

# Stand und Bedarfe der Interkulturellen Öffnung in der gynäkologischen Versorgung und Geburtshilfe

Prof. Dr. Theda Borde



## Fakten

- demographischer Wandel  
zunehmende soziale, ethnische und kulturelle Vielfalt (Diversität)
- neue globale u. innereuropäische Migrationstrends
- Migration von Ärzten/-innen, Pflegekräften
- Medizintourismus (z.B. Kinderwunschbehandlung)



## Herausforderungen

- gleich gute Gesundheitschancen und Versorgungsqualität
- Kooperation in multiprofessionellen & multikulturellen Teams
- diversitätsgerechte Versorgungsstrukturen und Qualifikation
- sprachliche Verständigung

**Interkulturelle  
Öffnung**

# Geburtshilfe: frühe Aufmerksamkeit auf Ausländerinnen in Deutschland

## Erste Studien

- 1960er Jahre **Gastarbeiterinnen** in der Geburtshilfe (Fokus auf „*anders sein*“)
- 1970er Jahre Vergleich perinataler Ergebnisse deutscher und ausländischer Frauen nach der Einführung der **Perinataldatenerhebung**



## Ergebnisse: **Ausländerinnen**

- nutzten die Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft im Vergleich zu deutschen Frauen weniger häufig und weniger intensiv
- hatten ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko und
- wurden häufiger operativ entbunden

---

(Loew u. Schrank 1966, Saurwein 1969, Rimbach 1967, Kolleck, Korporal & Zink 1979)

# Geburtshilfe: internationale Studien zeigen 2 Szenarien

Bei **Migrantinnen / ethnischen Minderheiten** im Vergleich zu  
einheimischen Frauen der Aunahmeländer

**(1) eine mindestens gleich gute oder sogar bessere  
perinatale Gesundheit**

*mögliche Erklärung:*

healthy migrant effect

**(2) schlechtere perinatale Ergebnisdaten**

*mögliche Erklärung:*

mütterliche Lebenssituation, sozioökonomische Umstände

Gesundheitsverhalten

Zugang zu und Nutzung von Gesundheitsversorgung,

Auflösung sozialer Netzwerke

gesellschaftliche Faktoren, diskriminierende Politik,

## Retrospektive Analyse der Berliner Perinataldaten 1993–1999

(David et al. 2006)

zeigte **weitgehende Annäherung bei Migrantinnen türkischer Herkunft** und deutschen Frauen bei wichtigen perinatalen Qualitätsparametern wie kindliche und mütterliche Mortalität und Frühgeburtenrate

### Unterschiede

- höhere Rate geplanter Kaiserschnittentbindungen bei deutschen Frauen
- seltenere Periduralanästhesie o.ä. zur Schmerzausschaltung unter der Geburt bei Migrantinnen aus der Türkei

## Erwartungen & Zufriedenheit

### bei Migrantinnen türkischer Herkunft

- gleich hohe Behandlungserwartungen
- deutlich geringere Behandlungszufriedenheit  
(*insb. Information, Aufklärung, psychosoziale Betreuung*)
- geringeres Basiswissen
- **Ärzte/-innen und Pflegekräfte**  
waren mit ihrer eigenen Leistung in Bezug auf Migrantinnen weniger zufrieden.

Berliner Frauenklinikstudie\*

320 deutsche Frauen u. 262 Frauen mit Migrationshintergrund aus der Türkei

---

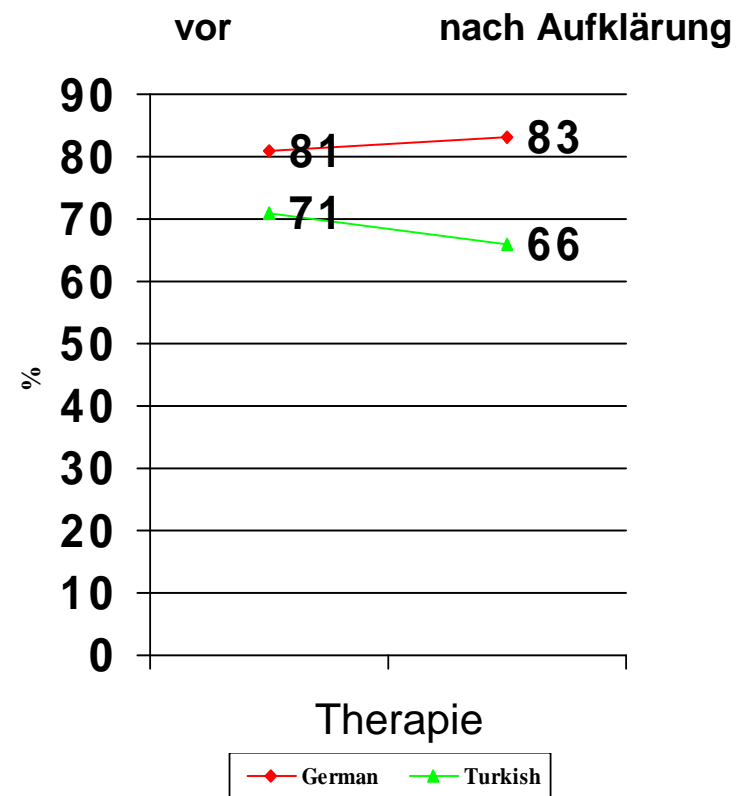
(Borde u. David 2001, Borde et al. 2002, Pette et al 2004)

