

Migration – spezieller Risikofaktor in der Schwangerschaft?

Daten aus einem Modellprojekt in Deutschland

Laut Studien scheinen Ausländerinnen aus Schwellenländern besonderen Risiken in der Schwangerschaft ausgesetzt zu sein; zudem nehmen sie deutlich seltener als einheimische Frauen Vorsorgeangebote in Anspruch. In einem Forschungsprojekt am Klinikum Nürnberg Süd wurden Defizite der Versorgung schwangerer Migrantinnen systematisch über fünf Jahre untersucht. In einem Modellprojekt hatten muttersprachliche Vorsorgeangebote grossen Erfolg.

NESLISAH TERZIOGLU

Die multikulturelle Realität in Deutschland (zu beachten: zirka 28% der Ausländerinnen und Ausländer haben dort die türkische Staatsbürgerschaft) spiegelt sich in der Gesundheitsversorgung wider. Je nach Standort und Einzugsgebiet eines Krankenhauses oder einer Praxis ergibt sich ein unterschiedlich grosser Migrantenanteil unter den Patientinnen, welcher eine Auseinandersetzung mit den Besonderheiten bei der Beratung und medizinischen Behandlung notwendig macht. Besonders Probleme bei der sprachlichen Verständigung (Erhebung der Anamnese, Mitteilung der Diagnose sowie Aufklärung vor Operationen und anderen Behandlungsmassnahmen) führen zu grossen Schwierigkeiten in der medizinischen Versorgung (1).

Spezifische Gesundheitsrisiken von Migrantinnen

Migrantinnen sind besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt (2). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Ausländerinnen vor allem nicht europäischer Herkunftsländer bei den Schwangerschaftsrisiken (z.B. Aborte, Totgeburten, schwangerschaftsinduzierte Hypertonien) überrepräsentiert sind (3). Zusätzlich fällt eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft durch ausländische Frauen auf (4, 5). Die Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen berichteten im Jahr 2000, dass die Sterblichkeit ausländischer Säuglinge um 29% höher lag als die der deutschen. Hervorzuheben ist auch die Tatsache, dass der «Zustand Migration» für Betroffene zusätzlich psychosozialen Stress darstellt. Eine derart belastete Schwangerschaft ist ein somatisches Risiko für Mutter und Kind (6).

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 riefen die Teilnehmer der Konferenz dazu auf, «die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der

Gesellschaft abzubauen und den von den Regeln und Traditionen geschaffenen gesundheitlichen Ungleichheiten entgegenzuwirken». Im Rahmen eines Nürnberger Modellprojekts werden seit 1998 die Ursachen der Unterversorgung schwangerer Migrantinnen in Nordbayern evaluiert. Eine weitere Zielsetzung besteht in der Etablierung und Qualitätssicherung effektiver Massnahmen, um die Defizite in der Gesundheitsversorgung ausländischer Schwangerer zu reduzieren.

Versorgungssituation schwangerer Migrantinnen

Um die Defizite in der Schwangerenvorsorge zu evaluieren, wurde an der Klinik für Frauenheilkunde, Schwerpunkt Geburtshilfe, Klinikum Nürnberg Süd, im Zeitraum vom 1. Januar 1998 bis zum 31. Dezember 2002 zunächst eine retrospektive Analyse der Versorgungssituation schwangerer Migrantinnen durchgeführt.

In den fünf zur Auswertung herangezogenen Jahrgängen 1998 bis 2002 wurde ein Anstieg des Ausländerinnenanteils von 27% auf 34% beobachtet. Der Anteil der Frauen türkischer Herkunft, der das grösste ausländische Patientinnenkollektiv darstellt, stieg in Korrelation dazu von 8,8% im Jahr 1998 auf 14% im Jahr 2002 an. Auch die Geburtenhäufigkeit wies einen sehr signifikanten Unterschied auf: 34,4% der Migrantinnen, aber nur 24,2% der deutschen Frauen waren mehr als zweimal schwanger.

