen</p>	<p>Die Studie kommt zum Schluss, dass die vorherrschenden Unterschiede in der Kanalnutzung und -wahrnehmung zwischen den ethnischen Gruppen auf eine Notwendigkeit der Kanalsegmentierung hinweisen, um eine multiethnische Zielgruppe mit gewichtsbezogener Gesundheitsförderung zu erreichen (Hartmana et al., 2015). Kernbotschaften (Hartmana et al., 2015):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ethnische Minderheitsgruppen unterscheiden sich in ihrer Nutzung ethnisch spezifischer Kanäle und ihrer Wahrnehmung der Glaubwürdigkeit der Kanäle. 2. Um multiethnische Frauengruppen mit gewichtsbezogenen Gesundheitsförderungsmassnahmen gleichermassen zu erreichen, scheinen ausgeprägte Kommunikationskanäle erforderlich zu sein. 3. Segmentierungskriterien neben der Ethnizität, wie z.B. lokale Sprachkenntnisse und Zeit seit der Migration, sind eine weitere Untersuchung wert.

Zusammenfassung

Ziel der Studie ist die Erforschung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Nutzung und Wahrnehmung von Kommunikationskanälen für den Zugang zu gewichtsbezogener Gesundheitsförderung bei Frauen in drei ethnischen Minderheiten. Acht ethnisch homogene Fokusgruppen werden mit 48 Frauen mit ghanaischem, antillischem, arubanischem und surinamischem Hintergrund in Amsterdam durchgeführt. Die Teilnehmenden werden gefragt, welche Kommunikationskanäle sie in der Regel nutzen, um auf gewichtsbezogene Gesundheitsberatung zuzugreifen und welche Informationen sie am meisten schätzen. Es wird eine inhaltliche Analyse der Daten durchgeführt. Die Teilnehmerinnen erwähnen vier Kanäle: Regelmässige und traditionelle Gesundheitsversorgung, allgemeine oder ethnisch spezifische Medien, multiethnische und ethnische Treffen und zwischenmenschliche Kommunikation mit Kollegen in den Niederlanden und mit Menschen im Heimatland. Ghanaische Frauen betonen ethnisch spezifische Kanäle, da sie mit diesen Kanälen vertraut sind. Antillische Frauen erwähnen die Nutzung ethnisch spezifischer Kanäle im Gleichgewicht mit allgemeinen publikumsorientierten Kanälen. Die surinamischen Teilnehmerinnen diskutieren positiv über die Nutzung allgemeiner publikumsorientierter Kanäle, während sie sagen, dass sie keine traditionelle Gesundheitsversorgung oder Beratung aus Suriname in Anspruch nehmen. Lokale Sprachkenntnisse, Zeit in den Niederlanden und Kommunikationsansätze scheinen die Nutzung und Wahrnehmung der Kanäle zu erklären. Die vorherrschenden Unterschiede in der Kanalnutzung und -wahrnehmung zwischen den ethnischen Gruppen deuten auf die Notwendigkeit einer Kanalsegmentierung hin, um eine multiethnische Zielgruppe mit gewichtsbezogener Gesundheitsförderung zu erreichen. Die Studienergebnisse zeigen neben der Ethnizität mögliche Segmentierungskriterien wie lokale Sprachkenntnisse und die Zeit seit der Migration (Hartmana et al., 2015).

Bewertung Studie D: Hartmana, Nierkens, Cremer, Verhoeff, & Stronks, 2015

Is channel segmentation necessary to reach a multiethnic population with weight-related health promotion? An analysis of use and perception of communication channels

Tabelle 17.

Bewertung Studie D: Hartmana, Nierkens, Cremer, Verhoeff, & Stronks, 2015

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Eine Moderatorin und eine Forscherin, die das Protokoll schreibt.
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Niederländische public health Forscherinnen (VD und MAH).
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Forscherinnen
Gender	4	Was the researcher male or female?	Beide sind weiblich.
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Sie haben viel Erfahrung mit Fokusgruppen, eignen sich aber für diese Studie bezüglich der ethnischen Minderheiten neues Wissen an.
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Nein, es ist nicht davon auszugehen.
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Vor den Fokusgruppen nennen die Forscherinnen den Hintergrund und das Ziel der Fokusgruppen. Die Teilnehmenden nehmen freiwillig daran teil. Nach der Fokusgruppe erhalten sie einen Geschenkgutschein im Wert von 10 €.
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Die Studie berichtet nicht über Merkmale der Forscherinnen.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Es werden ethnographische Theorien und Grundlagen in die Studie miteinbezogen. Zudem dient ein Kommunikationsmodell als Grundlage für die Fokusgruppen.
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Durch Schlüsselpersonen aus den Communities der adressierten Zielgruppen können Teilnehmende zu einer Teilnahme motiviert werden.
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Face-to-Face durch die Schlüsselpersonen.
Sample size	12	How many participants were in the study?	48 Frauen
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Keine Angaben oder keine Drop-outs.
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Die Daten werden an diversen Orten erhoben. Beispielsweise in der Kirche oder in einem Frauenzentrum.
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Die Schlüsselpersonen aus den Communities sind bei den Fokusgruppen ebenfalls anwesend. Beispielsweise für Übersetzungen.
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Die meisten Teilnehmerinnen sind übergewichtig, haben einen tiefen SES und sind im Alter zwischen 23 und 60 Jahren.
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Für die Fokusgruppen wird ein semistrukturierter Fragebogen verwendet. Es ist unklar, ob dieser zuvor getestet worden ist oder nicht.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Darüber wird in der Studie nicht berichtet.
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Die Gespräche der Fokusgruppen werden aufgezeichnet.
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	Die Fokusgruppen dauern rund 75 Minuten.
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Diese Information geht aus der Studie nicht hervor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Informationen nicht zurück an die Teilnehmerinnen gelangen. Die Fokusgruppen finden in deren Muttersprachen statt, während die Transkripte auf Englisch übersetzt werden.
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Diese Information kann der Studie nicht entnommen werden.
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Über die Codierung können keine Informationen gefunden werden.
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Die Themen werden erst anhand der erhobenen Daten festgelegt.
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Aus der Studie geht nicht hervor, ob und welche Software genutzt wird, um die Daten aufzuarbeiten.

Zugangswege zu Gesundheitsinformationen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Diese Information geht aus der Studie nicht hervor. Es wird jedoch nicht davon ausgegangen.
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Zitate werden im Ergebnisteil präsentiert. Jedoch werden die Referenzen nicht vollständig angegeben. Oftmals wird nur die Nationalität der Teilnehmerinnen genannt, da es um die Unterschiede zwischen den ethnischen Gruppen geht.
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Ja, es können Parallelen erkannt werden.
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Die wichtigsten Informationen können dem Ergebnisteil entnommen werden.
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Die Resultate werden im Diskussteil diskutiert und es wird auf Widersprüche zwischen den einzelnen ethnischen Gruppen eingegangen.