## Patientenaufklärung

- Übereinstimmung von
- Kenntnis der Patientin über die geplante und durchgeführte Therapie in der Frauenklinik
- mit Dokumentation in der Krankenakte

*Von den Migrantinnen mit geringen Deutschkenntnissen (33%) kannten nur die Hälfte der Frauen ihre Diagnose u. Kliniktherapie.*

Prozentualer Anteil der Pat. mit korrekten Kenntnissen



## Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien/Frauen)

Neue Daten aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)

### Prävalenzrate

<i>insgesamt</i>	17,5 %
niedrige Bildungsgruppe	31,0 %
mittleren	15,6 %
hohe	11,6 %



Höhere Prävalenz bei

- geringer Bildung
- Übergewicht
- höherer Anzahl der Geburten

Repräsentative Stichprobe n=3500 Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren

## MigrantInnen in DEGS1 ?

Stichprobe: 8.152 Männer und Frauen

davon 315 mit ausländischer Staatsangehörigkeit (3,9 %)



## 1. Datenbasis reicht für migrationspezifische Analysen nicht aus

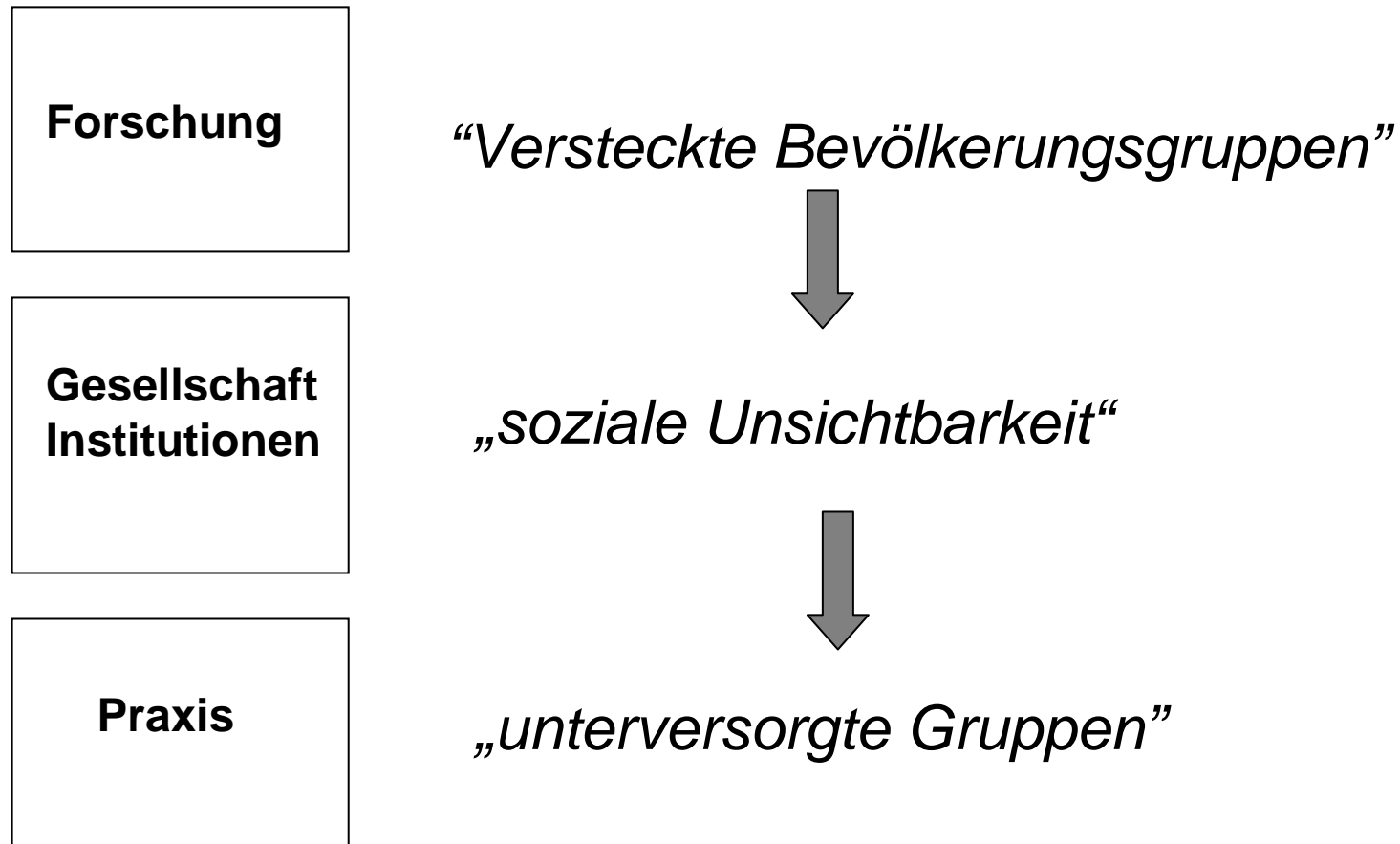
- Vergleichbarkeit internationaler Studien begrenzt
- Uneinheitliche Definition der Zielgruppe in statistischen Datenquellen, Gesundheitsberichten und Studien
- Migrationspezifische Auswertungen administrativer Daten basieren meist auf Hilfskonstrukten (Namensanalysen, Staatsangehörigkeit)
- „Migrationshintergrund“ zu breite Definition

