

Aus der Klinik für Gynäkologie
Campus Virchow-Klinikum
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Vergleichende Analyse von Schwangerschaftsbetreuungsparametern von Frauen
mit und ohne Migrationshintergrund unter besonderer Berücksichtigung der
Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Silke Breitenstein

aus Saarbrücken

Datum der Promotion: 05.06.2016

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Abkürzungsverzeichnis	4
Zusammenfassung.....	5
Abstract	7
1. Einleitung	9
1.1 Forschungsprojekt	10
1.2 Schwangerschaftsvorsorge	10
1.2.1 Vorsorgeuntersuchungen.....	11
1.2.2 Ultraschalluntersuchungen	11
1.2.3 Risikoschwangerschaft.....	12
1.2.4 Pränataldiagnostik	13
1.3 Migration und Akkulturation.....	13
1.4 Literaturreview und aktueller Forschungsstand	15
1.5 Hypothesen.....	18
2. Methoden.....	21
2.1 Studienaufbau	21
2.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	22
2.1.2 Aufbau der Fragebögen	22
2.1.3 Klinik-Perinataldaten.....	24
2.2 Erfassung des Migrationsstatus	24
2.3 Erfassung des Akkulturationsgrades.....	25
2.4 Gruppierung in Ländergruppen	26
2.5 Datenauswertung.....	27
3. Ergebnisse	29
3.1 Ärztliche Schwangerenvorsorge.....	34
3.1.1 Ärztliche Schwangerenvorsorge und Akkulturationsgrad.....	35
3.1.2 Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen	35
3.1.2.1 Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen und Akkulturationsgrad	37
3.1.3 Zeitlicher Aspekt der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung.....	39

3.1.3.1 Zeitlicher Aspekt der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung und Akkulturationsgrad.....	41
3.2 Anzahl der Ultraschalluntersuchungen.....	43
3.2.1 Zeitpunkt der ersten Ultraschalluntersuchung.....	44
3.3 Pränataldiagnostik.....	46
3.3.1 Durchführung einer Chorionzottenbiopsie.....	46
3.3.2 Durchführung einer Amniozentese.....	47
3.4 Geschlecht des Frauenarztes/ der Frauenärztin.....	48
3.4.1 Geschlecht des Frauenarztes und Akkulturationsgrad.....	49
3.5 Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung.....	51
3.5.1 Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung und Akkulturationsgrad....	53
3.6 Anzahl der konsultierten Frauenärzte.....	55
3.6.1 Anzahl der konsultierten Frauenärzte und Akkulturationsgrad.....	56
3.7 Risikoschwangerschaften und Schwangerschaftsrisiken.....	57
4. Diskussion.....	59
4.1 Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerenvorsorge.....	60
4.1.1 Häufigkeit der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen.....	62
4.2 Zeitpunkt der Inanspruchnahme der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung.....	64
4.3 Zeitpunkt und Häufigkeit der Inanspruchnahme der Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft.....	67
4.4 Häufigkeit der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik.....	69
4.5 Häufigkeit der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge nach Geschlecht des Frauenarztes....	70
4.6 Häufigkeit der Inanspruchnahme von weiteren Angeboten der Schwangerenbetreuung.....	71
4.7 Häufigkeit des Arztwechsels im Rahmen der Schwangerenbetreuung.....	73
4.8 Methodendiskussion.....	74
4.9 Reichweite und Limitationen.....	74
5. Schlussfolgerung.....	76
6. Literaturverzeichnis.....	78
7. Anhang.....	83
7.1 Tabellenverzeichnis.....	83
7.2 Abbildungsverzeichnis.....	84
7.3 Lebenslauf.....	85
7.4 Publikationen und Poster.....	87
7.5 Fragebogen.....	88

8. Eidesstattliche Versicherung.....	94
9. Danksagung.....	96

Abkürzungsverzeichnis

AG	Akkulturationsgrad
AQUA-Institut	Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
BMI	Body-Mass-Index
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
EFTA	European Free Trade Association
FRAKK	Frankfurter Akkulturationsskala
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
MH	Migrationshintergrund
POS	Polytechnische Oberschule
SAS	Statistical Analysis System
SSW	Schwangerschaftswoche
Z. n.	Zustand nach

Zusammenfassung

Fragestellungen: Die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsbetreuungsmaßnahmen soll unter besonderer Berücksichtigung von Vorsorgeangeboten zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund verglichen werden. Gibt es diesbezüglich Unterschiede? Werden Schwangere mit Migrationshintergrund seltener von Frauenärzten/innen betreut? Nehmen sie weniger oder später Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch? Gibt es weitere Unterschiede in der Schwangerenbetreuung? Wie wirken sich Akkulturationsprozesse aus?

Methodik: Die Datenerhebung fand an drei Berliner Geburtskliniken von Januar 2011 bis Januar 2012 anhand eines standardisierten Fragebogens statt. Erfasst wurden soziodemographische Fragen, Fragen zu Versorgungsaspekten und zu Migration und Akkulturation. Die sog. Perinataldaten und Angaben aus dem Mutterpass wurden mit den Fragebogendaten verknüpft. Das Regressionsmodell wurde für Störgrößen adjustiert.

Ergebnisse: Die Daten von 7.100 Frauen konnten ausgewertet werden. Die Rücklaufquote betrug 89,6%. Migrantinnen der ersten Generation wurden signifikant häufiger (mit 1,1%) nicht durch einen Frauenarzt betreut als Frauen ohne Migrationshintergrund (MH). Frauen mit MH der zweiten und dritten Generation nahmen eine signifikant höhere Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch und gingen signifikant früher zur ersten Schwangerschaftsvorsorge als Frauen ohne MH. Einflussfaktoren für eine geringere Anzahl und spätere erste Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge waren: Alter < 25 Lebensjahre, Bi-/Multiparität, niedriger Bildungsstatus, keine deutsche Staatsangehörigkeit, Raucherin. Weitere Angebote der Schwangerenbetreuung (wie Geburtsvorbereitungskurse) wurden von Frauen mit MH insgesamt signifikant seltener genutzt. Dabei unterschieden sich die Gruppen auch bezüglich der Art weiterer Angebote. Auch Frauen mit einem niedrigen und mittleren Akkulturationsgrad nahmen signifikant weniger weitere Angebote der Schwangerenbetreuung in Anspruch als Frauen mit einem hohen Akkulturationsgrad, wobei sich Frauen mit einem hohen Akkulturationsgrad in der Art des angenommenen Angebotes und Frauen ohne MH glichen.

Schlussfolgerung: Geringe Unterschiede bestanden in einzelnen Subgruppen. Häufig waren Faktoren, welche mit Migration assoziiert sind, Prädiktoren für spätere und seltener durchgeführte Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Mehr akkulturierte Frauen glichen in der Inanspruchnahme teilweise den Frauen ohne MH. Obwohl für Frauen ohne MH mehr Risikoschwangerschaften und Schwangerschaftsrisiken dokumentiert waren als für Frauen mit MH, wurden sie nur geringfügig häufiger von einem Frauenarzt betreut. Insgesamt kann aus den Ergebnissen auf eine ausreichende Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge in Berlin durch Frauen mit und ohne Migrationshintergrund geschlossen werden.

Abstract

Aims: The aim of the study was to compare different parameters pertaining to maternity between women with and without immigration background, with a special emphasis on the utilization of prenatal care services. Are there differences? Are pregnant women with immigration background less frequently supervised by gynecologists? Do they attend fewer prenatal care examinations, or later? Are there further differences in pregnancy care? What are the impacts of the acculturation processes?

Methods: Data collection took place from January 2011 to January 2012 at three maternity clinics in Berlin with a standardized questionnaire. It contained questions about socio-demographics, prenatal care, immigration, and acculturation. Perinatal data from the clinics and data from prenatal care records were linked to the data from the questionnaire. Regression models were used to adjust for confounders.

Results: Data from 7,100 women were analyzed (response rate of 89.6%). First generation immigrants were significantly more likely unsupervised (with 1,1%) by a gynecologist than women without immigration background. Women with immigration background of the second and third generation had a significantly higher number of prenatal care visits, and attended the first prenatal care examination significantly earlier than women without immigration background. Factors leading to fewer or later prenatal checkups were: age < 25 years old, bi-or multipara, lower education status, lack of German citizenship, smoker. Altogether, additional prenatal care services (such as prenatal classes) were used significantly less frequently by women with immigration background. Here, the groups also differed regarding the type of service utilized. While the type of prenatal care services were similar between women with a high degree of acculturation and women without immigration background, women with a low or medium degree of acculturation utilized significantly fewer services than women with a high degree of acculturation.

Conclusion: There were marginal differences between individual subgroups. Factors that are associated with immigration were often predictors for late or fewer prenatal care visits. More

acculturated women were relatively similar to women without immigration background in regards to the utilization of prenatal care services. Although women without immigration background had higher rates of high-risk pregnancy and more pregnancy risks than women with immigration background, they were only slightly more often supervised by a gynecologist. Overall, the results indicate a satisfactory utilization of prenatal care services for women with and without an immigration background in Berlin.

1. Einleitung

Laut dem Statistischen Bundesamtes besaßen im Jahr 2014 in Deutschland rund 16,4 Millionen der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, was auf Basis des Mikrozensus 2014 einen Anteil von 20,3% entspricht.¹ Dabei unterscheidet sich der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund stark von der jeweils betrachteten Region. So besitzen deutsche Großstädte einen wesentlich höheren Anteil als ländliche Gebiete.³ Berlin wies beispielsweise 2014 einen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund von ca. 26,5% auf, während Brandenburg nur einen Anteil von ca. 5% besaß.²

Schwangerschaftsvorsorge sichert sowohl die Gesundheit der Schwangeren als auch die des ungeborenen Kindes. Frauen mit Migrationshintergrund gelten als eine Risikogruppe für eine geringe Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge.³ Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, ob sich Schwangere mit Migrationshintergrund in der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsbetreuungsmaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung von Vorsorgeangeboten von Frauen ohne Migrationshintergrund unterscheiden, wie dies frühere außer- und innereuropäische Studien zeigten. Dazu wurden unterschiedliche Aspekte betrachtet. Eine zentrale Fragestellung ist, ob ein Migrationsstatus einen eigenständigen Risikofaktor für eine unzureichende Schwangerschaftsvorsorge darstellt. Eine weitere Fragestellung ist, inwieweit Akkulturation einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ausübt. Zudem wird betrachtet, welche weiteren Faktoren mögliche Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorge darstellen.

1.1 Forschungsprojekt

Im Rahmen des DFG geförderten Forschungsprojekts „Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt: Perinataldaten von Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich“ (Leitung: Prof. Dr. med. Matthias David/ Charité Berlin, Prof. Dr. Theda Borde/ Alice- Salomon- Hochschule Berlin) wurden an drei Berliner Krankenhäusern (Charité/Campus Virchow-Klinikum, Vivantes-Klinikum Neukölln und Vivantes-Klinikum am Urban) von Januar 2011 bis Januar 2012 ein Großteil der vor Ort zur Entbindung kommenden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund anhand von drei Fragebögen befragt. Ebenso wurden die sogenannten Perinataldaten und Daten aus dem Mutterpass der schwangeren Frauen verwendet und mit den Fragebogendaten verknüpft.

1.2 Schwangerschaftsvorsorge

Die Schwangerschaftsvorsorge ist durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“, zuletzt 2014 geändert und veröffentlicht) geregelt.⁴ Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden bis auf wenige Ausnahmen im Mutterpass dokumentiert. Diesen Richtlinien zufolge gehören zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft:

- Untersuchungen (Gynäkologische Untersuchung, Blutdruckmessung, Körpergewicht, Mittelstrahlurin, Hämoglobinbestimmung, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Kontrolle der kindlichen Herztöne, Lage des Kindes)⁴
- Beratungen (z.B. ernährungsmedizinische Beratung)⁴
- Erkennen und Überwachung einer Risikoschwangerschaft (ggf. mittels amnioskopischer und kardiotokeographischer Untersuchungen, Ultraschall, Amniozentese, Chorionzottenbiopsie)⁴

- Serologische Untersuchungen auf Infektionskrankheiten (ggf. Röteln-Antikörpertest, Lues-Such-Reaktion, Hepatitis B-Antigen-Test, ggf. Toxoplasmose, nach Einwilligung ggf. HIV-Test), blutgruppenserologische Untersuchungen (Blutgruppe der Mutter, Rhesusfaktor, Antikörper-suchtest), Urinuntersuchung (auf Chlamydia trachomatis, auf Protein, Glukose, Sediment, ggf. Bakterien)⁴
- Angebot eines Screenings auf Schwangerschaftsdiabetes, u.a.⁴

1.2.1 Vorsorgeuntersuchungen

Laut Empfehlung der „Mutterschafts-Richtlinien“ sollte eine Schwangere bis zur 32. SSW alle vier Wochen bei ihrem Frauenarzt bzw. ihrer Frauenärztin zu einer Vorsorgeuntersuchung vorstellig werden, danach alle zwei Wochen, falls keine besonderen Risiken vorliegen.⁴ Daraus ergeben sich ca. zehn Vorsorgeuntersuchungen pro Schwangerschaft. Bei jeder Vorsorgeuntersuchung findet eine körperliche Untersuchung statt, die eine Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung und eine gynäkologische Untersuchung beinhaltet. Zudem finden bei jeder Vorsorgeuntersuchung eine Urinuntersuchung und ggf. eine Kontrolle des Hämoglobins statt. Neben der medizinischen Diagnostik soll die Frau zum Thema Schwangerschaft beraten werden.

1.2.2 Ultraschalluntersuchungen

Während der Schwangerschaft sollen laut „Mutterschafts-Richtlinien“ drei Basis-Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden, die zu folgendem Zeitpunkt stattfinden sollen:

- 1. Screening (8+0 bis 11+6 SSW)
- 2. Screening (18+0 bis 21+6 SSW)
- 3. Screening (28+0 bis 31+6 SSW)

Diese Ultraschalluntersuchungen dienen „...der genauen Bestimmung des Gestationsalters, der Kontrolle der somatischen Entwicklung des Fetus, der Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen sowie dem frühzeitigen Erkennen von Mehrlingsschwangerschaften...“⁴ Die Schwangere kann nach entsprechender Beratung zwischen einer Basis-Ultraschalluntersuchung mit Biometrie (Messung der Scheitelsteißlage oder des Biparietalen Durchmessers) ohne „...systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie...“⁴ oder einer erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung mit Biometrie mit „...systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie...“⁴ wählen. Eventuell notwendige weitere Ultraschalluntersuchungen oder andere weiterführende Diagnostik sind Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge, nicht aber des Screenings.⁴

1.2.3 Risikoschwangerschaft

Risikoschwangerschaften sind laut „Mutterschafts-Richtlinien“ definiert als „...Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobenen Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist...“⁴ Eine Risikoschwangerschaft wird nach Anamnese und/oder nach klinischem Befund definiert. Besonders bei schweren Allgemeinerkrankungen, Zustand nach Sterilitätsbehandlungen, Komplikationen oder bei Besonderheiten (z.B. Mehrlingsschwangerschaft, Zustand nach Sectio) in vorangegangenen Schwangerschaften oder Entbindungen, Erstgebärende unter 18 oder über 35 Lebensjahre oder Mehrgebärende über 40 Lebensjahre u.v.m.⁴ besteht ein erhöhtes Risiko.

Klinische Befunde, welche zur Einschätzung einer Risikoschwangerschaft führen, sind: Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, Anämie, Diabetes mellitus, uterine Blutung, Blutgruppeninkompatibilität, drohender Frühabort, Mehrlingsschwangerschaften u.v.m.⁴

Liegt eine Risikoschwangerschaft vor, sollte die Schwangere je nach Risiko und Befinden mehr als die üblichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Zudem kann ggf. zusätzliche Diagnostik erfolgen: zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, tokographische Untersuchungen, kardiotokographische Untersuchungen, Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie.⁴

1.2.4 Pränataldiagnostik

Mittels Pränataldiagnostik können bestimmte genetische Erkrankungen des Neugeborenen frühzeitig erkannt werden. Zu den Tests der Pränataldiagnostik gehören beispielsweise die Nackentransparenztestung im Ultraschall, verschiedene Bluttests (die Messung von β -hCG und PAPP-A), die Chorionzottenbiopsie, die Amniozentese und seit einigen Jahren der PraenaTest® (Gentest aus mütterlichem Blut). Die Chorionzottenbiopsie stellt eine ultraschallgestützte Gewebeprobe des Chorions mittels Punktionsnadel dar. Die Amniozentese („Fruchtwasseruntersuchung“) erfolgt ebenfalls ultraschallgestützt mittels Punktionsnadel. Da beide Untersuchungen invasive Verfahren darstellen, sollte davor immer eine Nutzen-Risiko-Abwägung geschehen.

1.3 Migration und Akkulturation

Zunächst sollen die Begriffe Migration und Akkulturation genauer betrachtet werden.

Dieser Fragestellung haben sich Schenk et al. (2003) zugewandt. Zur Definition des Migrationsstatus einer Person zieht diese Arbeitsgruppe folgende Parameter heran: (1) Beide Elternteile der Person nicht in Deutschland geboren, (2) Person selbst nicht in Deutschland geboren, (3) mindestens ein Elternteil der Person nicht in Deutschland geboren, (4) Muttersprache der Person nicht Deutsch. Weiterhin kann bei vorhandenem Migrationsstatus eine Unterteilung in drei Generationen erfolgen: 1. Migrationsgeneration - Person lebt nicht seit ihrer Geburt in Deutschland; 2. Migrationsgeneration - Person lebt seit ihrer Geburt in Deutschland, beide Eltern sind aber nicht in Deutschland geboren; 3. Migrationsgeneration - betreffende Person als auch beide Eltern in Deutschland geboren, aber Muttersprache nicht Deutsch.⁵

Während Menschen mit Migrationshintergrund dieser Definition zu Folge durch eine relativ statische Betrachtungsweise definiert werden, ist Akkulturation prinzipiell ein sich ständig wandelnder Prozess. Der Grad der Akkulturation kann (wie in diesem Projekt) beispielsweise

anhand eines Fragebogens (hier die FRAKK - Frankfurter Akkulturationskala), welche im Methodenteil ausführlich beschrieben wird, gemessen werden.

Zick (2010) definiert Akkulturation folgendermaßen: „...Die Akkulturation von Individuen setzt ein, wenn Menschen Orte verlassen, eine neue kulturelle Umwelt aufsuchen, ihr begegnen und sich mit dieser neuen Welt auf der Grundlage ihrer Herkunft und den Herausforderungen der neuen Welt auseinander setzen...“ (zitiert nach David, 2011).^{6,7}

Nach Berry et al. (1987) sind vier unterschiedliche Ergebnisse der Akkulturation möglich: Assimilation, Integration, Segregation oder Marginalisierung.^{6,8} Diese resultieren laut Berry et al. (1987) daraus, wie wertvoll die eigene Kultur und wie wertvoll die fremde Kultur angesehen wird.⁶ Ist die Beziehung zu beiden Gruppen positiv, so folgt daraus eine Integration. Wird die fremde Kultur als wertvoll wahrgenommen, die eigene allerdings nicht, führt dies zur Assimilation. Wird hingegen die eigene Kultur als wertvoll betrachtet, die fremde aber nicht, ist Separation die Folge. Wird weder die eigene noch die fremde Kultur wertgeschätzt, ist eine Marginalisierung wahrscheinlich.^{6,8}

Diese Einteilung verdeutlicht modellhaft mögliche Akkulturationsergebnisse, vereinfacht sie aber auch. So ist wohl davon auszugehen, dass Bewertungen einer oder zweier Kulturen nicht statisch sind, sondern u.U. uminterpretiert und neu bewertet werden.

Bei dem Zwei-Faktoren-Modell des Bikulturalismus nach Birman (1994) sind Bikulturalismus, Traditionalismus, Assimilation und Marginalisierung mögliche Akkulturationsergebnisse.⁶ David (2011) beschreibt, dieses Modell stelle gemäß Zick (2010) die „...Stärke der Involviertheit von Identität und Verhalten der Individuen in die Herkunfts- und Aufnahmekultur...“ dar.^{6,7} Was bei Berrys Modell die Integration beschreibt, ähnelt dem Bikulturalismus in Birmans Modell. Ein ideales Akkulturationsergebnis wäre demnach für die meisten Menschen die Integration (nach Berry), in der beide Kulturen als wertvoll angesehen werden bzw. der Bikulturalismus (nach Birman), nach dem sowohl die Akkulturation zur Kultur der Herkunftsgesellschaft als auch zur Kultur der Aufnahmegesellschaft stark ausgeprägt ist. So beschrieben Fuentes-Afflick et al. (2014) in Anlehnung an Abraído-Lanza et al. (2006) Akkulturation als „...process of adaptation to the attitudes, language, values, customs, beliefs, and behaviors of another culture...“^{9,10} Auch wenn der Begriff Adaptation unpassend scheint, so betont dieses Zitat doch das Prozesshafte, den Akkulturationsprozess, wie oben schon ausgeführt.

Eine Fragestellung dieser Arbeit bezieht sich darauf, ob der Grad der Akkulturation Auswirkungen auf die Inanspruchnahme bzw. Nutzung von Schwangerenbetreuungsmaßnahmen hat.

1.4 Literaturreview und aktueller Forschungsstand

In der internationalen Literatur gibt es verhältnismäßig wenig aktuelle Veröffentlichungen zum Thema Schwangerschaftsvorsorge für Frauen mit Migrationshintergrund und kaum Literatur, in der Akkulturationsaspekte in diesem Zusammenhang betrachtet werden. Vor allem Publikationen aus Deutschland zu diesem Themenkomplex sind selten, obwohl das Thema relevant ist.

Wie schon David und Borde (2008) in ihrem Literaturreview, zeichnen auch David et al. (2014) die Entwicklung der Forschung zum Thema „Migration, Schwangerschaft und Geburt“¹⁶ auf:^{16,44}

In Deutschland wurden Ende der 1960er im Zusammenhang mit dem Zuzug von sogenannten Gastarbeiter/-innen erste Artikel zu diesem Thema publiziert.¹¹⁻¹³ In den 1970er Jahren beschäftigten sich u.a. Studien aus Österreich und Deutschland mit gesundheitlichen Aspekten von schwangeren Migrantinnen wie beispielsweise einer erhöhten Anämierate von türkeistämmigen Frauen¹⁴ oder einer erhöhten Säuglingssterblichkeit bei Kindern von Frauen mit Migrationshintergrund¹⁵. In diesem Zusammenhang wurde auch auf eine geringere Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge hingewiesen.¹⁵ In den 1980ern erschienen vor allem Publikationen aus den USA, einigen europäischen Ländern und Australien, die sich weiterhin mit dem Thema beschäftigten.¹⁶ Es wurden zum einen gesundheitliche Aspekte betrachtet wie beispielsweise eine erhöhte Anämierate bei Migrantinnen¹⁷ oder die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen im Allgemeinen. Artikel, die in Deutschland erschienen, betrachteten hauptsächlich Frauen aus der Türkei.¹⁸⁻²¹ Auf die defizitäre Schwangerenvorsorge von Migrantinnen wurde hingewiesen.²²

Seit den 1960er Jahren bis heute werden immer wieder Faktoren diskutiert, welche mit einer schlechteren Schwangerenversorgung für Migrantinnen assoziierte sein könnten wie beispiels-

weise sprachliche und kulturelle Barrieren sowie fehlende Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem.¹⁶

Seit den 1980er Jahren stagnierte die gesundheitliche Versorgungsforschung in Deutschland.¹⁶ Vor allem die Diskrepanz zwischen der steigenden Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund und der relativ geringen Anzahl neuer Studien- und Forschungsergebnisse in Deutschland lässt eine Betrachtung dieses Themas notwendig erscheinen.

In den 2000er Jahren wurden international viele Studien, die sich mit Migration und gesundheitlichem *Outcome* von Schwangeren beschäftigten, veröffentlicht, welche insgesamt ein schlechteres *Outcome* bei schwangeren Migrantinnen zeigten.²³⁻³⁰ Zeitgleich wurden in den USA Studien veröffentlicht, welche das „Latina Paradox“ betrachteten, ein bisher noch nicht ausreichend verstandenes epidemiologisches Phänomen, das sich so zusammenfassen lässt: Ein besserer Zustand der Schwangerschafts- und Geburtsverläufe bei in den USA eingewanderten Lateinamerikanerinnen (1. Generation)³¹⁻³⁴, welcher in der zweiten oder dritten Migrationsgeneration zu schwinden scheint.¹⁶ Dies wurde versucht anhand eines positiven/protektiven Einflusses von informalen Familienstrukturen zu erklären.³⁵ Dieser positive Einfluss schien mit der Aufenthaltsdauer infolge zunehmender Akkulturation zu schwinden.³⁵

Während Korporal in den 1980er Jahren noch auf eine schlechtere Schwangerenbetreuung von Migrantinnen in Deutschland verwies, beschrieben Simoes et al. 2003 eine rückläufige Tendenz dieser Defizite in Baden-Württemberg.^{22,36,37} David et al. wiesen 2006 darauf hin, dass eine niedrigere Sectio- und PDA-Rate wie auch eine höhere Anämierate bei Migrantinnen auf einen möglichen Unterschied in der Versorgungsqualität bei Migrantinnen hinweisen könnte.³⁵ Zudem wurde festgestellt, dass in einem Kollektiv hauptsächlich türkeistämmiger Migrantinnen, die zwischen 1993-1999 in Berlin ihr Kind geboren hatten, die Migrantinnen später ihre erste ärztliche Vorsorgeuntersuchung hatten als deutsche Frauen.³⁵

Auch in jüngerer Zeit wurde international Literatur veröffentlicht, welche sich mit dem Zusammenhang zwischen Migration und Schwangerschafts- bzw. Geburtsparametern auseinandersetzt wie beispielsweise zwei 2014 von Sorbye et al. aus Norwegen veröffentlichte Artikel, in denen ein Zusammenhang zwischen Totgeburtenhäufigkeit sowie Sectorate und Migrationserfahrung untersucht wurde.^{38,39}

Neben den Parametern, welche sich mit dem perinatalen *Outcome* beschäftigen, wurden international weiterhin einige Studien publiziert, welche das Themengebiet „Migration und

Schwangerschaftsvorsorge“ betrachteten. So fand sich in Spanien eine geringere Anzahl von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bei Migrantinnen.⁴⁰

Es stellt sich die Frage, ob ein Migrationsstatus einen eigenständigen Risikofaktor darstellen kann⁴¹ bzw. welche sozioökonomischen Faktoren damit assoziiert sind oder welche Prädiktoren existieren⁴².

