

## **Gesundheitsforschung bei Migrantinnen am Beispiel der gynäkologischen Versorgung**

Theda Borde

*Alice Salomon Fachhochschule, Berlin*

Migrantinnen gelten in der Gesundheitsforschung bisher als „schwer zugänglich“ und sind nur in wenigen Studien zur gynäkologischen Versorgung angemessen repräsentiert. Die internationale Vergleich- und Übertragbarkeit von Studienergebnissen ist sehr eingeschränkt, denn in verschiedenen Ländern werden unterschiedliche Konzepte zur Definition von Migrationshintergrund bzw. Ethnizität verwendet. Um Migrantinnen in der Forschung und in der gynäkologischen Versorgung zu erreichen, sind transkulturelle Konzepte und -methoden notwendig. Im Bereich der Geburtshilfe nähern sich Migrantinnen inzwischen bei der Nutzung von Vorsorgeangeboten sowie in Bezug auf die Gesundheit von Mutter und Kind an einheimische Gruppen an, was möglicherweise auf Akkulturationsprozesse auf beiden Seiten zurückgeführt werden kann. In der Gynäkologie zeigt sich dagegen, dass Migrantinnen die Versorgungsangebote anders in Anspruch nehmen, von Aufklärung, Information und psychosozialer Betreuung nicht angemessen erreicht werden und mit der ambulanten und stationären deutlich unzufriedener sind als einheimische Frauen. Werden sprachliche, soziale, kulturelle und bildungsbezogene Differenzen in Forschung und Versorgung nicht berücksichtigt, beeinträchtigt dies nicht nur die Partizipationsmöglichkeiten sondern auch die Qualität der Versorgung von Migrantinnen. Eine zentrale Herausforderung für die Forschung stellt der systematische Einschluss von Migrantinnen und ethnischen Minderheiten in Studien und ihre Repräsentation in gesundheitsbezogenen Daten dar, um Erkenntnisse über den Einfluss von Migration/Ethnizität auf die Bedarfslage, den Zugang zur gynäkologischen Versorgung und die Effektivität von präventiven und therapeutischen Maßnahmen zu gewinnen.

### **Gesundheitsforschung bei Migrantinnen am Beispiel der gynäkologischen Versorgung**



Prof. Dr. Theda Borde, MPH  
Alice Salomon Fachhochschule Berlin

## Übersicht

1. Definitionsprobleme und andere Herausforderungen für die (Gesundheits)forschung
2. Interaktion von Migration, Ethnizität, sozialen Faktoren  
Beispiele aus Studien zur Versorgung von Migrantinnen in Geburtshilfe und Gynäkologie
3. Schlussfolgerungen

## (1) Vergleichbarkeit internationaler Studien begrenzt

- Vielfältige Begriffe und Definitionen, für ethnische Minderheiten und Populationen mit Migrationshintergrund  
z.B. *Migranten*  
*Migrationshintergrund*  
*Ausländer*  
*... geboren in Bangladeshi*  
*Hispanic*
- Auch innerhalb eines Landes verschiedene Begriffe – Konzepte werden kaum reflektiert

## Verschiedene Länder – verschiedene Konzepte

USA Großbrit.	Ethnizität „race“	<b>Rasse</b> <b>Migration</b> <b>Staatsangehörigkeit</b> <b>Kultur</b> <b>Sprachlicher Hintergrund</b> <b>Ethnische Herkunft</b> <b>Migrations-generation</b>
Kanada	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eingeborene Kanadier</li><li>• Geburtsland</li><li>• Migrationsstatus</li><li>• Staatsbürgerschaft</li><li>• Ethnizität /kultureller Hintergrund</li><li>• Primärsprache (Muttersprache)</li></ul>	
Australien	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geburtsland</li><li>• Geburtsland der Eltern</li><li>• Primärsprache (Muttersprache)</li><li>• Ethnizität / Abstammung</li></ul>	
Niederlande	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geburtsland</li><li>• Geburtsland der Eltern</li></ul>	

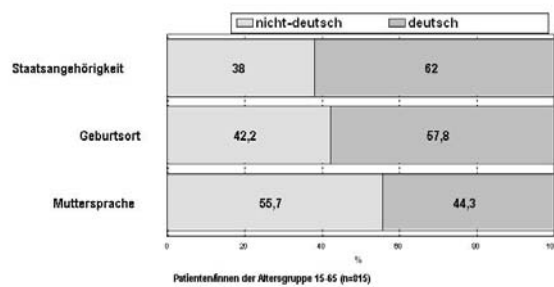
## In Deutschland Bedarf an präziseren Daten

