



Fachbereich Humanwissenschaften

**Soziale Aspekte der Frühgeburtlichkeit unter  
besonderer Berücksichtigung von Schwangeren mit  
Migrationshintergrund**

**Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.)  
des Fachbereichs Humanwissenschaften  
der Universität Osnabrück**

**vorgelegt  
von**

Claudia Berger

**geboren in**

Osnabrück

Osnabrück, 2012

## **Meinen Eltern**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>VI</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>IX</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>XIII</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>14</b>
<b>2 Frühgeburtlichkeit</b>	<b>19</b>
2.1 Terminologie und Epidemiologie der Frühgeburtlichkeit	19
2.2 Ätiologie der Frühgeburtlichkeit	23
2.2.1 Pathophysiologische Risikofaktoren von Frühgeburtlichkeit	25
2.2.2 Soziale Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit	26
2.2.2.1 Sozioökonomischer Status	27
2.2.2.2 Berufstätigkeit	29
2.2.2.3 Ethnizität	30
2.2.2.3.1 Latina Paradox	31
2.2.2.4 Life Events	40
2.2.2.5 Soziale Unterstützung	42
2.2.2.6 Lebensalter der Schwangeren	43
2.2.2.7 Rauchen in der Schwangerschaft	44
2.2.2.8 Familienstand	48
2.2.2.9 Vorausgegangener Schwangerschaftsabbruch	49
2.2.3 Prävention von Frühgeburtlichkeit	51
2.3 Medizinische Versorgung von Frühgeborenen	54
2.4 Postnatale Probleme von Frühgeborenen	57
2.5 Medizinische Langzeitfolgen von Frühgeburtlichkeit	61
2.6 Psychische Folgen von Frühgeburtlichkeit für die Eltern	65
2.7 Ökonomische Folgekosten von Frühgeborenen	66
<b>3 Migration</b>	<b>68</b>
3.1 Theoretische Ansätze zur Migration	69
3.2 Frauen und Migration	74
3.3 Historischer Überblick zur Migration in der Bundesrepublik Deutschland	76
3.4 Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland	77
3.4.1 Demografischer Überblick von Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland	79
3.4.2 Sozioökonomischer Status von Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland	90
3.4.3 Soziale Ungleichheit und Gesundheit	99
3.4.4 Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund	104
3.4.4.1 Kulturelle Unterschiede	108
3.4.4.2 Kommunikationsprobleme	112
3.5 Migrantinnen und Migranten mit türkischem Migrationshintergrund	114
3.5.1 Geschichte der türkischen Migration nach Deutschland	115
3.5.2 Religiosität	116

3.5.3	Soziale und familiäre Strukturen	119
3.6	Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus Osteuropa	123
3.6.1	Geschichte der Migration von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion	125
3.6.2	Religiosität	131
3.6.3	Soziale und familiäre Strukturen	135
<b>4</b>	<b>Migration in Niedersachsen</b>	<b>140</b>
4.1	Bevölkerungsstruktur in Niedersachsen	140
4.2	Sozioökonomischer Status von Menschen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen	143
<b>5</b>	<b>Forschungsstand: Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe in der Bundesrepublik Deutschland</b>	<b>146</b>
5.1	Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe	146
5.2	Soziokulturelle Unterschiede bei der gynäkologischen und geburtshilflichen Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund	148
5.2.1	Kulturelle Unterschiede von Frauen mit Migrationshintergrund bei der medizinischen Behandlung	148
5.2.2	Gynäkologische Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund	152
5.2.3	Schwangerschaft und geburtshilfliche Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund	154
5.3	Schwangerschaftsvorsorge und -risiken von Frauen mit Migrationshintergrund	157
5.4	Geburtshilfliches Outcome von Frauen mit Migrationshintergrund und ihren Kindern	164
<b>6</b>	<b>Entwicklung der Perinatalerhebung</b>	<b>169</b>
<b>7</b>	<b>Fragestellungen und Ziele</b>	<b>173</b>
7.1	Fragestellungen	173
7.2	Ziele	177
<b>8</b>	<b>Daten und Methodik</b>	<b>179</b>
8.1	Perinataldaten	179
8.2	Studiendesign und Validität	180
8.3	Methodik der Datenanalyse	183
8.3.1	Sozioökonomischer Status	186
8.3.2	Abbildung der Herkunftsregion von Frauen mit Migrationshintergrund in der Perinatalerhebung	191
8.3.3	Gestationsalter	195
8.3.4	Lebensalter	196
8.3.5	Familienstand	196
8.3.6	Vorsorge nach Mutterschaftsrichtlinien	196
<b>9</b>	<b>Datenanalyse</b>	<b>199</b>
9.1	Soziodemografische Daten der Schwangeren	199
9.1.1	Lebensalter der Schwangeren nach Herkunftsregionen und sozioökonomischem Status	199
9.1.2	Herkunftsregion	201
9.1.3	Berufstätigkeit während der Schwangerschaft	204

9.1.4	Sozioökonomischer Status	204
9.1.5	Familienstand	206
9.1.6	Parität	208
9.2	Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft	210
9.3	Schwangerschaftsvorsorge	210
9.4	Schwangerschaftsrisiken	214
9.4.1	Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung	217
9.4.2	Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese	218
9.4.3	Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese	220
9.4.4	Schwangerschaftsrisiko Schwangere < 18 Jahre	221
9.4.5	Schwangerschaftsrisiko Schwangere > 35 Jahre	222
9.4.6	Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung	224
9.4.7	Schwangerschaftsrisiko Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen	226
9.4.8	Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft	227
9.4.9	Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft	229
9.5	Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie	230
9.6	Geburtshilfliches Outcome: Frühgeburtlichkeit	231
<b>10</b>	<b>Frühgeburtlichkeit als Problem sozialer Lagen in Niedersachsen</b>	<b>236</b>
<b>11</b>	<b>Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit und der Herkunftsregion der Schwangeren</b>	<b>250</b>
<b>12</b>	<b>Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit mit der Herkunftsregion und dem sozioökonomischen Status der Schwangeren</b>	<b>267</b>
<b>13</b>	<b>Vorsorge und sozioökonomischer Status</b>	<b>277</b>
<b>14</b>	<b>Vorsorge von Schwangeren mit Migrationshintergrund</b>	<b>291</b>
<b>15</b>	<b>Diskussion</b>	<b>318</b>
15.1	Frühgeburtlichkeit als Problem sozialer Lagen in Niedersachsen	318
15.2	Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit und der Herkunftsregion der Schwangeren	324
15.3	Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit mit der Herkunftsregion und dem sozioökonomischen Status der Schwangeren	332
15.4	Vorsorge und sozioökonomischer Status	337
15.5	Vorsorge von Schwangeren mit Migrationshintergrund	340
15.6	Limitation der Studie	344
15.7	Zusammenfassung	347
15.8	Ausblick	351
<b>16</b>	<b>Anhang</b>	<b>354</b>
	<b>Literatur</b>	<b>366</b>
	<b>Verzeichnis der bisherigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Promotionsvorhaben</b>	<b>407</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	<b>409</b>

---

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGENS	Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten
AOR	adjustiertes Odds Ratio
Apgar	Appearance, Pulse, Grimace, Activity und Respiration
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
Art.	Artikel
ASSRdWD	Autonome Sozialistische Sowjetrepublik der WolgaDeutschen
BFP	Bund Freikirchlicher Pfingstgemeinden
BMI	Body Mass Index
BPD	bronchopulmonale Dysplasie
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
bspw.	Beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CI	Konfidenzintervall
cm	Zentimeter
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
d. h.	das heißt
DGEpi	Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
DRG	Diagnosis Related Groups
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EG	Europäische Gemeinschaft
ELBW	Extremely Low Birth Weight
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera (und so weiter)
EU	Europäische Union
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
g	Gramm

GG	Grundgesetz
GMDS	Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
GPS	Gute Praxis Sekundärdatenanalyse
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
HR	Hazard Ratios
i.S.d.	im Sinne des
ICD-10	International Classification of Diseases (in der 10. Version)
ICD-9	International Classification of Diseases (in der 9. Version)
ICH	Intracerebrales Hämatom
KfbG	Kriegsfolgenbereinigungsgesetz
LBW	Low Birth Weight
Min	Minute
MPS	Magnitude-Prestigeskala
n	statistische Kenngröße für die Anzahl der Fälle
N	statistische Kenngröße für die Anzahl der Grundgesamtheit
NICU	Neonatal Intensive Care Unit (neonatologische Intensivstation)
NPE	Niedersächsische Perinatalerhebungen
O. A.	ohne Angabe
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
p.m.	post menstruationem
PASW	Predictive Analysis SoftWare
pH	pondus Hydrogenii
PVL	periventrikuläre Leukomalazie
QSKH-RL	Qualitätssicherung in Krankenhäusern-Richtlinie
RDS	respiratory distress syndrome
ROP	Retinopathia praematurorum
RR	Relatives Risiko
SGA	Small for Gestational Age
SGB	Sozialgesetzbuch

SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SSW	Schwangerschaftswoche
StAG	Staatsangehörigkeitsgesetz
u.a.	unter anderem
UN	United Nations
VEF	Vereinigung Evangelischer Freikirchen
vgl.	vergleiche
VLBW	Very Low Birth Weight
vs	versus
z.B.	zum Beispiel



---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Frühgeburtenrate (Gesamt) unter 37 + 0 SSW (BQS und AQUA) 2001-2010	21
Abbildung 2: Frühgeburtenrate nach Schwangerschaftswochen (BQS und AQUA) 2001-2010	21
Abbildung 3: Frühgeburtenrate (Gesamt) unter 37 + 0 SSW in Niedersachsen 2001-2010	22
Abbildung 4: Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne an der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland 2005	81
Abbildung 5: Bevölkerung differenziert nach Migrationshintergrund im weiteren Sinne in der Bundesrepublik Deutschland 2005	82
Abbildung 6: Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne an der Gesamtzahl der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland 2005	82
Abbildung 7: Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund zwischen 15 und 45 Jahren (Bund) 2005	83
Abbildung 8: Anteil von Frauen mit eigener Migrationserfahrung in der Bundesrepublik Deutschland 2005	84
Abbildung 9: Anteile von Frauen mit eigener Migrationserfahrung zwischen 15 und 45 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland 2005	85
Abbildung 10: Anzahl der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im engeren Sinne 2005-2008	87
Abbildung 11: Anzahl der Bevölkerung mit eigener Migrationserfahrung 2005-2008	88
Abbildung 12: Anteil der Frauen mit eigener Migrationserfahrung aus ausgewählten Herkunftsländern auf Bundesebene 2008	89
Abbildung 13: Ausgewählte Herkunftsländer der Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen auf Bundesebene 1970-2008	124
Abbildung 14: Bevölkerungszusammensetzung nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Niedersachsen 2005	141
Abbildung 15: Anteile von Frauen mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung nach Altersgruppen in Niedersachsen 2005	141
Abbildung 16: Anteil der Frauen nach ausgewählten Herkunftsländern in Niedersachsen 2008	142
Abbildung 17: Erwerbstätige nach Beruf und Migrationshintergrund in Niedersachsen 2005	144
Abbildung 18: Anteil der Schwangeren mit einer anderen Herkunftsregion als Deutschland (2001-2008)	193
Abbildung 19: Anteil der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland (Niedersachsen) 2001-2008	194
Abbildung 20: Anteile der lebenden Einlingsgeburten nach Altersgruppen und Herkunftsregion der Schwangeren (2001-2008)	200

---

Abbildung 21: Anteile der Altersgruppen nach sozioökonomischem Status der Schwangeren (lebende Einlingsgeburten) in Niedersachsen 2001-2008	201
Abbildung 22: Anteil der Schwangeren mit lebenden Einlingsgeburten aus Deutschland oder einer anderen Herkunftsregion in Niedersachsen 2001-2008	202
Abbildung 23: Anteil der Schwangeren mit lebenden Einlingsgeburten und einer anderen Herkunftsregion als Deutschland in Niedersachsen 2001-2008	203
Abbildung 24: Tätigkeit der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft in Niedersachsen 2001-2008	204
Abbildung 25: Tätigkeit der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft nach ausgewählten Herkunftsregionen in Niedersachsen 2001-2008	205
Abbildung 26: Anteile von alleinstehenden Schwangeren in Niedersachsen nach ausgewählten Herkunftsregionen 2001-2008	206
Abbildung 27: Anteile von alleinstehenden Schwangeren in Niedersachsen nach ausgewählten Herkunftsregionen und Altersgruppen 2001-2008	207
Abbildung 28: Anteile von alleinstehenden Schwangeren in Niedersachsen nach ausgewählten Herkunftsregionen und dem Geburtsjahr des Kindes 2001-2008	207
Abbildung 29: Parität nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	209
Abbildung 30: Parität der Schwangeren nach ausgewählten Herkunftsregionen und Tätigkeit in Niedersachsen 2001-2008	209
Abbildung 31: Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) nach Mutterschaftsrichtlinien (40 + 0 SSW) in Niedersachsen 2001-2008	211
Abbildung 32: Anteil Schwangerer mit mindestens einem Schwangerschaftsrisiko nach ausgewählten Herkunftsregionen in Niedersachsen 2001-2008	215
Abbildung 33: Anteil des Schwangerschaftsrisikos familiäre Belastung nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	217
Abbildung 34: Anteil des Schwangerschaftsrisikos besondere psychische Belastung in der Anamnese nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	219
Abbildung 35: Anteil des Schwangerschaftsrisikos besondere soziale Belastung in der Anamnese nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	220
Abbildung 36: Anteil des Schwangerschaftsrisikos Schwangere < 18 Jahre nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	222
Abbildung 37: Anteil des Schwangerschaftsrisikos Schwangere > 35 Jahre nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	223

---

Abbildung 38: Anteil des Schwangerschaftsrisikos Zustand nach Sterilitätsbehandlung nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	224
Abbildung 39: Anteil der Altersgruppen der Schwangeren mit dem Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	225
Abbildung 40: Anteil des Schwangerschaftsrisikos Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	226
Abbildung 41: Anteil des Schwangerschaftsrisikos besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	228
Abbildung 42: Anteil des Schwangerschaftsrisikos besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	229
Abbildung 43: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) in Niedersachsen 2001-2008	231
Abbildung 44: Frühgeburtenrate differenziert nach Schwangerschaftswoche in Niedersachsen 2001-2008	231
Abbildung 45: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für lebende Einlingsgeburten nach Beruf und Altersgruppen der Schwangeren 2001-2008 in Niedersachsen	237
Abbildung 46: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für lebende Einlingsgeburten nach Beruf und Parität der Schwangeren 2001-2008 in Niedersachsen	238
Abbildung 47: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für lebende Einlingsgeburten nach Beruf und Geburtsjahr des Kindes 2001-2008 in Niedersachsen	239
Abbildung 48: Frühgeburtenrate von lebenden Einlingsgeburten (< 37 + 0 Schwangerschaftswoche) nach Herkunftsregion der Schwangeren in Niedersachsen 2001 - 2008	252
Abbildung 49: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" (lebende Einlingsgeburten) 2001-2008 in Niedersachsen	253
Abbildung 50: Frühgeburtenrate (lebende Einlingsgeburten) differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" in Niedersachsen 2001-2008	253
Abbildung 51: Frühgeburtenrate 32 + 0 bis 36 + 6 Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Geburtsjahr des Kindes in Niedersachsen 2001-2008	254

Abbildung 52: Frühgeburtenrate 28 + 0 bis 32 + 6 Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Geburtsjahr des Kindes in Niedersachsen 2001-2008	255
Abbildung 53: Frühgeburtenrate $\leq 27 + 6$ Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Geburtsjahr des Kindes in Niedersachsen 2001-2008	257
Abbildung 54: Frühgeburtenrate $< 37 + 0$ Schwangerschaftswoche nach Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Schwangerschaftsvorsorge gemäß den Mutterschaftsrichtlinien bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche in Niedersachsen 2001-2008	259
Abbildung 55: Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) nach Mutterschaftsrichtlinien (40 + 0 SSW) und Beruf der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	277
Abbildung 56: Vorsorge (lebende Einlingsgeburten ) nach Mutterschaftsrichtlinien (40 + 0 SSW) und ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	293
Abbildung 57: Vorsorge (lebende Einlingsgeburten ) nach Mutterschaftsrichtlinien (40 + 0 SSW), ausgewählten Herkunftsregionen und Tätigkeit der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008	298