## 2. Gravierende Unterrepräsentation von Migranten/-innen bzw. ethnischen Minderheiten in Befragungen

„hard to reach“ => systematischer Ausschluss (Brackerts 2007, Borde 2009)

---

# Forschungsdefizite => Versorgungsdefizite



## Ziele:

1. Analyse des Einflusses von Migrations- u. Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt
2. Weiterentwicklung diversitätsgerechter Forschungs- und Versorgungskonzepte



Matthias David, Silke Brenne,  
Theda Borde,  
Jürgen Breckenkamp, Oliver Razum

CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Alice Salomon  
HOCHSCHULE BERLIN  
University of Applied Sciences

Universität Bielefeld

Förderung: DFG 2010 – 2013

**parallel in den 3 Berliner Geburtskliniken (CCVK, Vivantes am Urban u. Neukölln)  
15.1.2011 - 15.1.2012**

## **A. Befragung**

7 Tage pro Woche von 6.30-19.30 Uhr  
**pro Standort** im 2-Schicht-System  
durch Interviewerinnen (**6 Study Nurses**  
**+ 23 Studentinnen** an den Wochenenden)  
Datenerhebung anonym /Datenschutzes

### *Study Nurses*

Laura Jordan  
Yüksel Vural  
Martina Glück  
Carmen Guzmán  
Dr. Kerstin Bollweg  
Lisa Horkel

### *Doktorandinnen:*

Silke Brenne  
Judith von Hofen-Hohloch  
Silke Breitenstein  
+ 20 weitere Studentinnen

## **B. Daten aus Mutterpass**

## **C. Perinataldaten der jeweiligen Geburtsklinik (AQUA-Institut)**

---

## Spezifische Vorbereitungen

- ✓ **Definition „Migrantin“** (nach Schenk et al. 2006)
  - ✓ **Übersetzung** der Fragebögen in 9 Sprachen  
(*türkisch, russisch, arabisch, spanisch, englisch, französisch, polnisch, kurdisch*)
  - ✓ 2-tägige **Schulung** der Study Nurses und der Studentinnen für die standardisierten Interviews (mündliche Abfrage der Fragebögen)
  - ✓ **Pretest** der Fragebögen  
(*Migrationssensibilität, Verständlichkeit, Akzeptanz, Dauer*)
  - ✓ **Dolmetscherinnen** bei Befragung, wenn nötig  
(*Laiendolmetscher sowie Gemeindedolmetschdienst Berlin*)
-