- Aussiedler/innen *Inländer - Ausländer*
- Einbürgerungsgesetz 2002
- Zuwanderungsgesetz 2005 *BRD = Einwanderungsland*

## ... und neue Entwicklungen in Forschung und Gesundheitsberichterstattung

- Mikrozensus 2005
- Robert Koch Institut: KIGGS
- Schenk, Bau, Borde, Butler, Lampert, Neuhauser, Razum, Weilandt:  
Mindestindikatorensetz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen  
für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch -  
Gesundheitsschutz, 9, 2006, S. 853-860
- Robert Koch Institut (Hrsg.) Migrantensensible Studiendesigns zur Repräsentation  
des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung. Berlin 2006

## Wer ist eine Migrantin?



Berliner Notfallambulanzstudie (Borde, Braun & David 2003)

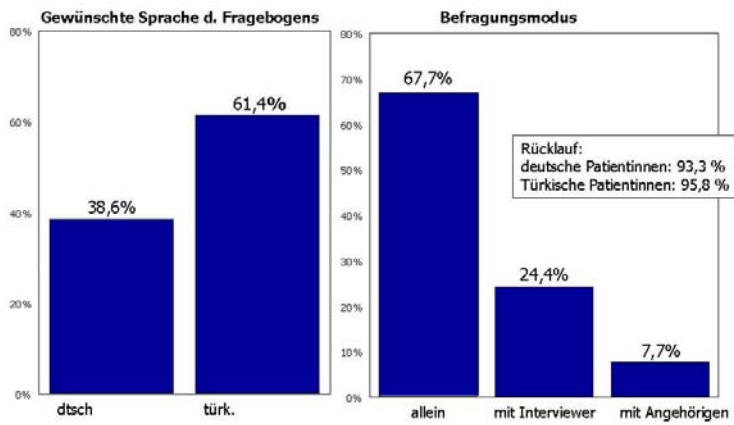
## Migrantinnen in Gesundheitsforschung und -versorgung bisher „schwer erreichbar“

### Ursachen

- generelle Marginalisierung und Ausgrenzung
- Spezifische Ausschlusskriterien (Forschung, Versorgung)  
Zugangsmöglichkeiten der Forscher definiert die Einschlusskriterien  
z.B. sprachlicher Zugang, Bildungs- und Alphabetisierungsgrad,  
wahrgenommene soziokulturelle Differenz
- Ignoranz gegenüber der Verschiedenheit  
z.B. monolingual Fragebögen, monokulturelle Forschungskonzepte,  
Instrumente mit westlichen Konzepten
- Mangel an präzisen Daten zur soziokulturellen Vielfalt

**Erreichbarkeit => Anpassung der eigenen Zugangsmethoden**

## Sprache und Alphabetisierung



Versorgungssituation deutscher türkischer Pat. im Krankenhaus 1996-1999 (Borde, David, Kenterich 2002)

## Erklärungsansätze für ethnische Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit

(Andrews & Jewson 1993, Smaje 1996)

1. Biologische / genetische Faktoren
2. Materielle, sozioökonomische Faktoren
3. Migrationsfaktoren
4. Selektive Auswirkung des Gesundheitssystems (Versorgungsqualität)
5. Kulturelle Faktoren
6. Rassismus

## Beispiele zur Versorgung von Migrantinnen in Geburtshilfe und Gynäkologie



### Geburtshilfe

#### Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth ?

Robertson et al., Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2005; 84: 825 - 832

215.497 Einlingsgeburten / Erstgebärende, 1996-1998,  
180.335 schwedische Frauen, logistische Regression

Ergebnis:

- Frauen aus Subsahara, Afrika, Iran, Asien und Lateinamerika hatten im Vergleich zu schwedischen Frauen ein signifikant höheres altersadjustiertes Risiko für Geburtskomplikation(en)

#### Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey

David, Pachaly, Vetter - Arch. Obstet. Gynecol. 2006

152.193 Einlingsgeburten, 1993-1999, davon  
132.555 deutsche Gebärende,  
19.638 türkischstämmige Frauen

#### Ergebnisse ohne signifikanten Unterschied

- kindliche und mütterliche Mortalität
- Frühgeburtslichkeit

**Ergebnisse mit signifikanten Unterschieden**  
(deutsche vs. türkeistämmige Frauen in Berlin)

bei den Migrantinnen

- relativ späte erste ärztliche Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
- hohe prä- und postpartale Anämierate
- geringere PDA-Frequenz zur Schmerzausschaltung während der Geburt
- erhöhte Rate Fehlbildungen bei Säuglingen
- geringere Rate geplanter Sectios