---

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soll-Werte bei termingerechter Geburt und Erstvorsorge nach Schwangerschaftswochen (Urbschat 1999:10)	197
Tabelle 2: Odds Ratios für das Frühgeburtsrisiko < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Beruf der Mutter in Niedersachsen 2001-2008	242
Tabelle 3: Odds Ratios für das Frühgeburtsrisiko < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Beruf der Mutter unter Einbeziehung von sozialen und psychischen Risikofaktoren in der Schwangerschaft in Niedersachsen 2001-2008	244
Tabelle 4: Odds Ratios für das Frühgeburtsrisiko (32 + 0 bis 36 + 6 Schwangerschaftswoche) nach Beruf der Mutter in Niedersachsen 2001-2008	247
Tabelle 5: Odds Ratios für das Frühgeburtsrisiko (32 + 0 bis 36 + 6 Schwangerschaftswoche) nach Beruf der Mutter unter Einbeziehung von sozialen und psychischen Risikofaktoren in der Schwangerschaft in Niedersachsen 2001-2008	249
Tabelle 6: Frühgeburtenrate differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen der Schwangeren (lebende Einlingsgeburten) 2001-2008 in Niedersachsen	251
Tabelle 7: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Herkunftsland der Schwangeren 2001-2008	260
Tabelle 8: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Herkunftsregion der Schwangeren 2001-2008	263
Tabelle 9: Frühgeburtenraten < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa", "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Tätigkeit der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft in Niedersachsen 2001-2008	268
Tabelle 10: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für Schwangere in Ausbildung oder im Studium nach Herkunftsregion 2001-2008	269
Tabelle 11: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für Schwangere in Ausbildung oder im Studium nach Herkunftsregion und migrationsspezifischen Kontrollvariablen 2001-2008	270
Tabelle 12: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte nach Herkunftsregion 2001-2008	271
Tabelle 13: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte nach Herkunftsregion und migrationsspezifischen Kontrollvariablen 2001-2008	272
Tabelle 14: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende nach Herkunftsregion 2001-2008	273
Tabelle 15: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende nach Herkunftsregion und migrationsspezifischen Kontrollvariablen 2001-2008	274

Tabelle 16: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige nach Herkunftsregion 2001-2008	274
Tabelle 17: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige nach Herkunftsregion und migrationspezifischen Kontrollvariablen 2001-2008	275
Tabelle 18: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) unter Standard nach Mutterschaftsrichtlinien und Beruf der Mutter (bis einschließlich 40 + 0 SSW) (2001-2008)	287
Tabelle 19: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) eine Untersuchung unter Standard nach Mutterschaftsrichtlinien und Beruf der Mutter (bis einschließlich 40 + 0 SSW) (2001-2008)	288
Tabelle 20: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) zwei Untersuchungen unter Standard nach Mutterschaftsrichtlinien und Beruf der Mutter (bis einschließlich 40 + 0 SSW) (2001-2008)	289
Tabelle 21: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mehr als zwei Untersuchungen unter Standard nach Mutterschaftsrichtlinien und Beruf der Mutter (bis einschließlich 40 + 0 SSW) (2001-2008)	289
Tabelle 22: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mindestens eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	303
Tabelle 23: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW ) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	304
Tabelle 24: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) zwei Untersuchungen unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	305
Tabelle 25: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	305
Tabelle 26: Odds Ratios für die Erstvorsorge nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	306
Tabelle 27: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) entsprechend dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW ) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	307
Tabelle 28: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mindestens eine Untersuchung über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	308

---

Tabelle 29: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) eine Untersuchung über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	308
Tabelle 30: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) zwei Untersuchungen über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	309
Tabelle 31: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	310
Tabelle 32: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft: Ausbildung/Studium) mindestens eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	311
Tabelle 33: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft: un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskraft) mindestens eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	313
Tabelle 34: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft: einfache Beamtin, Facharbeiterin, Kleingewerbetreibende) mindestens eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)	315

---

# 1 Einleitung

Frühgeburlichkeit ist trotz medizinischer Verbesserungen in der Neonatalmedizin und verbesserter diagnostischer Maßnahmen in der Schwangerenvorsorge ein weltweites Problem der Geburtshilfe. Die Frühgeburtenrate ist in den meisten Nationen konstant bzw. zeigt eine steigende Tendenz an (Schneider & Helmer 2011:512; Harris Requejo & Merialdi 2010:2). Weltweit werden geschätzte 28 Prozent von jährlich 4 Millionen neonatalen Sterbefällen direkt mit Frühgeburlichkeit in Verbindung gebracht (Harris Requejo & Merialdi 2010:1; World Health Organization 2005:106). Aber auch gesundheitliche Spät- und Langzeitfolgen sind für Frühgeburten zu erwarten. "Preterm Birth is the most important determinant of adverse infant outcome, in terms of both probability of survival and quality of life" (Enkin 2000:347). In Europa werden durchschnittlich jedes Jahr 7,1 Prozent der Kinder zu früh geboren, aber es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Ländern der Europäischen Union. So war die Frühgeburtenrate in Österreich im Jahr 2008 mit 11,1 Prozent am höchsten. Die niedrigste Frühgeburtenrate hatte Schweden 2007 mit 5,9 Prozent (European Foundation for the Care of Newborn Infants 2010:92). In der Bundesrepublik Deutschland betrug die Frühgeburtenrate 2010 (< 37 + 0 Schwangerschaftswoche) ungefähr 9 Prozent (AQUA 2011(a)). In den USA lag die Frühgeburtenrate im Jahr 2008 bei 12,3 Prozent; das heißt, dass eins von acht Kindern als Frühgeburt zur Welt kam (March of Dimes Foundation 2010). Somit lag die Frühgeburlichkeit in den USA ähnlich hoch wie in den afrikanischen Ländern mit 11,9 Prozent (Beck et al. 2010; Harris Requejo & Merialdi 2010:1). Die Erklärungsansätze für die hohen Frühgeburtenraten in den USA sind vielfältig. Unter anderem werden die höheren Frühgeburtenraten bei dunkelhäutigen Frauen damit in Verbindung gebracht (Goldenberg et al. 2008). Aber auch ein niedriger sozioökonomischer Status wird mit einem höheren Risiko für Frühgeburlichkeit in Verbindung gebracht (Berkowitz & Papiernik 1993). Allerdings konnte in den USA ein sogenanntes "Latina Paradox" beobachtet werden. Danach haben Schwangere aus lateinamerikanischen Ländern in der ersten Generation, trotz eines niedrigeren sozioökonomischen Status und einer geringeren Schwangerschaftsvorsorge, niedrigere oder vergleichbare Frühgeburtenraten als US-Amerikanerinnen mit dem gleichen sozioökonomischen Status. In der weiteren Analyse der Frühgeburtenraten von deutschen Frauen und Frauen mit Migrationshintergrund wird auf das "Latina Paradox" und dessen Erklärungsansätze eingegangen werden. Es wird geprüft werden, ob diese Erklärungsansätze auch auf Schwangere mit Migrationshintergrund aus Deutschland übertragen werden können



oder ob andere Erklärungsansätze für eine unterschiedliche Frühgeburtenrate bei deutschen Frauen und Frauen mit Migrationshintergrund gefunden werden müssen.

Menschen mit Migrationshintergrund haben in der Bundesrepublik Deutschland oftmals schlechtere Lebens- und Arbeitsbedingungen als Menschen ohne Migrationshintergrund (Deutsche Bundesregierung 2008:XXIV). Außerdem sind sie Diskriminierungstatbeständen ausgesetzt und haben aufgrund von nicht angepassten Ressourcen ein höheres Armutsrisiko (Boeckh 2008:362). Es ist daher von großer Bedeutung, genauere Informationen über den Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund zu bekommen, da ihr Anteil innerhalb der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland bei fast 19 Prozent liegt (Statistisches Bundesamt 2007(b):64). Insbesondere Schwangere mit Migrationshintergrund die häufiger sozial benachteiligt sind, einen niedrigeren sozioökonomischen Status als Schwangere ohne Migrationshintergrund haben, stellen somit eine vulnerable Gruppe für die Geburtshilfe dar. Hinzu kommt, dass Frauen mit Migrationshintergrund eine höhere Geburtenrate als deutsche Frauen haben. Außerdem können Schwangere aus anderen Herkunftsländern oftmals andere Wert- und Moralvorstellungen bezüglich Sexualität und eine andere Annahme von der Entstehung von Krankheiten, die sich teilweise ausschließlich auf exogene Faktoren beziehen, haben. Die Bedeutung für das klinisch-geburtshilfliche Setting zeigt sich auch zahlenmäßig in den Perinatalerhebungen, die unter anderem die Anteile von Schwangeren erfassen, die ein anderes Herkunftsland als Deutschland haben. Im Jahr 2010 betrug auf Bundesebene der Anteil der Schwangeren, die ein anderes Herkunftsland als Deutschland hatten, 16,9 Prozent (AQUA 2011(a)).