Bei der statistischen Auswertung der Schwangerschaftsverläufe und Geburten im oben genannten Zeitraum (ca. 11 000 Schwangerschaftsverläufe und Geburten wurden erfasst) zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Schwangeren in Bezug auf die Inanspruchnahme von präventiven Massnahmen und den gesundheitlichen Zustand des Neugeborenen (fetal

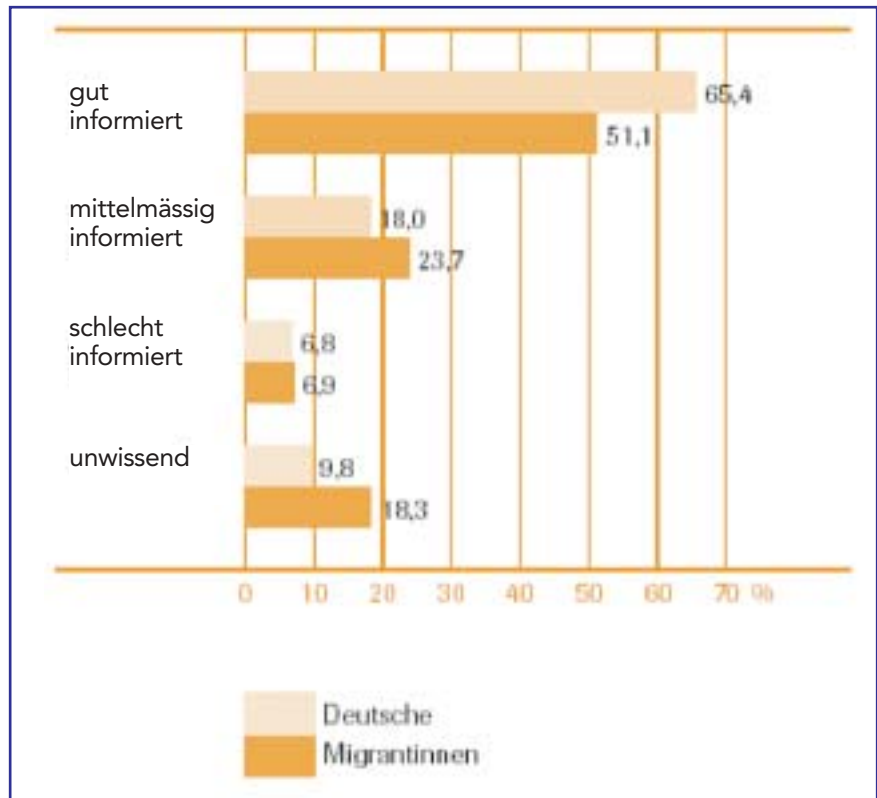
outcome): Bei jeder fünften Schwangeren ausländischer Herkunft lag der Zeitpunkt der ersten Vorsorge- und Ultraschalluntersuchung jenseits der 12. Schwangerschaftswoche und somit deutlich später als bei deutschen Frauen. Bei schwangeren Migrantinnen war sowohl 1998 (16 vs. 12%; $p < 0,01$) als auch 1999 (19 vs. 14%; $p < 0,01$) ein signifikant häufigerer und längerer präpartaler, stationärer Aufenthalt festzustellen (7). Abweichend von der Säuglingssterblichkeit in Nürnberg in den Jahren 1980 bis 1995 lag die perinatale Mortalität 1998 (14 vs. 8‰) im ausländischen Kollektiv höher als im deutschen (8).

Kommunikation – vielfach Ursache für funktionelle Störungen

Im Rahmen des Modellprojekts wurde an der Klinik für Frauenheilkunde, zusätzlich zur Erfassung der Versorgungssituation, vom 1. April 2002 bis zum 1. April 2003 eine prospektive Querschnittsstudie zur Evaluierung soziodemografischer Daten, der Sprachkompetenz und der Verständigungsprobleme schwangerer Ausländerinnen durchgeführt. In diesem Zeitraum setzten sich die stationär behandelten Patientinnen zu 57% aus Einheimischen und zu 43% aus Migrantinnen zusammen. Dabei bildeten Patientinnen türkischer und russischer Herkunft die grössten Subgruppen. Nach wie vor bestand ein Kommunikationsproblem: Etwas mehr als ein Viertel (25,2%) der Migrantinnen war über den stationären Aufenthaltsgrund schlecht informiert oder unwissend, im Gegensatz zu 16,6% der Einheimischen (vgl. hierzu die Grafik).

