



forMed statistics
for medicine



Reproduktive Gesundheit von Migrantengruppen.

Risikounungleichheit und Interventionsmöglichkeiten.

2006

Paola Bollini, MD Dr.PH

Philippe Wanner, PhD

in Zusammenarbeit mit

Sandro Pampallona, ScD

Urszula Stotzer, BA

Alexis Gabadinho, MA

Bruce Kupelnick, BA

Dieses Forschungsprojekt wurde mit dem BAG Vertrag Nr. 03.001482 /2.24.02. /-232 unterstützt.

Zusammenfassung

Hintergrund

Viele aktuelle Studien zur reproduktiven Gesundheit¹ von Migrantinnen zeigen deutlich ein schlechteres Gesundheitsniveau dieser Bevölkerungsgruppe im Vergleich zu einheimischen Frauen. Zu den grösseren Risiken gehören unerwünschte Schwangerschaften insbesondere bei Jugendlichen, ein höheres HIV/Aids-Risiko im Vergleich zu Einheimischen und mehr Schwangerschaften mit ungünstigem Verlauf. Erklären lässt sich diese Situation unter anderem mit dem beschränkten Zugang zu Verhütungsmitteln, mit häufigen Brüchen in der Familiensituation als Folge der Migration, mit mangelhaft angepassten sexuellen und kontrazeptiven Praktiken aufgrund der aus dem Ursprungsland übernommenen Gewohnheiten und mit Barrieren in Bezug auf den Zugang zu Präventionsbotschaften, zum Gesundheitssystem und zu pränatalen Untersuchungen. Die Rolle der Integrationspolitiken und ausländerspezifischen Gesundheitspolitiken im Bereich der reproduktiven Gesundheit ist nicht bekannt. Die vorliegende Studie will diese Lücke füllen, indem sie einen Überblick über die reproduktive Gesundheit von Migrantinnen in Europa liefert, gefolgt von einer vertieften Analyse der Situation in der Schweiz. Den ersten beiden Teilen liegen quantitative Methoden zugrunde, um Antworten auf gezielte Fragen zu erhalten, während ein dritter Teil den Zugang zum Gesundheitssystem der verschiedenen Migrantinnengruppen in der Schweiz mittels qualitativer Methoden untersucht.

Ziele, Methoden und Ergebnisse

Im Rahmen dieses Projekts wurden drei sich ergänzende Studien durchgeführt, um einen Beitrag zur Analyse und zum Verständnis der Faktoren zu erhalten, die sich auf Schwangerschaften und deren Verlauf bei Migrantinnengruppen in Europa und in der Schweiz auswirken.

1. Die erste Studie besteht aus einer Literaturübersicht und einer quantitativen Analyse aller in Europa publizierten epidemiologischen Studien zum Thema Schwangerschaftsverlauf bei Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen. Insgesamt wurden 119 Studien analysiert, wovon 64 (aus 12 verschiedenen Ländern) verwendet werden konnten. Von jeder dieser Studien wurden die Daten zu den negativen Folgen der Schwangerschaft und zu den Risikofaktoren genommen. Vier Indikatoren zum Schwangerschaftsausgang wurden im Detail analysiert (geringes Geburtsgewicht, Frühgeburt, perinatale Mortalität und kongenitale Missbildungen), unter Berücksichtigung zweier Risikofaktoren (Parität und Alter der Mutter). Die Analyse zeigt deutlich, dass migrierte Frauen bezüglich dieser Indikatoren im Vergleich zu einheimischen Frauen benachteiligt sind, wobei die Überrepräsentation je nach untersuchter Grösse zwischen 25% und 60% liegt. Die Folgen einer Schwangerschaft fallen zudem in jenen Ländern positiver aus, in denen eine aktivere Integrationspolitik betrieben wird (gemessen wird diese Politik an der Einbürgerungsrate und am Vorhandensein spezifischer Gesundheitsprogramme für nationale Minderheiten). Die Auswirkung der Variable „Herkunft“ bleibt selbst nach Angleichung von Alter und Parität signifikant (nur diese beiden Faktoren liessen sich in einer ausreichenden Anzahl Studien kontrollieren). Die Ergebnisse unserer Analyse bestätigen damit den Zusammenhang zwischen umwelt- und gesellschaftsbedingten Faktoren im weiten Sinne und Gesundheitsindikatoren, womit auch klar wird, dass in Einwanderungsländern zusätzliche Anstrengungen zur Integration und Akzeptanz von MigrantInnen und ethnischen Minderheiten nötig sind.