Ziel dieser Arbeit ist es, zu analysieren, ob sich auch in Niedersachsen für Schwangere aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" Unterschiede bezüglich des Risikos von Frühgeburten im Vergleich zu Schwangeren aus Deutschland darstellen lassen. Außerdem soll untersucht werden, ob es Unterschiede bei der Schwangerenvorsorge gibt, und ob diese sich gegebenenfalls auf das Frühgeburtsrisiko auswirken. Dazu wurde eine Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen von 2001-2008 durchgeführt.

Im zweiten Kapitel wird zunächst auf das Thema Frühgeburten im Allgemeinen eingegangen und die Terminologie sowie Epidemiologie von Frühgeburten thematisiert, um danach die Ätiologie der Frühgeburten genauer zu beleuchten. Dazu werden pathophysiologische sowie soziale Risikofaktoren, auf denen der Schwerpunkt der Analyse liegt, gesondert dargestellt. Im Besonderen werden soziale Risikofaktoren beleuchtet, die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund hervorheben. Zu den sozialen Risikofaktoren sind unter anderem der sozioökonomische Status, die Ethnizität aber

auch sogenannte Life Events, zu denen auch die Migration als bedeutendes Lebensereignis gehört, zu zählen. Außerdem wird auf die soziale Unterstützung während der Schwangerschaft eingegangen, da Menschen mit Migrationshintergrund über enge soziale Netzwerke, insbesondere wenn die Ausreise im Familienverbund erfolgte, verfügen. Da Schwangere mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Schwangeren ohne Migrationshintergrund häufig jünger sind, wird der Risikofaktor Lebensalter der Schwangeren genauer dargestellt, weil das Frühgeburtsrisiko für Schwangere unter 18 Jahren höher ist. Ebenso wird das Rauchverhalten von Schwangeren als Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit dargestellt werden, da Frauen mit Migrationshintergrund zum Teil seltener rauchen als deutsche Frauen (Schenk et al. 2008:52). Studien haben gezeigt, dass alleinstehende Schwangere ein höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit haben als Schwangere, die sich in einer Partnerschaft befinden. Da Frauen mit Migrationshintergrund häufiger verheiratet sind, soll auch dieser Risikofaktor genauer dargestellt werden. Aufgrund der Tatsache, dass Frauen mit Migrationshintergrund häufiger als deutsche Frauen Hausfrauen sind oder aber einer niedrigeren beruflichen Tätigkeit nachgehen, wird letztlich noch der Risikofaktor der Berufstätigkeit während der Schwangerschaft genauer beleuchtet. Im Anschluss daran werden präventive Maßnahmen zur Vermeidung einer Frühgeburt dargestellt. Des Weiteren wird in diesem Kapitel unter Berücksichtigung der aktuellen Diskussion um Mindestmengen bei der Betreuung von Frühgeborenen die medizinische Versorgung von Frühgeborenen dargestellt. Weiterhin wird auf postnatale Probleme von Frühgeborenen, medizinische Langzeitfolgen, soziale und psychologische Folgen von Frühgeburtlichkeit sowie auf ökonomische Folgekosten eingegangen. Die Folgen einer Frühgeburt sind nicht unmittelbar für Menschen mit ohne Migrationshintergrund unterschiedlich, aber insbesondere die Folgekosten sind für Familien mit Migrationshintergrund und niedrigerem sozioökonomischen Status von Bedeutung.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit der Thematik der Migration. Zunächst werden theoretische Ansätze zur Migration und die Wanderungsgründe dargestellt. Danach folgt ein Abschnitt, der auf die Besonderheit und die Gründe für die Migration von Frauen eingeht. Im Anschluss daran folgt ein kurzer Überblick über die Migration in der Bundesrepublik Deutschland, um nachfolgend auf die Bevölkerungsstruktur von Menschen mit Migrationshintergrund einzugehen. Dazu werden zunächst Begrifflichkeiten erläutert, um danach im Detail auf die Bevölkerungsstruktur, insbesondere auf Frauen der ersten Generation von Migrantinnen, eingehen zu können. Danach werden die sozioökonomische Lage und soziale Ungleichheiten von Menschen mit Migrationshintergrund aufgezeigt, um im

Weiteren auf eine kurze Darstellung zur sozialen Ungleichheit und Gesundheit eingehen zu können. Diese bezieht sich nicht ausschließlich auf Menschen mit Migrationshintergrund, aber die Erläuterungen sind von Bedeutung, um danach auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund genauer einzugehen. Im Anschluss daran werden zwei Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, die eine unterschiedliche Migrationstypologie und einen anderen Migrationsstatus haben, genauer unter den Gesichtspunkten der Geschichte ihrer Migration, der Religiosität sowie der sozialen und familiären Strukturen betrachtet. Für die Herkunftsregion "Osteuropa" wurden Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion ausgewählt. Aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" wurde die Bevölkerungsgruppe der Türkinnen und Türken gewählt. Diese Bevölkerungsgruppen wurden genauer betrachtet, weil sie zum einen die größten Anteile innerhalb der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ausmachen und zum anderen sehr unterschiedliche Wanderungsgründe haben und hatten. Insbesondere die Religiosität und die familiären Strukturen sind für die weitere Diskussion der Ergebnisse von Bedeutung. Aber auch die Geschichte der Migration dieser Bevölkerungsgruppen kann Erkenntnisse für die Diskussion der Ergebnisse liefern.

Da sich diese Arbeit auf die Perinatalerhebungen aus Niedersachsen bezieht, wird im vierten Kapitel auf die Bevölkerungsstruktur sowie auf den sozioökonomischen Status von Menschen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen eingegangen. Da sekundäre Daten nur schwer zu validieren sind, muss auf allgemeine Daten der Bevölkerungsstatistik zurückgegriffen werden. Aus diesem Grunde wird an dieser Stelle auf die Bevölkerungsstruktur von Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen eingegangen.

Im fünften Kapitel wird der Forschungsstand der Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe dargestellt. Einen Schwerpunkt bilden die soziokulturellen Unterschiede, die sich zum Teil deutlich von den deutschen Schwangeren unterscheiden. Im Weiteren wird auf die Schwangerschaftsvorsorge von Schwangeren mit Migrationshintergrund eingegangen. Zum Teil aufgrund von Sprachproblemen oder Schamgefühlen wird davon ausgegangen, dass Frauen mit Migrationshintergrund seltener an Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zu deutschen Frauen teilnehmen. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels wird auf das geburtshilfliche Outcome von Schwangeren mit Migrationshintergrund in verschiedenen Studien eingegangen. Größtenteils werden Ergebnisse für Frühgeburtlichkeit dargestellt, um die Ergebnisse später mit der Analyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen vergleichen zu können.

Das sechste Kapitel gibt einen Überblick über die Entwicklung der Perinatalerhebungen und die Darstellung der Schwangeren mit Migrationshintergrund in der Statistik der Niedersächsischen Perinatalerhebungen.

Im siebten Kapitel werden die Fragestellungen und Ziele der Arbeit erläutert. Danach folgt das achte Kapitel mit der Darstellung der Daten und Methodik der Studiendesigns. Außerdem werden die Methodik der Datenanalyse und die Variablen ausführlich dargestellt.

Im neunten Kapitel folgt die Datenanalyse, bei der zunächst soziodemografische Ergebnisse der Analyse sowie die Auswertung von Schwangerschaftsrisiken ausführlich dargestellt werden. In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Fragestellungen ausgeführt. Im fünfzehnten Kapitel folgt die Diskussion der Ergebnisse.