Auch Heaman et al. stellten sich in einem 2012 publizierten, systematischen Review die Frage, inwieweit Migrantinnen sich in der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorge unterscheiden. Diese Übersichtsarbeit analysiert 29 Studien aus Frankreich, Niederlande, Schweden, Finnland, Großbritannien, Deutschland und v.a. den USA.⁴² Als Ergebnis dieses systematischen Reviews beschreiben die Autoren, dass 86% der untersuchten Studien angaben, dass Migrantinnen häufiger die Schwangerschaftsvorsorge unzureichend nutzen als Nicht-Migrantinnen.⁴²

Auch eine Betrachtung des Einflusses von Akkulturation auf die Schwangerenbetreuung scheint notwendig. Fuentes-Afflick et al. (2014) schilderten, dass weniger akkulturierte Schwangere in den USA eine bessere „*prenatal care experience*“ aufweisen als mehr akkulturierte Schwangere oder Frauen, welche in den USA geboren wurden. Dieses Ergebnis wird (in Anlehnung an den Begriff des „Latina Paradoxes“) als weitere Dimension des „epidemiographischen Paradoxes“ beschrieben.⁹

Wegen der aktuell zunehmenden Wanderungsbewegungen nach Deutschland und wegen unzureichender aktueller Forschungsergebnisse in Deutschland ist eine genauere Betrachtung der Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgung in Deutschland bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund und von Frauen mit Migrationshintergrund unterschiedlichen Akkulturationsgrades von großer Bedeutung.

1.5 Hypothesen

Hauptziel der Analyse ist der Vergleich von Schwangerschaftsbetreuungsparametern zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund (MH). Sowie ein Vergleich zwischen Frauen mit MH unterschiedlichen Akkulturationsgrades.

Einen Schwerpunkt bildet dabei die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten.

Folgende Hypothesen sollen unter Beachtung soziodemographischer Parameter wie Alter, Parität, Bildungsstand und Familienstatus überprüft werden:

1 Häufigkeit der Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerenvorsorge

1a) Schwangere mit MH nehmen im Vergleich zu Schwangeren ohne MH die ärztliche Schwangerenvorsorge deutlich seltener in Anspruch.

1b) Mehr akkulturierte Frauen nehmen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen die ärztliche Schwangerenvorsorge häufiger in Anspruch.

2 Zeitpunkt der Inanspruchnahme der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung

2a) Im Vergleich zu Schwangeren ohne MH kommen Schwangere mit MH später zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung.

2b) Mehr akkulturierte Frauen kommen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen früher zur ersten Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft.

3 Zeitpunkt und Häufigkeit der Inanspruchnahme der Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft

3a) Schwangere mit MH nehmen im Vergleich zu Frauen ohne MH weniger Ultraschalluntersuchungen in Anspruch.

3b) Frauen mit MH nehmen im Vergleich zu Frauen ohne MH die erste Ultraschalluntersuchung später in Anspruch.

3c) Mehr akkulturierte Frauen mit MH nehmen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen mit MH Ultraschalluntersuchungen häufiger in Anspruch.

3d) Mehr akkulturierte Schwangere nehmen im Vergleich zu weniger akkulturierten Schwangeren die erste Ultraschalluntersuchung früher in Anspruch.

4 Häufigkeit der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik

4a) Frauen mit MH nehmen im Vergleich zu Frauen ohne MH während der Schwangerschaft weniger Pränataldiagnostik in Anspruch.

4b) Mehr akkulturierte Frauen nehmen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen mehr Pränataldiagnostik in Anspruch.

5 Häufigkeit der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge nach Geschlecht des Frauenarztes

5a) Frauen mit MH gehen häufiger zu einer weiblichen Frauenärztin als Frauen ohne MH.

5b) Mehr akkulturierte Frauen mit MH gehen häufiger zu männlichen Frauenärzten als weniger akkulturierte Frauen mit MH.

6 Häufigkeit der Inanspruchnahme von weiteren Angeboten der Schwangerenbetreuung

6a) Schwangere mit MH nehmen außer der medizinischen Vorsorge bei einem/r Frauenarzt/Frauenärztin weniger weitere Angebote der Schwangerenbetreuung während der Schwangerschaft in Anspruch als Schwangere ohne MH.

6b) Mehr akkulturierte Frauen nehmen mehr weitere Angebote der Schwangerenbetreuung in Anspruch als weniger akkulturierte Frauen.

7 Häufigkeit des Arztwechsels im Rahmen der Schwangerschaftsbetreuung

7a) Frauen mit MH wechseln ihren niedergelassenen Frauenarzt während der Schwangerschaft seltener als Frauen ohne MH.

7b) Mehr akkulturierte Frauen mit MH wechseln ihren niedergelassenen Frauenarzt während der Schwangerschaft häufiger als weniger akkulturierte Frauen mit MH.

Eine Unterteilung der Frauen mit Migrationshintergrund nach Herkunftsland bzw. Region ist sinnvoll. Eine eingeschränkte Sichtweise würde die Komplexität und Heterogenität der Migrationsbevölkerung bzw. des Migrationsprozesses außer Acht lassen. Es erfolgte daher für die statistische Auswertung eine Gruppierung nach Ländergruppen.

Neben dieser Subgruppenanalyse ist eine Unterteilung der Befragten nach Parität, Alter und sozioökonomischem Status der befragten Frauen notwendig. Diese Parameter könnten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgemaßnahmen haben.

Ein weiterer Schwerpunkt der Datenanalyse ist die Akkulturation; hier sollte ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Grad der Akkulturation und der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten untersucht werden. Dabei geht es nicht um eine Bewertung des Grades der Akkulturation, sondern um die Erfassung einer eventuellen Beziehung zwischen Schwangerschaftsbetreuung und Akkulturationsgrad.

Unter Beachtung des bereits beschriebenen Phänomens des „Latina Paradox“ oder „Akkulturations-Paradox“ soll für die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgemaßnahmen eines großen Kollektivs einer deutschen Großstadt überprüft werden, ob evtl. Unterschiede der Inanspruchnahme vom Grad der Akkulturation beeinflusst werden.

2. Methoden

2.1 Studienaufbau

Die primäre Datenerhebung fand von Januar 2011 bis Januar 2012 mittels eines Fragebogenpakets statt. Die Fragen wurden im Sinne eines strukturierten Interviews präpartal vor allem bei der Kreißsalaufnahme von den Frauen, die in die Geburtskliniken zur Entbindung kamen, beantwortet. Der Fragebogen ist dem Anhang zu entnehmen.

Die Befragung fand an drei Berliner Standorten statt: Charité/ Campus Virchow-Klinikum, Vivantes- Klinikum Neukölln und Vivantes-Klinikum am Urban, wobei diese drei Berliner Geburtskliniken aufgrund ihrer innerstädtischen Lage im ehem. Westteil Berlins einen hohen Anteil an Patientinnen mit Migrationshintergrund haben.

Die Datenerhebung erfolgte (durch ein Team aus *study nurses*, einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin und studentischen Mitarbeiterinnen) täglich zwischen 6:30-19:30 Uhr. Die Interviewerinnen arbeiteten in zwei Schichten. Frauen, die nach 19:30 Uhr entbunden wurden, wurden am darauffolgenden Tag befragt. Die Daten wurden anschließend in eine Datenmaske eingegeben.

Das DFG-geförderte Forschungsprojekts „Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt: Perinataldaten von Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich“ (DFG-Gz.: DA 1199/2-1) wurde von Prof. Dr. med. M. David, und Prof. Dr. Theda Borde in enger Kooperation mit Prof. Dr. med. Oliver Razum geleitet und von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Frau Silke Brenne, MPH, koordiniert.

Die Interviewerinnen erhielten vor Beginn ihrer Tätigkeit eine Interviewerinnenschulung, in der sie die Grundzüge der Erhebung eines Interviews erlernten. Dadurch wurde sichergestellt, dass alle Mitarbeiterinnen auf die gleiche Weise ihre Befragung durchführten.

Vor Beginn der strukturierten Interviews erhielten alle Schwangeren ein Studieninformationsblatt, eine Datenschutz- und eine Einverständniserklärung.

Die Ethikkommission der Charité Berlin hatte die Studie genehmigt (Gz.: EA1/235/08).

Für Frauen, welche die Teilnahme an der Studie ablehnten, wurde durch die *drop out*-Bögen der jeweilige Ablehnungsgrund erfasst.

Für die statistische Datenauswertung der Primär- und Sekundärdaten und für die statistische Projektbetreuung war Herr Dr. Jürgen Breckenkamp aus der Bielefelder Arbeitsgruppe (LtG. Prof. Dr. med. Razum) im Rahmen des Gesamtprojekts verantwortlich.

2.1.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien waren: Mindestalter 18 Jahre zum Zeitpunkt der Entbindung, Frauen ohne Totgeburten, ständiger Wohnsitz nicht im Ausland.

Ausschlusskriterien waren: minderjährige Frauen, Frauen mit Totgeburten, ständiger Wohnsitz im Ausland.

2.1.2 Aufbau der Fragebögen

Die Fragebögen wurden im Rahmen des Projekts in die Sprachen Deutsch, Türkisch, Englisch, Arabisch, Kurdisch, Russisch, Französisch, Polnisch und Spanisch übersetzt. Wenn die Interviews nicht in deutscher Sprache durchgeführt werden konnten, wurde die Muttersprache der interviewten Frau benutzt. Bei Bedarf wurde auch die Hilfe einer Begleitperson oder einer Übersetzerin des Gemeindedolmetscherdienstes Berlin in Anspruch genommen.

Im Teil A des Fragebogenpakets (23 Fragen) wurden soziodemographische Daten wie Alter, Bildungsstatus, Einkommenssituation u.a. erfasst. Das Alter wurde für die Datenanalyse in die Gruppen 18-24 Lebensjahre, 25-29 Lebensjahre, 30-34 Lebensjahre und 35-49 Lebensjahre unterteilt. Der Bildungsstatus wurde für die Auswertung in drei Kategorien eingeteilt: (1) Frauen mit niedrigem Bildungsstatus (kein Schulabschluss oder nur Grundschulbesuch); (2) Frauen mit mittlerem Bildungsstatus (Hauptschul-, Realschul-, POS, Mittelschul-, Fachschul- oder Berufschulabschluss); (3) Frauen mit hohem Bildungsstatus (Abitur, Fachabitur, Universitäts- oder

Fachhochschulabschluss). Auch die Parität wurde gruppiert in „Nullipara“, „Primipara oder Bipara“ und „Multipara“.

Teil B des Fragebogens umfasst mit neun Fragen Versorgungsaspekte: Ob die Schwangere von einem Frauenarzt betreut wurde, welches Geschlecht und welche Nationalität dieser Frauenarzt hat, bei wie vielen niedergelassenen Frauenärzten die Schwangere insgesamt war, ob sie während der Schwangerschaft in der Klinik betreut wurde und ob die Schwangere meist alleine oder in Begleitung zum Frauenarzt ging. Zudem wurde in diesem Teil erfragt, ob und wenn ja welche weiteren Angebote der Schwangerenbetreuung während dieser Schwangerschaft genutzt wurden (hier waren vorgegebene Mehrfachnennungen und die Auflistung anderer Angebote möglich). Ebenso wurden die Frauen befragt, wer sie nach der Geburt ihres Kindes unterstützen würde (hier waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich). Zudem wurde ermittelt, durch welche Medien und/oder Personen sich die Schwangere zu Fragen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Gesundheit informiert hatte (hier konnte den *Items* „Internet“, „Fernsehen/ Radio“, „Zeitungen/ Zeitschriften/ Bücher/ Broschüren“, „Ärzte/ Hebammen“, „Familienangehörige/ andere Frauen“ jeweils die Antworten „oft“, „manchmal“, „selten“ oder „nie“ zugeordnet werden).

Teil C des Fragebogens enthält Fragen zu Migration, Akkulturation, Kommunikation und sozialen Netzen. Dieser Teil des Fragebogens erfasst die Muttersprache, die Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse, das Geburtsland der Schwangeren, die Aufenthaltsdauer in Deutschland, das Geburtsland von Mutter und Vater der Schwangeren, den Aufenthaltsstatus, den Grund der Migration, sowie das Vorhandensein von Familienangehörigen in Berlin. War die Muttersprache nicht Deutsch oder kam ein Elternteil aus einem anderen Land als Deutschland, wurden zusätzlich Fragen zur Erfassung des Akkulturationsgrades (FRAKK = Frankfurter Akkulturationskala, Bongard et al. (2002)) gestellt.⁴³

Die per Interview erhobene Daten (welche mittels fünfstelliger Patientenummer anonymisiert wurden) und die für die Analyse relevanten Angaben aus dem Mutterpass wurden in eine Access-Datenmaske überführt und mit dem Programm SAS 9.2 statistisch ausgewertet.

2.1.3 Klinik-Perinataldaten

Die sog. Perinataldaten werden im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung routinemäßig in den Kliniken erfasst und zum Zeitpunkt der Studiendurchführung an das AQUA-Institut übermittelt. Sie sind in den drei Studien-Kliniken PC-gestützt vorhanden. Verwendung fanden für die nachfolgende Auswertung: „AQUA-Variable“ 33 (Schwangerschaft im Mutterpass als Risikoschwangerschaft dokumentiert), „AQUA-Variable“ 34 (Schwangerschafts-Risiken), „AQUA-Variable“ 35 (Schwangerschafts-Risiko), „AQUA-Variable“ 39 (Schwangerschaftswoche der Erstuntersuchung), „AQUA-Variable“ 41 (Schwangerschaftswoche der ersten Ultraschalluntersuchung), „AQUA-Variable“ 46 (Chorionzottenbiopsie) und „AQUA-Variable“ 47 (Amniozentese). Diese Daten wurden mit den Interviewdaten und den Mutterpassdaten verknüpft.

2.2 Erfassung des Migrationsstatus

Der Migrationsstatus wurde nach Schenk et al. (2006) definiert.⁵ Die Studienteilnehmerinnen wurden demnach in vier Gruppen eingeteilt: Frauen ohne Migrationshintergrund (Referenzgruppe), Migrantinnen der 1. Generation, Frauen mit Migrationshintergrund (MH) der 2. Generation, Frauen mit MH der 3. Generation und Frauen mit einem migrierten Elternteil. Als „Frauen mit einem migrierten Elternteil“ wurden Frauen definiert, die in Deutschland geboren sind, wobei ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist.^{3,5}

Wegen der geringen Fallzahl der Frauen mit MH der 3. Generation wurden die Frauen mit MH der 2. und der 3. Generation für die statistische Auswertung zu einer Gruppe zusammengefasst.

2.3 Erfassung des Akkulturationsgrades

War die Muttersprache der Studienteilnehmerinnen nicht Deutsch oder kam ein Elternteil aus einem anderen Land als Deutschland, wurden zusätzlich Fragen zur Erfassung des Akkulturationsgrades mittels FRAKK (Frankfurter Akkulturationsskala) gestellt (FRAKK siehe Anhang).⁴³ Jedem der 15 *Items* der FRAKK kann ein Punktwert von 0 bis 6 zugeordnet werden, wobei folgende Aussagen mit diesen Punktwerten verbunden sind: 0- trifft überhaupt nicht zu, 1- trifft im Wesentlichen nicht zu, 2- trifft eher nicht zu, 3- teils-teils, 4- trifft etwas zu, 5- trifft im Wesentlichen zu, 6- trifft vollständig zu. Manche *Items* stellen bei Vergabe eines hohen Punktwertes einen hohen Akkulturationsgrad dar, während andere *Items* bei Vergabe eines hohen Punktwertes einen niedrigen Akkulturationsgrad widerspiegeln. Deshalb wurden einige der *Items* im Rahmen der Datenanalyse invertiert, bevor alle Punkte aufsummiert und zu einem Gesamtscore zusammengefasst wurden. Wenn ein oder zwei Antworten fehlten, wurde sie durch den Mittelwert der vorhandenen Antworten ersetzt und dann der Gesamtscore berechnet. Gab es mehr als zwei fehlende Antworten, wurde der Fragebogenteil nicht in die Auswertung einbezogen.

Es wurden nach mathematischen Aspekten drei Gruppen gebildet: eine Gruppe von Frauen mit Migrationshintergrund (MH), denen ein niedriger Akkulturationsgrad zugeordnet wurden (bis einschließlich 25% Quantil), Frauen mit MH, denen ein mittlerer Akkulturationsgrad zugeordnet wurde (>25% bis <75% Quantil) und Frauen mit MH, denen ein hoher Akkulturationsgrad zugeordnet wurde (ab dem 75% Quantil).⁴³

2.4 Gruppierung in Ländergruppen

Im Rahmen des Gesamtprojekts wurden folgende Ländergruppen gebildet:

- Deutschland
- Türkei
- Europa-15 (Belgien, Dänemark inkl. Grönland, exkl. Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien inkl. Kanarische Inseln – Ceuta –Melilla, Vereinigtes Königreich inkl. britisches Überseegebiet) & EFTA (Norwegen, Liechtenstein, Schweiz, Island)
- Neu-Mitglieder nach EU-Osterweiterung 2004 (Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn, Zypern & Zypern Republik) und 2007 (Bulgarien, Rumänien)
- ehem. Jugoslawien (Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien) & Albanien
- Arabische Länder (Bahrain, Irak, inkl. Iran, Jemen, Jordanien, Katar, exkl. Libanon, Oman, Saudi-Arabien, Syrien, Vereinigte Arabische Emirate) & Israel
- Nordafrika (Ägypten, Algerien, Libyen, Marokko & West-Sahara, Tunesien)
- Rest-Afrika (Angola, Äquatorialguinea, Äthiopien, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Dschibuti, Elfenbeinküste, Eritrea, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kap Verde, Kenia, Komoren, Kongo, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mauritius, Mayotte, Mosambik, Namibia, Niger, Nigeria, Réunion, Ruanda, Sambia, São Tomé und Píncipe, Senegal, Seychellen, Sierra Leone, Simbabwe, Somalia, Südafrika, Sudan, Swasiland, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik)
- GUS-Staaten (Armenien, Aserbaidshan, Kasachstan, Kirgistan, Moldawien, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan, Weißrussland)
- GUS-Nachbarstaaten (Afghanistan, Georgien, Kaschmir, Pakistan)
- China & Mongolei

- Indien und Rest-Asien (Bangladesch, Bhutan, Burnei, Indonesien, Japan, Kambodscha, Laos, Malaysia, Myanmar, Nepal, Nordkorea, Papua-Neuguinea, Philippinen, Salomon-Inseln, Südkorea, Taiwan, Thailand, Vietnam)
- Ozeanien
- USA & Kanada (einschließlich aller USA/ Kanada-assozierten Länder und Kleinststaaten)
- Lateinamerika & Karibik (einschließlich französisch/ niederländisch assoziierter Kleinststaaten)
- Libanon

2.5 Datenauswertung

Die statistische Auswertung fand in enger Zusammenarbeit mit dem Team von Prof. Razum/ Universität Bielefeld statt. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden die Frauen mit MH der 3. Generation mit den Frauen mit MH der 2. Generation zusammengefasst. Die Migrantinnen der 1. Generation, die Frauen mit MH der 2./3. Generation und die Frauen mit einem migrierten Elternteil wurden den Frauen ohne MH gegenübergestellt.⁴⁴ Außerdem wurden innerhalb des Kollektivs der Frauen mit MH die Frauen der drei berechneten Akkulturationsgrade miteinander verglichen.

Zusätzlich zur deskriptiven Statistik wurde im Rahmen des Forschungsprojektes eine multivariate Analyse durchgeführt, wofür generalisierte lineare Modelle (Poisson-Regressionsmodelle), sowie binäre und multinominale logistische Regression verwendet wurde.⁴⁴ Dies geschah um den Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen abzuschätzen.⁴⁴ Personen, deren Datensätze unvollständig waren, wurden für die jeweilige statistische Analyse ausgeschlossen.⁴⁴ Die Modelle wurden für mehrere Confounder adjustiert.³

Für die statistische Analyse wurden der Chi-Quadrat-Test und die logistische Regressionsanalyse verwendet. Das Signifikanzniveau wurde mit einem p-Wert $<0,05$ festgelegt. Für manche

multivariate Analysen wurde die Bonferroni-Korrektur verwendet, in diesem Fall wurde das Signifikanzniveau auf $p < 0,0017$ gesenkt.

Die gesamte Datenauswertung wurde mit Hilfe der statistischen Software SAS 9.2 durchgeführt.

3. Ergebnisse

In den drei in die Studie einbezogenen Berliner Geburtskliniken (Charité / Virchow- Klinikum, Klinikum am Urban und Klinikum Neukölln) konnten von 7.100 Frauen, welche erreicht werden konnten, die Einschlusskriterien erfüllten, ihre Einwilligung gaben und deren Daten vom AQUA-Institut vorhanden waren, Angaben ausgewertet werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 89,6% aller Frauen, die im Studienzeitraum an den drei Kliniken ein Kind geboren haben.

Die Studienteilnehmerinnen waren zwischen 18 und 49 Jahren alt. Die größte Altersgruppe bildeten die 30-34-jährigen Frauen, gefolgt von den 25-29-jährigen Frauen. Der Altersdurchschnitt war 29,8 Jahre (Mittelwert), das Medianalter 30 Jahre. Der Mittelwert für Frauen mit Migrationshintergrund der 1. Generation lag bei 29,6 Jahren (Medianwert 29), für Frauen mit Migrationshintergrund der 2. und 3. Generation bei 27,5 Jahren (Medianwert 27), für Frauen mit einem migrierten Elternteil bei 29,2 Jahren (Medianwert 30) und für Frauen ohne Migrationshintergrund bei 30,7 Jahren (Medianwert 31).

Abbildung 1 zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte der befragten Frauen (53,2%) einen Migrationshintergrund hatten.

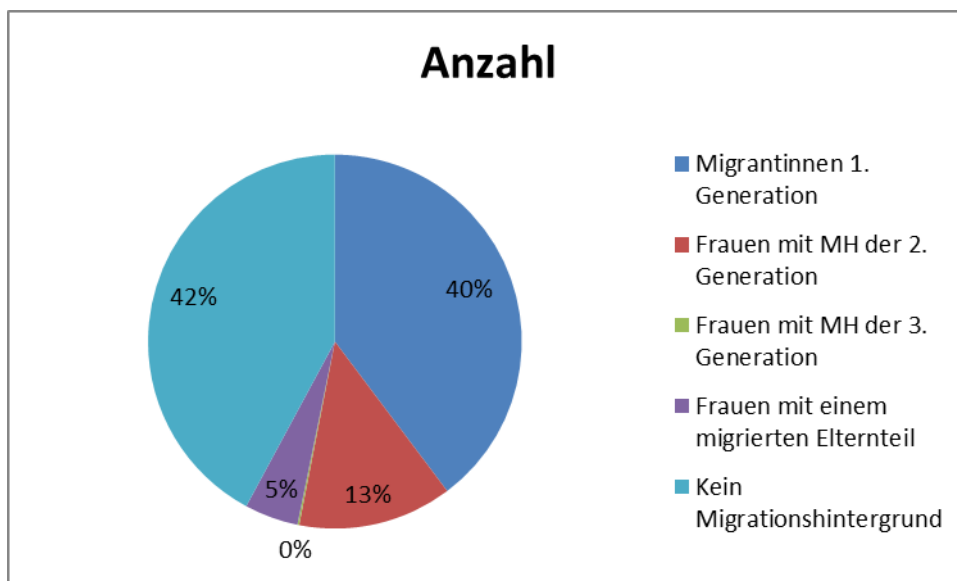


Abbildung 1: Migrationsstatus der Studienteilnehmerinnen (Angabe in Prozent, auf- bzw. abgerundet)

Wie bereits im Methodenteil beschrieben, wurden aufgrund der geringen Fallzahl der Frauen mit MH der 3. Generation (genauer Wert 0,2%), Frauen mit MH der 2. Generation und Frauen mit MH der 3. Generation zu einer Gruppe zusammengefasst.

