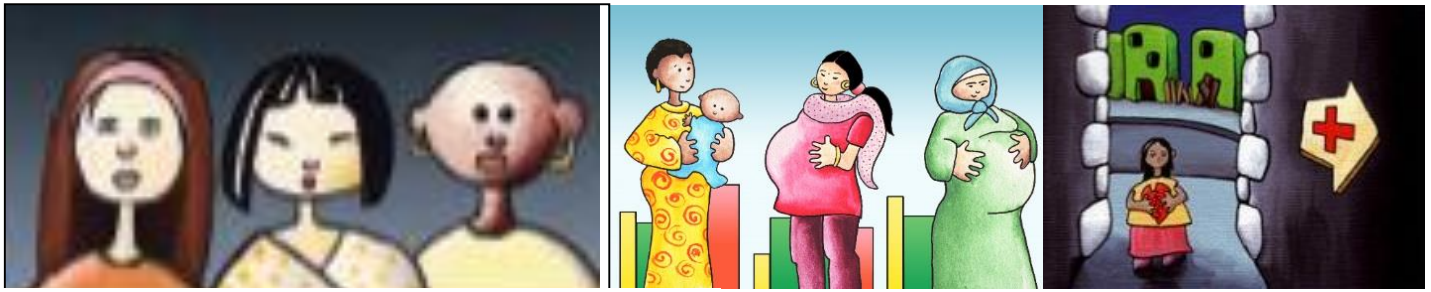
AKF Jahrestagung, Essen 5.-6-11.2016

Herkunft - Ankunft - Zukunft. Gesund zusammen leben

Frauengesundheit in der Einwanderungsgesellschaft



Prof. Dr. Theda Borde
Alice Salomon Hochschule Berlin

ASH Berlin

Überblick

I. Daten und Fakten zum Migrationsgeschehen

II. Was wissen wir über Gesundheit und Krankheit bei Migranten/-innen?

III. Offene Fragen und Herausforderungen

IV. Perinatale Gesundheit und Migration in Berlin

V. Schlussfolgerungen

I. Daten und Fakten

20,3% Bevölk. in D. mit **Migrationshintergrund**
8,9% **ausländische Staatsangehörigkeit**

jedes 3. Kind in Deutschland hat einen Migrationshintergrund

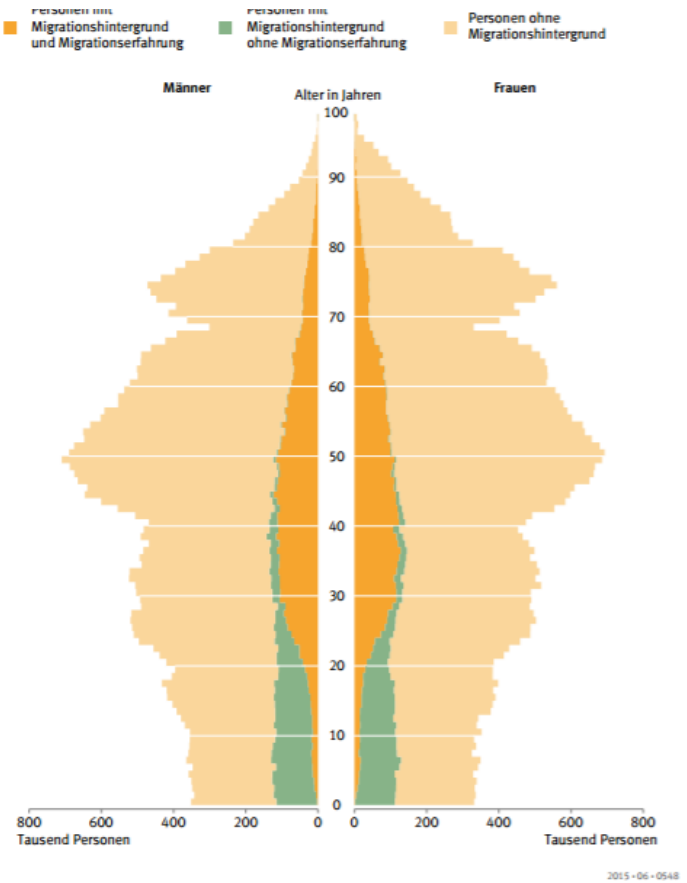
Altersdurchschnitt
Bevölkerung mit Migr. deutlich jünger
(35,4 Jahre geg. 48,7 Jahre)

Wichtigste Herkunftsländer
Türkei (17,4%)
Polen (9,9%)
Russ. Förderation (7,3%)
Italien (4,7%)
Kasachstan 5,6%

deutliche regionale Unterschiede

Stadt – Land
Ost - West

Alterspyramide 2014 nach Migrationserfahrung



Statistisches Bundesamt 2015
Ergebnisse des Mikrozensus

ASH Berlin

Daten und Fakten zur Einwanderungsgesellschaft

- Niederlassung von Immigranten/-innen
- zunehmende ethnische, kulturelle und soziale Vielfalt
- demografische und ökonomische Bedeutung der Zuwanderung

Aktuelle Migrationstrends

- qualifizierte + unqualifizierte Arbeitsmigration
- Familienzusammenführung
- irreguläre Migration
- globale Dimension der Migration
- Ost-West Migration in der EU
- Flüchtlinge aus Kriegs- und Krisengebieten

Feminisierung der Migration ?