## 2 Frühgeburtlichkeit

### 2.1 Terminologie und Epidemiologie der Frühgeburtlichkeit

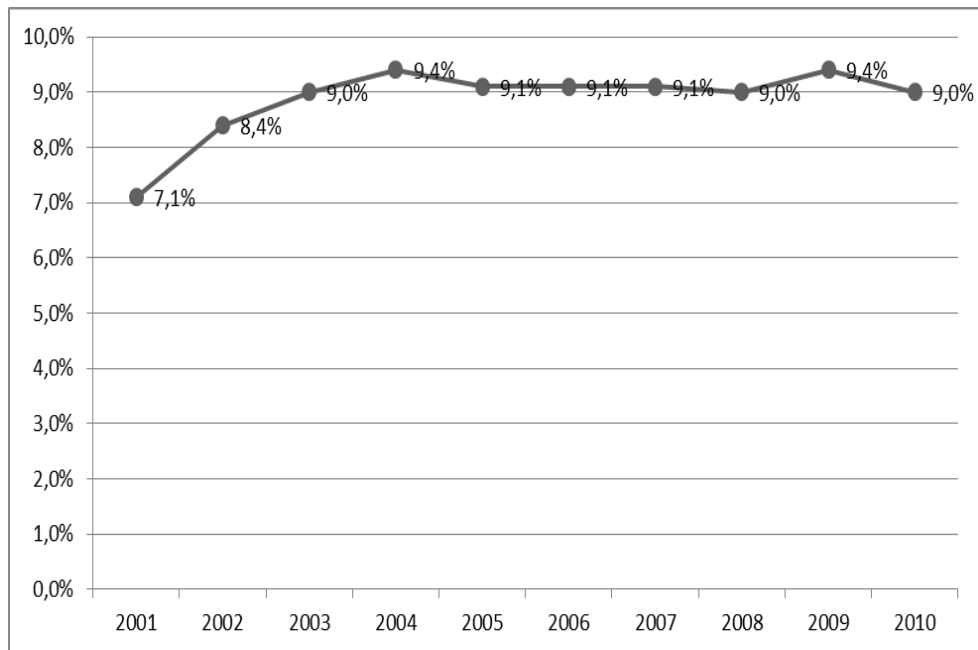
Frühgeburt wird definiert als Geburt eines lebenden Neugeborenen, das mit einem Gestationsalter von  $< 37 + 0$  Schwangerschaftswochen p.m. (Fleischman et al. 2010; Speer 2010:702; Beck et al. 2010; Beinder 2010:519) oder 259 Tage nach dem ersten Tag der letzten Menstruation geboren wird (Schneider & Helmer 2011:514). Frühgeborene werden in Kategorien eingestuft, die über das Gestationsalter bestimmt werden. Grundlage für die Bestimmung des Gestationsalters kann einerseits eine Anamnese des Zyklus sein oder mittels Ultraschall in der frühen Schwangerschaft erfolgen. Ein sehr frühes Frühgeborenes kommt vor Beendigung der  $32 + 0$  Schwangerschaftswoche p.m. zur Welt. Wenn die Geburt vor Abschluss der  $28 + 0$  Schwangerschaftswoche p.m. stattfindet, wird von einem extrem frühen Frühgeborenen (Partus immaturus) gesprochen (Tucker & McGuire 2004; Schneider & Helmer 2011:514). Diese Differenzierung ist für die weitere Behandlung eines Frühgeborenen, aber auch für das geburtshilfliche Outcome von Bedeutung, weil unter anderem ein höheres Gestationsalter das Mortalitätsrisiko Frühgeborener senkt (Schneider & Helmer 2011:513). In der weiteren Analyse wird diese Einteilung genutzt, weil diese bei den Perinatalerhebungen gebräuchlich ist und sowohl einen Ländervergleich als auch einen Vergleich auf der Bundesebene ermöglicht. Es muss allerdings erwähnt werden, dass es weitere Klassifizierungen bzw. Einteilungen von Frühgeborenen in Bezug auf das Gestationsalter gibt, was die Vergleichbarkeit von Studien erschweren kann. Dies ist insofern problematisch, weil die perinatale Mortalität ein wichtiger Qualitätsindikator der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsstandards eines Landes ist und eine einheitliche Definition bestimmter Outcomeparameter macht einen Vergleich zwischen Ländern möglich (Schneider & Helmer 2011:514). Nach der ICD-10 Klassifikation wird von Neugeborenen mit extremer Unreife gesprochen, wenn ein Gestationsalter von weniger als 28 vollendeten Wochen bzw. von weniger als 196 vollendeten Tagen vorliegt. Von Sonstigen vor dem Termin Geborenen wird laut ICD-10 Klassifikation differenziert, wenn das Gestationsalter von 28 oder mehr vollendeten Wochen, aber weniger als 37 vollendeten Wochen erreicht wird. Es handelt sich dabei um Frühgeburten ohne nähere Angaben (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2010). Goldenberg et al. (2008) differenzieren Frühgeburten in den USA in extreme Frühgeburt mit weniger als 28 Schwangerschaftswochen. Zwischen der 28. und 31. Schwangerschaftswoche wird von einer

schweren Frühgeburt gesprochen. Eine moderate Frühgeburt erfolgt in der 32. bis 33. Gestationswoche und Frühgeburten, die zwischen der 34. und 36. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, werden als nah am Termin Geborene bezeichnet.

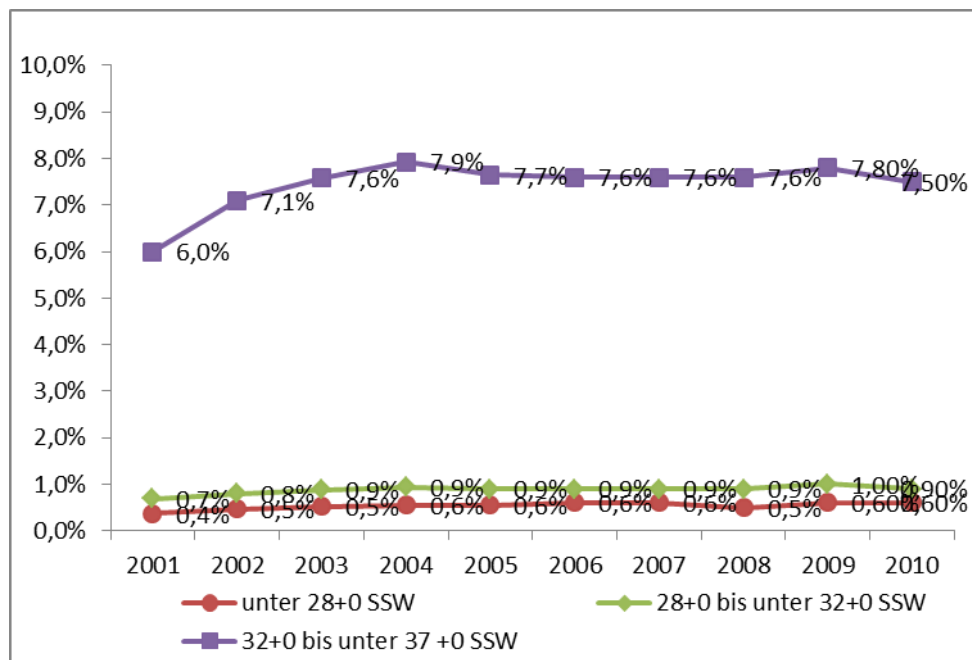
Neben der Schwangerschaftswoche, in der das Kind geboren wird, ist auch das Geburtsgewicht für dessen weitere Entwicklung von Bedeutung. Es wird bei der Beurteilung des Zustandes von Frühgeborenen mit einbezogen, weil das Gewicht eines Neugeborenen besser bestimmbar ist, als das Gestationsalter (Wulf 1997). Geburten werden danach in folgende Gewichtsklassen unterteilt: geringes Geburtsgewicht („Low Birth Weight“, LBW): < 2500 g; sehr geringes Geburtsgewicht („Very Low Birth Weight“, VLBW): < 1500 g und extrem geringes Geburtsgewicht („Extremely Low Birth Weight“, ELBW): < 1000 g (Institut für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008:1). Die Gewichtsklassen sind nicht abhängig vom Gestationsalter, das bedeutet, dass auch termingerechte Neugeborene ein geringes Geburtsgewicht bzw. pränatale Wachstumsstörungen aufweisen können. Größtenteils erfolgt die Einteilung von Frühgeburten allerdings anhand des Gestationsalters, weil die Prognose von Frühgeborenen abhängig vom Entwicklungsstand und Reifegrad ist und diese korrelieren stärker mit dem Gestationsalter als mit dem Geburtsgewicht (Wulf 1997). Die Organreife ist bspw. für sehr frühe Frühgeborene und extrem frühe Frühgeborene von größerer Bedeutung für deren Morbidität und Mortalität als das Gewicht. Aus diesem Grunde ist das Schwangerschaftsalter von größerer Bedeutung als das Geburtsgewicht (Enkin 2000:349; Speer 2010:702). Die anatomische und funktionelle Unreife von Organen, die vom Gestationsalter abhängig ist, kann postnatal zu akuten, chronischen bzw. neurologischen Folgeschäden führen (Speer 2010:702). Auf die Folgen einer Frühgeburt wird in den Kapiteln 2.4, 2.5 und 2.6 genauer eingegangen.