¹ Die WHO (*Global Policy Committee of the World Health Organization*, 2. Mai 1994, und das *WHO Position paper on health, Population and Development*, Kairo, 5.-13. September 1994) definiert diese wie folgt: "Reproductive health addresses the reproductive processes, functions and system at all stages of life. Reproductive health, therefore, implies that people are able to have a responsible, satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this are the right of men and women to be informed of and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of fertility regulation of their choice, and the right of access to appropriate health care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant."

2. Die Schweizer Daten zu Kindersterblichkeit und reproduktiver Gesundheit werden in einem zweiten Teil untersucht und diskutiert, wobei drei Grössen berücksichtigt wurden (Geburtsgewicht, Totgeburten, Kindersterblichkeit klassifiziert nach Überlebensdauer nach der Geburt). In den vergangenen Jahren wurden diese Daten nicht spezifisch nach Nationalität von Mutter oder Kind ausgewertet. Zudem vermerkt die Sterbestatistik seit 1998 beim Tod eines Kindes das Geburtsdatum dessen Mutter nicht mehr. Dies erschwert die Möglichkeit erheblich, das Kind in der Geburtenstatistik wieder zu finden und verhindert, dass eine Beziehung zwischen Kindersterblichkeit und Variablen wie Nationalität, Alter oder Zivilstand der Mutter oder der Geschwisterfolge hergestellt werden kann. Gewisse mortalitätsrelevante Determinanten im Zeitraum von Geburt des Kindes und Alter von einem Jahr wie beispielsweise Gewicht, Geschwisterfolge des Kindes oder Nationalität der Mutter werden im Todesschein nicht angegeben. Mit der paarweisen Zuordnung der Daten von Geburts- und Todesscheinen lässt sich dieses Problem zumindest teilweise lösen, indem man für jedes verstorbene Kind nach den Variablen im Geburtenregister sucht. Aufgrund methodologischer Einschränkungen liessen sich solche Datenabgleichungen nur für Todesfälle bis zum 31. Dezember 1997 vornehmen (für den Zeitraum von 1998 bis 2001 konnten nur die Angaben aus der Sterbestatistik berücksichtigt werden). In den letzten dreissig Jahren des 20. Jahrhunderts ist die Kindersterblichkeit in der Schweiz stark gesunken. Die Sterbewahrscheinlichkeit vor Erreichen des ersten Lebensjahres ging von 10,4 pro tausend Lebendgeburten in der Zeit von 1972 bis 1981 auf 5 pro tausend Lebendgeburten zwischen 1992 und 2001 zurück, was einer Halbierung des Risikos entspricht. Zwischen 1972-1981 und 1992-2001 näherte sich der Quotient für Kinder ausländischer Herkunft jenem für schweizerische Kinder an, mit Ausnahme des Quotienten für Kinder türkischer Nationalität. Ungeachtet des Zeitraums weisen Kinder türkischer Eltern ein deutlich höheres Sterberisiko auf als Kinder von Eltern anderer Nationalität. Bedauerlicherweise fehlen in der Zivilstandsstatistik Angaben zu Beruf oder sozioökonomischem Status der Eltern. Zur Untersuchung der Determinanten der Kindersterblichkeit wären solche Angaben aber unerlässlich, sollen nationalitätsbedingte Risikounterschiede mit den sozioökonomischen Bedingungen (Unterschiede in der Bevölkerungszusammensetzung je nach sozioökonomischem Status), mit der kulturellen Dimension (Unterschiede im Umgang mit/ Pflege von Säuglingen/Kleinkindern) oder mit institutionellen Aspekten (Barrieren beim Zugang zur Gesundheitsversorgung) in Beziehung gebracht werden.
3. In einem dritten Schritt wurde bei Schweizerinnen (Referenzgruppe), Türkinnen und Portugiesinnen eine Studie mittels Fokusgruppen (Diskussionsgruppen) durchgeführt. Man wollte damit in Erfahrung bringen, wie die Frauen die Schwangerschaft erleb(t)en und welche Beziehung sie zum schweizerischen Gesundheitssystem haben. Die Resultate bestätigen die Wichtigkeit eines qualitativen Ansatzes, um die Variationen des Gesundheitsniveaus zu verstehen, welche in den quantitativen Studien für die verschiedenen nationalen Gruppen beschrieben werden. Dieser Teil der Studie zeigt, dass Frauen, die in die Schweiz einwandern, manchmal mit vielerlei Stresssituationen konfrontiert sind, deren Gehalt sich je nach Nationalität und vermutlich auch je nach Dauer des Aufenthalts in der Schweiz unterscheiden kann. Alle teilnehmenden Frauen verfügten über eine Krankenversicherung und hielten sich legal in der Schweiz auf. Sie kamen entweder im Rahmen der Arbeitsmigration in unser Land (meistens als Ehefrauen von arbeitstätigen Männern) oder als Asylsuchende. Die Studienteilnehmerinnen gaben an, der Stress hänge mit den schwierigen Lebensbedingungen zusammen, mit ungeeigneter Arbeit während der Schwangerschaft, mit ungenügender Kommunikation mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens (was in Extremfällen zu einer gravierenden Einschränkung des Zugangs zum Gesundheitssystem führt) sowie mit der Wahrnehmung von Rassismus und Diskriminierung in der Gesellschaft. Zudem wurden Lücken bei der Information zu Fragen der reproduktiven Gesundheit genannt, vor allem von Seiten türkischer Frauen. Stress, ungeeignete Arbeit und Diskriminierung können auf verschiedene Art und Weise die reproduktive Gesundheit beeinträchtigen. So wurde beispielsweise in anderen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei schwarzen Frauen Nordamerikas, der Zusammenhang zwischen dem Gefühl von Diskriminierung, erhöhtem Blutdruck und verschiedenen Indikatoren der reproduktiven Gesundheit (geringes Geburtsgewicht, Frühgeburten) nachgewiesen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die drei Schwerpunkte dieser Studie weisen auf zahlreiche Aspekte hin, welche die Aufmerksamkeit der Gesundheitsbehörden erfordern.