In Korrelation dazu verfügte nahezu ein Viertel (22,9%) der Migrantinnen über eine schlechte, sehr schlechte oder gar keine Lese- und Schreibfähigkeit in der deutschen Sprache. Darüber hinaus schätzten 20% von ihnen ihre Sprachkenntnisse ebenfalls als schlecht, sehr schlecht oder als gar nicht vorhanden ein (9).

Die ausländischen Schwangeren verfügten überdurchschnittlich oft über niedrigere Schul- und Berufsabschlüsse. 15% aller Migrantinnen hatten nur die Grundschule besucht, besaßen keinen Schulabschluss oder waren nie zur Schule gegangen. Im untersuchten Kollektiv



Grafik: Übereinstimmung des Patientinnenwissens mit der Entlassungsdiagnose (anteilig in beiden Kollektiven).

standen ohne beruflichen Bildungsabschluss 33,6% der Zugewanderten 6% der Einheimischen gegenüber. Die schon beim «erlernten Beruf» erkennbare Tendenz zur geringeren Beteiligung von Migrantinnen an den höheren beruflichen Bildungsabschlüssen setzte sich deutlich verstärkt im Erwerbsstatus fort. Mehr als doppelt so viele ausländische

wie deutsche Frauen (64,5 vs. 30,8%) gaben an, der Gruppe «Erwerbslose» oder «Hausfrau» anzugehören.

Schwangerschaftskomplikationen

Die Diagnosen Anämie, vaginale Infektion, Hyperemesis und Abortus imminens waren im Ausländerinnenkollektiv stärker vertreten, konnten aber im Rah-

Neue Studie

Wie leben Frauen mit Migrationshintergrund heute?

Die Lebenssituation von Frauen aus Migrationsfamilien in erster und zweiter Generation in Deutschland (im Vergleich zu der Situation deutscher Frauen) ist Thema der aktuell laufenden Studie «Frauen leben II – Familienplanung und Migration im Lebenslauf». Ziel ist es, für ausgewählte Migrationsgruppen (601 Teilnehmerinnen, 20- bis 44-jährig, aus Oberhausen, Stuttgart, Berlin, Nürnberg) Kenntnisse über den jeweiligen Informations- und Unterstützungsbedarf bei Fragen der Familienplanung zu gewinnen. Darüber hinaus sollen soziale und kulturelle Einflussfaktoren eruiert werden.

Zentraler Forschungsaspekt ist die Bedeutung der Migration der befragten Frauen (bzw. ihrer Eltern) für die eigene Familienplanung. Denn Fragen der Familienplanung stellen sich in unterschiedlicher Weise je nachdem, ob Frauen mit oder ohne Familie oder im Zusammenhang mit einer Heirat migriert sind oder ob sie der zweiten Generation angehören. Die Studie fokussiert damit nicht ausschliesslich kulturelle Differenzen, sondern vor allem die Wechselwirkung zwischen Migration als biografischem Ereignis und Familienplanung als privater Lebensgestaltung. Die Studie wird Ende 2009 abgeschlossen, die Ergebnisse werden Anfang 2010 publiziert.

Quelle: <http://www.sexualaufklaerung.de/Modellprojekte>

hir

men der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen gut erkannt und den verschiedenen Therapien zugeführt werden. Unterteilt man alle Schwangerschaftskomplikationen in überwiegend somatische und überwiegend funktionelle Störungen, ist zu erkennen, dass sich die Vergleichskollektive hinsichtlich ihres Anteils an den somatischen Störungen nicht wesentlich unterscheiden (77,9% bei Deutschen, 74,5% bei Migrantinnen). *In der Gruppe der funktionellen Störungen jedoch waren Ausländerinnen deutlich überrepräsentiert.* Da mangelnde Sprachkenntnisse von Migrantinnen einen psychosozialen Stressfaktor darstellen, wurde eine Relation zwischen funktionellen Störungen und Sprachkenntnissen hergestellt. Dabei zeigte sich, dass der Anteil gut bis sehr gut Deutsch sprechender Migrantinnen mit funktionellen Störungen (14,6%) nahezu dem der deutschen Patientinnen (15,0%) entsprach. *Demgegenüber stieg diese Rate bei nicht oder nur sehr schlecht Deutsch sprechenden Migrantinnen auf 23,5% des betroffenen Kollektivs an.*