Granato 2004, Lutz 2008

,

Migrationsprozesse und Geschlechtsstruktur

48,7 % der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in D. sind weiblich

Bei den Zuzügen aus dem Ausland **sank der Frauenanteil** zwischen 2002 u. 2014 von 42,9% auf 39,4%

Geschlechtsspezifische Zuwanderung nach Herkunftsländern

Überproportional hoher Anteil an

Frauen aus

Thailand	71,6%
GUS	61,3%
Ukraine	59,8%

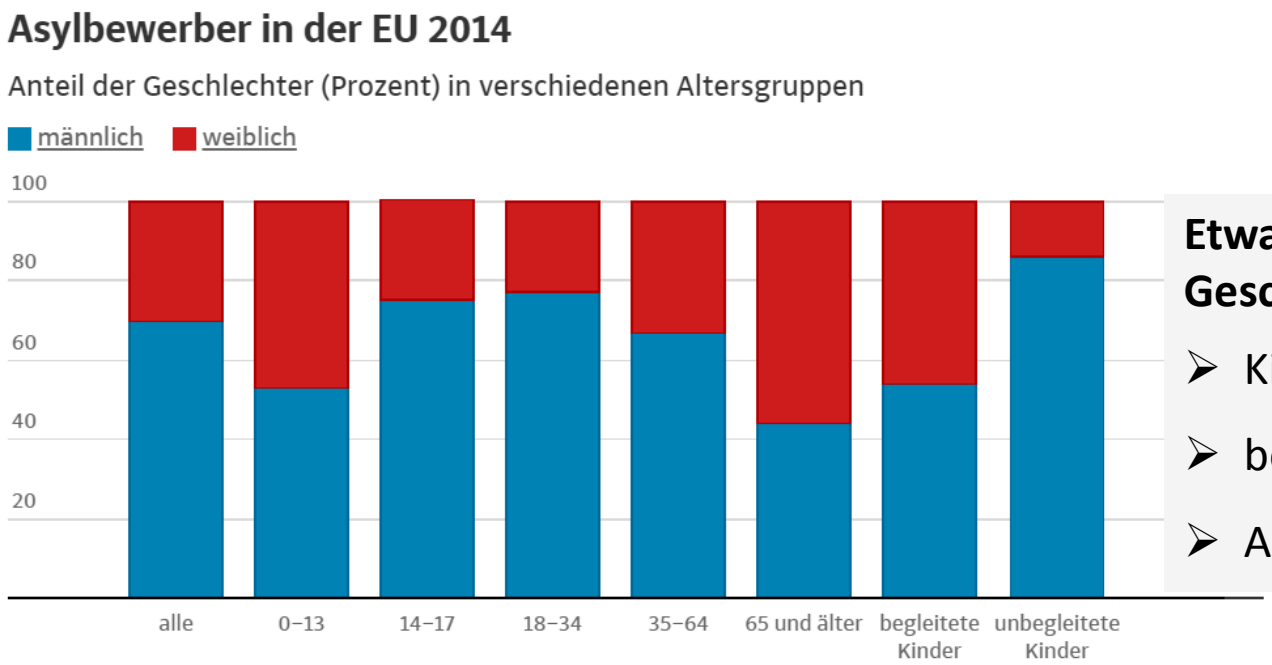
Männern aus

Pakistan	73,9%
Ungarn	68,7%
Kroatien	68,3%
Afghanist.	68,0%
Indien	67,9%
Syrien	66,5%

(Migrationsbericht des BAMF 2014)

ASH Berlin

Anteil der Geschlechter bei Asylbewerber/-innen



(Eurostat 2015)

Etwa gleiche Geschlechterproportionen bei

- Kindern < 13 Jahre
- begleiteten Kinder
- Asylbewerber/-innen > 65 J

Geschlecht beeinflusst das Migrationsgeschehen
in verschiedenen Lebensphasen in unterschiedlicher Weise

ASH Berlin

Geschlecht und Gesundheit

Geschlechtsspezifika durch internat. Frauengesundheits-forschung seit 1980er Jahren bekannt & vielfach belegt

- Gesundheitsbelastungen und -ressourcen
- Gesundheits- und Krankheitsverhalten
- Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
- Krankheitsgeschehen
- Sterblichkeit

sex
gender

In Deutschland Migration/Ethnizität wenig berücksichtigt

seit den **1990er Jahren**

- weitere **wissenschaftliche Erkenntnisse** auch in Deutschland
- **gender-mainstreaming** in verschiedenen Politikbereichen und Ebenen

Heute geschlechtersensiblere

- Forschungsförderung
- Forschungspraxis
- Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsförderung u. Prävention

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Männergesundheitsportal

Frauengesundheitsportal

ASH Berlin

II. Was wissen wir über Gesundheit und Krankheit von Immigrantinnen und Immigranten

einerseits *healthy migrant effect*

andererseits

- eingeschränkter rechtlicher Zugang (Flüchtlinge, irreguläre Migranten/-innen)
- niedriger soziökonom. Status/Bildungsgrad als Vulnerabilitätsfaktor
- sprachliche Verständigungsbarrieren

Welche Rolle spielen dabei gender-Aspekte?
In D. bisher nur wenige Studien !