Der internationale Literaturüberblick zeigt für europäische Länder verschiedene Schwangerschaftsausgänge bei Migrantinnengruppen, je nach Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer Integrationspolitik. Die Meta-Analyse ergibt positivere Schwangerschaftsindikatoren bei Migrantinnen, wenn ein Einwanderungsland über eine angemessene Integrationspolitik verfügt, die nicht nur die Lage für die Migrantinnen verbessert, sondern auch die gesamtgesellschaftliche Situation. Dieses zentrale Ergebnis sollte von den zuständigen Behörden bei der Umsetzung zukünftiger Programme unbedingt berücksichtigt werden: Eine Verbesserung des Gesundheitszustands der verschiedenen Migrantinnengruppen lässt sich nur dann erreichen, wenn deren gesellschaftlicher Beitrag mehr Akzeptanz und Wertschätzung erhält. In der Schweiz wird dieser Beitrag weitgehend ignoriert und im öffentlichen Diskurs manchmal sogar in Frage gestellt. Gesundheitsaktionen, die sich an Migrantinnen und Migranten richten, müssen deshalb Teil einer breiteren Politik zur Förderung von Gleichheit und Toleranz sein und darauf abzielen, bei allen Migrantengruppen das Gefühl der gesellschaftlichen Zugehörigkeit und Beteiligungsmöglichkeit zu entwickeln.

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (mit Ausnahme von Luxemburg) hat die Schweiz einen sehr hohen Ausländeranteil (egal ob niedergelassene MigrantInnen, Kurzaufenthalter oder Asylsuchende), wobei Migrantinnen eine erhöhte Lebendgeburtenrate aufweisen. Trotz dieser gesellschaftlichen Tatsache befassten sich in jüngster Zeit erst zwei epidemiologische Studien mit der Messung des Risikoniveaus bei Schwangerschaften von Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Frauen (Degrade et al., 1999; Lehmann et al., 1990). Die beiden Studien wiesen für einige Migrantinnengruppen Benachteiligungen in Bezug auf das Risiko nach. Angesichts der Migrationsrealität in der Schweiz und der Tatsache, dass bei einigen Migrantinnengruppen Probleme bei der reproduktiven Gesundheit nachgewiesen wurden, wäre es nötig, die Forschungskapazität für diesen Bereich zu erhöhen, um Antworten auf spezifische Fragen zur Gesundheit von MigrantInnen zu finden. Im Einklang mit dieser Empfehlung wäre es zudem sinnvoll, diese Forschung nicht auf Gesundheitsaspekte zu beschränken, sondern mit einem pluridisziplinären Ansatz auch rechtliche, wirtschaftliche, die Bildung betreffende und kulturelle Aspekte zu untersuchen, die gesundheitsrelevanten Einfluss haben.