In der Bundesrepublik Deutschland lag die durchschnittliche Frühgeburtenrate für Neugeborene < 37 + 0 SSW im Jahr 2010 bei 9,0 Prozent (AQUA 2011(a)). Das entspricht einem Anstieg von 1,9 Prozentpunkten seit 2001 (BQS-Daten 2002). Einen Überblick über die Entwicklung der Frühgeburtenrate zwischen 2001 und 2010 sollen die folgenden Abbildungen geben.

## Frühgeburtlichkeit



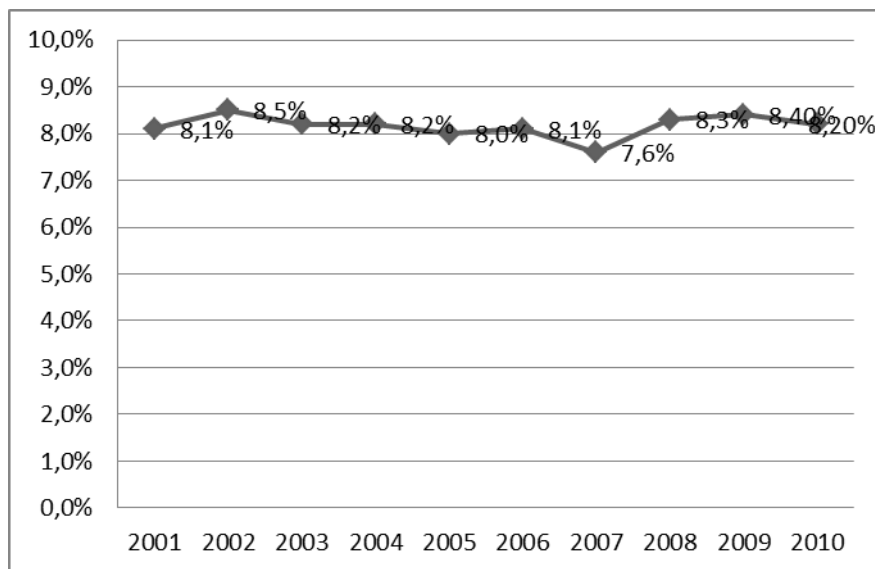
**Abbildung 1: Frühgeburtenrate (Gesamt) unter 37 + 0 SSW (BQS und AQUA) 2001-2010 (Quellen: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2003-2009 (a); AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH 2010-2011(a))**



**Abbildung 2: Frühgeburtenrate nach Schwangerschaftswochen (BQS und AQUA) 2001-2010 (Quellen: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2003-2009 (a); AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH 2010-2011(a))**

Tendenziell lässt sich auf Bundesebene nicht nur ein Anstieg der Frühgeburtenrate insgesamt erkennen, sondern auch bei der Differenzierung nach Schwangerschaftswochen fällt auf, dass der Anteil der sehr frühen und extrem frühen Frühgeborenen in den letzten Jahren leicht

angestiegen ist. Die Zunahme von sehr frühen Frühgeborenen wird unter anderem mit der assistierten Reproduktionsmedizin und dem damit zusammenhängenden vermehrten Auftritt von Mehrlingsgeburten in Verbindung gebracht (Schneider & Helmer 2011:515).



**Abbildung 3: Frühgeburtenrate (Gesamt) unter 37 + 0 SSW in Niedersachsen 2001-2010 (Quellen: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (a-h) Geburtshilfe Jahresauswertungen 2001-2008; Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 01.08.2011-last update (a-b))**

An dieser Stelle soll die Gesamtfrühgeburtenrate der Jahre 2001-2010 dargestellt werden, um den Vergleich zur Frühgeburtenrate auf Bundesebene zu haben und um erste Ergebnisse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen darzustellen, die Datengrundlage der späteren Auswertung sind. In Niedersachsen ist die Frühgeburtenrate in den Jahren 2001 bis 2010 von 8,1 auf 8,2 Prozent gestiegen (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (a-h); Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 01.08.2011-last update (a-b)). Statt wie auf Bundesebene zeigt sich eine Stagnation aber auf sehr hohem Niveau. Daher ist es notwendig, im empirischen Teil dieser Studie, weitere Informationen in der Analyse der Frühgeburtlichkeit in Niedersachsen zu beleuchten, um unter Umständen protektive Faktoren für Frühgeburtlichkeit zu ermitteln.



## 2.2 Ätiologie der Frühgeburtlichkeit

In diesem Kapitel wird zunächst ein allgemeiner Überblick über die Ätiologie von Frühgeburtlichkeit gegeben. Danach werden physiologische und soziale Risikofaktoren gesondert betrachtet.

Frühgeburtlichkeit ist in den meisten Fällen ein multifaktorielles, komplexes Ereignis in der Geburtshilfe (Beinder 2010:519; Harris Requejo & Merialdi 2010:4; Voigt et al. 2009(b); Moore 2002), das der gemeinsame Endpunkt verschiedener Pathologien ist (Schneider & Helmer 2011:515). Die Ätiologie von Frühgeburtlichkeit ist noch nicht vollständig geklärt und lässt sich nur für einen Teil der Patientinnen eruieren (Bauer et al. 2005:193). Teilweise lässt sich Frühgeburtlichkeit für idiopathische Frühgeburtlichkeit bei einer Überdehnung bei Mehrlingsschwangerschaften, Hydramnion oder einem großen Fetus erklären (Beinder 2010:519).

Differenziert wird zwischen indizierten und spontanen Frühgeburten mit vorzeitiger Wehentätigkeit und einem vorzeitigem Blasensprung, deren Anteil ungefähr zwei Drittel ausmacht (Iams et al. 2008). Wie können vorzeitige Wehen diagnostiziert werden? Abdominale oder Symptome im Beckenbereich, die nach der 18. bis 20. Schwangerschaftswoche auftreten, können auf vorzeitige Wehen hindeuten. Die Symptome von vorzeitigen Wehen können sich durch einen Druck im Becken, einen verstärkten vaginalen Ausfluss, Rückenschmerzen sowie Menstruationsbeschwerden, wie Krämpfe, mit fortschreitender Schwangerschaft bemerkbar machen. Die vorzeitigen Wehen zeichnen sich stärker durch ihre Beständigkeit als durch ihre Schwere aus. In Abhängigkeit zum Widerstand der Zervix können die Kontraktionen schmerzfrei sein, aber auch starke Schmerzen verursachen (Behrman & Butler 2007:284). Vorzeitige Wehen werden mit anhaltenden Kontraktionen und einer Eröffnung der Zervix um 1 bis 3 cm bei einer Verkürzung um 50 Prozent definiert. Mindestens 4 Kontraktionen in 20 Minuten bzw. 8 innerhalb von einer Stunde sollten diagnostiziert werden (Schneider & Helmer 2011:517).

Uterine Pathologien, Fehlbildungen, Myome, eine Zervixinsuffizienz oder eine Überdehnung des Uterus können ebenfalls Gründe für eine spontane Frühgeburt sein. Meistens ist die spontane Frühgeburt allerdings auf eine vaginal ascendierende Infektion zurückführbar. Dabei produzieren pathogene Proteasen, die die fetalen Membranen schwächen und zu einem vorzeitigem Blasensprung führen. Zudem metabolisieren diese Bakterien Arachidonsäure zu Prostaglandinen und induzieren somit vorzeitige Wehen. Außerdem können Bakterien Toxine

freisetzen, die inflammatorische Prozesse in der Dezipua auslösen und zu vorzeitigen Wehen führen (Beinder 2010:519f.).

Eine indizierte Beendigung der Schwangerschaft wird aufgrund maternaler oder fetaler Pathologien durchgeführt (Schneider & Helmer 2011:512). Eine medizinisch indizierte Frühgeburt macht ungefähr 30-40 Prozent der Frühgeburten aus. Präeklampsie und eine Plazentainsuffizienz sind die Hauptursachen der vorzeitig beendeten Schwangerschaft (Beinder 2010:519). 15 Prozent aller Frühgeburten werden mit Präeklampsie in Verbindung gebracht (Roberts et al. 2003). Präeklampsie stellt somit ein hohes Risiko für Frühgeburtlichkeit dar. Weitere Ursachen sind Blutungen in der Schwangerschaft, Rhesusinkompatibilität sowie schwere mütterliche Erkrankungen (Beinder 2010:519). Im Besonderen werden indizierte Frühgeburten in einem früheren Gestationsalter durchgeführt. Für Frühgeburten vor der 32. Schwangerschaftswoche liegt der Anteil von indizierten vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigungen bei über 50 Prozent (Schneider & Helmer 2011:512). Dies sind Frühgeburten, bei denen die Schwangerschaft aufgrund der mütterlichen oder fetalen Pathologie, bspw. Fehlbildungen des Fetus, beendet werden muss. Insbesondere bei diesen indizierten Frühgeburten sind Plazentapathologien von Bedeutung (Schneider & Spätling 2006:462; Schneider & Helmer 2011:512).