Der Anteil der Frauen mit Migrationsstatus unterschied sich in den drei Krankenhäusern, an welchen die Studie durchgeführt wurde: ca. 67,5% der Studienteilnehmerinnen am Urban Krankenhaus, ca. 53,4% am Virchow-Klinikum und ca. 48,4% in der Neuköllner Klinik besaßen einen Migrationshintergrund.

Die Analyse der Geburtsländer der befragten Frauen erfolgte nach der o.g. Ländergruppierung. Das Geburtsland der Studienteilnehmerinnen war zu 60% Deutschland. Die größte Gruppe der Frauen, die nicht in Deutschland geboren wurden, war in der Türkei geboren, gefolgt von den Gruppen „Neu-Mitglieder nach EU-Osterweiterung 2004 und 2007“, Libanon und „ehem. Jugoslawien und Albanien“ (Tabelle 1).

Tabelle 1: Geburtsland der Kindsmutter

Geburtsland/-region	Anzahl	Prozent
Deutschland	4249	60
Türkei	699	9,9
Europa-15 u. EFTA	145	2,1
Neumitglieder nach EU- Osterweiterung 2004 u.2007	446	6,3
ehem. Jugoslawien u. Albanien	313	4,4
arabische Länder u. Israel	154	2,2
Nordafrika	76	1,1
Restl. Afrika	138	2,0
GUS-Staaten	190	2,7
GUS-Nachbarstaaten	49	0,7
China u. Mongolei	30	0,4
Indien u. Restasien	126	1,8
Ozeanien	4	0,1
USA, Kanada u. Kleinstaaten	23	0,3
Lateinamerika u. Karibik	60	0,8
Libanon	378	5,3
Gesamt	7080	100
Missing	20	

Das Geburtsland der Mutter der Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund war am häufigsten die Türkei, gefolgt vom Libanon, der Gruppe „Neu-Mitglieder nach EU-Osterweiterung 2004 und 2007“ und der Gruppe „ehem. Jugoslawien und Albanien“ (Tab. 2).

Tabelle 2: Geburtsland der Mutter der Kindesmutter aller befragten Frauen mit Migrationshintergrund (in Prozent)

Geburtsland/-region	Anzahl	Prozent
Deutschland	31	0,8
Türkei	1273	34,1
Europa-15 u. EFTA	142	3,8
Neu-Mitglieder nach EU- Osterweiterung nach 2004 u. 2007	479	12,8
ehem. Jugoslawien u. Albanien	391	10,5
arabische Länder u. Israel	188	5
Nordafrika	79	2,1
Restl. Afrika	139	3,7
GUS-Staaten	198	5,3
GUS-Nachbarstaaten	52	1,4
China u. Mongolei	31	0,8
Indien u. Restasien	134	3,6
Ozeanien	3	0,1
USA, Kanada u. Kleinstaaten	9	0,2
Lateinamerika u. Karibik	58	1,6
Libanon	532	14,2
Gesamt	3739	100
Missing	40	

Mit Hilfe von Angaben des Zeitraums, seit dem die befragten Migrantinnen der 1. Generation in Deutschland leben, wurden Gruppen gebildet. Die meisten Migrantinnen der 1. Generation leben seit 0-4 Jahren in Deutschland, gefolgt von der Gruppe, die seit 15-24 Jahren in Deutschland lebt. Die meisten Studienteilnehmerinnen mit Migrationshintergrund der 1. Generation leben seit 0-24 Jahren in Deutschland.

Der Aufenthaltsstatus lässt sich folgender Maßen beschreiben: Die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen 21,9% der Migrantinnen der 1. Generation und 71,0% der Frauen mit MH der 2. und 3. Generation, sowie 96,1% der Frauen mit einem migrierten Elternteil.

Die erste Muttersprache der Migrantinnen 1. Generation ist zu 92,0% eine andere Sprache als Deutsch, bei den Frauen mit MH der 2. und 3. Generation sind es 72,9%, während bei 10,9% der Frauen mit einem migrierten Elternteil und 0,2% der deutschen Frauen Deutsch nicht die erste Muttersprache ist. Den größten Anteil an bilingualen Kompetenzen besitzen Frauen mit MH der 2. und 3. Generation (9,7%), während Frauen ohne Migrationshintergrund nur zu 0,1% Zweisprachigkeit angaben. Vor allem Frauen mit MH der 2. und 3. Generation (56,9%) und Frauen mit einem migrierten Elternteil (53,3%) gaben an, sehr gute Deutschkenntnisse zu haben, sowie 17,1% der Migrantinnen 1. Generation. Rund die Hälfte der Frauen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, gaben an, sehr gute Deutschkenntnisse zu haben. 6,7% gaben an, keine Deutschkenntnisse zu haben.

Um den Bildungsstatus zu ermitteln, wurde nach dem höchsten Bildungsabschluss gefragt. Der Bildungsstatus wurde, wie bereits im Methodenteil erläutert, in drei Gruppen eingeteilt.

Einen hohen Bildungsstatus besitzen 34,6% der befragten Migrantinnen der 1. Generation, 16,8% der Frauen mit MH der 2. und 3. Generation, 40,6% der Frauen mit einem migrierten Elternteil und 50,6% der Frauen ohne MH. Frauen mit MH aller Generationen und Frauen mit einem migrierten Elternteil des Studienkollektivs besitzen meist einen mittleren Bildungsabschluss, während Frauen ohne Migrationshintergrund eher einen hohen Bildungsabschluss besitzen.

Die befragten Frauen mit MH der 1., 2. und 3. Generation waren meist Primi- oder Bipara, während die befragten Frauen mit einem migrierten Elternteil und Frauen ohne MH meist Nullipara waren.

Eine Risikoschwangerschaft wurde anhand der Angaben aus dem Mutterpass ermittelt. Bei 37,1% aller befragten Schwangeren lag entsprechend den Mutterpassangaben eine Risikoschwangerschaft vor. 34,8% der Migrantinnen 1. Generation, 34,7% der Frauen mit MH der 2. und 3. Generation, 34,2% der Frauen mit einem migrierten Elternteil, und 40,5% der Frauen ohne Migrationshintergrund hatten eine Risikoschwangerschaft.

Bei 488 Studienteilnehmerinnen waren beide Elternteile miteinander verwandt. 13,7% der Migrantinnen erster Generation und 10,1% der Frauen mit MH der 2. oder 3. Generation gaben ein Verwandtschaftsverhältnis an, während dies nur bei 2,1% der Frauen mit einem migrierten Elternteil und bei 0,3% der Frauen ohne Migrationshintergrund der Fall war.

3.1 Ärztliche Schwangerenvorsorge

Eine der Studienhypothesen ist, dass Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund die ärztliche Schwangerenvorsorge deutlich seltener in Anspruch nehmen. Um diese Hypothese zu verifizieren, wurde die Variable „Betreuung durch einen Frauenarzt“ des Fragebogens (Frage 24) ausgewertet. Im Folgenden wird die Bezeichnung „Frauenarzt“ verwendet, die weibliche Bezeichnung wird weggelassen, da an dieser Stelle das Geschlecht des behandelnden Arztes/der Ärztin nicht von Bedeutung ist.

Daraus ergab sich, dass 1,1 % der interviewten Frauen mit Migrationshintergrund, welche der 1. Generation zuzuordnen sind, nicht durch einen Frauenarzt betreut wurden. Die anderen drei Untersuchungskollektive wurden (wie der Tabelle 3 zu entnehmen ist) nahezu zu 100% durch einen Frauenarzt betreut.

Tabelle 3: Betreuung durch einen Frauenarzt (in Prozent)

Migrationsstatus	Anzahl	Prozent
Migrantinnen 1. Generation	2776	98,9
Frauen mit MH der 2./3. Generation	953	99,8
Frauen mit einem migrierten Elternteil	329	100
Frauen ohne MH	2968	99,6
Gesamt	7026	99,4
Missing	29	

Der Anteil der nicht durch einen Frauenarzt betreuten Schwangeren war signifikant höher in der Gruppe der Migrantinnen der 1. Generation verglichen mit den Frauen ohne MH ($p=0,0006$). Bei Frauen mit MH der 2./3. Generation ($p=0,4539$), und bei den Frauen mit einem migrierten Elternteil ($p=0,2696$) gab es keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den Frauen ohne MH.

3.1.1 Ärztliche Schwangerenvorsorge und Akkulturationsgrad

Im Folgenden soll die Hypothese betrachtet werden, dass stärker akkulturierte Migrantinnen im Vergleich zu weniger akkulturierten Migrantinnen während ihrer Schwangerschaft häufiger die ärztliche Betreuung durch einen Frauenarzt in Anspruch nehmen.

Dazu wurde die Variable „Betreuung durch einen/r Frauenarzt/Frauenärztin“ (Fragebogen T1, Frage 24) verwendet. Bei 3.166 der befragten Frauen lag dazu eine Angabe vor. Für Frauen mit Migrationshintergrund wurde der Akkulturationsgrad mittels FRAKK-Auswertung bestimmt.

Insgesamt nahmen 0,5% der Frauen mit niedrigem Akkulturationsgrad nicht an einer Betreuung durch einen Frauenarzt während der Schwangerschaft teil. 0,8% der Schwangeren mit mittlerem Akkulturationsgrad nahmen keine Betreuung durch einen Frauenarzt in Anspruch. Alle Schwangeren mit hohem Akkulturationsgrad wurden durch einen Frauenarzt betreut. Der Unterschied zwischen Migrantinnen mit mittlerem und hohem Akkulturationsgrad war statistisch signifikant ($p = 0,0132$), während der Unterschied zwischen Frauen mit MH mit geringem und hohem Akkulturationsgrad lediglich eine Tendenz zeigte ($p = 0,0589$), dass Frauen mit niedrigem Akkulturationsgrad seltener von einem Frauenarzt betreut wurden als Frauen mit hohem Akkulturationsgrad.

3.1.2 Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen

Zur Untersuchung der Hypothese, dass Migrantinnen die Schwangerenvorsorge deutlich seltener in Anspruch nehmen als Frauen ohne Migrationshintergrund, ist neben dem Vorhandensein der Versorgung durch einen Frauenarzt auch die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen von Bedeutung. Die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen ergab sich aus den Einträgen im Mutterpass. Diese lagen zwischen 1 und 35 Untersuchungen. Durchschnittlich waren 11,0 Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert (Medianwert: 11). Migrantinnen der 1. Generation nutzen durchschnittlich 10,4 Vorsorgeuntersuchungen (Medianwert 10), Frauen mit MH der 2. und 3. Generation 11,2 (Medianwert 11), Frauen mit einem migrierten Elternteil 11,3 (Medianwert 11) und Frauen ohne Migrationshintergrund 11,4 (Medianwert 11).

Zunächst zeigte die Poisson-Regressionsanalyse, dass Migrantinnen der 1. Generation signifikant weniger Vorsorgeuntersuchungen genutzt hatten ($p < 0,05$, RR:0,91, CI:0,9-0,93). Das endgültige Modell der Poisson-Regressionsanalyse verdeutlichte, dass es nach Adjustierung einiger Variablen (siehe Abbildung 2) einen signifikanten Unterschied bezüglich des Migrationsstatus bei der Anzahl der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen gab: Frauen mit MH der 2./3. Generation hatten eine signifikant höhere Anzahl (RR 1,03, $p=0,0156$) an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen als Frauen ohne Migrationshintergrund. Bei Migrantinnen der 1. Generation und Frauen mit einem migrierten Elternteil gab es keinen signifikanten Unterschied (mehr) verglichen mit Frauen ohne MH. (Abb. 2).

In der Abbildung 2 ist auf der Y-Achse das Konfidenzintervall des Relativen Risikos (RR) einer hohen Anzahl von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen der zusammengehörigen Untergruppen im Vergleich zur jeweiligen Referenzgruppe dargestellt. Auf der X-Achse werden die Variablen abgebildet. Die Referenzgruppe des Migrationsstatus ist die Gruppe der Frauen ohne MH, die Referenzgruppe für die Altersgruppen die Gruppe der 18-24 Jährigen, die Referenzgruppe für die Parität die Gruppe der Nullipara, die Referenzgruppe für den Bildungsstatus die Gruppe „Fachabitur/Abitur/Universität/Fachhochschule“, die Referenzgruppe für den Aufenthaltsstatus die Gruppe „deutsche Staatsangehörigkeit“ und die Referenzgruppe für den „Raucherstatus“ die Gruppe „Nichtraucherinnen“. Ist der Wert 1,00 im Konfidenzintervall enthalten, so ist das Ergebnis nicht signifikant. Ist das Konfidenzintervall oberhalb 1,00, ist das Relative Risiko erhöht im Vergleich zur Referenzgruppe, ist das Konfidenzintervall unterhalb 1,00, ist das Relative Risiko kleiner im Vergleich zur Referenzgruppe. Ein statistisch hohes Relatives Risiko einer hohen Anzahl von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen ist kein Risiko im eigentlichen Sinn, sondern stellt lediglich eine hohe Anzahl von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen dar.

Aus Abbildung 2 ist ersichtlich, dass der Aufenthaltsstatus einen Einfluss auf die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen hat: Verglichen mit Frauen deutscher Staatsangehörigkeit hatten Frauen mit unbefristetem ($p < 0,0001$), befristetem ($p=0,0056$) und „sonstigem“ ($p < 0,0001$) Aufenthaltsstatus signifikant weniger Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen genutzt (RR=0,94, RR=0,96, RR=0,84).

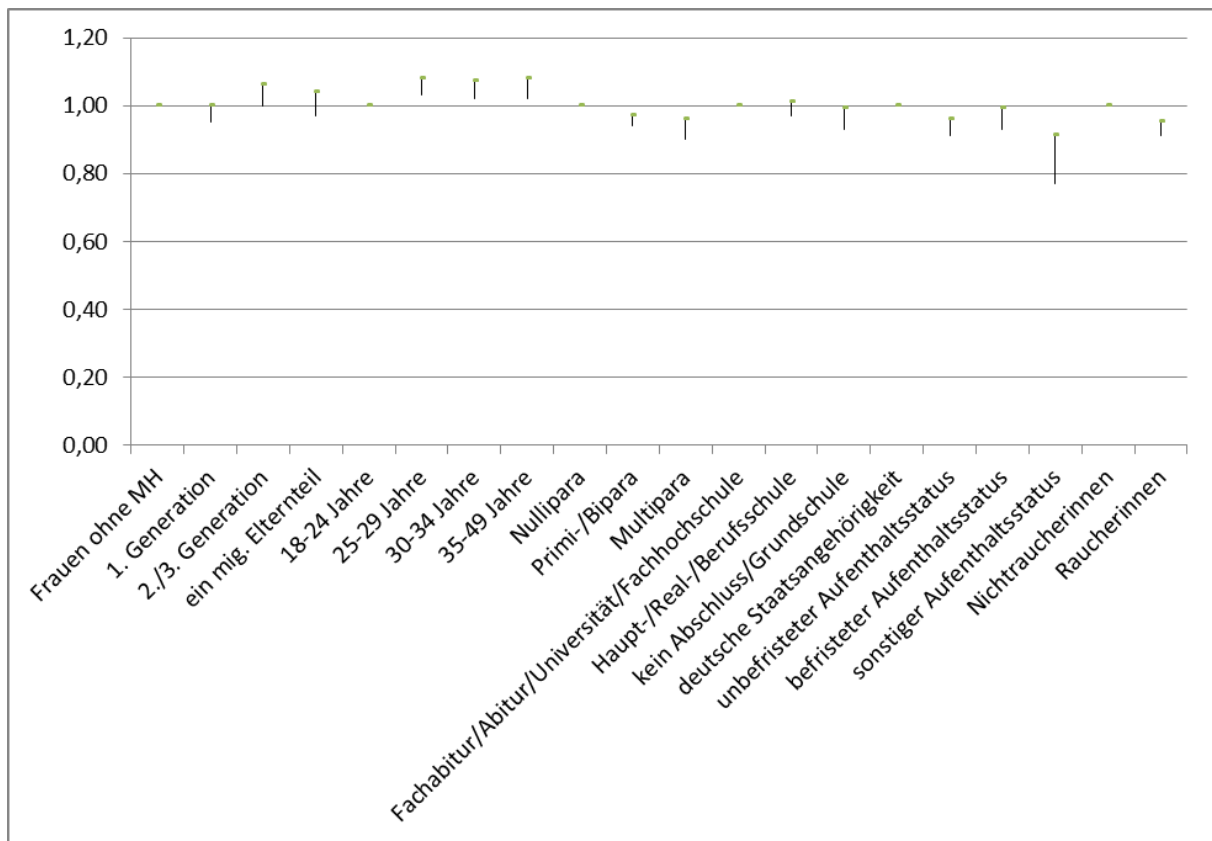


Abbildung 2: Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach Migrationsstatus (Poisson-Regression- endgültiges Model, Y-Achse: RR, X-Achse: unterschiedliche Variablen)

3.1.2.1 Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen und Akkulturationsgrad

Auch für die Hypothese, dass mehr akkulturierte Frauen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen die ärztliche Schwangerenvorsorge häufiger in Anspruch nehmen, wird die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen untersucht. Frauen mit MH, für die vollständige Angaben zur Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen und zum FRAKK vorlagen, gingen laut Mutterpass zwischen 1 und 23 Mal zur Vorsorgeuntersuchung (Mittelwert 10,7; Medianwert 11). Frauen mit MH mit niedrigem Akkulturationsgrad hatten durchschnittlich 10,7 (Medianwert 10), Frauen mit MH mit mittlerem Akkulturationsgrad 10,7 (Medianwert 11) und Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad 10,8 Vorsorgeuntersuchungen (Medianwert 11). Das Poisson-Regressionsmodell zeigt, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und der Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen gibt (Abb. 3). Die Abbildung 3 ist ähnlich

wie Abbildung 2 aufgebaut. Als Referenzgruppe für den Akkulturationsgrad wurde die Gruppe der Frauen mit MH mit niedrigem Akkulturationsgrad (AG) festgelegt.

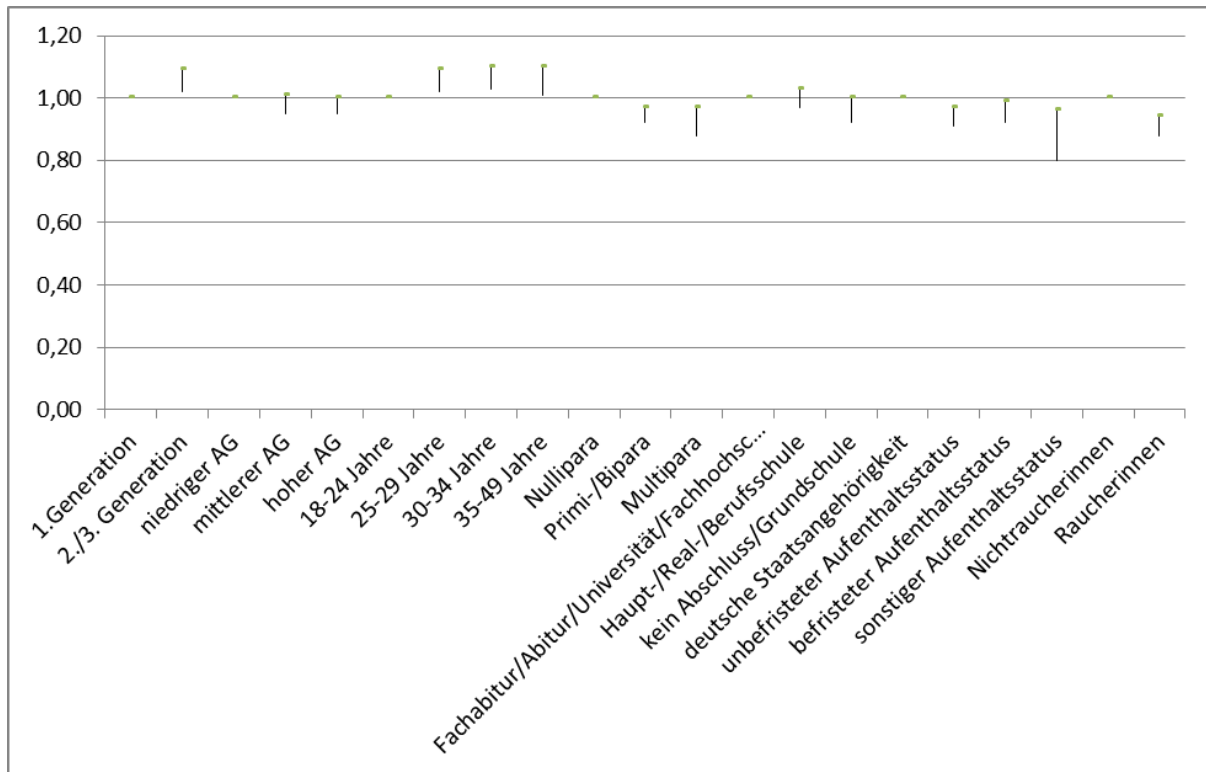


Abbildung 3: Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach Akkulturationsgrad der Schwangeren (Poisson-Regression, Y-Achse: RR, X-Achse: unterschiedliche Variablen)

Frauen mit MH mit mittlerem bzw. hohem Akkulturationsgrad hatten keine signifikant höhere Anzahl von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen im Vergleich zu Schwangeren mit niedrigem Akkulturationsgrad. Es zeigte sich lediglich eine Tendenz der Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad ($RR=0,96$, $p=0,0596$) häufiger die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen als Frauen mit MH mit niedrigem Akkulturationsgrad. Frauen mit MH mit mittlerem Akkulturationsgrad unterschieden sich diesbezüglich nicht signifikant ($RR=0,98$, $p=0,1812$).

3.1.3 Zeitlicher Aspekt der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung

Die Untersuchungsergebnisse zur Frage, ob Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund später zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung kommen, werden nachfolgend dargestellt. Der Zeitpunkt der Inanspruchnahme ist hierbei durch die Schwangerschaftswoche gekennzeichnet, in der die Schwangere zur Erstuntersuchung kam. Dafür wurde die „AQUA-Variable“ 39 verwendet. Angaben dazu waren bei 5.526 Frauen vorhanden. Die erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung fand bei diesen Frauen zwischen der 3. und 39. Schwangerschaftswoche statt. Rund 2/5 der Schwangeren kamen in der 8. oder 9. Schwangerschaftswoche zur Erstuntersuchung. Der Median betrug 9,0 Wochen, der Durchschnitt 10,15 Wochen.

In Abbildung 4 werden Frauen ohne MH als „Referenz“ dargestellt. Durch die Dreiteilung der Schwangerschaft in 3.-10., 11.-19. und 20.-39. SSW soll die Schwangerschaft in einen frühen, mittleren und späten Zeitpunkt der ersten Untersuchung unterteilt werden.

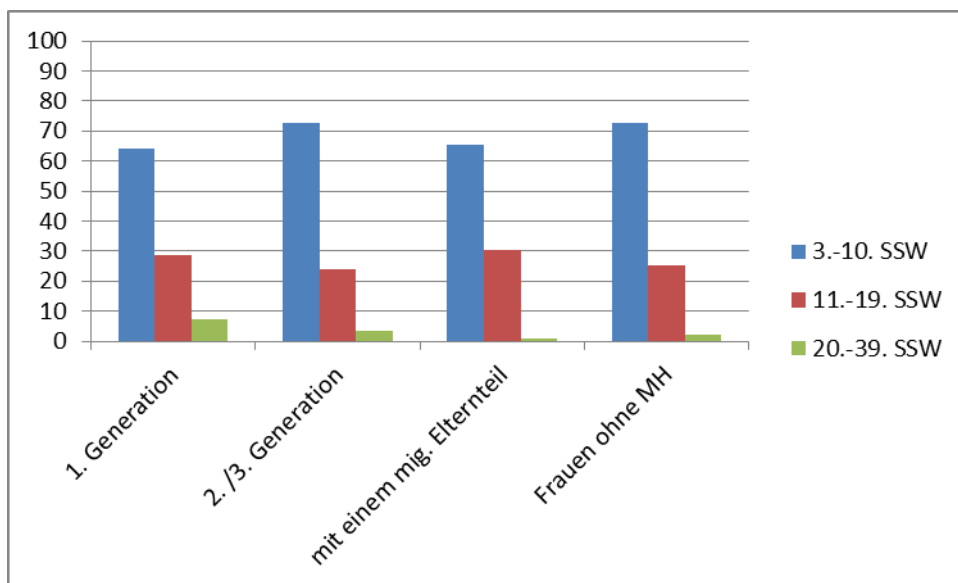


Abbildung 4: Zeitpunkt der ersten Vorsorgeuntersuchung nach Schwangerschaftswoche und Migrationsstatus (Angabe in Prozent)- vor Adjustierung weiterer Variablen

Zunächst (vor Adjustierung weiterer Variablen) zeigte sich, dass Migrantinnen der 1. Generation verglichen mit Frauen ohne MH signifikant später zur ersten Schwangerschaftsvorsorge-

untersuchung ($p < 0,0001$) kamen. Frauen mit MH der 2./3. Generation ($p = 0,0893$) und Frauen mit einem migrierten Elternteil ($p = 0,1485$) wiesen zunächst keine signifikanten Unterschiede auf.