- schlechterer Gesundheitsstatus
- Fehl-, Über und Unterinanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
- geringere Qualität der Versorgung

(Razum et al 2008, Mladovsky 2007, Riesberg u. Würz 2008, MIPEX 2015, Lampert 2015)

Spezifische Gesundheitsrisiken

bei Immigrant/-innen im Vergleich zu Einheimischen

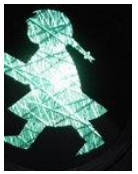
- häufigere Arbeitsunfälle u. Arbeitserkrankungen sowie Frühberentung aufgrund von Behinderung (Broska u. Razum 2014)
- häufigere Diagnose „Depression“ v.a. ältere Immigrant<u>innen</u> (Aichberger et al 2012)
- höhere Diabetes-Sterblichkeit in versch. EU Ländern im Vergleich zur einheim. Bevölk. (Vandenheede et al 2012)
- höhere Diabetes Mellitus Prävalenz bei Immigrant. aus der Türkei (14% vs. 9%) (Hauner 2013, Icks et al 2011)
- häufiger Schwangerschaftsdiabetes bei türkeistämmigen Immigrantinnen (Reeske et al 2012)

- Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen der <u>unteren sozialen Statusgruppe</u> und bei Kindern mit <u>Migrationshintergrund</u> zumeist erheblich schlechter (KIGGS 2006 ff, Ellert et al 2015)

ASH Berlin

Spezifische Gesundheitsressourcen ?

bei Immigranten/-innen im Vergleich zu Einheimischen



- insgesamt geringeres Krebsrisiko [insbes. Darm, Brust, Prostata] (Arnold et al 2011)
- Unterschiede bei Immigranten/-innen aus verschiedenen Herkunftsländern (Arnold et al 2011, Winkler et al 2014)
- geringeres Brustkrebsrisiko und niedrigere Krebssterblichkeit bei Immigrantinnen aus der Türkei [Rate vergleichbar mit Herkunftsland] (Spallek et al 2012)
- weniger Allergien bei Mädchen in Vergleich zu Jungen sowie bei Kindern mit Migrationshintergrund (Schlaud et al 2007)

Prävention & Gesundheitsförderung

Immigranten/-innen im Vergleich zu Einheimischen

- nutzen seltener Präventionsangebote und Selbsthilfegruppen
  (Spallek et al 2007, Bissar et al 2007, Razum et al 2008, Kofahl et al 2009, Ellert 2015)

- profitieren weniger von wichtigen Präventivangeboten als Mehrheitspopulation (eingeschränkter Zugang, geringere Wirksamkeit)
  (Broska & Razum 2014, Schott et al 2015)

- haben trotz Diabetesschulung geringes Diabeteswissen (Kofahl et al 2013)

- gelten in der Gesundheitsförderung als „*schwer erreichbar*“ (Borde 2009)

<u>aber</u>

- höhere Teilnahme an Brustkrebsscreening bei Immigrantinnen aus der Türkei (außer bei 60-69 Jährig.) (Berens et al 2014, 2015)

ASH Berlin

Hinweise auf verbesserte Versorgung im Zeitverlauf

Studien aus den 1970er/1980er Jahren

<u>im Vergleich zu einheimischen Frauen bei Immigrantinnen</u>

- deutlich geringere Nutzung der Schwangerenvorsorge
- mehr Kaiserschnittentbindungen
- mehr Frühgeburten
- höhere Anämierate
- insges. schlechtere perinatale Ergebnisse bei Mutter und Kind

Aktuell

Akkulturation ?
Diversitätssensibilität ?

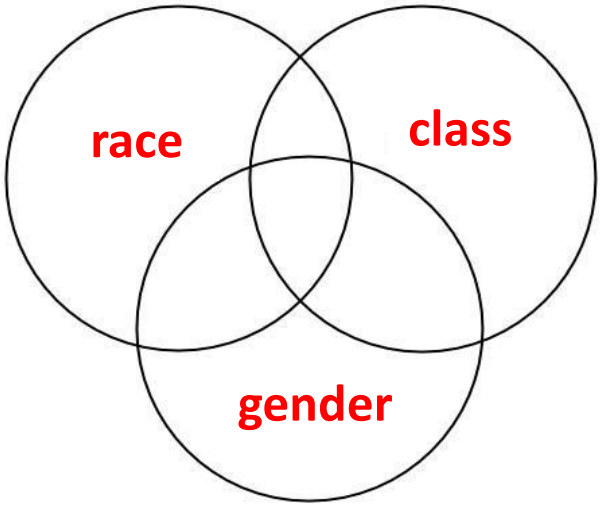
... <u>bei Immigrantinnen</u>

- vergleichbare Nutzung der ärztlichen Schwangerenvorsorge
- teilweise weniger Kaiserschnitte
- Frühgeburtenrate vergleichbar
- höhere Anämierate
- gleich gute und zum Teil bessere perinatale Ergebnisse
- Unterschiede zwischen versch. Gruppen von Immigrantinnen

(Borde, David et al 2014 u.a.)

Perinatale Gesundheit

Erklärungsansätze für ethnische Unterschiede bei Gesundheit und Krankheit



- biologische Faktoren
- Exposition
- sozioökonomische Faktoren
- Migrationsfaktoren
- kulturelle Faktoren (Gesundheitsverhalten)
- Rassismus
- selektive Wirkung des Gesundheitssystems

(Andrews & Jewson 1993, Smaje 1996, Viruell-Fuentes et al 2012, Razum & Spallek 2015I

III. Offene Fragen und Herausforderungen

(1) Welche Bedeutung haben sozioökonomische Aspekte im Kontext von Migration und Gesundheit?

Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit
durch internationale und Studien in Deutschland immer wieder belegt
(z.B. Mielck 2005, Lampert 2013)

Armutsgefährdungsquote*
bei Bevölkerung mit Migrationshintergrund doppelt so hoch
wie bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (26,8 % vs. 12,3%)
Bildungsgrad hat keinen Einfluss auf diesen Unterschied!
(BMFI 10. Bericht 2014) * verfügbares Einkommen weniger als 60 % des mittleren Einkommens

… und welche Rolle spielt dabei das soziale Geschlecht in einer heterogenen Einwanderungsgesellschaft ?

(2) Wie sehen die Wechselwirkungen von Migration, Geschlecht, Gesellschaft und Gesundheit aus?
Welche Faktoren interagieren wie miteinander?

Bildungspolitik

Gesundheitspolitik

Sozialpolitik

Integrationspolitik

Sozioökonomische Lage

Erwerbssituation

Bildungsgrad

Migrationsfaktoren

rechtl. Aufenthaltsstatus

Aufenthaltsdauer

Deutschkenntnisse

Systemkenntnis

Herkunftsland

Migrationshintergründe

Alter

Geschlecht (sex/gender)

Ethnizität

soziokulturelle Faktoren

Lebensstil

Religion

Diskriminierung

Rassismus

ASH Berlin

(Binder-Fritz & Rieder 2014)

(3) Reicht uns der „Migrationshintergrund“ als Definition ?

Sammelbegriff „**Migrationshintergrund**“ bildet die **Verschiedenheit der Lebenslagen** von Flüchtlingen, Migranten/-innen und deren direkte Nachkommen nicht ab

super-diversity
(Vertovec 2007)

Migrationshintergrund umfasst

- im Ausland geboren
- ein Elternteil im Ausland geboren
- beide Eltern im Ausland geboren

- deutsche Staatsangehörigkeit
- ausländische Staatsangehörigkeit
- befristete Aufenthaltserlaubnis
- unbefristete Aufenthaltserlaubnis

- ausgezeichnete Deutschkenntnisse
- geringe Deutschkenntnisse

- verschiedene Herkunftsländer, Ethnizitäten, Religionen

...

ASH Berlin

(4) Wie repräsentativ sind Immigranten/-innen in gesundheits-wissenschaftlichen Studien abgebildet?

In den meisten bevölkerungsbezogenen Studien

- **deutlich unterrepräsentiert**
- **Studiendesigns, Instrumente und Ressourcen nicht angemessen**, um Partizipation zu ermöglichen und Diversität zu erfassen
- **Teilnahmebarrieren** bei Immigrantinnen ggf. noch höher aufgrund von geringeren Deutschkennnissen, Alphabetisierungsgrad u.a. genderspezifischen Aspekten

Beispiel

Stichprobe **8.152** Männer und Frauen
3,9 % ausländische Staatsangehörige

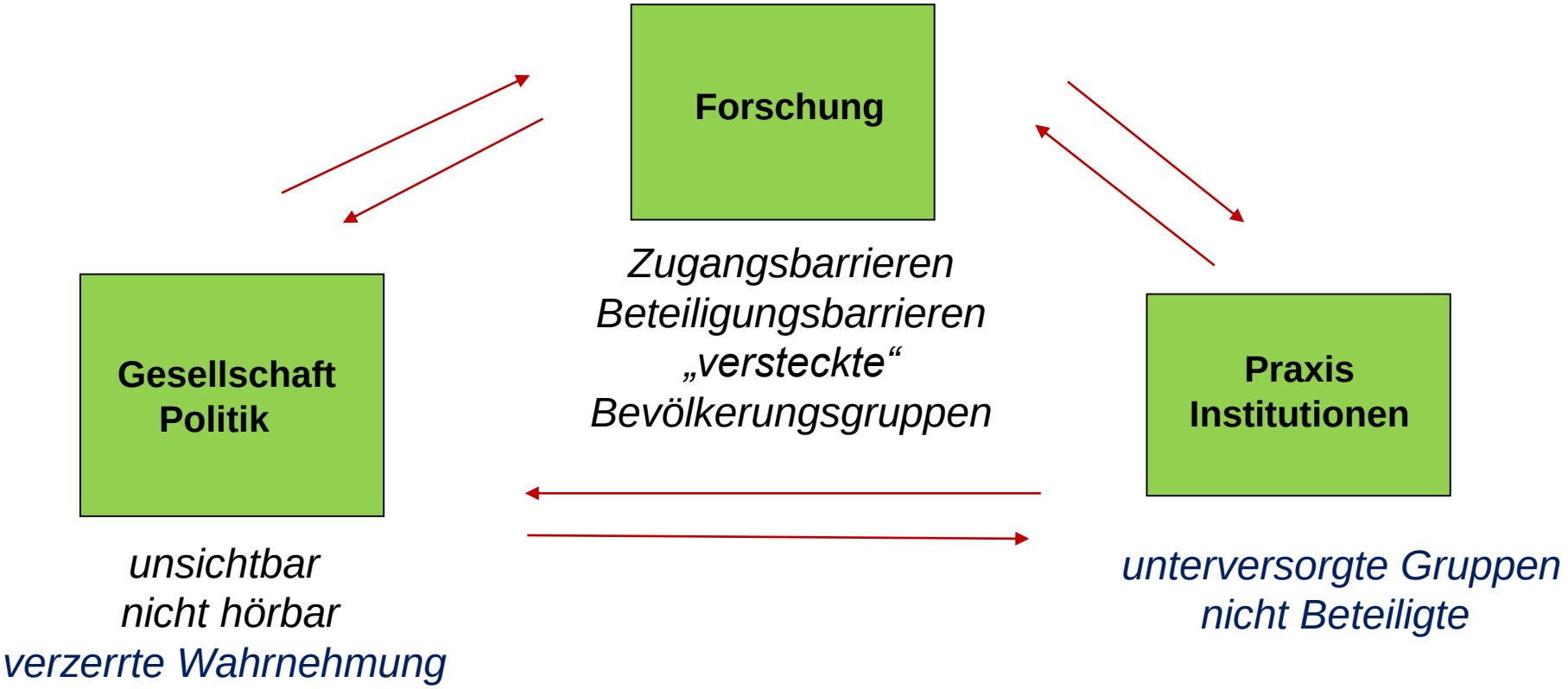
(Prütz et al. 2013, Kamtsiuris et al 2013, RKI)