Bei eingeleiteten Frühgeburten, insbesondere geplanten Kaiserschnitten, sollte das Gestationsalter genauestens bekannt sein, um unnötige Komplikationen zu vermeiden, da "(...) jeder Tag der Schwangerschaftsverlängerung eine Verbesserung der Überlebenschancen des Frühgeborenen bedeutet (...)" (Schneider & Spätling 2006:464). Insbesondere der Anstieg von späten Frühgeborenen, die per Kaiserschnitt entbunden wurden, wird in Zusammenhang mit einem ungenauen Gestationsalter gebracht (Bettegowda et al. 2008). Martin et al. (2009) haben für die USA einen Anstieg von späten Frühgeborenen, die zwischen der 34. und 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden, um 20 Prozent zwischen 1990 und 2006 feststellen können. Außerdem hat sich der Anteil für Geburtseinleitungen mehr als verdoppelt und die Kaiserschnitttrate ist von 23,5 auf 34,3 Prozent angestiegen. Die Bedeutung des Gestationsalters zeigte sich nicht nur bei Frühgeburten, sondern auch in der Mortalitätsrate von Reifgeborenen. Reddy et al. (2011) konnten belegen, dass frühe Reifgeborene in der 37. Schwangerschaftswoche höhere Mortalitätsraten hatten als Reifgeborene, die in der 40. Schwangerschaftswoche zur Welt kamen. Beim Vergleich der 37. Schwangerschaftswoche und der 40. Schwangerschaftswoche konnte nachgewiesen werden, dass das relative Risiko neonataler Mortalität für Hispanics als auch für hellhäutige Schwangere bei 2.6 lag. Für

dunkelhäutige Schwangere lag das relative Risiko neonataler Mortalität bei 2.9 in der 37. im Vergleich zur 40. Schwangerschaftswoche.

Es ist noch unklar, ob eine Frühgeburt aufgrund verschiedener Faktoren, die zusammenwirken, ausgelöst wird oder, ob diese Faktoren unabhängig voneinander wirken (Beck et al. 2010; Harris Requejo & Merialdi 2010:4; Goldenberg et al. 2008). In diesem Zusammenhang haben Voigt et al. (2009(b)) die "Einzel- und Kombinationswirkungen von 9 mütterlichen biologischen, anamnestischen und sozialen Merkmalen bezüglich der Frühgeburtlichkeit" untersucht. Die höchste Frühgeburtenrate wurde bei der Merkmalskombination eine oder mehr Totgeburten, zwei oder mehr Schwangerschaftsabbrüche und Aborte mit 27,5 Prozent errechnet. Die geringste Frühgeburtenrate von 5,1 Prozent hatten hingegen Frauen zwischen 22 und 34 Jahren mit einer vorausgegangen Lebendgeburt. Es konnte nachgewiesen werden, dass bei bestimmten maternalen Merkmalskombinationen, die auch soziale Faktoren beinhalteten, ein hohes Frühgeburtsrisiko von über zehn Prozent vorlag.

Vorzeitige Wehen sind die Hauptursache für Frühgeburtlichkeit. Diese können aufgrund von pathologischen aber auch sozialen Risikofaktoren ausgelöst werden. Im nächsten Kapitel wird zunächst auf pathophysiologische Risikofaktoren eingegangen, um im darauf folgenden Kapitel auf die sozialen Risikofaktoren von Frühgeburtlichkeit, die ein Schwerpunkt der Studie sind, einzugehen. Dabei werden insbesondere Risikofaktoren beleuchtet, bei denen auch Unterschiede bei Schwangeren mit und ohne Migrationshintergrund deutlich werden. Im Anschluss daran soll kurz auf präventive bzw. therapeutische Maßnahmen zur Vermeidung einer Frühgeburt eingegangen werden.

### **2.2.1 Pathophysiologische Risikofaktoren von Frühgeburtlichkeit**

Pränatale Komplikationen, wie bspw. intrauterine Infektionen, Inflammation bei einer Chorioamnionitis oder eine Plazentainsuffizienz, die eine hypoxisch-ischämische Situation hervorrufen kann, sind Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit (Beinder 2010:519f.; Speer 2010:702). Außerdem können eine Lageanomalie, eine Plazenta praevia oder eine vorzeitige Plazentaablösung Gründe für eine Frühgeburt sein (Enkin 2000:348; Beinder 2010:519). Weitere Risikofaktoren sind unter anderem eine vorausgegangene Frühgeburt, medizinische Komplikationen in der späten Schwangerschaft und Vaginalinfektionen (Kirschner & Hoeltz 2000:120). Einige Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit sind in der Anamnese erkennbar, wie

bspw. eine vorausgegangene Frühgeburt, eine Mehrlingsschwangerschaft oder eine Gebärmutterhals- bzw. Gebärmutteranomalie (Roberts et al. 1995). Roberts et al. (1995) konnten in einer Studie zeigen, dass diese vier Risikofaktoren bei 41 Prozent für die Häufigkeit von vorzeitigen Wehen und bei 28 Prozent für eine frühzeitige Geburt bedeutsam sind. Ein fünfter bedeutender Risikofaktor ist nach Roberts et al. (1995) eine erhöhte Kontraktilität des Uterus, die zu regelmäßigen Wehen und somit zur Eröffnung des Muttermundes führen kann. Ein vorausgegangener Schwangerschaftsabbruch ist ebenfalls ein Risikofaktor für eine Frühgeburt (Voigt et al. 2009(b); Brown et al. 2008), der in der Anamnese festgestellt werden kann. Da ein vorausgegangener Schwangerschaftsabbruch sowohl eine medizinische als auch soziale Indikation haben kann, wird in Kapitel 2.2.2.9 bei den sozialen Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit genauer darauf eingegangen.

Ein systematisches Review und eine Meta-Analyse konnten nachweisen, dass Übergewicht der Schwangeren das Risiko einer Frühgeburt erhöht (McDonald et al. 2010). Weiterhin wurden genetische Ursachen für Frühgeburtlichkeit ermittelt. Für Frauen, deren Schwester eine Frühgeburt hatte, ist das Frühgeburtsrisiko der eigenen Kinder um 80 Prozent höher, als bei Frauen mit keiner genetischen Disposition in der Familie (Goldenberg et al. 2008).

Da nicht ausschließlich pathophysiologische Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit verantwortlich sind, sollten in einem Schwangerschaftsvorsorgeprogramm auch Informationen zur gesunden Lebensführung gegeben werden, über Verhaltenskorrekturen bezüglich des Rauchens, des Alkohol- bzw. Drogenkonsums gesprochen werden und eine zusätzliche Beratung und Unterstützung für Frauen, die sozial benachteiligt sind und ungünstige Lebensbedingungen haben, gegeben werden (Schneider & Helmer 2011:512). Auch die Einnahme bestimmter Medikamente kann das Risiko für eine Frühgeburt erhöhen. Zum Beispiel stehen Antidepressiva, sogenannte Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), die während der Schwangerschaft eingenommen werden, im Zusammenhang mit einem höheren Risiko für Frühgeburtlichkeit (Lund et al. 2009).

Im Folgenden soll auf soziale Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit eingegangen werden, die sich aber auch pathophysiologisch auf die Frühgeburtlichkeit auswirken können und bspw. für vorzeitige Wehen verantwortlich sind.

## **2.2.2 Soziale Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit**

Auch soziale Risikofaktoren sind für Frühgeburtlichkeit von Bedeutung, aber ebenso demografische Faktoren, wie das Alter und die Ethnizität der Schwangeren (Goldenberg et al.

2008). Die sozialen Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit stehen größtenteils in Bezug zueinander. Frauen, die in niedrigeren sozioökonomischen Bedingungen leben, haben aufgrund des Zusammenspiels mehrerer Risikofaktoren, wie bspw. Armut, Mangelernährung und geringerer Teilnahme an der Schwangerenvorsorge, ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit (Harris Requejo & Merialdi 2010:4). Nilsen et al. (2006) haben bspw. in Bezug auf Mangel-/Fehlernährung im Rahmen einer norwegischen Studie festgestellt, dass die zusätzliche Einnahme von Folsäure zur Vermeidung von Neuralrohrschlussstörungen während der Schwangerschaft häufiger bei verheirateten Frauen mit höherer Bildung war.