Auffällig war, dass mit zunehmender Parität Frauen mit und ohne Migrationshintergrund später die erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung in Anspruch nahmen. So kamen 71,7% der Nullipara zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung während der 3. bis 10. Woche, während dies nur 62,2 % der Multipara taten. Verglichen mit der Gruppe der Multipara ging die Gruppe der Nullipara ($p < 0,0001$) und die Gruppe der Primipara ($p = 0,0190$) signifikant früher zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung. Die Gruppe der Bipara zeigte keinen signifikanten Unterschied ($p = 0,4356$) im Hinblick auf den Zeitpunkt der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung. Die Muttersprache ergab keine signifikanten Unterschiede.

Mit Hilfe des endgültigen Modells der Poisson-Regressionsanalyse lässt sich nach Adjustierung für weitere Variablen darauf schließen, dass Schwangere mit Migrationshintergrund nicht signifikant später zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung kommen, als Frauen ohne Migrationshintergrund: Migrantinnen der 1. Generation haben ein nicht signifikantes ($p = 0,256$), um 2% höheres Risiko, Frauen mit MH der 2./3. Generation ein signifikant ($p = 0,0023$) um 5% niedrigeres Risiko, und Frauen mit einem migrierten Elternteil ein nicht signifikantes ($p = 0,5236$) um 2% höheres Risiko für eine späte erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung im Vergleich zu Frauen ohne MH.

Allerdings zeigt sich auch, dass der Aufenthaltsstatus ein wichtiger Einflussfaktor ist wie Abb. 5 zeigt (vom Aufbau wie Abbildung 2 zu verstehen und im dazugehörigen Kapitel genau erklärt). So haben Frauen mit einem unbefristeten Aufenthaltsstatus ein 10% höheres, Frauen mit befristetem Aufenthaltsstatus ebenfalls ein 10% höheres und Frauen mit „sonstigem“ Aufenthaltsstatus ein 28% höheres Risiko einer späten ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung im Vergleich zu Frauen deutscher Staatsangehörigkeit (jeweils $p < 0,0001$).

Die Gruppe der 25 bis 29-jährigen, der 30-34-jährigen und der 35-49-jährigen Frauen haben ein signifikant niedrigeres Risiko (mit jeweils $p < 0,0001$) einer späten ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung als die Gruppe der 18-24-jährigen Frauen. Frauen mit einem niedrigen Bildungsstatus haben ein signifikant höheres Risiko ($p = 0,0048$) einer späten ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung als Frauen mit einem hohen Schulabschluss. Frauen mit Adipositas ($BMI \geq 30$) kommen signifikant später zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung als normalgewichtige ($BMI \leq 25$) Frauen ($p < 0,0001$). Raucherinnen haben ein signifikant höheres ($p > 0,0001$) Risiko einer späten ersten Inanspruchnahme als Nicht-Raucherinnen.

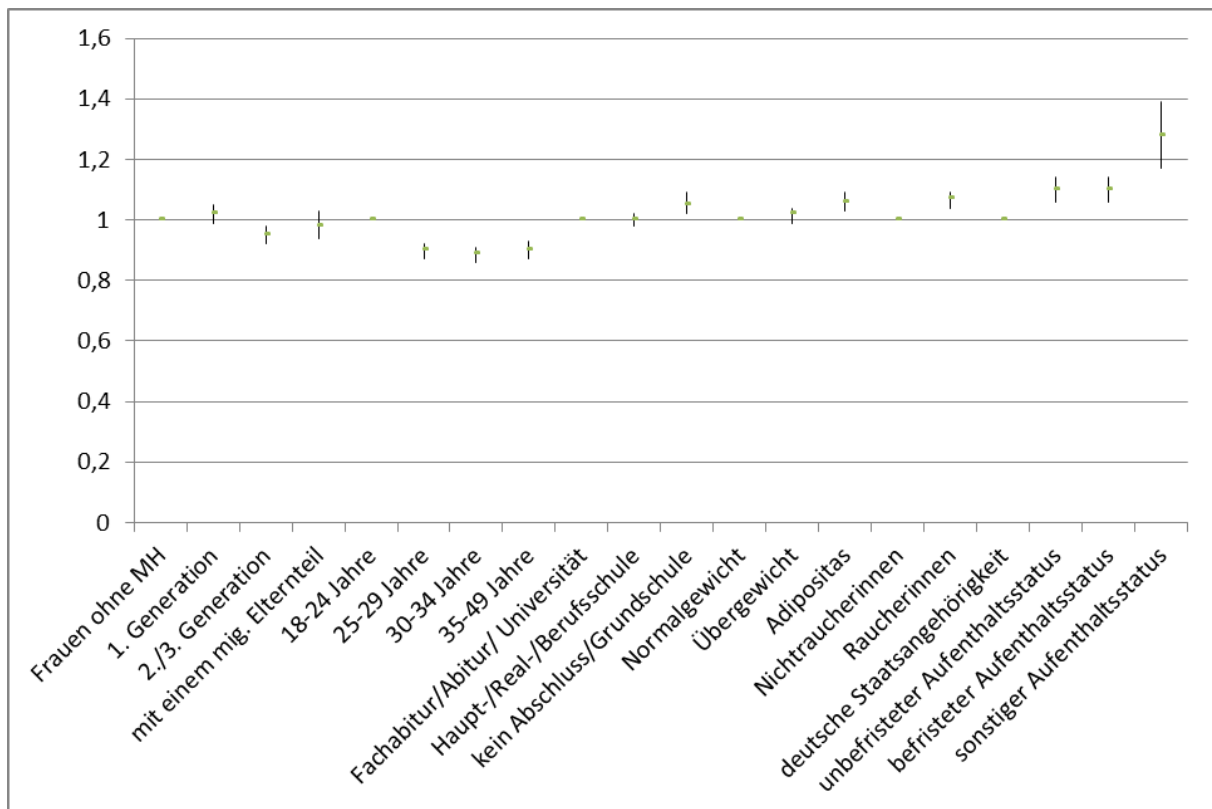


Abbildung 5: Risiko einer späten ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung nach Migrationsstatus, Poisson-Regression- endgültiges Model (Y-Achse: RR, X-Achse: verschiedene Variablen)

3.1.3.1 Zeitlicher Aspekt der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung und Akkulturationsgrad

Zur Frage, ob stärker akkulturierte Frauen mit Migrationshintergrund früher zur ersten Vorsorgeuntersuchung als weniger akkulturierte Frauen mit MH kommen, wurden die „AQUA-Variable“ 39 (die SSW der ersten Vorsorgeuntersuchung) und der FRAKK (zur Bestimmung des Akkulturationsgrades) verwendet. Anhand des Akkulturationsgrades wurden drei Gruppen gebildet (wie dem Methodenteil zu entnehmen ist).

Die Abbildung 6 zeigt, in welcher Schwangerschaftswoche die erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen wurde: Annähernd die Hälfte aller Frauen mit MH (mit niedrigem, mittlerem und hohem Akkulturationsgrad) nahmen die Schwangerschaftsvorsorge erstmals in der 7. bis 9. Schwangerschaftswoche in Anspruch. Mehr akkulturierte

Frauen kommen nach den Analyseergebnissen nicht signifikant früher zur ersten Vorsorgeuntersuchung als weniger akkulturierte Frauen (Abb. 6).

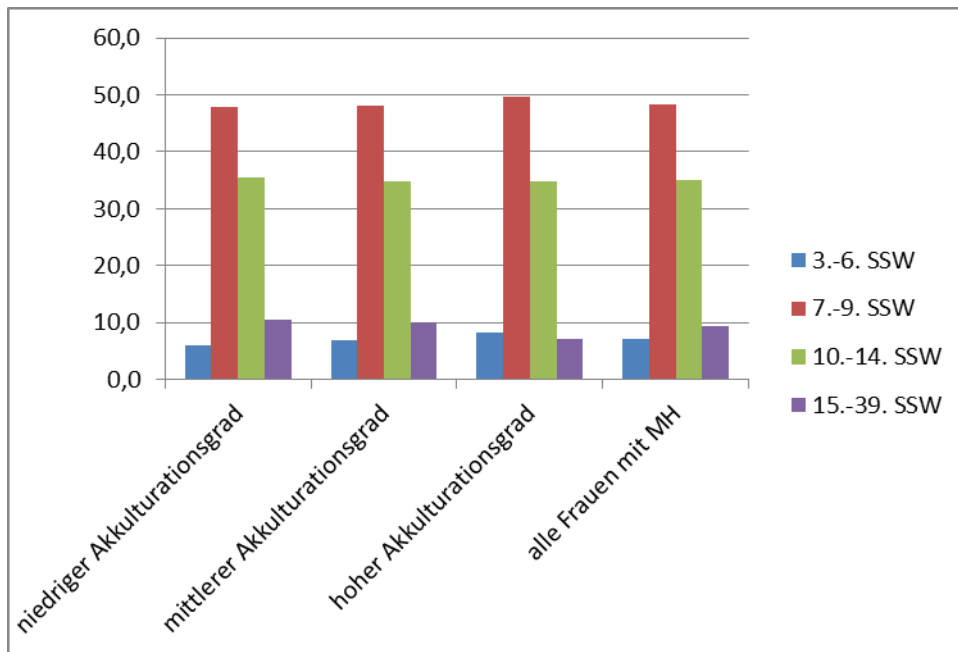


Abbildung 6: SSW der ersten Vorsorgeuntersuchung nach Akkulturationsgrad der Schwangeren (in Prozent)

Frauen mit MH mit mittlerem ($p=0,6766$) und mit hohem ($p=0,9037$) Akkulturationsgrad gingen nicht signifikant früher zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung als Frauen mit MH mit niedrigem Akkulturationsgrad.

Betrachtet man nun unterschiedliche Einflussfaktoren in einem Poisson-Regressionsmodell, fällt nicht der Akkulturationsgrad, sondern vielmehr der Aufenthaltsstatus auf (Abb. 7). Die Abbildung 7 ist wie Abbildung 2 aufgebaut (siehe dazugehöriges Kapitel).

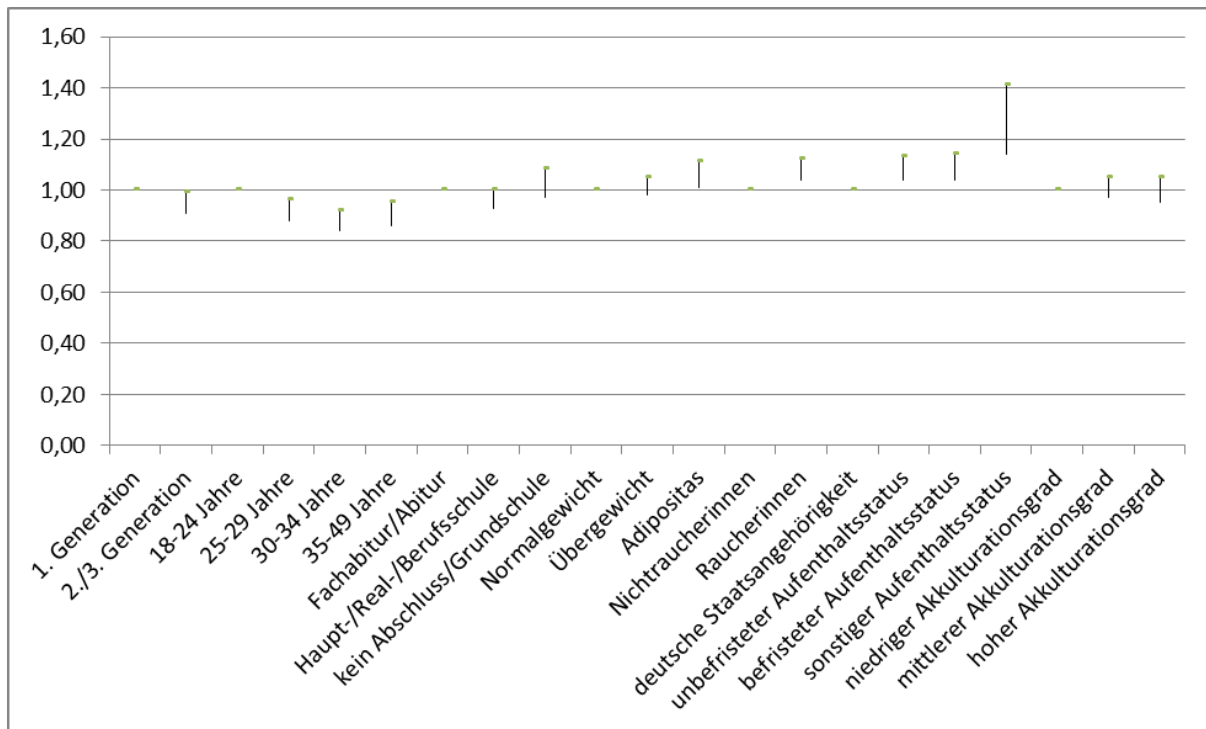


Abbildung 7: Risiko einer späten ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung nach Akkulturationsgrad der Schwangeren (Poisson-Regression, Y-Achse: RR, X-Achse: unterschiedliche Variablen)

Verglichen mit Frauen deutscher Staatsangehörigkeit gingen Frauen mit unbefristetem (RR=1,09, $p<0,0001$), befristetem (RR=1,09, $p=0,0002$) und sonstigem (RR=1,27, $p<0,0001$) Aufenthaltsstatus signifikant später zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung.

3.2 Anzahl der Ultraschalluntersuchungen

Zur Beantwortung der Frage, ob Schwangere mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Schwangeren ohne MH weniger Ultraschalluntersuchungen in Anspruch nehmen, wurden die Angaben aus dem Mutterpass ausgewertet. In der durchschnittlichen Anzahl der Sonografien gab es nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen. Im Durchschnitt waren 4,3 Sonografien dokumentiert. Bei Migrantinnen der 1. Generation war der Mittelwert 4,1, bei Frauen mit MH der 2. und 3. Generation 4,2, bei Frauen mit einem migrierten Elternteil 4,4 und bei Frauen ohne

MH 4,6 Ultraschalluntersuchungen. Migrantinnen 1. Generation ($p < 0,0001$) und Frauen mit MH der 2./3. Generation ($p < 0,0001$) nahmen signifikant weniger Sonographien in Anspruch als Frauen ohne MH. Der Unterschied bei den Frauen mit einem migrierten Elternteil war nicht signifikant ($p = 0,1294$).

Frauen mit MH mit niedrigem Akkulturationsgrad hatten durchschnittlich 4,0 Ultraschalluntersuchungen im Vergleich zu Frauen mit MH mit mittlerem Akkulturationsgrad (4,2) und Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad (4,3). Diese geringfügigen Unterschiede waren nicht signifikant ($p = 0,1631$ und $p = 0,98689$).

Für Frauen aller Vergleichskollektive, welche älter als 35 Jahre waren, waren geringfügig mehr Sonografien dokumentiert (durchschnittlich 4,5) als für Frauen unter dem 35. Lebensjahr (durchschnittlich 4,3). Dieser Unterschied war signifikant ($p = 0,0056$).

3.2.1 Zeitpunkt der ersten Ultraschalluntersuchung

Die Sonographie wird meist vom betreuenden Frauenarzt durchgeführt und im Mutterpass der Schwangeren dokumentiert. Durchschnittlich wurde die erste Sonographie in der 12. Schwangerschaftswoche (genauer Wert 11,2) durchgeführt. Von 362 der 7.100 Schwangeren existierten zur ersten Sonografie keine Angaben. Bei Frauen älter als 35 Jahre wurde geringfügig früher (11,0 SSW) als bei Frauen unter dem 35. Lebensjahr (11,3 SSW) die erste Sonografie dokumentiert. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant ($p = 0,0875$).

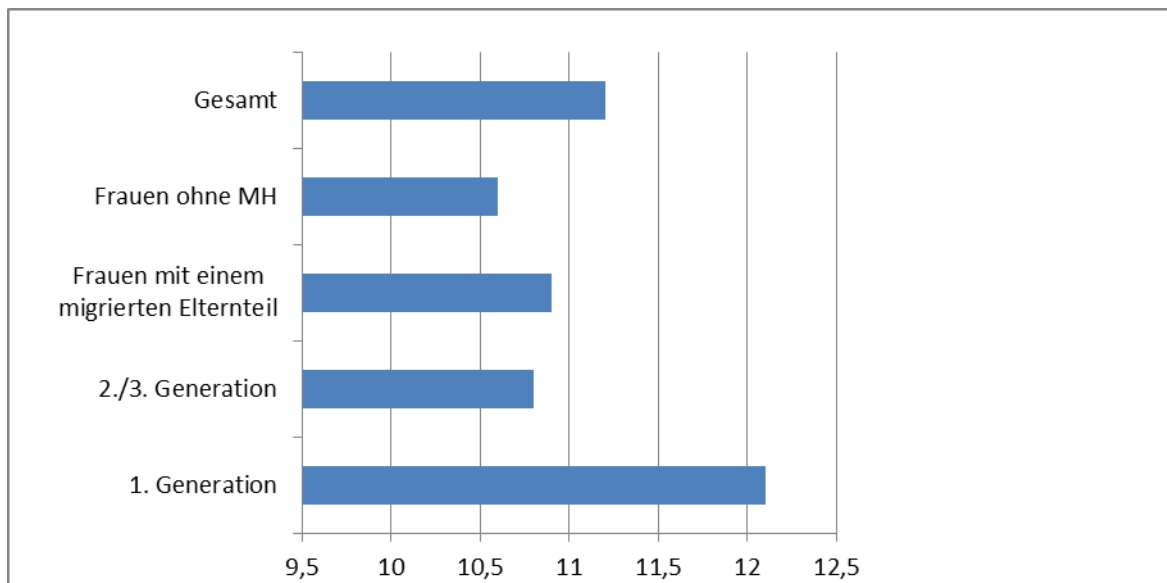


Abbildung 8: Durchschnittlicher Zeitpunkt der 1. Sonografie nach Migrationsstatus (Angaben in SSW)

Migrantinnen der 1. Generation erhielten (durchschnittlich in der 12,1 SSW) signifikant ($p < 0,0001$) später, Frauen mit MH der 2./3. Generation (durchschnittlich in der 10,8 SSW) nicht signifikant ($p = 0,1494$) später und Frauen mit einem migrierten Elternteil (durchschnittlich in der 10,9 SSW) nicht signifikant ($p = 0,1493$) später die erste Ultraschalluntersuchung im Vergleich zu Frauen ohne MH (durchschnittlich in der 10,6 SSW).

Der Zeitpunkt, zu dem Frauen mit niedrigem Akkulturationsgrad die erste Sonographie erhielten, lag durchschnittlich in der 12. Schwangerschaftswoche (genauer Wert 11,7). Im Vergleich dazu fand die erste Sonographie bei Frauen mit mittlerem Akkulturationsgrad in der 12. Schwangerschaftswoche (genauer Wert 11,4 SSW) und bei Frauen mit hohem Akkulturationsgrad ebenfalls in der 11. Schwangerschaftswoche (genauer Wert 10,9 SSW) statt. Frauen mit niedrigem Akkulturationsgrad ($p = 0,002$) und Frauen mit mittlerem Akkulturationsgrad ($p = 0,0376$) erhielten signifikant später die erste Sonographie in der Schwangerschaft als Frauen mit hohem Akkulturationsgrad.

3.3 Pränataldiagnostik

Als erweiterte Pränataldiagnostik werden die Durchführung einer Chorionzottenbiopsie und die Amniozentese gezählt. Angaben hierzu liefern die „AQUA-Variable“ 46 und die „AQUA-Variable“ 47.

3.3.1 Durchführung einer Chorionzottenbiopsie

Nur bei wenigen befragten Schwangeren (n=41) wurde eine Chorionzottenbiopsie durchgeführt (Tabelle 4).

Tabelle 4: Inanspruchnahme einer Chorionzottenbiopsie (Angaben in Prozent)

	keine Chorionzotten- biopsie	Chorionzotten biopsie
Gesamt	99,4	0,6
Migrantinnen 1. Generation Frauen mit MH der 2./3. Generation	99,5	0,5
Frauen mit einem migrierten Elternteil	99,6	0,4
Frauen ohne MH	98,8	1,2
Alter < 35 Jahre	99,3	0,7
Alter \geq 35 Jahre	99,6	0,4
	98,9	1,1

Bei der Durchführung der Chorionzottenbiopsie gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Migrantinnen der 1. Generation ($p=0,2923$), Frauen mit MH der 2./3. Generation ($p=0,3834$), Frauen mit einem migrierten Elternteil ($p=0,2678$) und Frauen ohne Migrationshintergrund. Betrachtet man den Akkulturationsgrad der Migrantinnen, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Schwangere über dem 35. Lebensjahr hatten signifikant mehr Chorionzottenbiopsien als Schwangere unter 35 Lebensjahren ($p=0,0037$).

3.3.2 Durchführung einer Amniozentese

Ähnlich wie die Chorionzottenbiopsie wurde auch die Amniozentese zunehmend selten ($n=78$) durchgeführt. Das Alter der Schwangeren hatte (auch hier) einen größeren Einfluss auf die Durchführung einer Amniozentese als der Migrationsstatus. Es zeigten sich nur geringe Unterschiede zugunsten der Frauen mit einem migrierten Elternteil für die Durchführung einer Amniozentese. Frauen mit MH der 2./3. Generation erhielten zudem signifikant ($p=0,0188$) weniger Amniozentesen als Frauen ohne MH. Für Migrantinnen der 1. Generation ($p=0,0594$) und für Frauen mit einem migrierten Elternteil ($p=0,5304$) waren die Unterschiede nicht signifikant. Frauen mit MH mit niedrigem Akkulturationsgrad hatten signifikant ($p=0,0116$) weniger Amniozentesen als Frauen mit MH hohen Akkulturationsgrade. Für Frauen mit MH mittleren Akkulturationsgrades war der Unterschied nicht signifikant ($p=0,1278$).

Tabelle 5: Inanspruchnahme einer Amniozentese (Angaben in Prozent)

	<i>keine</i>	
	Amniozentese	Amniozentese
Gesamt	98,1	1,9
Migrantinnen 1. Generation	98,4	1,6
Frauen mit MH der 2./3. Generation	99,2	0,8
Frauen mit einem migrierten Elternteil	96,7	3,3
Frauen ohne MH	97,5	2,5
Alter < 35 Jahre	99,1	0,9
Alter ≥ 35 Jahre	94,3	5,7
Niedriger AG	99,5	0,5
Mittlerer AG	98,4	1,6
Hoher AG	97,0	3,0

Es fiel auf, dass Frauen älter als 35 Jahre signifikant häufiger ($p < 0,0001$) eine Amniozentese durchführen ließen als Frauen unter 35 Jahren.

3.4 Geschlecht des Frauenarztes/ der Frauenärztin

Für diese Fragestellung wurden die Angaben aus dem Fragebogen (Frage 25) verwendet. 7.026 der 7.100 Studienteilnehmerinnen wurden nach Angaben der befragten Frauen von einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin betreut, 45 Frauen wurden nicht von einem Frauenarzt betreut und von 29 Frauen war dazu keine Angabe vorhanden. Von den 7.026 betreuten Frauen machten 72 Frauen keine Angabe zum Geschlecht ihres Frauenarztes.

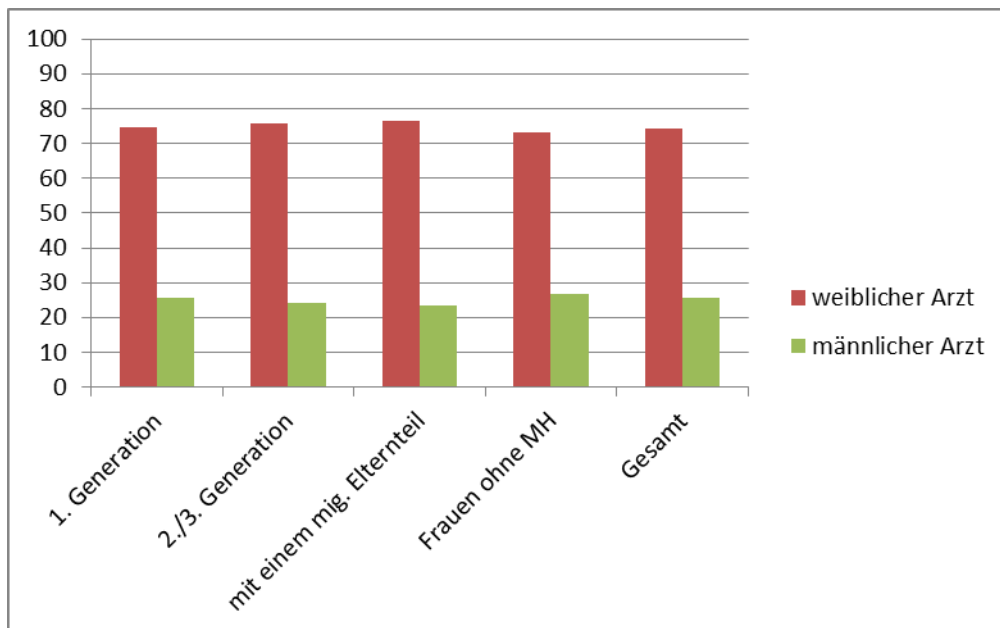


Abbildung 9: Geschlecht des betreuenden Frauenarztes nach Migrationsstatus der Schwangeren (Angaben in Prozent)

Der größte Teil der befragten Frauen wurde während der Schwangerschaft von einer Frauenärztin betreut. Es besteht kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Migrantinnen der 1. Generation ($p=0,2451$), Frauen mit MH der 2./3. Generation ($p=0,0926$), Frauen mit einem migrierten Elternteil ($p=0,1972$) und Frauen ohne Migrationshintergrund bei der Verteilung des Geschlechts des betreuenden Frauenarztes (Abb. 9).