DEGS
Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland

2008-2011

ASH Berlin

Forschungsdefizite führen zu Versorgungsdefiziten



Hohe Erwartungen an die NAKO Gesundheitsstudie

Start 2014	**Nationale Kohorte Langzeitstudie** *Gemeinsam forschen für eine gesündere Zukunft*
Ziel	200.000 Menschen (20 - 69 Jahre) in 18 Studienzentren in Deutschland zu befragen u. zu untersuchen

Zwischenstand April 2016:

- deutschlandweit 50.000 StudienTN, Berlin 8.000 StudienTN
- bisher keine Angaben zur Beteiligung von Migranten/-innen

(NAKO-Fakten03-A4_Migranten, Presseerklärung NaKo April 2016)

NAKO GESUNDHEITS-STUDIE

Keine generelle Berücksichtigung von Immigranten/-innen

Nur Studienzentrum Berlin-Mitte legt einen Schwerpunkt auf Gesundheitszustand von Berliner/-innen mit Migrationshintergrund

IV. Perinatale Gesundheit und Migration Berlin

Perinatale Gesundheit & Migration in Berlin
Borde T, Breckenkamp J, Brenne S, David M, Razum O (DFG)
ASH, Charite, Uni Bielefeld

Hintergrund:
Perinataldaten weisen Defizite bei soziodemografischen und migrationsbezogenen Aspekten auf

Fragestellung:
Einfluss von Migration und Akkulturation auf Schwangerschaft und Geburt

Ziele:

- Erfassung detaillierter soziodemografischer und migrationsbezogener Daten aller Frauen, die zur Geburt in **3 Geburtskliniken in der Berliner Innenstadt** (Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln) kommen *(Befragungszeitraum 15.1.2011- 14.1.2012)*

- Zusammenführung der Befragungsdaten mit den Perinataldaten der 3 Kliniken

- Frauen mit Migrationshintergrund gleichermaßen beteiligen

Spezifische Vorbereitungen, um Immigrantinnen zu erreichen und angemessen zu repräsentieren

(Anzahl, Heterogenität)

- Übersetzung der Fragebögen in 9 Sprachen
  (türkisch, russisch, arabisch, spanisch, englisch, französisch, polnisch, kurdisch)
- Einsatz von Interviewerinnen (2 Schichten pro Tag, 7 Tage die Woche)
- Schulung der Interviewerinnen für die mündlichen Interviews
- Pretest der Fragebögen
  (Migrationssensibilität, Verständlichkeit, Akzeptanz, Dauer)
- Einsatz von Dolmetscherinnen bei Befragung, wenn nötig
  (Kooperation mit dem Gemeindedolmetschdienst Berlin)

ASH Berlin

Befragungszeitpunkte und Themenkomplexe

T1 Aufnahme im Kreißsaal

standardisierte Interviews

40 Fragen: soziodemografische Daten, Migration,
Schwangerenvorsorge
Migrantinnen + 15 (FRAKK)

Daten aus dem Mutterpass der Frau

T2 2./3. Wochenbettag in der Klinik

standardisierte Interviews

7 Fragen: Stillabsicht, Gesundheitsverhalten

T3 6 Monate nach der Geburt

Telefoninterviews (*Stichprobe nur CCVK*)

6 Fragen: Stillen, Wochenbettkomplikationen, Hebammen-
betreuung, Früherkennungsuntersuchungen für Kinder

ASH Berlin

Rücklauf

Im Studienzeitraum von 12 Monaten an den 3 Studienstandorten insgesamt **8.157 Geburten**

T1 Aufnahme im Kreißsaal

* Minderjährige, Frauen mit Totgeburten, ständiger Wohnsitz im Ausland

Brutto	**8.157**	
Ausschlusskriterien *	235	
		Prozent
Bereinigtes Brutto	**7.922**	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
Auswertbar	**7.100**	89,6

ASH Berlin

Migrationshintergründe der Studienteilnehmerinnen

(n=7100)

Migrationsstatus

42,1% Kein Migrationshintergrund

39,7% Immigrantin (eigene Migrationserfahrung, im Ausland geboren)

13,5 % Migrationshintergrund (2. Generation in Deutschland geboren)

4,7% ein Elternteil im Ausland geboren

Geburtsland/-regionen

60,0 % Deutschland

12,8 % Europäische Länder

9,9 % Türkei

7,5 % Nahost (arabische Länder, Iran, Israel

2,7 % Russ. Föderation

3,0 % Afrika (inkl. Nordafrika)

4,1 % weitere Regionen

ASH Berlin

Zentrale Ergebnisse

- Frauen mit Migrationshintergrund sind gut erreichbar
  [fast 90% beteiligten sich an der Befragung!]