David, Pachaly, Vetter - Arch. Obstet. Gynecol. 2006

**Studien aus Italien**

Diani et al. (2003) Geburtsmodus/ Betreuungsqualität  
1.014 Schw. aus Nicht-EU-Ländern\* (1992-2001) vs. „ital. Kontrollpat.“

- öfter Kaiserschnitt
- öfter stark untergewichtige Neugeborene
- seltener Dammschnitt

Rizzo et al. (2004) Fallkontrollstudie  
510 Nicht-EU-Schw. vs. 446 Ital. (1997-2001)

- weniger geplante Kaiserschnittentbindungen
- mehr Fehlbildungen bei Neugeborenen
- mehr Geburtswegsverletzungen

**USA/Kanada:  
Epidemiologisches „Latina paradox“**

Trotz Benachteiligung bzgl. Sozialer Lage/Bildung und Hinweise auf med. Unterversorgung im US-amerikanischen Gesundheitssystem relativ geringe Inzidenzrate von perinatalen Komplikationen

- bei weniger akkulturierten mexikanischen Einwanderinnen aus Lateinamerika (der 1. Migrantengeneration !)
- im Vergleich zu einheimischen weißen Amerikanerinnen
- und zu Migrantinnen der 2. und 3. Generation.

u.a. Heyman & Dussault Can. J. Publ. Health 1996  
Zlot et al. Mat. Child. Health 2005

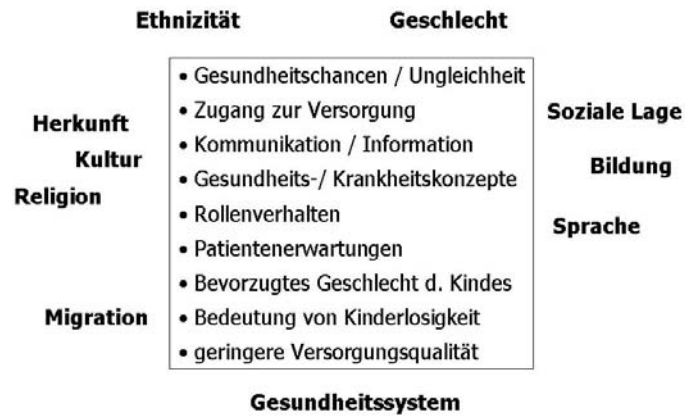
Hyman u. Dussault (1996) Datenbasis: Quebec-Geburtsregister 1979-1988

- stärker akkulturierte Migrantinnen haben eine höhere Rate vor untergewichtigen Kindern

Ist der Akkulturationsgrad also eigenständiger Risikofaktor?  
Oder welche Faktoren spielen eine Rolle?



## Interaktion von Migration, Ethnizität, Kultur u. sozialen Faktoren



## Beispiele aus der Gynäkologie

### Faktor: Migration

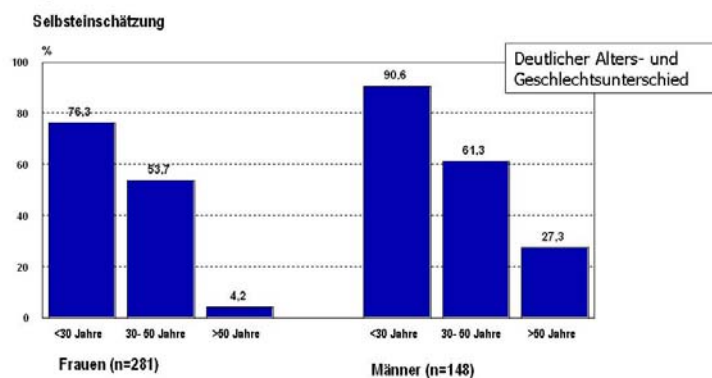
#### Heterogenität von Migrantinnen türkischer Herkunft (n=262)

- 32% erste Migrantengeneration
- 43% zweite Migrantengeneration
- 19% Heiratsmigration (nachgezogene Ehefrauen der 2. Migrantengen.)
- 6% andere (Flüchtlinge, Besucher...)