Des Weiteren müssten standardisierte und einfache Indikatoren systematischer vorliegen, die sensibel auf die gesellschaftlichen Entwicklungen reagieren. Solche Indikatoren - sie bedürften einer Validierung - sollten sowohl die reproduktive Gesundheit messen (insbesondere die Folgen von Schwangerschaften) als auch die Risikofaktoren (dazu gehören sozioökonomischer Status, soziale Unterstützung, Art der Aktivität, Aufenthaltspapiere, usw.). Ein Koordinationsaufwand wäre zu leisten, um nicht nur über die Daten aus dem Zivilstandsregister zu verfügen (wie dies im zweiten Kapitel dieser Studie der Fall ist), sondern auch über Daten aus Spitälern, Frühgeburtensstationen oder Neonatologie sowie über Versicherungsdaten. Der Zugang zu diesen Daten stellt die nötige Voraussetzung dar, um einerseits das Monitoring und die Umsetzung von spezifischen, ursachenbezogenen Programmen zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen einzuleiten, und um andererseits Studiendesigns zu jenen Mechanismen zu entwickeln, die in gewissen Gruppen zu einem erhöhten Risiko führen.

Spezifische ethnische oder nationale Gruppierungen weisen im Vergleich zur Referenzbevölkerung schweizerischer Nationalität ein höheres Risiko für Kindersterblichkeit auf. Eine qualitative Analyse zu den Erfahrungen von türkischen und portugiesischen Frauen zeigt, dass sprachliche Barrieren eine adäquate Information und damit den richtigen Zugang zu den Gesundheitsdiensten einschränken. Bei türkischen Frauen wirkt sich zudem das Gefühl der gesellschaftlichen Isolierung und eines gewissen Rassismus ebenfalls als Risikofaktor aus. Die Fokusgruppen, die neben der Referenzgruppe (Frauen schweizerischer Nationalität) durchgeführt wurden, geben ebenfalls an, unter Stresssituationen zu leiden, vor allem wenn es um das Vereinbaren von Berufsleben und Schwangerschaft/Mutterschaft geht oder um die Vereinbarung gewisser Leistungen mit den Krankenkassen. Wichtig ist hier der Hinweis,

dass die durchgeführten Fokusgruppen zu einer Pilotstudie gehören, mit welcher die Machbarkeit und der Nutzen eines solchen Ansatzes dokumentiert wird. Mit den vorhandenen Ressourcen (es konnten acht Fokusgruppen durchgeführt werden) war es allerdings nicht möglich, eine qualitative Studie zu erarbeiten, die ein vollständiges Bild der sozialen und reproduktiven Erfahrungen der beiden Migrantinnengruppen bezogen auf die gesamtgesellschaftliche Situation in der Schweiz liefert. Zudem decken die Fokusgruppen nicht alle Migrantinnengruppen ab und sind damit nicht in der Lage, angemessene Angaben für die Umsetzung von Lösungen zu liefern, die sich auf sämtliche Probleme der reproduktiven Gesundheit bei Migrantinnen in der Schweiz beziehen. Für eine Detailanalyse der spezifischen Probleme jeder Migrantengruppe in der Schweiz wäre ein multidisziplinärer Ansatz erforderlich, der die diversen erwähnten Bereiche abdeckt (insbesondere Gesundheit, rechtliche Aspekte, wirtschaftliche Situation, Bildung). Der Einbezug von Meinungen und Vorschlägen anderer Gruppen sowie von Personen, die auf lokaler oder nationaler Ebene mit der reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen zu tun haben, wäre ebenfalls nötig. Die Umsetzung einiger Projekte in spezifischen Regionen der Schweiz oder im Ausland, bei denen sowohl Gesundheitsverantwortliche wie auch Mitglieder der Migrantengruppen integriert wurden, zeigt, wie die Gesundheitsbehörden und die Gemeinschaften zusammen arbeiten könnten, um bei Fragen der reproduktiven Gesundheit zu effizienten Lösungen zu gelangen. Solche Erfahrungen sollten übrigens nicht allein auf den Bereich der reproduktiven Gesundheit beschränkt bleiben, sondern auch andere relevante Aspekte der Gesundheit einbeziehen. Dabei kann die Schweiz ihren Pragmatismus und ihre Kreativität unter Beweis stellen, wie sie dies bereits in anderen heiklen Fragen der öffentlichen Gesundheit getan hat.