- 30% der befragten Frauen mit Migrationshintergrund hatten geringe Deutschkenntnisse

- Frauen mit Migrationshintergrund hatten ein deutlich niedrigeres Einkommen als einheimische Frauen *(sozialer Gradient)*

Schwangerenvorsorge

Entbindungsmodus

Nutzung der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge

Zeitpunkt der ersten Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft	Mittelwert Schw.woche
Migrantinnen 1. Generation	10,9
2. Generation	9,8
ein zugewandert. Elternteil („binational“)	9,7
Kein Migrationshintergrund	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.

Aber

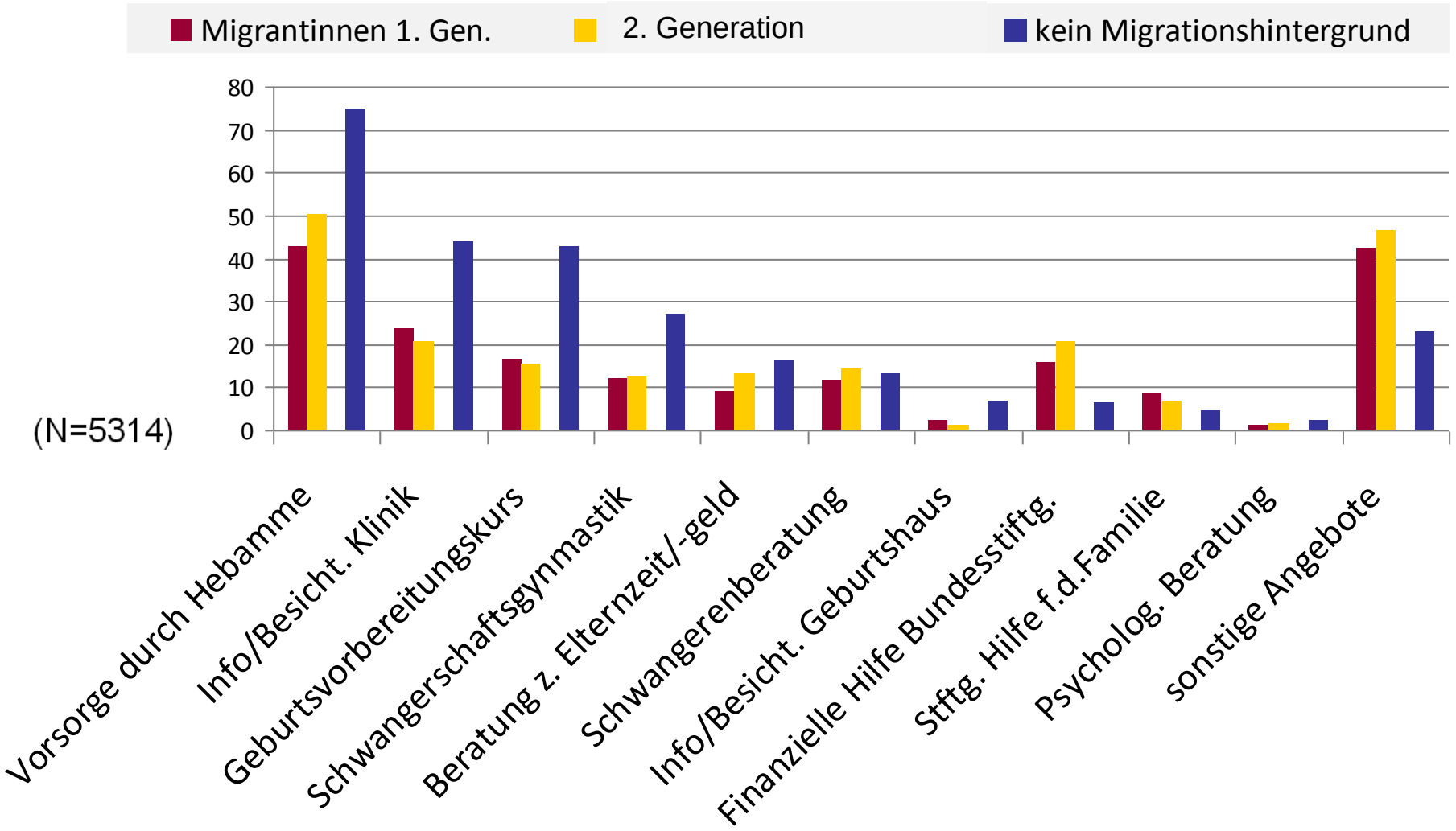
Hinweise auf „unterversorgte“ Schwangere mit Migrationshintergrund

<= 5 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen
wurden bei insgesamt 644 Frauen beobachtet *(Mutterpass)*

	9 % der Gesamtstichprobe
häufiger bei Immigrantinnen	
• erste Generation	12 %
• ohne Deutschkenntnisse	33 %
• unklarer Aufenthaltsstatus	25 %