3.4.1 Geschlecht des Frauenarztes und Akkulturationsgrad

Während ihrer Schwangerschaft wurden 3.143 Frauen mit MH, die Angaben zum Akkulturationsgrad machten, von einem Frauenarzt oder von einer Frauenärztin betreut. 17 Frauen mit MH, die Angaben zum Akkulturationsgrad machten, wurden nicht von einem Frauenarzt oder von einer Frauenärztin betreut. Von den betreuten Schwangeren mit MH bevorzugten 2.341 Schwangere eine Frauenärztin und 775 einen Frauenarzt. 27/3.143 Studienteilnehmerinnen des Kollektivs der Frauen mit Migrationshintergrund machten keine Angabe dazu.

In Abb. 10 ist das Geschlecht des Frauenarztes bezüglich der Gruppen unterschiedlichen Akkulturationsgrades dargestellt. Ein Unterschied ist deutlich sichtbar: Frauen mit niedrigem Akkulturationsgrad ($p < 0,0001$) und Frauen mit mittlerem Akkulturationsgrad ($p < 0,0002$) gehen signifikant häufiger zu einer Frauenärztin als Frauen mit hohem Akkulturationsgrad.

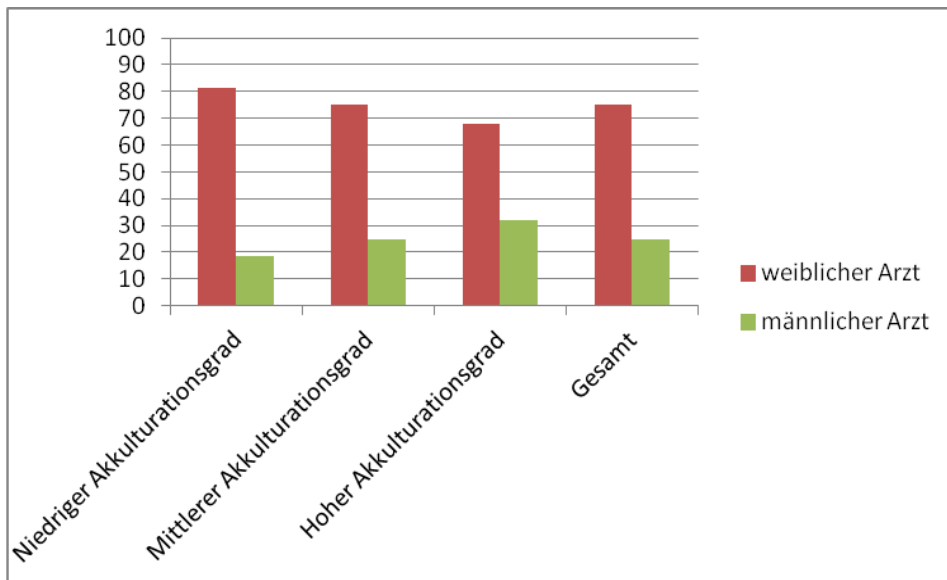


Abbildung 10: Geschlecht des betreuenden Frauenarztes nach Akkulturationsgrad der Schwangeren (Angaben in Prozent)

3.5 Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung

Abb. 11 zeigt, dass ein Großteil der Schwangeren neben der medizinischen Versorgung durch einen Frauenarzt weitere Angebote der Schwangerenbetreuung in Anspruch genommen hat.

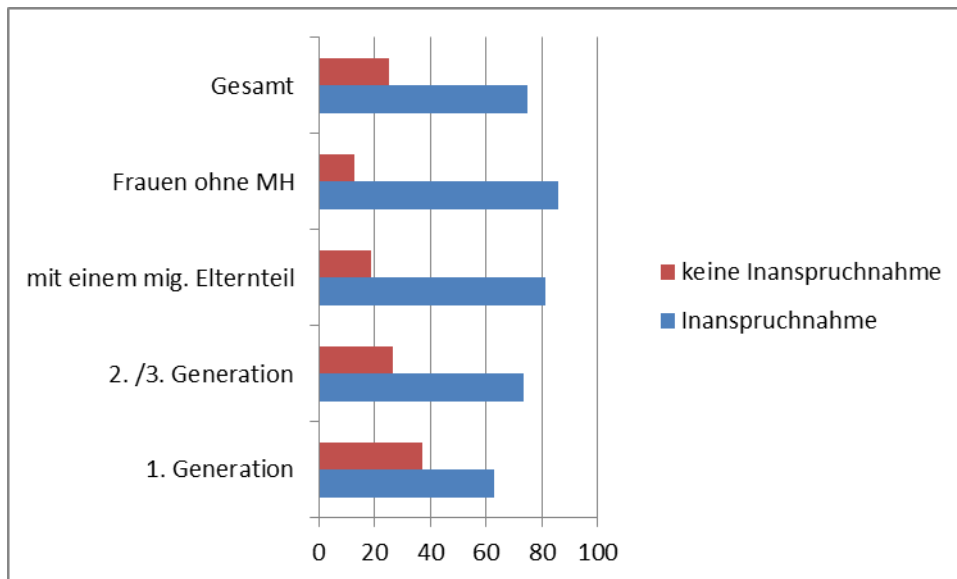


Abbildung 11: Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung (zusammengefasst) nach Migrationsstatus der Schwangeren (in Prozent)

Migrantinnen der 1. Generation, sowie Frauen mit MH der 2./3. Generation, als auch Frauen mit einem migrierten Elternteil nahmen signifikant weniger ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,0157$) weitere Angebote der Schwangerenbetreuung wahr als Frauen ohne MH.

Von allen Frauen, die weitere Angebote der Schwangerschaftsversorgung nutzten, nahmen 60,4% eine Hebamme in Anspruch, 34,0% Informationsveranstaltungen bzw. Besichtigungen einer Klinik zur Geburtsortplanung, 20,0% Schwangerschaftsgymnastik, 13,4% eine Beratung zu Elternzeit oder Elterngeld, 13,1% eine Schwangerschaftsberatung, 11,3% finanzielle Hilfe der Bundesstiftung „Mutter und Kind“, 6,3% Unterstützung der Stiftung „Hilfe für die Familie“, 4,9% Informationsveranstaltungen oder Besichtigungen in Geburtshäuser und 1,8% eine psychologische Beratung. Eine genaue Auflistung nach Migrationsstatus ist Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6 : Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung nach Migrationsstatus der Schwangeren (Angaben in Prozent)

Angebote	1. Generation	2./3. Generation	Mit einem migrierten Elternteil	Frauen ohne MH
Schwangerschaftsgymnastik	12,1	12,3	26,1	27,0
Vorsorge durch Hebamme	42,9	50,4	66,0	74,7
Geburtsvorbereitungskurs	16,4	15,4	39,6	42,9
Besichtigung Kliniken	23,7	20,7	39,9	44,1
Besichtigung Geburtshaus	2,2	1,1	7,5	6,8
Beratung Elternzeit/-geld	8,9	13,0	17,5	16,2
Schwangerschaftsberatungs- stelle	11,7	14,1	20,5	13,0
Finanz. Hilfe Bundesstiftung Stiftung „Hilfe für die Familie“	15,6	20,7	12,3	6,4
Psychologische Beratung	8,7	6,6	7,5	4,5
Sonstige Angebote	1,2	1,4	1,9	2,3
	42,3	46,6	27,6	23,0

Für die statistische Auswertung dieser Tabelle wurde die Bonferroni-Korrektur mit einem Signifikanzniveau von $p < 0,0017$ verwendet. Migrantinnen der 1. Generation (jeweils $p < 0,0001$) und Frauen mit MH der 2./3. Generation (jeweils $p < 0,0001$) nahmen signifikant weniger die Angebote Schwangerschaftsgymnastik, Vorsorge durch eine Hebamme, Geburtsvorbereitungskurs, Besichtigung von Kliniken und Besichtigung eines Geburtshaus in Anspruch als Frauen ohne Migrationshintergrund. Auch die Beratung zur Elternzeit wurde von Migrantinnen der 1. Generation (jeweils $p < 0,0001$) signifikant seltener beansprucht. Für die Schwangerschaftsberatungsstelle und für die psychologische Beratung gab es für Migrantinnen der 1. Generation und für Frauen mit MH der 2./ 3. Generation keine signifikanten Unterschiede.

Die Stiftung „Hilfe für die Familie“ wurde von Migrantinnen der 1. Generation signifikant häufiger ($p < 0,0001$) in Anspruch genommen als von Frauen ohne Migrationshintergrund. Die finanzielle Hilfe der Bundesstiftung (für beide Gruppen $p < 0,0001$) und die Leistung „Sonstige Angebote“ (jeweils $p < 0,0001$) wurden von Migrantinnen der 1. Generation und von Frauen mit MH der 2./3. Generation signifikant häufiger genutzt als von Frauen ohne Migrationshintergrund.

Frauen mit einem migrierten Elternteil gaben signifikant häufiger als Frauen ohne Migrationshintergrund an, die Schwangerschaftsberatungsstelle ($p = 0,0006$) und/oder die finanziellen Hilfen der Bundesstiftung ($p = 0,0003$) genutzt zu haben.

3.5.1 Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung und Akkulturationsgrad

Insgesamt nahmen 67,3% der Migrantinnen neben der medizinischen Versorgung durch einen Frauenarzt weitere Angebote der Schwangerschaftsbetreuung in Anspruch. 56,2% der Frauen mit MH mit niedrigem Akkulturationsgrad, 67,7% der Frauen mit MH mit mittlerem Akkulturationsgrad und 78,7% der Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad bejahten eine solche Inanspruchnahme. Migrantinnen mit niedrigem und mit mittlerem Akkulturationsgrad nahmen signifikant (jeweils $p < 0,0001$) weniger weitere Angebote der Schwangerenbetreuung in Anspruch als Migrantinnen hohen Akkulturationsgrades. Tabelle 7 zeigt, welche Angebote von den jeweiligen Gruppen genutzt wurden.

Für die statistische Auswertung dieser Tabelle wurde die Bonferroni-Korrektur mit einem Signifikanzniveau von $p < 0,0017$ verwendet. Die Schwangerschaftsgymnastik, die Vorsorge durch eine Hebamme, ein Geburtsvorbereitungskurs, Besichtigung von Kliniken, Beratung zur Elternzeit wurden signifikant seltener (mit jeweils $p < 0,0001$) von Frauen mit MH mit niedrigem oder mittlerem Akkulturationsgrad genutzt als von Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad. Für die Angebote Besichtigung eines Geburtshauses, Anlauf einer Schwangerschaftsberatungsstelle, finanzielle Hilfe der Bundesstiftung, Hilfe durch die Stiftung „Hilfe für die Familie“ und die psychologische Beratung zeigten sich bezüglich der Inanspruchnahme keine signifikanten Unterschiede.

Die Gruppe der „sonstigen Angebote“ (mit jeweils $p < 0,0001$) wurden von Migrantinnen mit niedrigem und mittlerem Akkulturationsgrad signifikant häufiger angegeben als von Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad.

Tabelle 7: Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung nach Akkulturationsgrad (Angabe in Prozent)

Angebot	Niedriger Akkulturations- grad	Mittlerer Akkulturations- grad	Hoher Akkulturations- grad	Alle
Schwangerschafts- gymnastik	6,4	11,9	21,5	13,3
Vorsorge durch Hebamme	33,6	46,6	59,2	47,2
Geburtsvorbereitungs- kurs	8,3	14,7	29,5	17,4
Besichtigung Kliniken	16,0	21,1	36,0	24,1
Besichtigung Geburtshaus	1,3	2,6	3,6	2,6
Beratung Elternzeit/-geld	7,0	9,8	16,6	11,0
Schwangerschaftsberatungs- stelle	10,9	11,8	15,9	12,7
Finanz. Hilfe Bundesstiftung	19,2	19,2	13,1	17,5
Stiftung „Hilfe für die Familie“	10,9	8,5	5,6	8,2
Psychologische Beratung	1,3	0,9	2,4	1,4
Sonstige Angebote	51,1	44,7	34,5	43,3

3.6 Anzahl der konsultierten Frauenärzte

Eine Studienhypothese geht davon aus, dass Frauen mit Migrationshintergrund ihren Frauenarzt seltener wechseln als Frauen ohne Migrationshintergrund. Ein Großteil der Studienteilnehmerinnen (89,3%) gab an, bei einem oder zwei niedergelassenen Frauenarzt/Frauenärzten gewesen zu sein. Die meisten Schwangeren (45,6%) waren bei nur einem Frauenarzt in Behandlung. Auffällig ist, dass Migrantinnen der 1. Generation und Frauen mit MH der 2./3. Generation am häufigsten nur einen Frauenarzt konsultierten, während Frauen mit einem migrierten Elternteil und Frauen ohne Migrationshintergrund am häufigsten zwei Frauenärzte während der Schwangerschaft aufsuchten (Abb. 12).

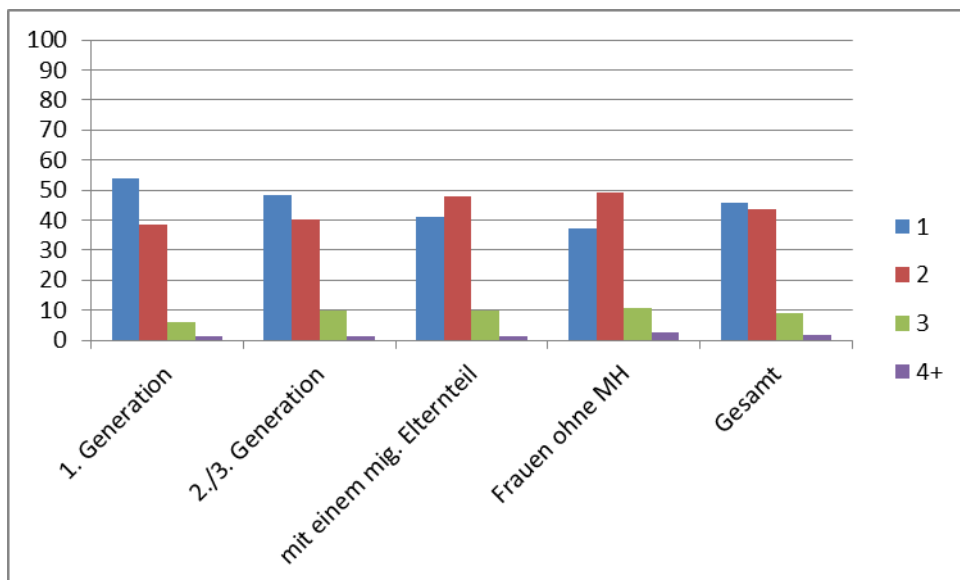


Abbildung 12: Anzahl der konsultierten Frauenärzte nach Migrationsstatus in der Schwangerschaft bis zum Befragungszeitpunkt (in Prozent)

Migrantinnen der 1. Generation und Frauen mit MH der 2./3. Generation gehen zu signifikant weniger (jeweils $p < 0,0001$) Frauenärzten als Frauen ohne MH. Für Frauen mit einem migrierten Elternteil ergibt sich insofern kein signifikanter Unterschied.

3.6.1 Anzahl der konsultierten Frauenärzte und Akkulturationsgrad

Frauen mit MH mit niedrigem Akkulturationsgrad konsultierten mit 54,6 % häufiger nur einen Frauenarzt als Frauen mit MH mit mittlerem Akkulturationsgrad (50,4 %) und häufiger als Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad (45,8 %).

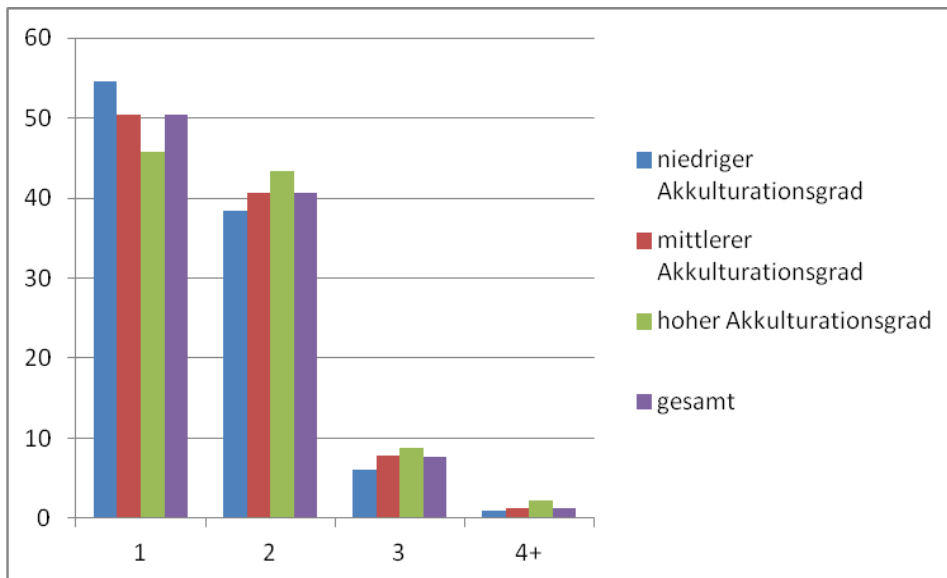


Abbildung 13: Anzahl der konsultierten Frauenärzte nach Akkulturationsgrad in der Schwangerschaft bis zum Zeitpunkt der Befragung (Y-Achse: Angaben in Prozent, X-Achse: Anzahl der Frauenärzte)

Frauen mit MH mit niedrigem Akkulturationsgrad konsultieren signifikant weniger ($p=0,0013$) Frauenärzte als Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad. Für Frauen mit MH mit mittlerem Akkulturationsgrad gibt es diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied.

3.7 Risikoschwangerschaften und Schwangerschaftsrisiken

Die Schwangerschaftsrisiken werden lt. Katalog der Mutterschaftsrichtlinien im Mutterpass eingetragen und von dort in die „AQUA-Daten“ überführt. Demzufolge liegt bei 37,7% der Studienteilnehmerinnen eine Risikoschwangerschaft vor. Am häufigsten besteht eine Risikoschwangerschaft bei den Frauen ohne MH mit 40,7%. Migrantinnen 1. Generation haben zu 35,6% eine Risikoschwangerschaft, bei den Frauen mit MH der 2. und 3. Generation sind es 35,3%, und bei den Schwangeren mit einem migrierten Elternteil nur 34,0%. Der Unterschied zwischen Frauen ohne MH und Migrantinnen der 1. Generation ist statistisch signifikant (mit Chi-Quadrat: 13,16 und p-Wert <0,001). Ebenso ist der Unterschied zwischen Frauen ohne MH und Migrantinnen der 2. und 3. Generation statistisch signifikant (mit Chi-Quadrat: 7,74 und p-Wert <0,05) wie auch der Unterschied zwischen Frauen ohne MH und Frauen mit einem migrierten Elternteil (mit Chi-Quadrat: 4,89 und p-Wert <0,05).

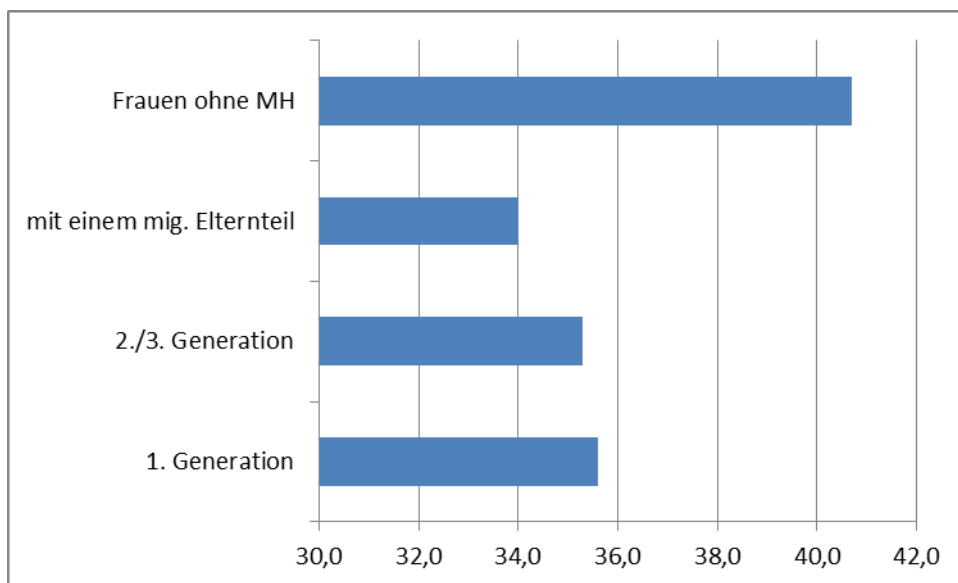


Abbildung 14: Häufigkeit einer Risikoschwangerschaft laut Mutterpass nach Migrationsstatus (in Prozent)

Am häufigsten hatten die Studienteilnehmerinnen mit 31,5% ein einziges Schwangerschaftsrisiko. Durchschnittlich weisen Migrantinnen der 1. Generation 1,48 Schwangerschaftsrisiken

auf, Frauen mit MH der 2. und 3. Generation 1,50 Schwangerschaftsrisiken, Frauen mit einem migrierten Elternteil 1,57 Schwangerschaftsrisiken und Schwangere ohne Migrationshintergrund 1,63 Schwangerschaftsrisiken. Der Tabelle 8 sind die fünf häufigsten Schwangerschaftsrisiken zu entnehmen.

Tabelle 8: Häufigkeit von ausgewählten Schwangerschaftsrisiken im Gesamtkollektiv (Angaben in Prozent)

familiäre Belastung	21,2
frühere schwere Krankheit	12,5
Allergie	14,7
Schwangere > 35 Jahre	15,2
Z. n. Sectio caesarea	12,5

Das Schwangerschaftsrisiko „besondere psychische Belastung“ war bei Frauen mit und ohne Migrationshintergrund fast gleich (um die 3%). Doch das Schwangerschaftsrisiko „besondere soziale Belastung“ war bei Migrantinnen der 1. Generation mit 5,3% signifikant höher ($p < 0,0001$) als bei Frauen ohne MH mit 1,9%. Bei Frauen mit MH der 2. und 3. Generation war dieses Schwangerschaftsrisiko mit 1,2% nicht signifikant niedriger ($p = 0,163$), bei Frauen mit einem migrierten Elternteil mit 2,1% nicht signifikant höher ($p = 0,163$) als bei Frauen ohne Migrationshintergrund.

Mit Hilfe der logistischen Regression kann gezeigt werden, dass Migrantinnen der 1. Generation insgesamt ein signifikant niedrigeres Risiko ($p = 0,0093$) hatten Schwangerschaftsrisiken zu haben als Schwangere ohne Migrationshintergrund. Für Frauen mit MH der 2. und 3. Generation gibt es auch ein signifikantes niedrigeres Risiko ($p = 0,0481$) Schwangerschaftsrisiken aufzuweisen als für Frauen ohne Migrationshintergrund. Bei Frauen mit einem migrierten Elternteil ist dieser Unterschied nicht feststellbar ($p = 0,2879$).

4. Diskussion

Die vergleichende Analyse von Schwangerschaftsbetreuungsparametern von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten kann einen Hinweis auf eine „adäquate“ Schwangerenbetreuung liefern. Um der Frage nachzugehen, ob eine „adäquate“ Schwangerenbetreuung besteht, muss eine „adäquate“ Schwangerenbetreuung zunächst definiert werden. Die internationale Literatur besitzt keine einheitliche Definition einer „inadäquaten“ Schwangerschaftsvorsorge.⁴² Der Grund hierfür liegt wohl darin, dass keine optimale Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen bekannt ist und dass Quantität und nicht Qualität gemessen wurde.^{42,45}

In unterschiedlichen Ländern variieren die Empfehlungen bezüglich der Anzahl, des Zeitpunktes und des Inhaltes einer optimalen Schwangerschaftsvorsorge.^{42,46} Oft wird eine unzureichende Schwangerschaftsvorsorge definiert als „keine ärztliche Schwangerschaftsvorsorge“, eine erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung nach dem ersten Trimenon oder eine geringere Anzahl als die empfohlenen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen.^{42,47} In Deutschland sind laut Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) (2014) ca. 10 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen vorgesehen.⁴ Die meisten internationalen Studien betrachteten bei ihren Untersuchungen vor allem den Zeitpunkt der ersten Vorsorgeuntersuchung (gemessen anhand der Schwangerschaftswoche) sowie eine kontinuierliche Versorgung (gemessen an der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen).⁴²

Die folgende Diskussion bezieht sich unter anderem auf ein systematisches Review von Heaman et al. (2012), welches sich mit mehreren Studien beschäftigt, die eine ähnliche Thematik wie diese Arbeit behandeln.

Die vorliegende Arbeit befasst sich neben der Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge, dem zeitlichen Aspekt und der Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen zusätzlich mit der Inanspruchnahme weiterer Schwangerschaftsangebote, der Sonographie, der erweiterten Pränataldiagnostik (Amniozentese und Chorionzottenbiopsie) sowie mit dem Geschlecht des Frauenarztes und der Anzahl der konsultierten Frauenärzte.