Borde, David, Kentenich (2001)  
Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus

### Faktor: Migration [Akkulturation und sprachliche Integration]

Prozentualer Anteil der befragten PatientInnen türkischer Herkunft mit guten Deutschkenntnissen



Berliner Notfallambulanzstudie (Patientenbefragung (Borde, Braun, David 2003))

## Faktor: Soziale Integration

In beiden Studien in Berlin bei MigrantInnen

- deutlich niedrigere Bildungsabschlüsse
- in geringerem Maße berufstätig
- niedrigere Erwerbsgruppen
  
- geringeres gesundheitsrelevantes Basiswissen

## Faktor: Gesundheitswissen



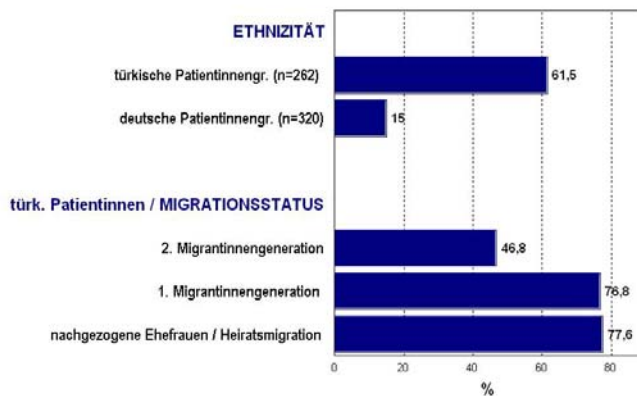
Zuordnung der Namen weiblicher Geschlechtsorgane zu einer gezeichneten Skizze  
[Vergleich richtiger, falscher und nicht gewusster Antworten im deutschen und türkischen Patientinnenkollektiv]

	richtige Zuordnung		falsche Zuordnung		weiß ich nicht	
	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)	deutsch (n=320)	türkisch (n=262)
Eileiter, Tube (yumurta kanalı)	77,5	51,5	13,1	11,1	9,4	37,4
Eierstock, Ovar (yumurtalık)	78,8	59,5	8,8	8,0	12,5	32,4
Gebärmutter, Uterus (rahim)	84,1	63,0	1,9	3,8	14,1	33,2
Muttermund, Portio (rahim agizi)	85,3	60,3	1,9	4,6	12,8	35,1
Scheide (vagina)	86,9	63,0	1,3	5,7	11,9	31,3

Borde, David, Kentenich (2001)  
Analyse der Versorgungssituation gynäkologisch erkrankter Frauen im Krankenhaus

## Gesundheitswissen

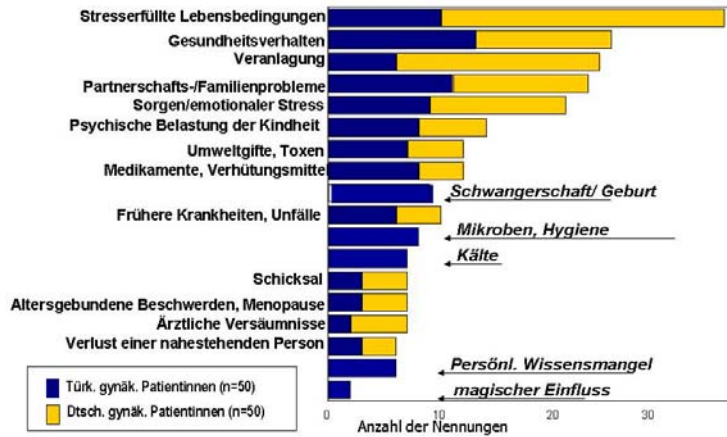
### Prozentualer Anteil der Patientinnen mit geringem Basiswissen





## Faktor: Lebenswelt, soziale und kulturelle Aspekte

### Subjektive Krankheitstheorien gyn. Patientinnen



## Lebenswelt und soziale und kulturelle Aspekte

### Einstellung gegenüber reproduktiven Technologien

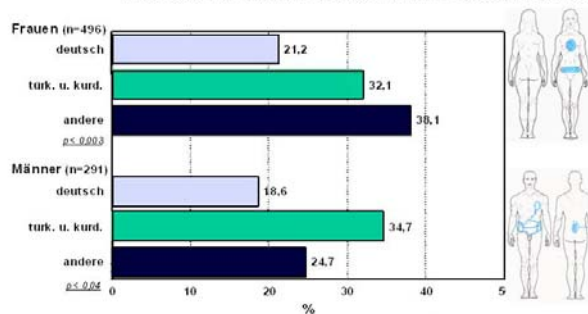
Paare türkischer Herkunft im Vergleich zu deutschen Paaren bei unerfülltem Kinderwunsch

- Eher bereit zu einer In-vitro-Fertilisation (IVF)
- Beginnen die IVF-Behandlung in jüngerem Alter
- Intensität des Kinderwunsches signifikant größer
- Höhere Bereitschaft alle medizinischen Möglichkeiten zu nutzen
- Geringere Akzeptanz der Adoption im Falle der Unfruchtbarkeit