Modellprojekt zur Prävention und Früherkennung

Aufgrund der genannten Fakten initiierte die Klinik für Frauenheilkunde, Schwerpunkt Geburtshilfe des Klinikums Nürnberg, 1998 in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg und der Evangelischen Familienbildungsstätte ein Modellprojekt. Ziel dieses fortlaufenden Modellprojekts ist es, schwangeren Migrantinnen durch spezielle Angebote in der Muttersprache die Inanspruchnahme von präventiven Massnahmen zu erleichtern. Diesbezüglich werden im Rahmen des Projekts Geburtsvorbereitungskurse in türkischer, englischer, polnischer und deutscher Sprache sowie eine frauenärztliche Sprechstunde in türkischer, englischer und deutscher Sprache in dem Stadtteil mit der höchsten Migrantendichte angeboten. Weitere Ziele bestehen in der Senkung der perinatalen Mortalität sowie in der Verstärkung der Inanspruchnahme von Nachsorgemassnahmen wie Rückbildungsgymnastik und Früherkennungsuntersuchungen des Neugeborenen: Ausländische Familien sollen stärker für Angebote der Geburtsvorsorge und

-nachsorge sensibilisiert und darüber informiert werden.

Durch die erhöhte Inanspruchnahme präventiver Massnahmen und die Senkung der Verweildauer im Krankenhaus wird zusätzlich eine Entlastung des deutschen Gesundheitsbudgets erzielt, wenn man bedenkt, dass sich zum Beispiel der Tagessatz in der Klinik für Frauenheilkunde im Klinikum Nürnberg Süd (Klinikum der Maximalversorgungsstufe) auf 300 bis 400 Euro beläuft. Darüber hinaus betragen die Versorgungskosten eines Frühgeborenen in den ersten drei Monaten rund 38 000 Euro. Das Modellprojekt trägt dazu bei, die bestehenden Defizite in der Versorgung von Migrantinnen auszugleichen und bietet gleichzeitig eine Anregung zur Dämpfung der Kosten.

Ergebnisse:

Präventionsangebote greifen

Eine erhöhte Inanspruchnahme präventiver Massnahmen wurde erreicht: Während 1998 20% der Migrantinnen erst nach der 12. Schwangerschaftswoche zum ersten Mal eine Vorsorgeuntersuchung besuchten, waren es im Jahr 2002 nur noch 14,7%. Dennoch ist ein Unterschied zu den deutschen Schwangeren auszumachen, von denen 2002 nur ein Anteil von 6,9% erst nach der 12. Schwangerschaftswoche den Frauenarzt/die Frauenärztin aufsuchte. Während 1998 etwa 7% der Migrantinnen seltener als sechsmal in der Schwangerschaft untersucht wurden, waren es 2002 nur noch 3%. Der deutsche Anteil war 2002 mit 2,4% geringfügig kleiner.

Höchst signifikant ist der Unterschied zwischen Ausländerinnen und Deutschen hinsichtlich des Zeitpunkts der ersten Ultraschalluntersuchung. 1998 unterzog sich nur etwa jede fünfte Ausländerin (21%) und etwa jede zehnte Deutsche (11%) erst nach der 13. Schwangerschaftswoche einer Ultraschalluntersuchung. Seither haben sich die Werte angenähert (16,5 vs. 9,6%), ein leichter Trend zu früherer Ultraschalluntersuchung ist auch hier zu verzeichnen.

1998 besuchten nur wenige Schwangere ausländischer Herkunft den Geburtsvorbereitungskurs, der in der Familienbildungsstätte angeboten wurde. 2001 war der Geburtsvorbereitungskurs mit wöchentlich 15 bis 21 Frauen ausländi-

scher Herkunft, die Hälfte davon Türkinnen, überbelegt. Seit Oktober 2001 werden zwei Geburtsvorbereitungskurse – einer davon nur in türkischer Sprache – angeboten.