# Rücklauf

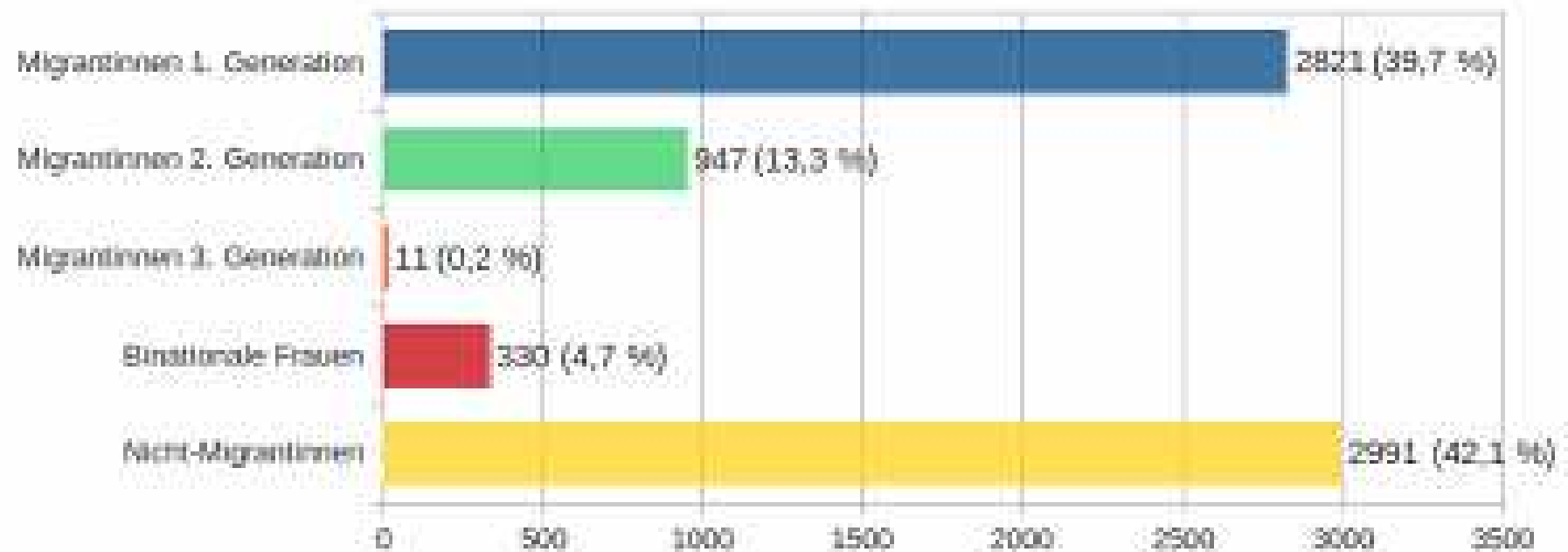
im Studienzeitraum an den 3 Studienstandorten  
insges. **8.157 Geburten**

\* **Ausschlusskriterien:**  
Minderjährige,  
Frauen mit Totgeburten  
ständiger Wohnsitz im Ausland

## Rücklauf T1 Aufnahme im Kreißsaal

<b>Brutto</b>	<b>8.157</b>	
Ausschlusskriterien	235	
		Prozent
<b>Bereinigtes Brutto</b>	<b>7.922</b>	100,0
Nicht erreicht	363	4,6
Keine Einwilligung für Zusammenspielen der Daten	6	<0,1
Datenverknüpfung nicht möglich	72	0,9
Teilnahme verweigert	381	4,8
<b>Auswertbar</b>	<b>7.100</b>	89,6

# Studienteilnehmerinnen



## Geburtsort der Studienteilnehmerinnen

- 60 % in Deutschland
- 12,8 % in europäischen Ländern (Europa 28)
- 9,9 % in der Türkei

## Zeitpunkt der ersten Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft

	Mittelwert Schw.woche
Migrantinnen 1. Generation	10,9
Migrantinnen 2./3. Generation	9,8
ein zugewandert. Elternteil („binationale“)	9,7
<i>Kein Migrationshintergrund</i>	9,7

## Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

- Anzahl variiert zwischen 1 und 35
- Median = 11 Vorsorgeuntersuchungen
- keine wesentlichen Unterschiede zwischen den 4 Vergleichsgruppen

Migrationshintergrund hat keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerenvorsorge.