(Kentenich & Yüksel 1996)

## Kulturelle Faktoren, oder ?

Prozentualer Anteil der PatientInnen mit >5 Schmerzregionen

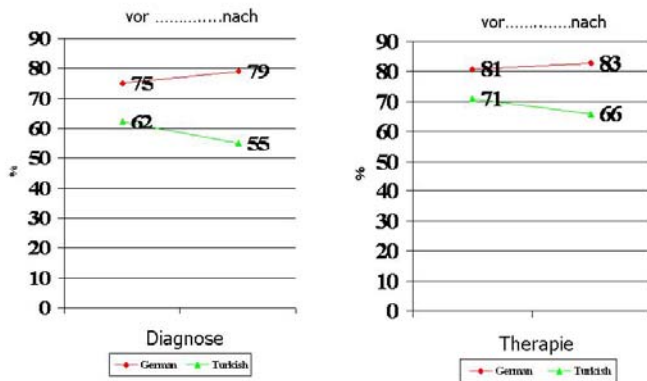


Über mehr Schmerzregionen berichteten v.a.

- ältere MigrantInnen und
- PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen

### Faktor: Gesundheitssystem [Patientenaufklärung]

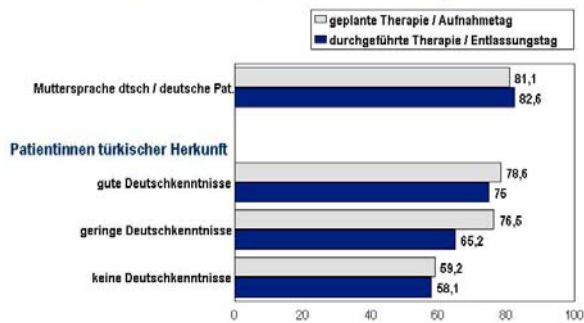
Prozentualer Anteil der richtigen Angaben der Patientinnen vor und nach der medizinischen Aufklärung (Vergleich mit Krankenakte)



(Pette, Borde & David 2004)

### Gesundheitssystem [Patientenaufklärung]

Übereinstimmung des Wissens der Patientin mit der ärztlich dokumentierten Therapie



Bei Migrantinnen Informationsverlust nach (durch?) Aufklärung !

### Zusammenfassung: Problemfelder in der gynäkologischen Versorgung von Migrantinnen

- (1) Sprachliche Kommunikation, Information und Aufklärung
- (2) rechtliche Aspekte  
(Patientenrechte, Arzthaftungsrechtlich, Diskriminierung ...)
- (3) ökonomische Aspekte  
(Fehl-, Über-, Unterversorgung, Bedarfsgerechtigkeit)
- (4) Versorgungsqualität  
(gleich gute Versorgung, *substandard care*, verzögerter Einsatz diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, PDA, Ultraschalldiagnostik (?))
- (5) Prävention  
(geringe Inanspruchnahme von Früherkennung (Remmenick 2003))

## Herausforderungen für die Gesundheitsforschung

- **Forschungskonzepte**  
Definition, Repräsentation und Einschluss von "schwer erreichbaren" Gruppen,  
*Zugang, Qualität der Forschung*



- **Versorgungskonzepte**  
Bedarfsgerechtigkeit, Patientenorientierung, Kommunikation zwischen Versorgern und Patientinnen  
*Versorgungsqualität*

## Fragen für die Gesundheitsforschung

- Definition von MigrantIn / ethnische Minderheiten  
Welches Konzept der Differenzierung ist (für welche Fragestellung) geeignet?
- Was ist die Position von ethnischen Minderheiten zu dieser Frage?
  
- Sind die Indikatoren geeignet, die Gesundheit und die Gesundheitsversorgung von Migranten/innen zu verbessern oder verstärken sie
  - „Anders“-machen und Stigmatisierung?
  - Ethnisierung von Defiziten in der Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung?
  - Kulturalisierung sozialer und migrationsbezogener Effekte?

## Notwendig sind

- mehr transnationale Diskussionen
- Forschungsinstrumente, die ethnische Minderheiten/Migranten angemessen erreichen, einschließen und angemessen repräsentieren
- Die Entwicklung von wirksamen Strategien zur Verbesserung der Versorgung von MigrantInnen
  
- Voller Datenschutz bei Untersuchungen zu Migration und Gesundheit
- Einschluss [kultureller] Kompetenzen von ForscherInnen mit Migrationshintergrund