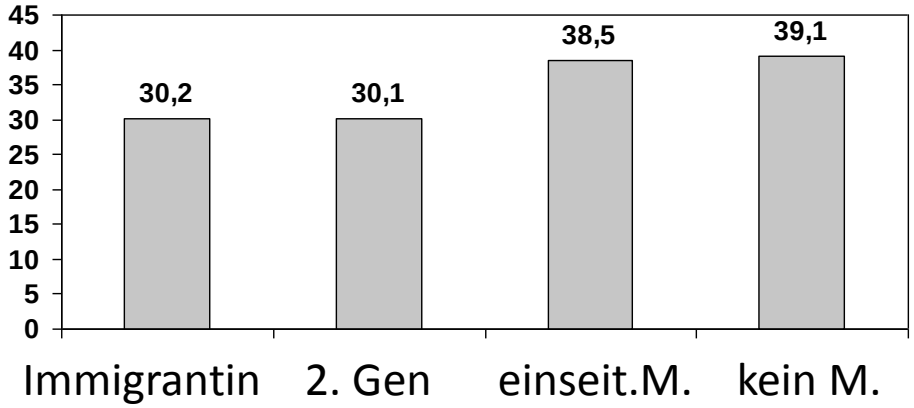
ASH Berlin

Nutzung weiterer Angebote für Schwangere



ASH Berlin

Kaiserschnittrate nach Migrationsstatus



Kein signifikanter Unterschied nach Migrationsstatus der Frauen
(multifakt. logist. Regressionsanalyse nach Adjustierung bzgl. verschied. klinischer u. soziodemographischer Faktoren)

Chance/Risiko per <u>Kaiserschnitt</u> entbunden zu werden <u>höher</u> bei

- Frauen mit höherem Bildungsgrad
- Frauen mit guten Deutschkenntnissen
- Erstgebärenden
- Risikoschwangerschaft
- älteren Frauen

  geringes Geburtsgewicht des Kindes

ASH Berlin

Kaiserschnittrate Frauen mit Migrationshintergrund Türkei vgl. Frauen ohne Migrationshintergrund

	türkeistämmige Frauen 1.Gen.	Türkeistämmige Frauen 2. Gen.	einseitiger Migrationsh.	Nicht-Migrantinnen
Sectio gesamt, davon	22,0***	31,7***	38,8	39,3
-*primäre* Sectio	10,5	12,2	13,6	15,4
-*sekundäre* Sectio	11,5	19,5	25,2	23,9

Frauen mit Migrationshintergrund Türkei haben insgesamt

ein *geringeres Risiko* für

- eine primäre Sectio (OR: 0,73; KI: 0,55-0,96) und
- eine sekundäre Sectio (OR: 0,69; KI: 0,54-0,87)
- insbes. verbunden mit geringen deutschen Sprachkenntnissen (OR: 0,47; KI: 0,23-0,96)

In der Türkei werden aktuell ca. 50% der Frauen per Kaiserschnitt entbunden.

ASH Berlin

Entbindungsmodus b. Immigrantinnen n. Herkunftsregionen

(nur 1. Generation)

Table 7. Mode of delivery for 1st generation immigrants by region/country of origin (n = 2802, 19 missings).

	N	Vaginal birth (%)	Elective caesarean (%)	Emergency caesarean (%)
Turkey	697	78.1	10.5	11.5
"Europe 15" and EFTA	139 ***	61.9	7.2	30.9
Other Europe (excluding Yugoslavia)	446 ***	67.5	13.7	18.8
Former Yugoslavia and Albania	309 *	72.2	9.7	18.1
Arab countries and Israel	151 *	68.9	15.9	15.2
Lebanon	378 n.s.	77.8	10.3	11.9
North, Central, and South Africa	213 ***	51.7	15.0	33.3
CIS (neighbor) countries	238 **	67.7	13.5	18.9
India and other Asia	124 ***	62.9	16.1	21.0
Other countries	77 ***	52.0	15.6	32.5
All	2802 n.s.	69.8	12.0	18.1

Chi^2 test for heterogeneity:
* $p<0.05$,
** $p<0.01$,
*** $p<0.001$ (reference: Turkish immigrants)

(David M, Borde T, Brenne S, Henrich W, Breckenkamp J, Razum O.)
PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0127489 May 18, 2015

V. Schlussfolgerungen

hoher Forschungsbedarf zu den Wechselwirkungen von Migration, Geschlecht und Gesundheit

(1) diversitätsgerechte Gesundheits- und Versorgungsforschung

- nicht dem Zufall überlassen, wer partizipiert u. erreicht wird
- systematisch in allen Forschungsprojekten detaillierte Aspekte zu Migration und Geschlecht erfassen, nicht nur in Migrationsforsch.
- neue Migrationsprozesse – neue Ansätze der Integration
- internationale Vergleiche (auch für Blick auf Effekte d. Politik)
- komplexe Zusammenhänge erschließen

Schlussfolgerungen

Wir brauchen

(2) diversitätsgerechte Gesundheitsförderung und –versorgung

- Unterschieden gerecht werden für gleich gute Gesundheits-chancen für alle
- keine Kulturalisierung sozialer Faktoren
- Standard guter Kommunikation für alle „Politik der Mehrsprachigkeit“
- Diversitätsgerechtigkeit in Qualitätsmanagement, Personalentwicklung und Qualifikationen verankern