**Ist das nun Ergebnis einer erfolgreichen interkulturellen Öffnung in der Geburtshilfe?**



**Aber:**

## **Migrationsspezifische Unterversorgungsrisiken**

**Unterversorgung in der Schwangerschaftsvorsorge definiert als  
</= 5 Vorsorgeuntersuchungen laut Mutterpass**

**9 %** der Gesamtstichprobe (n=7100)

deutlich häufiger bei Frauen mit

- mit eigener Migrationserfahrung **12 %**
  - mit unklarem Aufenthaltsstatus **25 %**
  - mit geringen Deutschkenntnissen **33 %**
-

# Migrationsspezifische Protektivfaktoren?

## Häufigkeit von Kaiserschnittentbindungen nach Migrationsstatus der Frauen (in %)

	<i>Türkeistämmige</i> Migrantinnen 1. Generation	<i>Türkeistämmig</i> 2./3. Generation	ein zuge- wanderter Elternteil	Kein Migrations- hintergrund
Sectio gesamt, davon	22,0***	31,7***	38,8	39,3
- <i>primäre</i> Sectio	10,5	12,2	13,6	15,4
- <i>sekundäre</i> Sectio	11,5	19,5	25,2	23,9

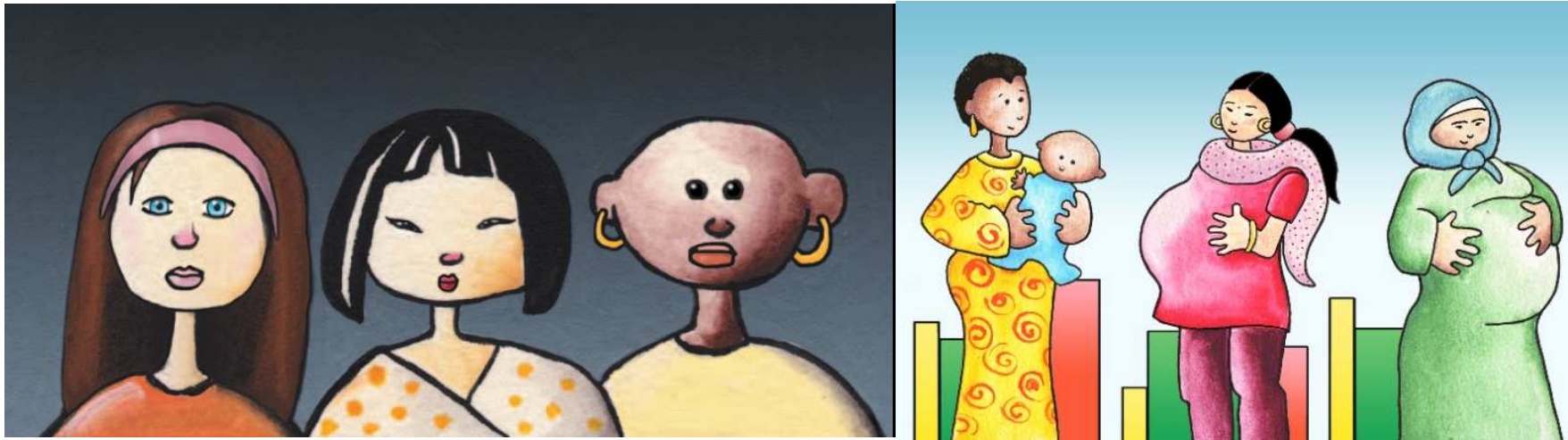
### *Frauen mit Migrationshintergrund aus der Türkei haben ein geringeres Risiko für*

- eine sekundäre Sectio
- eine primäre Sectio
- insbesondere verbunden mit geringen Deutschkenntnissen (!)

Der Fokus auf „**Kultur**“ im Konzept der **Interkulturellen Öffnung** greift zu kurz !

Wir brauchen

- **diversitätsgerechte Gesundheitsforschung** für eine **diversitätsgerechte Versorgung**, die Migrantinnen in ihrer Heterogenität abbildet und auch „schwer erreichbaren“ Gruppen gerecht wird
- mehr Kenntnisse über die Interaktion **sozialer** und **migrationsspezifischer Determinanten** von Gesundheit
- Analysen von Risiko- und Protektivfaktoren für **Fehl-, Unter-, und Überversorgung** in der Geburtshilfe und Gynäkologie (*auch auf Versorgerseite*)
- Blick auf **Ressourcen** von Migrantinnen
- Einsatz qualifizierter **Sprachmittler/-innen**



**Vielen Dank für Ihr Interesse !**

---