4.1 Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerenvorsorge

Um die Hypothesen zu prüfen, dass Schwangere mit MH im Vergleich zu Schwangeren ohne MH die ärztliche Schwangerenvorsorge deutlich seltener in Anspruch nehmen und, dass mehr akkulturierte Frauen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen die ärztliche Schwangerenvorsorge häufiger in Anspruch nehmen, muss zunächst betrachtet werden, ob überhaupt eine ärztliche Schwangerenbetreuung erfolgt, bevor die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen betrachtet werden kann.

Der Anteil der nicht durch einen Frauenarzt betreuten Schwangeren war in unserer Studie zwar signifikant höher in der Gruppe der Migrantinnen der ersten Generation verglichen mit den Frauen ohne MH, allerdings handelte es sich dabei um einen sehr geringen Anteil. Die Gruppe der Frauen mit MH der zweiten und dritten Generation, der Frauen mit einem migrierten Elternteil und der Frauen ohne MH wurden jeweils annähernd vollständig von einem Frauenarzt betreut. Deshalb lässt sich die Hypothese, dass Schwangere mit MH im Vergleich zu Schwangeren ohne MH die ärztliche Schwangerenvorsorge deutlich seltener in Anspruch nehmen als Frauen ohne MH nur für Migrantinnen der ersten Generation bestätigen.

Ähnliche Ergebnisse beschrieben auch Gissler et al. (1998): Migrantinnen in Finnland (eine Unterteilung in Migrationsgrade ist nicht gegeben) erhielten zu 1% keine Schwangerschaftsvorsorge im Vergleich zu 0,2 % der Finninnen.^{42,48} Auch bei Gissler et al. (1998) handelt es sich somit um einen relativ geringen Anteil. Im Gegensatz dazu schilderten Potter et al. (2009), dass 35,3% der US Amerikanerinnen in den USA keine Schwangerschaftsvorsorge beanspruchten gegenüber 11,1% der Migrantinnen.^{42,49} Dabei ist zu bedenken, dass Potter et al. (2009) eine sehr geringe Fallzahl zur Analyse herangezogen haben (n=667).

Betrachtet man den Akkulturationsgrad, kann im Rahmen unserer Studie festgestellt werden, dass Frauen mit MH mit mittlerem Akkulturationsgrad in Berlin signifikant weniger von einem Frauenarzt betreut wurden als Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad, während der Unterschied zwischen Frauen mit MH mit geringem und hohem Akkulturationsgrad nicht signifikant war. Auch hierbei handelt es sich um einen relativ geringen Anteil nicht betreuter Frauen. Die Hypothese, dass mehr akkulturierte Frauen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen die ärztliche Schwangerenvorsorge häufiger in Anspruch nehmen, lässt sich somit nur für

Frauen mit mittlerem Akkulturationsgrad verifizieren, nicht aber für Frauen mit niedrigem Akkulturationsgrad. Deshalb lässt sich daraus folgern, dass es keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Akkulturationsgrad und der Tatsache, ob überhaupt eine ärztliche Schwangerenvorsorge stattfand, gibt. Nationale/internationale Literatur, welche anhand eines gebildeten Akkulturationsgrades die Inanspruchnahme der ärztlichen Schwangerenbetreuung heranzieht, ist nicht vorhanden, und kann deshalb nicht mit den Ergebnissen unserer Studie verglichen werden.

Einen indirekten Vergleich liefern allerdings Cervantes et al. (1999). Cervantes et al. (1999) unterteilten mehrere in den USA lebende Gruppen („*white women*“, „afroamerikanische Frauen“, „mexikanische Frauen“ und „puertoricanische Frauen“) jeweils in zwei Untergruppen: „eingeborene“ und in die USA „emigrierte“ Frauen. Während „eingeborene afroamerikanische“, „eingeborene mexikanische“ und „eingeborene puertoricanische“ Frauen jeweils ein höheres Risiko hatten keine Schwangerschaftsvorsorge zu besitzen, als die jeweilige „emigrierte“ Gruppe, hatten „eingeborene *white women*“ ein höheres Risiko keiner Schwangerschaftsvorsorge als „emigrierte *white women*“.^{42,50}

Daraus folgt, dass die meisten „eingeborenen“ Frauen mit MH in der Studie von Cervantes et al. (1999) ein höheres Risiko keiner Schwangerschaftsvorsorge hatten als die jeweilige „emigrierte“ Gruppe. Wenn man davon ausgehen kann, dass wahrscheinlich „eingeborene“ Frauen mit MH einen höheren Akkulturationsgrad besitzen als „emigrierte“ Frauen, würde daraus folgern, dass die meisten Frauen mit einem hohen Akkulturationsgrad in der Studie von Cervantes et al. (1999) ein höheres Risiko keiner Schwangerschaftsvorsorge besitzen als Frauen mit einem niedrigen Akkulturationsgrad, während eigene Studienergebnisse keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen Akkulturationsgrad und dem Vorhandensein einer ärztlichen Schwangerenvorsorge liefern.

Auch Fang et al. (1999) beschrieben, dass Afroamerikanerinnen, welche in den USA geboren wurden weniger wahrscheinlich eine Schwangerschaftsvorsorge hatten als Afroamerikanerinnen, welche in die USA emigrierten.^{42,51} Ebenso schilderten Singh und Yu (1996), dass die meisten ethnischen Gruppen, welche emigrierten (abgesehen von Kubanerinnen und *non-Hispanic Whites*) ein geringeres Risiko hatten im ersten Trimester keine Schwangerschaftsvorsorge zu beanspruchen als „eingeborene“ Frauen.^{42,52} Während Alexander et al. (1996) berichteten, dass US-gebürtige Frauen japanischen Ursprungs nur zu 0,5% keine Schwangerenvorsorge beanspruchen würden, und 0,9% der in die USA eingewanderten Japanerinnen.^{42,53} Somit weisen

sowohl Fang et al. (1999), Singh und Yu (1996) als auch Alexander et al. (1996) Ergebnisse konträr zu denen unserer Studie auf, da in diesen Studien ein ursprünglicher Zusammenhang zwischen „eingeborenen“ und „emigrierten“ Frauen mit MH existiert. Allerdings ist ein Vergleich zu eigenen Ergebnisse nur eingeschränkt möglich, da in diesen Studien kein Akkulturationsgrad erfasst wurde.

Abgesehen von Potter et al. (2009) ist den meisten dieser Studien eines gemeinsam: Die Prozentzahl der Frauen, welche keine Schwangerschaftsvorsorge erhielten, ist recht gering und die Unterschiede zwischen den Gruppen marginal.

4.1.1 Häufigkeit der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

Um die Hypothesen zu prüfen, ob Schwangere mit MH im Vergleich zu Schwangeren ohne MH die ärztliche Schwangerenvorsorge deutlich seltener in Anspruch nehmen und ob mehr akkulturierte Frauen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen die ärztliche Schwangerenvorsorge häufiger in Anspruch nehmen, muss nach der Betrachtung, ob überhaupt eine ärztliche Schwangerenbetreuung erfolgt, die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen analysiert werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Ergebnissen der logistischen Regressionsanalyse, wodurch nach Aufschlüsselung mehrerer Faktoren Migrantinnen keine signifikant geringere Anzahl von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen mehr besaßen, sondern Frauen mit MH der 2./3. Generation sogar eine signifikant höhere Anzahl als Frauen ohne MH, erscheint es plausibel, dass Faktoren (wie keine deutsche Staatsangehörigkeit, jüngeres Alter, Multiparität und niedrigerer Bildungsstatus), welche häufiger mit Migrationserfahrung assoziiert sind, die Inanspruchnahme beeinflussen. Dies belegen auch eigene Ergebnisse.

Unsere Ergebnisse bestätigen deshalb die Studienhypothese, dass Migration in diesem Zusammenhang ein eigenständiger Risikofaktor ist, nicht. Deshalb kann die Hypothese, dass Schwangere mit MH im Vergleich zu Schwangeren ohne MH die ärztliche Schwangerenvorsorge deutlich seltener in Anspruch nehmen im Hinblick auf die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen, widerlegt werden.

Heaman et al. (2012) berichteten, dass acht von zwölf Studien ihres systematischen Reviews herausfanden, dass Migrantinnen eine geringere Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nahmen.^{35,42,48,52-57} In zwei dieser zwölf Studien wurde gezeigt, dass Migrantinnen eine signifikant höhere Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen als Frauen ohne MH hatten.^{42,49,51} Zwei weitere Studien zeigten keine signifikanten Ergebnisse.^{26,42,50} Dieses recht heterogene Bild kann teilweise durch unterschiedliche Definitionen einer ausreichenden bzw. üblichen Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen in den jeweiligen Ländern, in denen die Studien durchgeführt wurden, bedingt sein (von keiner Vorsorgeuntersuchung bis zu einer Anzahl kleiner 11 Vorsorgeuntersuchungen). Im Gegensatz zu den Ergebnissen des Großteils der Studien des systematischen Reviews (welche herausfanden, dass Migrantinnen eine geringere Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen beanspruchten) geben eigene Studienergebnisse dieses Bild nicht wieder.

Die im Rahmen unserer Studie erhaltenen Ergebnisse sind auch konträr zu den Ergebnissen einer Publikation von Spallek et al. (2014), deren durchgeführte retrospektive Auswertung von Registerdaten der Perinatalerhebung sich ebenfalls auf die Stadt Berlin bezieht. Diese Publikation von Spallek et al. (2014) zeigt, dass das Risiko einer geringen Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen (<8) bei türkeistämmigen Frauen noch in den Jahren 2003-2007 wie auch schon zuvor in den Jahren 1993-1997 höher war als bei Frauen ohne MH.⁵⁸ Allerdings ist dabei auch zu beachten, dass Spallek et al. (2014) eine wesentlich höhere Fallzahl (in beiden Berechnungszeiträumen jeweils ca. 145.000 Schwangere) verwendet hat als unsere Studie, wodurch eine Vergleichbarkeit und Schlussfolgerung nur bedingt möglich ist.

Auch David et al. (2006) berichteten, dass in den Jahren 1993-1999 türkeistämmige Frauen in Berlin durchschnittlich eine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung weniger beanspruchten als deutsche Frauen, wobei der Median in allen Subgruppen (unterteilt wurde in soziale Klassenzugehörigkeit, Paritätsstatus und „türkeistämmige“ oder „deutsche“ Frauen) bei 10-13 Vorsorgeuntersuchungen lag.³⁵ Daraus folgt, dass auch zwischen 1993-1999 in Berlin sowohl türkeistämmige Frauen als auch „deutsche“ Frauen im Rahmen der „Mutterschutz-Richtlinien“ mit einer ausreichenden Anzahl an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen behandelt wurden. Die Ergebnisse unserer Studie lassen im Vergleich keine niedrigere Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen für Frauen mit Migrationshintergrund erkennen. Allerdings werden in unserer Studie mit Hilfe der logistischen Regressionsanalyse die Modelle für sozioökonomische Confounder („Alter“, „Parität“, „Bildungsabschluss“, „Staatsangehörigkeit“, „Raucher“, „Adipositas“), welche teilweise mit Migration assoziiert sind, adjustiert. Hingegen berücksichtigten David et al. (2006) „Paritätsstatus“ und „soziale Klassenzugehörigkeit“.³⁵ Wie

unsere Ergebnisse zeigen, existieren ohne Berücksichtigung der Confounder, welche in unserer Studie einbezogen wurden, sehr wohl Unterschiede. Auch aufgrund der Beachtung unterschiedlicher Confounder lässt sich die Publikation von David et al. (2006) mit den Ergebnissen unserer Studie, auch wenn sich beide auf den Raum Berlin beziehen, nur eingeschränkt vergleichen. Auch ein Vergleich zu anderen Studien gelingt deshalb nur bedingt.

Im Vergleich zu früheren Publikationen wie beispielsweise David et al. (2006), die von einer höheren Anzahl von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bei Nicht-Migrantinnen im Vergleich zu Migrantinnen berichten, lassen die Ergebnisse unserer Studie nicht (mehr) auf einen Unterschied zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund diesbezüglich schließen.^{3,35}

Die Betrachtung des Akkulturationsgrades in Bezug auf die Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen ergab laut eigenen Ergebnissen keine signifikanten Unterschiede, wodurch die Studienhypothese widerlegt werden kann, dass mehr akkulturierte Frauen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen die ärztliche Schwangerenvorsorge im Hinblick auf die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen häufiger in Anspruch nehmen würden.

Da der Akkulturationsgrad hinsichtlich der Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nur in unserer Studie berücksichtigt wurde, ist ein Vergleich mit nationaler/internationaler Literatur diesbezüglich leider nicht möglich.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die durchschnittliche Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen zufriedenstellend war, da die durchschnittliche Anzahl an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen aller Gruppen (der Frauen mit und ohne MH und aller Frauen mit MH unterschiedlichen Akkulturationsgrades) den „Mutterschafts-Richtlinien“ entspricht.

4.2 Zeitpunkt der Inanspruchnahme der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung

Die im Einleitungsteil vorgestellte Hypothese, dass Schwangere mit MH im Vergleich zu Schwangeren ohne MH später zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung kommen und die Hypothese, dass mehr akkulturierte Frauen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen früher zur ersten Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft kommen, können mit Hilfe der

Betrachtung des Zeitpunkts der Inanspruchnahme der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung analysiert werden.

Unsere Ergebnisse zeigen bezüglich des zeitlichen Aspekts, dass Schwangere mit Migrationshintergrund kein signifikant höheres Risiko einer späten ersten Schwangerschaftsvorsorge besitzen. Mit Hilfe der in unserer Studie verwendeten logistischen Regressionsanalyse lassen sich Faktoren aufschlüsseln, die einen Einfluss auf den zeitlichen Aspekt der Inanspruchnahme haben: Frauen mit zunehmender Parität (Bi- und Multipara), Frauen jüngeren Alters (< 25. Lebensjahr), Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss, mit Adipositas, ohne deutsche Staatsangehörigkeit und Raucherinnen kamen signifikant später zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung. Somit zeigt sich, dass sozioökonomische Faktoren einen wichtigeren Einfluss auf den zeitlichen Aspekt der Schwangerschaftsvorsorge besitzen als der Migrationsstatus. Da vor der Adjustierung dieser Faktoren in der logistischen Regressionsanalyse Migrantinnen der ersten Generation signifikant später zur ersten Vorsorgeuntersuchung kamen, lässt sich auf einen Zusammenhang zwischen einigen dieser Faktoren und dem Migrationsstatus schließen. Einen eigenständigen Risikofaktor bildet der Migrationsstatus allerdings nicht. Nach Adjustierung dieser Faktoren zeigte sich hingegen sogar, dass Frauen mit MH der zweiten und dritten Generation signifikant früher zur ersten Schwangerschaftsvorsorge kamen als Frauen ohne MH. Deshalb lässt sich anhand eigener Ergebnisse die Hypothese, dass Schwangere mit MH im Vergleich zu Schwangeren ohne MH später zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung kommen, widerlegen.

Heaman et al. (2012) zeigten, dass neunzehn der in ihrem Review betrachteten Studien eine unzureichende Inanspruchnahme durch eine zeitlich späte Vorsorge definierten, wobei die meisten Studien eine späte Vorsorge durch eine erste Inanspruchnahme nach dem ersten Trimester bestimmten.^{42,48,50-52,54,55,59-69} Alle neunzehn Studien sahen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Migration und dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme, wobei achtzehn Studien feststellten, dass Migrantinnen später zur ersten Vorsorge kamen.⁴² Eine Studie aus den USA⁵¹ stellte fest, dass Migrantinnen ein niedrigeres Risiko einer unzureichenden Schwangerschaftsvorsorgen hatten als Frauen ohne MH.⁴² Im Vergleich zu Heaman et al. (2012) zeigten unsere Ergebnisse bezüglich des zeitlichen Aspekts und des Migrationshintergrundes ein völlig anderes Bild.

Im Gegensatz zu unseren Ergebnissen berichtete auch Spallek et al. (2014) in einer durchgeführten retrospektiven Auswertung von Registerdaten der Perinatalerhebung, die sich

ebenfalls auf Berlin bezieht, dass sowohl in den Jahren 1993-1997 als auch in den Jahren 2003-2007 türkeistämmige Frauen ein höheres Risiko einer späten ersten Schwangerschaftsvorsorge (>12 SSW) hatten als Frauen ohne MH.⁵⁸ Auch David et al. (2006) berichteten, dass in den Jahren 1993-1999 in Berlin türkeistämmige Frauen später zur ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung kam als „deutsche“ Frauen.³⁵ Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Ergebnissen unserer Studie, so wäre eine Verbesserung des zeitlichen Aspekts der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung bei Schwangeren mit MH innerhalb deutscher Großstädte denkbar. Allerdings sind diese Studien nur bedingt miteinander vergleichbar. Zum einen, weil in unserer Studie alle Frauen mit MH eingeschlossen wurden (also eine andere Studienpopulation betrachtet wurde), zum anderen da unsere Modelle wie bereits erwähnt auf andere mögliche Confounder adjustiert wurden.

Eigene Ergebnisse zeigen, dass mehr akkulturierte Frauen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen nicht signifikant früher zur ersten Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft kommen, weshalb diese Studienhypothese widerlegt werden kann. Dabei zeigt die verwendete logistische Regressionsanalyse weder vor noch nach Adjustierung sozioökonomischer Faktoren bezüglich des Akkulturationsstatus im Hinblick auf den zeitlichen Aspekt der ersten Vorsorgeuntersuchung signifikante Unterschiede. Da es keine nationale/internationale Literatur gibt, die den zeitlichen Aspekt der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung in Bezug auf unterschiedliche Akkulturationsgrade betrachtet, können eigene Ergebnisse leider nicht diesbezüglich verglichen werden.

Laut unseren Ergebnissen scheint weder Migrationsstatus noch Akkulturationsgrad ein eigenständiger Risikofaktor für eine späte erste Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge zu sein. Vielmehr beeinflussen Faktoren, welche mit Migration assoziiert sind, den zeitlichen Aspekt der Schwangerschaftsvorsorge.

4.3 Zeitpunkt und Häufigkeit der Inanspruchnahme der Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft

Um die Hypothesen zu prüfen, dass Schwangere mit MH im Vergleich zu Frauen ohne MH weniger Ultraschalluntersuchungen in Anspruch nehmen, dass Frauen mit MH im Vergleich zu Frauen ohne MH die Ultraschalluntersuchung später in Anspruch nehmen, dass mehr akkulturierte Frauen mit MH im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen mit MH die Ultraschalluntersuchung häufiger in Anspruch nehmen und, dass mehr akkulturierte Schwangere im Vergleich zu weniger akkulturierten Schwangeren die Ultraschalluntersuchung früher in Anspruch nehmen, müssen Zeitpunkt und Häufigkeit der Inanspruchnahme der Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft analysiert werden.

Die Hypothese, dass Frauen mit MH im Vergleich zu Frauen ohne MH weniger Ultraschalluntersuchungen beanspruchen, kann für Migrantinnen der 1. Generation und für Frauen mit MH der 2. und 3. Generation, nicht aber für Frauen mit einem migrierten Elternteil, anhand eigener Ergebnisse bestätigt werden. Der Akkulturationsgrad zeigte diesbezüglich keinen signifikanten Einfluss, weshalb die Hypothese, dass mehr akkulturierte Frauen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen die Ultraschalluntersuchung häufiger in Anspruch nehmen würden, widerlegt werden kann.

Das Ergebnis, dass durchschnittlich 4,3 Ultraschalluntersuchungen in Anspruch genommen wurden, wobei die „Mutterschafts-Richtlinien“ 3 Basis-Ultraschalluntersuchungen vorsehen, spricht für eine gute Versorgung der Schwangeren mittels Ultraschall in dem eigenen, untersuchten Kollektiv. Auch der durchschnittliche Wert der Ultraschalluntersuchungen bei Schwangeren mit MH liegt innerhalb dieser Richtwerte.

Anhand unserer Studienergebnisse für Frauen über 35 Jahre (welche eine höhere Zahl von Ultraschalluntersuchungen aufwiesen) lässt sich vermuten, dass dies auf das Vorhandensein einer Risikoschwangerschaft (welche „per se“ durch das Überschreiten des 35. Lebensjahres bei Primiparität definiert wird) zurückzuführen ist.

Die Tatsache, dass Frauen mit MH zum Zeitpunkt der Schwangerschaft durchschnittlich jünger waren, könnte eine Erklärung für die eigenen Studienergebnisse liefern. Die geringere Anzahl

der Ultraschalluntersuchungen bei Frauen mit MH könnte sich also durch das durchschnittlich jüngere Alter von Schwangeren mit MH begründen.

Leider gibt es kaum nationale/internationale Literatur, welche sich auf die Anzahl der Ultraschalluntersuchungen und den Zeitpunkt der ersten Unterschalluntersuchung hinsichtlich des Migrationshintergrundes und des Akkulturationsgrades bezieht. Nabielek (1998) beschreibt, dass in den 1990ern in Deutschland durchschnittlich sowohl für Frauen ohne MH als auch für türkeistämmige Frauen ein Median von 4 Ultraschalluntersuchungen vorhanden war.⁷⁰ Verglichen mit durchschnittlich 4,3 Ultraschalluntersuchungen im eigenen Studienkollektiv, lässt sich auf eine annähernd gleichbleibende Quantität der Ultraschalluntersuchung seit den 1990er Jahren für Frauen mit und ohne Migrationshintergrund schließen. Die Qualität der Ultraschalluntersuchungen kann damit allerdings nicht beurteilt werden.

Die eigenen Ergebnisse wiesen den durchschnittlichen Zeitpunkt des ersten Ultraschalls in der 11. SSW auf (welche laut „Mutterschafts-Richtlinien“ in der 8+0 bis 11+6 SSW erfolgen sollte), wodurch sie sich im vorgeschlagenen Rahmen befinden. Für Migrantinnen der 1. Generation hingegen liegt der durchschnittliche Zeitpunkt der ersten Ultraschalluntersuchung mit 12,1 SSW nicht mehr innerhalb dieser Richtlinien.

Die Hypothese, dass Frauen mit MH später zur ersten Ultraschalluntersuchung kommen als Frauen ohne MH, lässt sich anhand eigener Ergebnisse nur für Migrantinnen der 1. Generation belegen. Auch die Hypothese, dass weniger akkulturierte Frauen später zur ersten Ultraschalluntersuchung gehen als mehr akkulturierte Frauen wird durch eigene Studienergebnisse bestätigt.

Da das Alter der Schwangeren laut eigenen Ergebnissen nur einen Einfluss auf die Anzahl der Sonographien, nicht aber auf den Zeitpunkt der ersten Sonographie hat, ist ein ursprünglicher Zusammenhang zwischen dem durchschnittlich jüngeren Alter der Schwangeren mit MH und einer späteren erste Sonographie unwahrscheinlich. Weitere Befragungen und Studien scheinen sinnvoll, um diesen Sachverhalt einer späteren ersten Ultraschalluntersuchung im Hinblick auf Migration und Akkulturationsgrad zu klären.

4.4 Häufigkeit der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik

Um die im Einleitungsteil genannten Hypothesen zu betrachten, dass Frauen mit MH im Vergleich zu Frauen ohne MH während der Schwangerschaft weniger Pränataldiagnostik und, dass mehr akkulturierte Frauen im Vergleich zu weniger akkulturierten Frauen mehr Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen, wurden die Anzahl der Chorionzottenbiopsien und die Anzahl der Amniozentesen analysiert.

Beide Untersuchungen wurden insgesamt recht selten in Anspruch genommen. Die eigenen Untersuchungsergebnisse zeigen bezüglich der Chorionzottenbiopsie keine Unterschiede zwischen Schwangeren mit und ohne MH oder zwischen Frauen mit MH unterschiedlichen Akkulturationsgrades. Allerdings beanspruchen Frauen mit MH der 2./3. Generation signifikant weniger Amniozentesen als Frauen ohne MH und Frauen mit MH niedrigen Akkulturationsgrades nutzen weniger Amniozentesen als Frauen mit MH hohen Akkulturationsgrades. Deshalb lassen sich die oben genannten Hypothesen nur im Hinblick auf die Amniozentese (für die genannten Subgruppen) belegen, nicht aber bezüglich der Chorionzottenbiopsie.

Dies könnte mehrere Erklärungen haben: Da laut eigenen Ergebnissen auch Schwangere welche älter als 35. Lebensjahre sind (und somit eine Risikoschwangerschaft besitzen) mehr Chorionzottenbiopsien als auch Amniozentesen beanspruchen, und da Frauen mit Migrationshintergrund durchschnittlich jünger sind, könnte dies den geringeren Bedarf an Amniozentesen erklären. Auch besitzen Frauen ohne MH laut eigenen Untersuchungen mehr Risikoschwangerschaften und Schwangerschaftsrisiken als Frauen ohne MH, wodurch in gewissen Fällen die Durchführung dieser Pränataldiagnostik (nach Durchführung anderer diagnostischer Möglichkeiten) eher gegeben ist. Aus Gründen einer verbesserten Ultraschalltechnik und anderer Umfeldfaktoren werden aktuell zunehmend weniger invasive Untersuchungen in der Pränataldiagnostik eingesetzt. Deshalb spricht die Durchführung einer Amniozentese oder einer Chorionzottenbiopsie nicht unbedingt für eine bessere Schwangerenbetreuung.