Bilanz der Integrationspolitik in Bezug auf Gesundheit

MIGRANT INTEGRATION POLICY INDEX 2015

2015 erstmals Gesundheitsindex

Pressemitteilung vom 10. Juni 2015

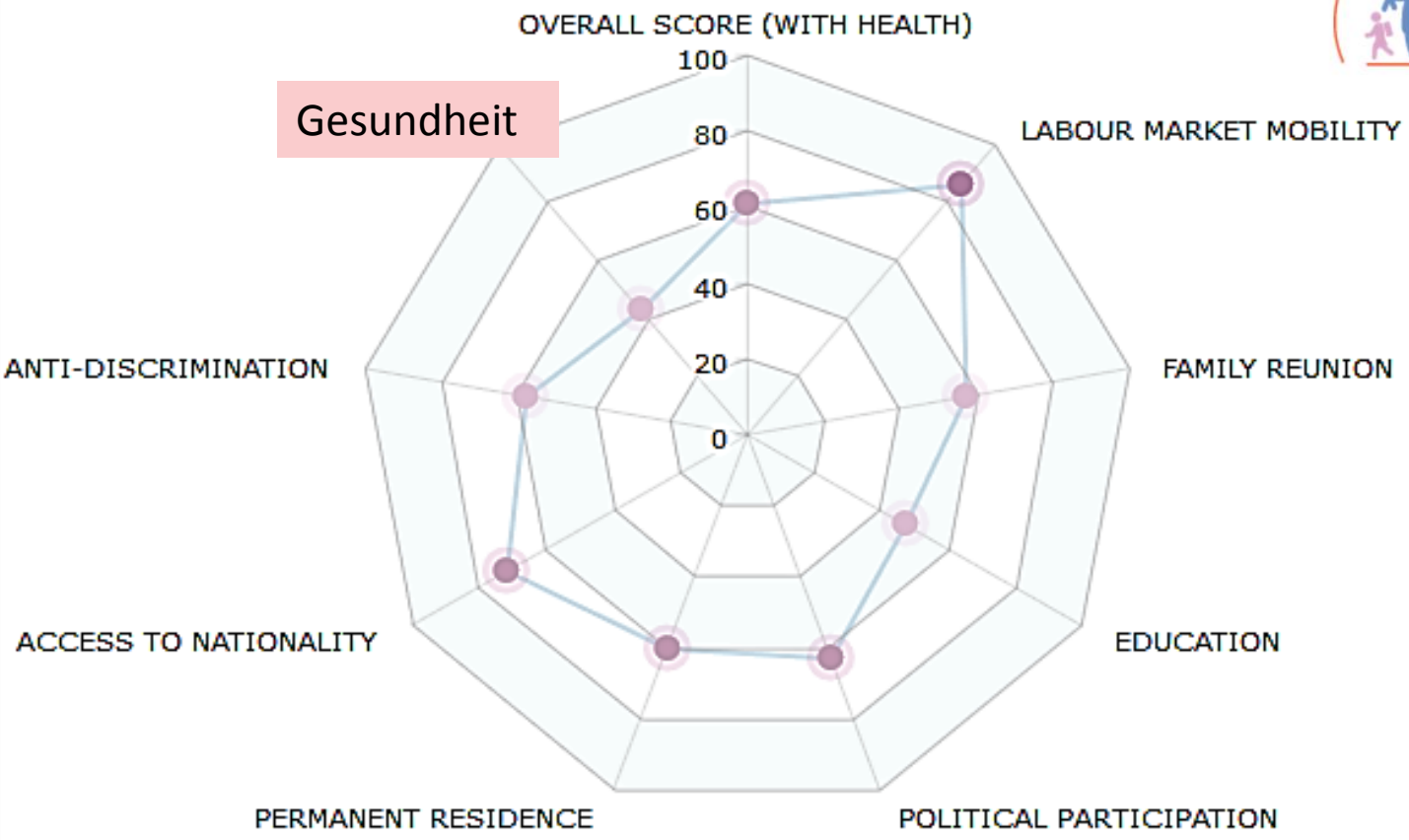
RfM RAT FÜR MIGRATION

Willkommen heißen ist nicht genug.

Bei der Integration ist Deutschland gut aufgestellt – großen Nachholbedarf gibt es weiterhin in den Bereichen Antidiskriminierung, Bildung und Gesundheit

http://www.rat-fuer-migration.de/pdfs/MIPEX2015_Pressemitteilung.pdf

MIGRANT INTEGRATION POLICY INDEX 2015



LEGEND

- 80-100 - Favourable
- 60-79 - Slightly favourable
- 41-59 - Halfway favourable
- 21-40 - Slightly unfavourable
- 1-20 - Unfavourable
- 0 - Critically unfavourable

GERMANY

http://

www.mipex.eu/

Zentrale Problembereiche in Bezug auf Migration und Gesundheit in Deutschland

MIGRANT INTEGRATION POLICY INDEX 2015

1. Anspruch auf Gesundheitsversorgung durch Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkt

2. Versuch, strukturelle Defizite durch zeitlich befristete “interkulturelle” Projekte zu kompensieren

3. Keine flächendeckenden Stategien und Maßnahmen auf politischer und institutioneller Ebene

4. Defizitäre Datenlage – mangelnde Repräsentation von Immigranten/innen

5. Mangelnde Qualifizierung des Gesundheitspersonals für Diversität