Hinsichtlich der Dauer und Häufigkeit des stationären Aufenthalts unterschied sich 1998 das ausländische Kollektiv vom deutschen signifikant. Die Differenz verkleinerte sich in dem darauf folgenden Jahr und kehrte sich 2001 sogar zuungunsten der deutschen Frauen um, die in diesem Jahr durchschnittlich etwas länger im Krankenhaus verweilten. Die Differenz hinsichtlich der Aufenthaltshäufigkeit zwischen beiden Kollektiven blieb zum Nachteil der Migrantinnen erhalten. Erfreulicherweise reduzierte sich aber der Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Durch die präventiven Massnahmen konnte *die zuvor deutlich höhere perinatale Mortalität im ausländischen Kollektiv im Vergleich zu 1998 auf ein ähnliches Niveau wie im einheimischen Kollektiv gesenkt werden* (2001: 10 vs. 12‰). Hinzuzufügen ist, dass die Zahlen zur perinatalen Mortalität aufgrund der zu geringen Stichprobengrösse starken Schwankungen unterworfen sind.

Ausblick

Ziel in den kommenden Jahren ist es, die Inanspruchnahme präventiver Massnahmen bei schwangeren Migrantinnen zu erhöhen und dadurch die perinatale Morbidität und Mortalität bei Neugeborenen ausländischer Herkunft weiter zu reduzieren. Eine kontinuierliche Senkung der perinatalen Mortalität im ausländischen Kollektiv ist im öffentlichen, volks- und betriebswirtschaftlichen Interesse von grosser Bedeutung.

Die durch das Modellprojekt initiierten ethnomedizinischen Schulungen der Ärzte/Ärztinnen, Hebammen und des Pflegepersonals dienen zur Sensibilisierung für die speziellen Bedürfnisse der ausländischen Schwangeren bezüglich Herkunft, Kultur, Religion und des unterschiedlichen Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsverständnisses und werden zur Professionalisierung der medizinischen Behandlung und Pflege beitragen. Das Vorhandensein von muttersprachlichem medizinischem Fachpersonal, der Erwerb interkultureller Kompe-

tenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit sind unbedingt erforderlich, um das «Schicksal Migration» in Richtung «Integration von Migranten/Migrantinnen in das Gesundheitswesen» zu lenken. Zur Qualitätssicherung sollten in regelmässigen Abständen migrationsspezifische und soziodemografische Daten in der Geburts- und Perinatalmedizin ausgewertet werden. ■



Dr. med. Neslisah Terzioglu
 Fachärztin für Frauenheilkunde
 und Geburtshilfe
 Schwerpunkt Spezielle
 Geburtshilfe und Perinatalmedizin
 Paniersplatz 2
 D-90403 Nürnberg

Adaptierte Version aus: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 2006/3. Mit freundlicher Genehmigung der Autorin und des Forums.

Dr. med. Neslisah Terzioglu, heute in eigener Praxis, war bis 2007 Oberärztin an der Klinik für Frauenheilkunde, Klinikum Nürnberg Süd, und Leiterin des Nürnberger Modellprojekts «Verbesserung präventiver Massnahmen bei schwangeren Migrantinnen». Sie ist Vorstandsmitglied des Deutsch-Türkischen Mediziner-Vereins Bayern und des Deutsch-Türkischen Unternehmervereins in Mittelfranken e.V.

Quellen:

1. David M., Borde T.: Kranksein in der Fremde? Türkische Migrantinnen im Krankenhaus. Frankfurt am Main, 2001: 13–19.
2. Borde T., David M., Kentenich H. (Hg.): Migration – Frauen-Gesundheit im europäischen Kontext. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main, 2000: 8.

3. Razum O., Albrecht J. et al.: Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany. In: International Journal of Epidemiology 1999; 28: 5.
4. Beier F.: Konzept zur gesundheitlichen Situation ausländischer Mitbürger/innen in Nürnberg. In: Beiträge zum Nürnberg-Plan Reihe B, S. 1994: 8–9.
5. Terzioglu N., Reith Ch. et al.: Schwangere Migrantinnen besser betreuen. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 2002; 12: 14–16.
6. Yildirim-Fahlbusch Y.: Krankheitsvorstellungen im kulturellen Blickwinkel. In: Deutsches Ärzteblatt 2003; 18: 928–930.
7. Terzioglu N., Reith Ch., Feige A.: Verbesserung präventiver Massnahmen bei schwangeren Migrantinnen. In: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Giessen, 2003: 297–302.
8. Terzioglu N., Baumann M. et al.: Präventive Massnahmen bei ausländischen Schwangeren – Pilotprojekt der Stadt Nürnberg. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main, 200: 245–248.
9. Terzioglu N., Reith et al.: Brauchen wir die Dolmetscherin im Kreissaal? In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2003; 11: 928–930.