Da es kaum nationale/ internationale Literatur gibt, welche die Chorionzottenbiopsie und die Amniozentese hinsichtlich des Migrationshintergrundes und des Akkulturationsgrades untersucht, lassen sich eigene Ergebnisse damit nicht vergleichen. Interessanterweise beschreibt Nabilek (1998) einen Unterschied bei der Durchführung von Amniozentesen zwischen Frauen

ohne MH und Frauen türkischer Herkunft.⁷⁰ So erhielten laut einer Perinatalstudie in Niedersachsen und Bremen Ende der 1970er 1,5% der Frauen ohne MH und nur 0,4% der türkeistämmigen Frauen eine Amniozentese.⁷⁰ In den 1990er habe sich diese Quote in Deutschland verdreifacht, sei aber im Verhältnis zwischen Frauen ohne MH und Frauen türkischer Herkunft gleichbleibend.⁷⁰ Auch bei Hinzuziehen einer Altersindikation (>35. Lebensjahr) wurde bei 46% aller Frauen ohne MH über dem 35. Lebensjahr eine Amniozentese durchgeführt, während dies nur bei ca. 17% der türkeistämmigen Schwangeren über dem 35. Lebensjahr erfolgte.⁷⁰ Im Vergleich dazu zeigen eigene Untersuchungen ähnliche Ergebnisse, wobei heutzutage wie bereits erwähnt andere Möglichkeiten der Pränataldiagnostik bevorzugt werden, wodurch eine geringere Anzahl an Amniozentesen nicht für eine schlechtere Betreuung der Schwangeren sprechen muss.

4.5 Häufigkeit der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge nach Geschlecht des Frauenarztes

Laut eigenen Studienergebnissen kann die Hypothese, dass Frauen mit MH mehr weibliche Frauenärzte aufsuchen als Frauen ohne MH widerlegt werden. Die Hypothese, dass mehr akkulturierte Frauen häufiger einen männlichen Frauenarzt aufsuchen als weniger akkulturierte Frauen, wird bestätigt.

Da nationale/internationale Literatur zum Geschlecht des betreuenden Frauenarztes bezüglich des Migrationsstatus und des Akkulturationsgrades fehlt, können eigene Ergebnisse nicht damit verglichen werden.

Die Bevorzugung einer Frauenärztin durch Migrantinnen mit niedrigem oder mittlerem Akkulturationsgrad könnte beispielsweise auf eine zusätzliche Unsicherheit zurückzuführen sein, welche Untersuchungen beim Frauenarzt in einem anderen Land zu erwarten sind.

Vielleicht geschieht der Besuch einer Frauenärztin auch aufgrund des Anliegens des Partners, welcher seine schwangere Frau eventuell bevorzugt von einem weiblichen Frauenarzt untersucht

wissen will. Weitere Befragungen nach den Gründen für die Bevorzugung einer Frauenärztin durch weniger akkulturierte Frauen erscheinen sinnvoll.

4.6 Häufigkeit der Inanspruchnahme von weiteren Angeboten der Schwangerenbetreuung

Um die Hypothese zu untersuchen, dass Schwangere mit MH außer der medizinischen Vorsorge bei einem/r Frauenarzt/Frauenärztin weniger weitere Angebote der Schwangerenbetreuung während der Schwangerschaft in Anspruch nehmen als Schwangere ohne MH und die Hypothese, dass mehr akkulturierte Frauen mehr weitere Angebote der Schwangerenbetreuung in Anspruch nehmen als weniger akkulturierte Frauen, wurde die Häufigkeit der Inanspruchnahme von weiteren Angeboten der Schwangerenbetreuung insgesamt betrachtet und die Art der weiteren Angebote nach ihrer Häufigkeit analysiert.

Eigene Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Frauen mit MH insgesamt die sogenannten weiteren Angebote der Schwangerenbetreuung (wie Schwangerschaftsgymnastik, Vorsorge durch eine Hebamme, Geburtsvorbereitungskurs usw.) signifikant seltener nutzen als Frauen ohne MH. Deshalb lässt sich die erste oben genannte Hypothese anhand eigener Ergebnisse bestätigen.

Nur einige Angebote wurden von Frauen mit MH signifikant häufiger genutzt als von Frauen ohne MH. Dazu zählen die finanzielle Hilfe der Bundesstiftung und die Unterstützung der Stiftung „Hilfe für die Familie“. Dies kann daraus folgen, dass laut unseren Ergebnissen das Schwangerschaftsrisiko „besondere soziale Belastung“ für Migrantinnen der ersten Generation erhöht war.

Da keine nationale/internationale Literatur weitere Angebote der Schwangerenbetreuung anhand des Migrationsstatus aufschlüsselt, ist ein Vergleich diesbezüglich nicht möglich.

Frauen mit MH mit niedrigem und mittlerem Akkulturationsgrad nahmen laut eigener Ergebnisse insgesamt signifikant weniger weitere Angebote in Anspruch als Frauen mit MH mit hohem Akkulturationsgrad, deshalb lässt sich auch die zweite oben genannte Hypothese belegen.

Auch werden die gleichen sogenannten weiteren Angebote (wie beispielsweise Schwangerschaftsgymnastik, Vorsorge durch eine Hebamme, Geburtsvorbereitungskurs, Informations-

veranstaltungen in Kliniken) von Frauen mit hohem Akkulturationsgrad als auch von Frauen ohne MH in Anspruch genommen. Unter anderem wiesen auch Dayan und Shvartzman (2013) auf ein ähnliches Phänomen hin: Mit zunehmender Aufenthaltsdauer würden Migranten in ihren Mustern (wie dem Gebrauch von präventiver Medizin) auf Grund von Akkulturationsprozessen der lokalen Bevölkerung gleichen.⁷¹

Im Gegensatz zu unseren Ergebnissen, dass weitere Angebote der Vorsorge weniger von Frauen mit MH niedrigeren Akkulturationsgrades genutzt werden, weisen andere Autoren einen negativen Aspekt eines höheren Akkulturationsgrades hinsichtlich ihres gesundheitlichen Verhaltens auf. So beschreibt David (2011) in Anlehnung an Ruiz et al. (2008) das Akkulturations-Paradox II folgendermaßen: „Gesundheitsverhalten, Risikofaktoren und gesundheitliche Lage verschlechtern sich mit zunehmender Akkulturation.“^{6,72} Auch Hawkins et al. (2014) schildern, dass schlechteres mütterliches Gesundheitsverhalten von Migrantinnen in den USA aus zunehmender Akkulturation resultiert.⁷³

Eine häufigere Inanspruchnahme von weiteren Angeboten der Schwangerenbetreuung könnte unterschiedliche Ursache haben: Zum einen kann es auf ein größeres Bewusstsein für die Wichtigkeit von Vorsorgemaßnahmen hindeuten und dadurch als eine größere Eigeninitiative, auf ein besseres Gesundheitsverhalten oder ein anderes Verständnis von Schwangerschaftsbetreuung ausgelegt werden. Zum anderen kann eine geringere Inanspruchnahme aber auch auf eine geringere Kenntnis über Möglichkeiten des Gesundheitssystems deuten, worauf unsere Ergebnisse (da ein höherer Akkulturationsgrad eine größere Inanspruchnahme zeigt) hinweisen.

Boerleider et al. (2013) veranschaulichen in ihrem systematischen Review, dass die Unkenntnis über das westliche Gesundheitssystem und schlechte Sprachkenntnisse die am häufigsten genannten Faktoren sind, welche eine Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorge behindern, während die Versorgung mit Informationen und die Betreuung in der jeweiligen Muttersprache die am häufigsten genannten Faktoren sind, welche die Inanspruchnahme erleichtern.⁷⁴ Es erscheint plausibel, dass dies auch für die Inanspruchnahme primär nicht medizinischer Schwangerschaftsvorsorge zutreffen könnte. Folglich wären eine bessere Informationsbereitstellung und eine Bereitstellung weiterer Schwangerschaftsbetreuungsangebote in anderen Sprachen empfehlenswert.

4.7 Häufigkeit des Arztwechsels im Rahmen der Schwangerenbetreuung

Die im Einleitungsteil beschriebenen Hypothese, dass Frauen mit MH ihren niedergelassenen Frauenarzt während der Schwangerschaft seltener wechseln als Frauen ohne MH und die Hypothese, dass mehr akkulturierte Frauen mit MH ihren niedergelassenen Frauenarzt während der Schwangerschaft häufiger wechseln als weniger akkulturierte Frauen mit MH, können anhand eigener Studienergebnisse verifiziert werden. Für die Betrachtung der Häufigkeit des Arztwechsels wurde die Anzahl der konsultierten Frauenärzte heran gezogen, auch wenn eine hohe Anzahl an konsultierten Ärzten nicht notwendiger Weise einen häufigen Arztwechsel implizieren muss.

Da keine nationale/internationale Literatur zur Häufigkeit des Arztwechsels während der Schwangerschaft hinsichtlich des Migrationsstatus oder des Akkulturationsstatus existiert, können eigene Studienergebnisse nicht diesbezüglich mit denen anderer verglichen werden.

Die Verifizierung der o.g. Hypothesen könnte beispielsweise aus einem anderen „Arztverständnis“ unterschiedlicher Kulturen resultieren. So könnten Frauen ohne MH häufiger ihren Arzt wechseln, da die Stellung des Arztes in der eigenen Kultur eine andere sein könnte, oder da das Vertrauen zu einem Arzt in der eigenen Kultur geringer sein könnte als in anderen Kulturen.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Anzahl der konsultierten Frauenärzte eine Aussage über die Qualität der Schwangerenbetreuung zulässt. So könnte eine hohe Anzahl an konsultierten Frauenärzten eine besonders intensive und gute Schwangerenbetreuung bedeuten, oder aber für eine hohe Unzufriedenheit der betreuten Schwangeren („doctor hopping“) sprechen.

4.8 Methodendiskussion

Die in dieser Arbeit verwendete Einteilung des Migrationsstatus nach Schenk et al. (2006) unterscheidet sich von der Einteilung anderer Studien, in denen oft nur zwei Gruppen gegenübergestellt werden: Migrantinnen vs. Nicht-Migrantinnen. Im Gegensatz zu unserem Projekt definieren Heaman et al. (2012) Migrantinnen als Frauen, welche aus ihrem Heimatland in ein westliches Land eingewandert sind, also nur Frauen, welche in einem anderen Land geboren sind und einen Einwanderungsprozess durchlebt haben. Es ergeben sich dadurch nur die zwei Gruppen der Migrantinnen und der Nicht-Migrantinnen.⁴² Knipper (2011) beschreibt diese Einteilung als „holzschnittartige Gegenüberstellung von Migranten und Nicht-Migranten.“⁷⁵ Durch die beschriebene Einteilung unserer Studie in unterschiedliche Generationen wird eine detailliertere Darstellung des Sachverhalts möglich.

Der Grad der Akkulturation wurde anhand der FRAKK (Frankfurter Akkulturationskala), welche im Methodenteil ausführlich beschrieben wird, gemessen. Dies ist eine Erfassung des Akkulturationsgrades zu einem bestimmten Zeitpunkt, die eine Weiterentwicklung des Grades der Akkulturation außer Acht lassen muss.

4.9 Reichweite und Limitationen

Insgesamt hatte das Projekt durch die *face-to-face* Befragung eine hohe Rücklaufquote. Folgende Limitationen der Studie können benannt werden: Die Befragung der Studienteilnehmerinnen wurde durch mehrere *study nurses* und studentische Mitarbeiterinnen durchgeführt, sodass die Möglichkeit besteht, dass ein nicht einheitlicher Befragungsstil zur Beeinflussung der Ergebnisse in geringem Maße beigetragen haben könnte (*interobserver bias*). Gelegentlich wurde auch im Beisein von Begleitpersonen, Bettnachbarinnen, oder des medizinischen Personals befragt, wodurch Antworten beeinflusst sein könnten. Auch die Übersetzung mittels Dolmetschers oder mit Hilfe Angehöriger könnte Ergebnisse verfälschen. Die Fragebögen beinhalteten größtenteils geschlossene Fragen, wodurch ggf. manche Aspekte nicht erfasst worden sein könnten.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Limitationen in der diesen Datenanalysen zugrundeliegenden Studie nur sehr gering sind, und dass diese durch entsprechende Maßnahmen (wie beispielsweise die Interviewerinnen-Schulung und das Monitoring) entgegengewirkt wurde.

5. Schlussfolgerung

Insgesamt lässt sich anhand der Datenauswertung auf eine gute Versorgung schwangerer Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Berlin schließen. Unterschiede fielen nur in sehr geringfügigem Umfang für verschiedene Subgruppen auf.

Aus den Ergebnissen unserer Studie ist ersichtlich, dass weder der Migrationsstatus, noch der Akkulturationsgrad einen eigenständigen Risikofaktor für eine geringe Anzahl an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen oder eine späte erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung darstellt. Allerdings nahmen Migrantinnen der ersten Generation in sehr geringem Umfang häufiger keine ärztliche Schwangerenbetreuung in Anspruch als Frauen ohne MH. Deshalb sollten zukünftige Studien erforschen, weshalb keine ärztliche Schwangerenvorsorge erfolgte, um mögliche Ursachen zu beheben.

Insgesamt lässt sich aus unseren Ergebnissen schließen, dass eine adäquate Schwangerenversorgung für Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in Berlin gegeben ist.

Mit Hilfe der logistischen Regressionsanalyse konnten Faktoren identifiziert werden, welche die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorge beeinflussen: junge Schwangere (18-24 Jahre), Bi- und Multipara, Frauen mit niedrigem Bildungsstatus, Raucherinnen und Frauen ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Diese sozioökonomischen Faktoren sind (abgesehen vom Raucherstatus) laut eigener Ergebnisse mit Migration assoziiert. Da vor allem für Frauen ohne deutsche Staatsangehörigkeit eine besonders große Diskrepanz bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen auffiel, sollten vermehrt Angebote der Schwangerenversorgung entwickelt werden, die auf die Bedürfnisse dieser Frauen ausgelegt sind.

Unterschiede existierten in der Inanspruchnahme von weiteren Angeboten der Schwangerenversorgung: Frauen mit MH nahmen insgesamt weniger weitere Angebote der Schwangerenversorgung in Anspruch als Frauen ohne MH. Auch in der Art der weiteren Angebote unterschieden sie sich erheblich: So nahmen Schwangere ohne MH vor allem Schwangerschaftsgymnastik, die Vorsorge durch eine Hebamme, Geburtsvorbereitungskurse und Informations-

veranstaltungen in einer Klinik in Anspruch, während Frauen mit MH vermehrt die finanzielle Hilfe der Bundesstiftung und die Stiftung „Hilfe für die Familie“ nutzten.

Diese Inanspruchnahme der Bundesstiftung und der Stiftung „Hilfe für die Familie“ kann damit zusammenhängen, dass laut unseren Ergebnissen das Schwangerschaftsrisiko „besondere soziale Belastung“ für Migrantinnen der ersten Generation erhöht war.

Es scheint notwendig diese weiteren Angebote der Schwangerenbetreuung für Frauen mit MH zugänglicher zu machen, beispielsweise durch eine Verbesserung der Informationsbereitstellung oder durch eine Anpassung der Angebote an die Bedürfnisse der Schwangeren mit MH³ (wie eventuell die Bereitstellung von Kinderbetreuung während der Durchführung dieser Angebote oder eine Bereitstellung der Angebote in anderen Sprachen)⁷⁴. Eine genauere Befragung der Schwangeren mit MH, um deren Bedürfnisse zu erkennen, wäre sinnvoll.

Der Akkulturationsgrad hatte ebenfalls einen Einfluss auf die Inanspruchnahme weiterer Angebote, wobei Frauen mit einem hohen Akkulturationsgrad nicht nur mehr Angebote, sondern auch annähernd dieselben Angebote nutzen wie Frauen ohne MH. Daraus könnte man folgern, dass diesbezüglich eine Annäherung der Frauen hohen Akkulturationsgrades an das Gesundheitsverhalten der Frauen ohne MH stattfindet.

Die dargestellten Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die in Berlin befragten Frauen mit und ohne Migrationshintergrund insgesamt gut versorgt sind. Dieses Ergebnis lässt sich wahrscheinlich auch auf die Versorgungssituation in anderen deutschen Großstädten und Ballungsräumen übertragen.³ Zukünftige Studien sollten auf einer Erweiterung der Befragungsräume basieren, um neben deutschen Großstädten und Ballungsräumen die Versorgung von Schwangeren mit Migrationshintergrund in ländlichen Regionen zu erfassen.

Auch sollten sich weitere Studien mit der Zufriedenheit der Schwangeren mit der Versorgung befassen. So sollten in zukünftigen Studien vermehrt Fragebögen mit offenen Fragen für Verbesserungsmöglichkeiten gestellt werden, um kulturspezifische Wünsche zu erkennen. Dadurch könnte beispielsweise die Inanspruchnahme für weitere Angebote der Schwangerenbetreuung (wie Schwangerschaftsgymnastik, Vorsorge durch eine Hebamme oder Geburtsvorbereitungskurse) von Frauen mit Migrationshintergrund (v.a. der weniger akkulturierten Frauen) verbessert werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Destatis. Migrationshintergrund: Zahl der Zuwanderer in Deutschland so hoch wie noch nie. Statistisches Bundesamt, 2015. (Accessed September 27, 2015, at <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Migrationshintergrund.html#Tabellen>.)
2. Destatis. Bevölkerung nach Migrationshintergrund: Bevölkerung 2014 nach Migrationshintergrund und Ländern. Statistisches Bundesamt, 2015. (Accessed September 27, 2015, at <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/Tabellen/MigrationshintergrundLaender.html>.)
3. Brenne S, David M, Borde T, Breckenkamp J, Razum O. [Are women with and without migration background reached equally well by health services? The example of antenatal care in Berlin]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015;58:569-76.
4. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ("Mutterschafts-Richtlinien") in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 24. April 2014 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 27.06.2014 B3 in Kraft getreten am 28. Juni 2014. (Accessed October 10, 2014, at https://www.g-ba.de/downloads/62-492-883/Mu-RL_2014-04-24.pdf?)
5. Schenk L, Bau AM, Borde T, et al. [A basic set of indicators for mapping migrant status. Recommendations for epidemiological practice]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2006;49:853-60.
6. David M. Wenig Akkulturation-wenig Geburtsrisiko: Ist das paradox? In: David M, Borde T, eds. Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration. Wie beeinflussen Migration und Akkulturation soziale und medizinische Parameter? Frankfurt: Marbuse Verlag, 2011:81-100.
7. Zick A. Psychologie der Akkulturation. Neufassung eines Forschungsbereiches. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.
8. Berry JW, Kim U, Minde T, Mok D. Comparative studies of acculturative stress. Int Migr Review 1987;21:491-511.
9. Fuentes-Afflick E, Odouli R, Escobar GJ, Stewart AL, Hessol NA. Maternal acculturation and the prenatal care experience. J Womens Health (Larchmt) 2014;23:688-706.
10. Abraído-Lanza AF, Armbrister AN, Flórez KR, Aguirre AN. Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. Am J Public Health 2006;96:1342-6.
11. Rimbach E. [Pregnancies and labor in foreign nationals]. Arch Gynakol 1967;204:293-5.
12. Saurwein A. [Delivery in foreign women: frequency and indication of cesarean section]. Geburtshilfe Frauenheilkd 1969;29:728-34.

13. Wittlinger H, Beck HO, Brander U. [Problems of delivery in foreign workers. Report of 621 deliveries in foreign workers in the years 1966 to 1969]. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1971;31:1174-83.
14. Endl J, Tatra G. [Special aspects of obstetrics in foreign workers (author's transl)]. *Wien Klin Wochenschr* 1974;86:102-5.
15. Kollek B, Korporal J, Zink A. Totgeburtlichkeit und Säuglingssterblichkeit ausländischer Kinder in West-Berlin. *Gynäkologe* 1979;12:181-90.
16. David M, Borde T. Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt. In: Borde T, David M, eds. *Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt*. Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag, 2008:123-34.
17. Chan A, Roder D, Macharper T. Obstetric profiles of immigrant women from non-English speaking countries in South Australia, 1981-1983. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1988;28:90-5.
18. Grottian G. Zur Gesundheit ausländischer Frauen. Informationsdienst zur Ausländerarbeit 1983;1:53-7.
19. Schmidt E, Brandenburg B. Gesundheits- bzw. Krankheitserfahrung von Türken in West-Berlin. Ergebnisse einer Studie. Informationsdienst zur Ausländerarbeit 1983;1:62-4.
20. Grottian G. Die Probleme von Frauen aus der Türkei im Umgang mit medizinischen Diensten. Informationsdienst zur Ausländerarbeit 1986;4:30-2.
21. Tilli K. Die gesundheitliche Versorgung türkischer Frauen zwischen Volksmedizin und professionellem System. Informationsdienst zur Ausländerarbeit 1987;2:42-7.
22. Korporal J. Gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung von ausländischen Familien in der Bundesrepublik Deutschland. Informationsdienst zur Ausländerarbeit 1986;4:20-5.
23. Vangen S, Stoltenberg C, Skrondal A, Magnus P, Stray-Pedersen B. Cesarean section among immigrants in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:553-8.
24. Rizzo N, Ciardelli V, Gandolfi Colleoni G, et al. Delivery and immigration: the experience of an Italian hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;116:170-2.
25. Troe EJ, Raat H, Jaddoe VW, et al. Explaining differences in birthweight between ethnic populations. The Generation R Study. *BJOG* 2007;114:1557-65.
26. Malin M, Gissler M. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 2009;9:84.
27. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88:134-48.
28. Jans SM, Daemers DO, de Vos R, Lagro-Jansen AL. Are pregnant women of non-Northern European descent more anaemic than women of Northern European descent? A study into the prevalence of anaemia in pregnant women in Amsterdam. *Midwifery* 2009;25:766-73.
29. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. *Soc Sci Med* 2009;68:452-61.

30. Ríó I, Castelló A, Barona C, et al. Caesarean section rates in immigrant and native women in Spain: the importance of geographical origin and type of hospital for delivery. *Eur J Public Health* 2010;20:524-9.
31. Leslie JC, Galvin SL, Diehl SJ, Bennett TA, Buescher PA. Infant mortality, low birth weight, and prematurity among Hispanic, white, and African American women in North Carolina. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1238-40.
32. Page RL. Positive pregnancy outcomes in Mexican immigrants: what can we learn? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:783-90.
33. Zlot AI, Jackson DJ, Korenbrot C. Association of acculturation with cesarean section among Latinas. *Matern Child Health J* 2005;9:11-20.
34. González-Quintero VH, Tolaymat L, Luke B, et al. Outcome of pregnancies among Hispanics: revisiting the epidemiologic paradox. *J Reprod Med* 2006;51:10-4.
35. David M, Pachaly J, Vetter K. Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274:271-8.
36. Simoes E, Kunz S, Schmahl F. [Utilisation gradients in prenatal care prompt further development of the prevention concept]. *Gesundheitswesen* 2009;71:385-90.
37. Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkglenk M, Schwoerer P, Schmahl FW. Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz. Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998-2001. *Geburtsh Frauenheilk* 2003;61:535-45.
38. Sørbye IK, Daltveit AK, Sundby J, Stoltenberg C, Vangen S. Caesarean section by immigrants' length of residence in Norway: a population-based study. *Eur J Public Health* 2014.
39. Sørbye IK, Stoltenberg C, Sundby J, Daltveit AK, Vangen S. Stillbirth and infant death among generations of Pakistani immigrant descent: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:168-74.
40. Martínez-García E, Olvera-Porcel MC, de Dios Luna-Del Castillo J, Jiménez-Mejías E, Amezcua-Prieto C, Bueno-Cavanillas A. Inadequate prenatal care and maternal country of birth: a retrospective study of southeast Spain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012;165:199-204.
41. Spallek J, Razum O. Gesundheitschance. Frühzeitige Weichenstellung. *Deutsches Ärzteblatt* 2012;109:1869-70.
42. Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, et al. Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review. *Matern Child Health J* 2012.
43. Bongard S, Pogge SF, Arslaner H, Rohrmann S, Hodapp V. Acculturation and cardiovascular reactivity of second-generation Turkish migrants in Germany. *J Psychosom Res* 2002;53:795-803.
44. David M, Borde T, Brenne S, et al. Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women - Results of a Prospective Study in Berlin. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2014;74:441-8.
45. Blondel B, Marshall B. [Women with little or no prenatal care during pregnancy. Results of a study of twenty departments]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1996;25:729-36.

46. Services UDoHaH. *Healthy People 2010: Understanding and improving health* (2nd ed.). Washington, DC: US Government Printing Office; November 2000.
47. D'Ascoli PT, Alexander GR, Petersen DJ, Kogan MD. Parental factors influencing patterns of prenatal care utilization. *J Perinatol* 1997;17:283-7.
48. Gissler M, Geraedts, M., Hemminki, E., Bueckens, P. Insufficient prenatal care in Finland and Baden-Wurttemberg- Characteristics of woman and infant outcome. *European Journal of Public Health* 1998, September.;8:227-31.
49. Potter JE, Pereyra M, Lampe M, et al. Factors associated with prenatal care use among peripartum women in the Mother-Infant Rapid Intervention at Delivery study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:534-43.
50. Cervantes A, Keith L, Wyshak G. Adverse birth outcomes among native-born and immigrant women: replicating national evidence regarding Mexicans at the local level. *Matern Child Health J* 1999;3:99-109.
51. Fang J, Madhavan S, Alderman MH. Low birth weight: race and maternal nativity--impact of community income. *Pediatrics* 1999;103:E5.
52. Singh GK, Yu SM. Adverse pregnancy outcomes: differences between US- and foreign-born women in major US racial and ethnic groups. *Am J Public Health* 1996;86:837-43.
53. Alexander GR, Mor JM, Kogan MD, Leland NL, Kieffer E. Pregnancy outcomes of US-born and foreign-born Japanese Americans. *Am J Public Health* 1996;86:820-4.
54. Ny P, Dykes AK, Molin J, Dejin-Karlsson E. Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community-based study in Malmö, Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:805-13.
55. Zeitlin J, Bucourt M, Rivera L, Topuz B, Papiernik E. Preterm birth and maternal country of birth in a French district with a multiethnic population. *BJOG* 2004;111:849-55.
56. El Reda DK, Grigorescu V, Posner SF, Davis-Harrier A. Lower rates of preterm birth in women of Arab ancestry: an epidemiologic paradox--Michigan, 1993-2002. *Matern Child Health J* 2007;11:622-7.
57. Guendelman S, Buekens P, Blondel B, Kaminski M, Notzon FC, Masuy-Stroobant G. Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium. *Matern Child Health J* 1999;3:177-87.
58. Spallek J, Lehnhardt J, Reeske A, Razum O, David M. Perinatal outcomes of immigrant women of Turkish, Middle Eastern and North African origin in Berlin, Germany: a comparison of two time periods. *Arch Gynecol Obstet* 2014;289:505-12.
59. Rowe RE, Magee H, Quigley MA, Heron P, Askham J, Brocklehurst P. Social and ethnic differences in attendance for antenatal care in England. *Public Health* 2008;122:1363-72.
60. Zambrana R. Prenatal care and medical risk in low-income, primiparous, mexican-origin and African American women. *Families, systems & health*; 1996:349-59.
61. Blondel B, Marshall B. Poor antenatal care in 20 French districts: risk factors and pregnancy outcome. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:501-6.

62. Bengiamin MI, Capitman JA, Ruwe MB. Disparities in initiation and adherence to prenatal care: impact of insurance, race-ethnicity and nativity. *Matern Child Health J* 2010;14:618-24.
63. Alderliesten ME, Vrijkotte TG, van der Wal MF, Bonsel GJ. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women. *BJOG* 2007;114:1232-9.
64. David RJ, Collins JW. Differing birth weight among infants of U.S.-born blacks, African-born blacks, and U.S.-born whites. *N Engl J Med* 1997;337:1209-14.
65. Fuentes-Afflick E, Hessol NA, Bauer T, et al. Use of prenatal care by Hispanic women after welfare reform. *Obstet Gynecol* 2006;107:151-60.
66. Gould JB, Madan A, Qin C, Chavez G. Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: a dual epidemiologic paradox. *Pediatrics* 2003;111:e676-82.
67. Leslie JC, Diehl SJ, Galvin SL. A comparison of birth outcomes among US-born and non-US-born Hispanic Women in North Carolina. *Matern Child Health J* 2006;10:33-8.
68. Reichman NE, Kenney GM. Prenatal care, birth outcomes and newborn hospitalization costs: patterns among Hispanics in New Jersey. *Fam Plann Perspect* 1998;30:182-7, 200.
69. Sarnoff R, Adams E. Racial and ethnic disparities in the discordance between women's assessment of the timing of their prenatal care entry and the first trimester standard. *Matern Child Health J* 2001;5:179-87.
70. Nabielek UM. Unterschiede bei Schwangerschaft und Geburt zwischen deutschen und türkischen Frauen in Deutschland. Eine Längs- sowie Querschnittserhebung. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des doctor medicinae der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelm-Universität Münster. Duisburg 1998.
71. Dayan N, Shvartzman P. [Health behavior, preventative medicine, early detection, and utilization of women's health services among Ethiopian women immigrants in Israel]. *Harefuah* 2013;152:34-8, 58.
72. Ruiz RJ, Saade GR, Brown CE, et al. The effect of acculturation on progesterone/estriol ratios and preterm birth in Hispanics. *Obstet Gynecol* 2008;111:309-16.
73. Hawkins SS, Gillman MW, Shafer EF, Cohen BB. Acculturation and maternal health behaviors: findings from the Massachusetts birth certificate. *Am J Prev Med* 2014;47:150-9.
74. Boerleider AW, Wiegers TA, Manniën J, Francke AL, Devillé WL. Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:81.
75. Knipper M. Medizin, Migration und ethnisch-kulturelle Vielfalt: Perspektiven jenseits von "Integration" und "Zuwanderung". In: David M, Borde T, eds. *Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit in der Migration*. Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag, 2011:19-37.

7. Anhang

7.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geburtsland der Kindsmutter	31
Tabelle 2: Geburtsland der Mutter der Kindesmutter aller befragten Frauen mit Migrationshintergrund (in Prozent)	32
Tabelle 3: Betreuung durch einen Frauenarzt (in Prozent)	34
Tabelle 4: Inanspruchnahme einer Chorionzottenbiopsie (Angaben in Prozent)	46
Tabelle 5: Inanspruchnahme einer Amniozentese (Angaben in Prozent)	48
Tabelle 6 : Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung nach Migrationsstatus der Schwangeren (Angaben in Prozent)	52
Tabelle 7: Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung nach Akkulturationsgrad (Angabe in Prozent).....	54
Tabelle 8: Häufigkeit von ausgewählten Schwangerschaftsrisiken im Gesamtkollektiv (Angaben in Prozent).....	58

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Migrationsstatus der Studienteilnehmerinnen (Angabe in Prozent, auf- bzw. abgerundet)	29
Abbildung 2: Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach Migrationsstatus (Poisson-Regression- endgültiges Model, Y-Achse: RR, X-Achse: unterschiedliche Variablen)	37
Abbildung 3: Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen nach Akkulturationsgrad der Schwangeren (Poisson-Regression, Y-Achse: RR, X-Achse: unterschiedliche Variablen)	38
Abbildung 4: Zeitpunkt der ersten Vorsorgeuntersuchung nach Schwangerschaftswoche und Migrationsstatus (Angabe in Prozent)- vor Adjustierung weiterer Variablen.....	39
Abbildung 5: Risiko einer späten ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung nach Migrationsstatus, Poisson-Regression- endgültiges Model (Y-Achse: RR, X-Achse: verschiedene Variablen).....	41
Abbildung 6: SSW der ersten Vorsorgeuntersuchung nach Akkulturationsgrad der Schwangeren (in Prozent)	42
Abbildung 7: Risiko einer späten ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung nach Akkulturationsgrad der Schwangeren (Poisson-Regression, Y-Achse: RR, X-Achse: unterschiedliche Variablen)	43
Abbildung 8: Durchschnittlicher Zeitpunkt der 1. Sonografie nach Migrationsstatus (Angaben in SSW)	45
Abbildung 9: Geschlecht des betreuenden Frauenarztes nach Migrationsstatus der Schwangeren (Angaben in Prozent).....	49
Abbildung 10: Geschlecht des betreuenden Frauenarztes nach Akkulturationsgrad der Schwangeren (Angaben in Prozent)	50
Abbildung 11: Inanspruchnahme weiterer Angebote der Schwangerenbetreuung (zusammengefasst) nach Migrationsstatus der Schwangeren (in Prozent)	51
Abbildung 12: Anzahl der konsultierten Frauenärzte nach Migrationsstatus in der Schwangerschaft bis zum Befragungszeitpunkt (in Prozent)	55
Abbildung 13: Anzahl der konsultierten Frauenärzte nach Akkulturationsgrad in der Schwangerschaft bis zum Zeitpunkt der Befragung (Y-Achse: Angaben in Prozent, X-Achse: Anzahl der Frauenärzte).....	56
Abbildung 14: Häufigkeit einer Risikoschwangerschaft laut Mutterpass nach Migrationsstatus (in Prozent)	57

7.3 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

7.4 Publikationen und Poster

- Publikation 1 inkl. Vortrag:

Breitenstein, S. Zufriedenheit und Informiertheitsgefühl bei Patientinnen nach Myomentfernung per Laparotomie. In: Abstract-Band: 6. Berliner Kongress. „Wissenschaftliches Arbeiten im Reformstudiengang“. Berlin: Selbstverlag (der Charité), 2010: 28-29.

Vortrag beim 6. Berliner Kongress „Wissenschaftliches Arbeiten im Reformstudiengang“ (der Charité), Berlin, den 16.07.2010

- Publikation 2 als Posterpräsentation:

Silke Breitenstein, Theda Borde, Oliver Razum, Silke Brenne, Jürgen Breckenkamp, Matthias David. Schwangerschaftsvorsorge: Vorläufige Ergebnisse eines Vergleichs von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund.

Posterpräsentation und Vortrag beim 4. Berliner Posterkongress „Wissenschaftliches Arbeiten im Reformstudiengang Medizin“ (der Charité), Berlin, den 05.07.2013.

7.5 Fragebogen

Forschungsprojekt:
„Der Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt: Perinataldaten von Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich“ (2010-2012)
Prof. Dr. med. Matthias David (Charité); Prof. Dr. Theda Bords, MPH (ASH Berlin)

Patienten Nr. |__|__|__|__|__|

Geburten Nr. |__|__|__|__|

Stand: 27.01.2011

Fragebogen 1: Befragung von Frauen in Berliner Geburtskliniken

A. Soziodemografische Angaben

1. **Wie lautet die Postleitzahl Ihres Wohnortes?**
|__|__|__|__|__|
2. **Wie alt sind Sie?**
|__|__| Jahre
3. **Haben Sie bereits eigene Kinder?**
 nein
 ja Wie viele? |__|__|
(Anzahl der eigenen Kinder)
4. **Mit wem wohnen Sie in einem Haushalt? (Mehrfachantworten möglich)**
 alleine
 mit Kind(ern)
 mit (Ehe-)Partner
 mit den Eltern
 mit den Schwiegereltern
 mit anderen Familienangehörigen
 in einer Wohngemeinschaft
 sonstiges (z.B. Wohnheim)
5. **Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?**
|__|__| (Anzahl der Personen)
6. **Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung/Ihr Haus?**
|__|__| (Anzahl der Zimmer ohne Bad und Küche)
7. **Wo sind Sie zur Schule gegangen?**
 entfällt, keine Schule besucht
 nur in Deutschland
 nur im Ausland
 in Deutschland und im Ausland
In welchem Land/ in welchen Ländern

8. **Wie lange haben Sie die Schule besucht? (Anzahl der Schuljahre)**
|__|__| Jahre in Deutschland
|__|__| Jahre im Ausland
9. **Welchen Schulabschluss haben Sie? (Kreuzen Sie Ihren höchsten Schulabschluss an)**
 keinen Schulabschluss/ nur Grundschule
 Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss/ POS/ Mittelschule
 Fachschul-/ Berufsschulabschluss
 Abitur/ Fachabitur
 Universitäts-/ Fachhochschulabschluss
10. **Haben Sie einen Beruf erlernt bzw. ein Studium abgeschlossen?**
 nein ja
Welchen/Welches?

11. **Sind Sie zurzeit berufstätig? (vor und während der Schwangerschaft)**
 nein ja
Welche Tätigkeit?

12. **Erwerbsstatus (vor und während der Schwangerschaft)**
 Angestellte/ Arbeiterin/ Beamtin
 selbständig oder freiberuflich tätig
 Studentin/ Schülerin/ Auszubildende
 Hausfrau
 vorübergehende Freistellung (z.B. Elternzeit)
 Sonstiges

13. **Erhalten Sie zusätzliche finanzielle Unterstützung durch: (Mehrfachnennung möglich)**
 Arbeitslosengeld I oder II (Hartz IV)
 Rente (z.B. Erwerbsunfähigkeitsrente)
 Unterstützung vom (Ehe-)Partner

- Unterstützung von den Eltern
- Bafög oder Ausbildungsförderung
- Sonstiges

- entfällt, keine Partnerschaft
 - in Deutschland
 - in einem anderen Land
- In welchem? _____

14. Planen Sie nach dem Mutterschutz (wieder) erwerbstätig zu sein?
- nein
 - ja, direkt nach der Mutterschutzfrist
 - ja, nach einer Elternzeit von
|_|_| Monaten
 - ja, aber erst später, wenn das Kind
|_|_| Jahre alt ist

19. Seit wann lebt Ihr Partner hauptsächlich in Deutschland?
- entfällt, keine Partnerschaft
 - seit seiner Geburt
 - seit |_|_|_|_| (Jahreszahl)
 - Wohnsitz ist nicht in Deutschland

15. Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen?
(Einkommen aller Haushaltsmitglieder abzüglich Steuern, inklusive Kindergeld, Elterngeld etc.)

- < 900 Euro
- 900-1500 Euro
- >1500-2600 Euro
- > 2600 Euro

20. Sind Sie mit dem Vater Ihres Kindes verwandt?
- nein
 - ja
- Wenn ja, Verwandtschaftsverhältnis? _____

21. Welcher Religion gehören Sie an?
- keiner weiter mit Frage 23.
 - christlich
 - muslimisch
 - anderer Religion
- Welcher? _____

16. Haben Sie derzeit eine feste Partnerschaft?
- nein
 - ja

22. Wie stark fühlen Sie sich Ihrer Religion verbunden?
- entfällt
 - gar nicht
 - wenig
 - mittel
 - stark

17. Leben Sie mit Ihrem (Ehe-)Partner zusammen?
- nein
 - ja

18. In welchem Land ist Ihr Partner geboren?

23. Wie zufrieden sind Sie derzeit mit den folgenden Lebensbereichen?
(bitte kreuzen Sie in jeder Reihe ein Feld an)

0 = ganz und gar unzufrieden bisganz und gar zufrieden = 10

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wohnsituation											
Einkommen											
berufliche Situation											
familiäre Situation											
Gesundheit											
mit Ihrem Leben insgesamt											

B. Versorgungsaspekte

24. Wurden Sie während Ihrer Schwangerschaft von einem/ einer Frauenarzt/-ärztin betreut?
- nein ja
25. Welches Geschlecht hat Ihr/e niedergelassene/r Frauenärztin/ Frauenarzt, die/der Sie während dieser Schwangerschaft zuletzt betreut hat?
- weiblich männlich
26. Welche Nationalität hat diese/r Frauenarzt/ Frauenärztin?
- deutsch
 andere Nationalität
Welche? _____
 weiß ich nicht
27. Bei wie vielen niedergelassenen Frauenärzten/ Frauenärztinnen waren Sie insgesamt während dieser Schwangerschaft?
- |__|__| (Anzahl)
28. Wurden Sie während dieser Schwangerschaft auch von Frauenärzten/ Frauenärztinnen in Kliniken betreut?
- nein ja
29. Gehen Sie meist allein oder eher in Begleitung (z.B. mit Partner, Freundin, Familienangehörigen) zum Frauenarzt/ zur Frauenärztin?
- eher allein
 eher in Begleitung
30. Haben Sie außer der medizinischen Vorsorge bei einem/r Frauenarzt/ Frauenärztin weitere Angebote der Schwangerenbetreuung/ Geburtsvorbereitung während dieser Schwangerschaft genutzt?
- nein, keine weiteren
- Wenn ja (kreuzen Sie bitte alles an, was Sie genutzt haben)
- Schwangerschaftsgymnastik, -yoga, -sport, -schwimmen
 Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme
 Geburtsvorbereitungskurs
 Informationsabende und Besichtigungstermine in Kliniken
 Informationsabende und Besichtigungstermine in Geburtshäusern
 Beratung zur Elternzeit/ Elterngeld
 soziale Beratung in einer Schwangerschaftsberatungsstelle
 finanzielle Unterstützung von der Bundesstiftung "Mutter und Kind"
 finanzielle Unterstützung von der Stiftung "Hilfe für die Familie"
 psychologische Beratung
 andere Angebote, welche
-
-
-
31. Wer unterstützt Sie nach der Geburt Ihres Kindes zu Hause? (Mehrfachnennung möglich)
- Partner
 andere Familienangehörige
 Freunde/Bekannte/Nachbarn
 Familienpflege
 Hebamme
 niemand

32. Durch welche Medien und Personen informieren Sie sich in der Regel zu Fragen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Gesundheit?

(bitte kreuzen Sie in jeder Reihe ein Feld an)

	oft	manchmal	selten	nie
Internet				
Fernsehen/ Radio				
Zeitungen/ Zeitschriften/ Bücher / Broschüren				
Ärzte/innen/ Hebammen				
Familienangehörige/ andere Frauen				

C. Migration, Akkulturation, Kommunikation, soziale Netze

33. Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?

deutsch (1)

andere Sprache (2)

.....

zweisprachig:

..... und

Vater in Deutschland (1)

in einem anderen Land (2)

In welchem?

34. Wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie gut schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Ich habe

sehr gute geringe

gute keine

mittelmäßige Deutschkenntnisse

38. Verfügen Sie über

(bitte nur ein Feld ankreuzen)

die deutsche Staatsangehörigkeit

einen unbefristeten Aufenthaltsstatus

einen befristeten Aufenthaltsstatus (z.B. Asylbewerber)

sonstigen Status (z.B. Touristin, kurzfristiger Arbeitsaufenthalt u.a.)

35. In welchem Land sind Sie geboren?

in Deutschland (1)

in einem anderen Land (2)

In welchem?

39. Wenn Sie nicht in Deutschland geboren sind, wie sind Sie nach Deutschland gekommen?

entfällt, da in Deutschland geboren

(bitte nur ein Feld ankreuzen)

als Kind mit den Eltern hierher gezogen

zum (Ehe-)Partner nach Deutschland gezogen

Arbeitsaufnahme in Deutschland

zum Studium oder zur Ausbildung

aus politischen Gründen (Asyl)

als deutschstämmige Aussiedlerin

als Touristin

andere Wege (bitte benennen)

36. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?

seit meiner Geburt

seit |__|__|__|__| (Jahreszahl)

Wohnsitz ist nicht in Deutschland

37. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?

Mutter in Deutschland (1)

in einem anderen Land (2)

In welchem?

40. Haben Sie Familienangehörige in Berlin? (außer Kindern)

nein

ja

Wenn die Fragen 33, 35 und 37 mindestens einmal mit der Antwortmöglichkeit (2) beantwortet wurden, weiter mit Frage 41.

41. Fragen zur Akkulturation

Frankfurter Akkulturationsskala FRAKK (Bongard, Pogge, Arslaner, Rohrman & Hodapp, 2002)

		trifft überhaupt nicht zu ---	trifft im Wesentl ichen nicht zu --	trifft eher nicht zu -	teils- teils +/-	trifft etwas zu +	trifft im Wesentl ichen zu ++	trifft vollstän dig zu +++
1.	Ich benutze deutsche Massenmedien (TV, Tageszeitung, Zeitschriften etc.).	0	1	2	3	4	5	6
2.	In meiner Freizeit spreche ich die Sprache meines Herkunftslandes bzw. des Herkunftslandes meiner Eltern.	0	1	2	3	4	5	6
3.	Ich lebe stark nach den Traditionen meines Herkunftslandes bzw. des Herkunftslandes meiner Eltern.	0	1	2	3	4	5	6
4.	Ich fühle mich von meinen deutschen Nachbarn; Kollegen/innen; Mitmenschen angenommen.	0	1	2	3	4	5	6
5.	Ich habe kein Interesse daran, mich mit Deutschen anzufreunden.	0	1	2	3	4	5	6
6.	Einen Deutschen in der Verwandtschaft kann ich mir gut vorstellen.	0	1	2	3	4	5	6
7.	Es belastet mich, in der deutschen Gesellschaft zu leben.	0	1	2	3	4	5	6
8.	Ich verfolge die politischen Geschehnisse in Deutschland.	0	1	2	3	4	5	6
9.	Wenn ich Probleme habe, spreche ich darüber mit anderen Personen aus meinem Herkunftsland bzw. dem Herkunftsland meiner Eltern.	0	1	2	3	4	5	6
10.	Ich fühle mich von der deutschen Gesellschaft akzeptiert.	0	1	2	3	4	5	6
11.	Ich habe keine deutschen Freunde.	0	1	2	3	4	5	6
12.	Im Laufe der Zeit hat die Religion eine immer stärkere Bedeutung für mich bekommen.	0	1	2	3	4	5	6
13.	Ich möchte mein Leben in Deutschland verbringen.	0	1	2	3	4	5	6
14.	Ich mache Gebrauch von Massenmedien aus meinem Herkunftsland bzw. aus dem Herkunftsland meiner Eltern (TV, Tageszeitung, Zeitschriften etc.).	0	1	2	3	4	5	6
15.	Meine Freunde kommen zum größten Teil aus meinem Herkunftsland bzw. aus dem Herkunftsland meiner Eltern.	0	1	2	3	4	5	6

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Interviewerbogen: Fragebogen 1

42. Erhebungsstandort

- Vivantes Klinikum am Urban
 Vivantes Klinikum Neukölln
 Charité Campus Virchow Klinikum

43. Station in der Klinik

- Schwangerenberatung
 Präpartale Station
 Kreißsaal
 Wochenbettstation

44. Interviewerin |__|__|__|__|

45. Befragungszeitpunkt

Datum

Uhrzeit: von bis

46. Befragungsdauer |__|__| Minuten

47. Sprache des Interviews

- deutsch türkisch
 andere Sprache
.....
 zweisprachig:
..... und

48. Sprache des Fragebogens

- deutsch türkisch
 englisch arabisch
 kurdisch russisch
 französisch
 andere Sprache
.....
 zweisprachig:
..... und

53. Sonstige Bemerkungen

.....
.....
.....
.....

49. Die Schwangere war während der Befragung

- allein mit der Interviewerin
 in Begleitung von

.....

50. Wenn in Begleitung: wurde das Gespräch von der Begleitperson gedolmetscht?

- nein ja

51. Wurde das Interview mit Hilfe anderer gedolmetscht?

- nein ja
wenn ja, durch wen/wie?
 Audioübersetzung
 andere Interviewerin per Telefon
 andere Person nämlich:

.....

52. Unterbrechung während des Interviews

- nein
 ja

wenn ja, Grund?

.....

.....

.....

(Unterschrift der Interviewerin)

8. Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Silke Breitenstein, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Vergleichende Analyse von Schwangerschaftsbetreuungsparametern von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Silke Breitenstein hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1 als Publikation in einem Abstract-Band der Charité inkl. Vortrag:

Silke Breitenstein. Zufriedenheit und Informiertheitsgefühl bei Patientinnen nach Myomentfernung per Laparotomie. In: Abstract-Band: 6. Berliner Kongress. „Wissenschaftliches Arbeiten im Reformstudiengang“. Berlin: Selbstverlag (der Charité), 2010: 28-29.

Beitrag im Einzelnen: Datensammlung und -auswertung im Rahmen der Ergebnisdokumentation, Literaturrecherche und -auswertung, Erstellen einer Ergebnisdokumentation und eines Abstracts, Vortrag am 16.07.2010.

Publikation 2 als Posterpräsentation:

Silke Breitenstein, Theda Borde, Oliver Razum, Silke Brenne, Jürgen Breckenkamp, Matthias David. Schwangerschaftsvorsorge: Vorläufige Ergebnisse eines Vergleichs von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund.

Posterpräsentation beim 4. Berliner Posterkongress „Wissenschaftliches Arbeiten im Reformstudiengang Medizin“ (der Charité), am 05.07.2013.

Beitrag im Einzelnen: Erstellen des Posters und Vortrag.

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

9. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich recht herzlich meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Matthias David danken, der mir dieses Thema zur Verfügung stellte, mein Interesse dafür weckte, mich sehr gut betreute und oftmals mit Rat und Tat zur Seite stand.

Mein Dank geht ebenfalls an Prof. Dr. Theda Borde MPH (ebenfalls Projektleitung) für das Korrekturlesen meiner Dissertation und für ihre vielen hilfreichen Ratschläge.

Ein besonderer Dank gilt Frau Silke Brenne MPH, der Projektkoordinatorin, welche mir oft bei konkreten Fragestellungen weiterhalf und auch Teile dieser Arbeit Korrektur las.

Ebenso bedanke ich mich bei Herrn Dr. Jürgen Breckenkamp, der Unmengen an Daten in wertvolles Material „verzauberte“ und jederzeit bei statischen Fragestellungen behilflich war. In diesem Zusammenhang bedanke ich mich besonders bei Prof. Dr. med. Oliver Razum.

Ich bedanke mich bei der DFG für die finanzielle Unterstützung dieses Projekts. Auch Danke an die vielen studentischen Mitarbeiterinnen und *study nurses* für das fleißige Durchführen der Interviews.

Ebenso bedanke ich mich bei all den Menschen, die an dem Projekt beteiligt waren oder mir auf die ein oder andere Art und Weise beim Erstellen dieser Arbeit halfen.

Danke an meine Familie und meine Freunde, die mich auf jegliche Art und Weise während dieser Zeit unterstützen. Besonders bedanke ich mich bei Andreas Altenhof. Gedankt sei auch meinen fleißigen Korrekturlesern Rudolf Mörgeli, Esther Breitenstein, Astrid Dietze und Michael Breitenstein.

Nicht zuletzt sei den vielen Studienteilnehmerinnen für ihre Teilnahme gedankt.