### **2.2.2.1 Sozioökonomischer Status**

Ein deutlich erhöhtes Frühgeburtenrisiko geht von der sozioökonomischen Lage bzw. dem sozioökonomischen Status aus (Ancel & Bréart 2000; Beinder 2010:520; Ancel et al. 1999(b); Jansen et al. 2009; Larson 2007; Morgen et al. 2008).

Wie in Kapitel 3.4.2 gezeigt werden wird, haben Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland häufiger einen niedrigen sozioökonomischen Status als Menschen ohne Migrationshintergrund. Aus diesem Grunde ist der Risikofaktor sozioökonomischer Status insbesondere für Schwangere mit Migrationshintergrund von Bedeutung.

Berkowitz & Papiernik (1993) haben festgestellt, dass die meisten Studien einen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Frühgeburtlichkeit zeigten, was bedeutet, dass mit niedrigem sozioökonomischem Status die Frühgeburtenrate ansteigt. Der sozioökonomische Status wurde in den meisten Fällen über Bildung, Beruf und Familieneinkommen festgelegt. Hinzu kommt, dass ein häufigeres Auftreten eines vorzeitigen Blasensprungs, dem häufig eine Frühgeburt folgt, in niedrigeren sozioökonomischen Klassen durch zahlreiche Untersuchungen belegt werden konnte (Egarter & Reisenberger 2006:498). Die Vergleichbarkeit der Studien ist schwierig, da der sozioökonomische Status anhand unterschiedlicher Variablen festgemacht wurde und keine einheitlichen Differenzierungen bei der Schulbildung und/oder dem beruflichen Status vorliegen. Insgesamt konnte aber ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit bei niedrigem sozioökonomischen Status nachgewiesen werden. Dass der alleinige sozioökonomische Status der Schwangeren Differenzen bei den Frühgeburtenraten belegen kann, konnte eine aktuelle Studie von Straube et al. (2009) nachweisen. In der Analyse der bundesdeutschen Perinatalerhebungen der Jahre

1995 - 2000 konnte belegt werden, dass der sozioökonomische Status der Mutter über die Berufstätigkeit bei einer Analyse der Frühgeburtenraten von Bedeutung ist. In die Studie wurden als Kontrollvariablen Parität und das Alter der Mutter einbezogen. Frauen, die 40 Jahre oder älter waren, vier oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten hatten und als un- , angeleitete Arbeiterinnen tätig waren, hatten eine um 8,2 Prozent höhere Frühgeburtenrate als höhere oder leitende Beamtinnen (Straube et al. 2009). Internationale Studien konnten ähnliche Ergebnisse nachweisen.

In einer Fall-Kontroll-Studie, die in 17 europäischen Ländern durchgeführt wurde, konnte nachgewiesen werden, dass das Frühgeburtsrisiko in Familien doppelt so hoch war, in denen alle Familienmitglieder nicht beschäftigt waren, im Vergleich zu Beschäftigten mit einer höheren Stellung (Ancel et al. 1999(a)). Thompson et al. (2006) konnten in einer norwegischen Studie ebenfalls feststellen, dass ein niedriger sozioökonomischer Status, der mittels der Dauer der Schulbildung der Mutter festgelegt wurde, zu einer höheren Frühgeburtenrate führt. In einer dänischen Kohortenstudie wurde ebenfalls ein Zusammenhang zwischen geringer Schulbildung (< 10 Jahre) und einem erhöhten Risiko für Frühgeburtlichkeit festgestellt (adjustierter HR für Nullipara mit geringerer Schulbildung 1.22 (95% CI 1.04 – 1.42) und für Multipara 1.56 (95% CI 1.31 – 1.87)). Das Einkommen und die derzeitige Beschäftigung hatten weniger Einfluss auf Frühgeburtlichkeit (Morgen et al. 2008). Auch für Frühgeborene mit einem niedrigen Geburtsgewicht (LBW) konnten signifikante Unterschiede bei der beruflichen Stellung der Mutter festgestellt werden. Nicht beschäftigte Schwangere hatten ein erhöhtes nicht adjustiertes Risiko OR=1.53 (95% CI 1.29 - 1.82) ein Kind mit einem geringen Geburtsgewicht bei einer Frühgeburt gegenüber Frauen, die sich in einer höheren beruflichen Stellung befanden. Das adjustierte Risiko für ein geringes Geburtsgewicht bei einer Frühgeburt lag bei Frauen, die nicht erwerbstätig waren, bei 1.22 (95 % CI 1.01 - 1.47) (Reime et al. 2006). Eine niederländische Kohortenstudie mit 3830 schwangeren Niederländerinnen untersuchte Unterschiede zwischen niedriger und höher ausgebildeten Frauen bezüglich Frühgeburtlichkeit. Er stellte sich dabei heraus, dass Schwangere mit niedriger Ausbildung ein signifikant höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit hatten (OR=1.89; 95% CI 1.28 - 2.80). Das höhere Risiko konnte nach Adjustierung der Kontrollvariablen Alter, Größe, Präeklampsie, intrauterine Wachstumsretardierungen, Finanzprobleme, dauerhafte Schwierigkeiten, Physiopathologie, Rauchgewohnheiten, Alkoholkonsum und BMI reduziert werden (OR=1.10; 95% CI 0.66 - 1.84) (Jansen et al. 2009).

Insgesamt konnte nachgewiesen werden, dass ein niedriger sozioökonomischer Status der Schwangeren mit einem höheren Risiko für Frühgeburtlichkeit verbunden ist. Wie eingangs erwähnt, können sich soziale Risikofaktoren auch auf bestimmte Verhaltensweisen der Schwangeren negativ auswirken, die wiederum Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit sind. Bergmann & Dudenhausen (2003) sehen bei Frauen mit einem niedrigeren Sozialstatus einen Zusammenhang zu einem niedrigeren Level an persönlicher Widerstandsfähigkeit unter anderem bei Stress, Angst und geringer sozialer Unterstützung und ein geringeres Maß an Compliance gegenüber ärztlichen Ratschlägen und Einhaltung von Vorsorgeuntersuchungen. Auf den Risikofaktor soziale Unterstützung während der Schwangerschaft wird unter Kapitel 2.2.2.5 genauer eingegangen.

### **2.2.2.2 Berufstätigkeit**

Der sozioökonomische Status ist häufig mit der Berufstätigkeit verknüpft. Aus diesem Grunde soll an dieser Stelle auf die Berufstätigkeit der Schwangeren intensiver eingegangen werden. Bezüglich der Berufstätigkeit während der Schwangerschaft als ein Risiko für Frühgeburtlichkeit sind einige teils widersprüchliche Studien veröffentlicht worden. Einerseits wird Berufstätigkeit mit körperlicher Anstrengung und Stress für Schwangere in Verbindung gebracht, andererseits kann Berufstätigkeit eine Ressource für psychisches Wohlbefinden der Schwangeren sein sowie zur Sicherung der sozioökonomischen Lage beitragen (Behrman & Butler 2007:97), die sich wie gezeigt auf das Frühgeburtsrisiko auswirkt.

Saurel-Cubizolles et al. (1991) konnten in einer Studie nachweisen, dass der Beruf, aber nicht die Arbeitsbedingungen, einen Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit darstellt. Sie erklärten dies damit, dass sich die Arbeitsbedingungen verbessern, die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen sich verändert und sich präventive Strategien von Schwangeren entwickelt haben, wie bspw. das Bewusstsein, dass das Heben von schweren Gegenständen sich negativ auf die Schwangerschaft auswirken kann (Saurel-Cubizolles et al. 1991). Auch aktuellere Ergebnisse belegen, dass sich im Allgemeinen kein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit bei berufstätigen Schwangeren zeigt, aber Arbeitsbedingungen, wie lange Arbeitszeiten, physisch anstrengende Arbeiten oder Stress am Arbeitsplatz werden mit einem erhöhten Risiko für Frühgeburtlichkeit in Verbindung gebracht (Behrman & Butler 2007:97).

In einer großen Fall-Kontroll-Studie in 16 europäischen Ländern konnte ein leicht erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit bei Frauen ermittelt werden, die mehr als 42 Stunden in der Woche arbeiteten (OR=1.33; CI 1.1 - 1.6), die mehr als sechs Stunden am Tag bei der Arbeit standen (OR=1.26; CI 1.1 - 1.5) und für Frauen, die nicht mit ihrer Arbeit zufrieden waren (OR=1.27; CI 1.1 - 1.5) (Saurel-Cubizolles et al. 2004).

Insgesamt wird angenommen, dass schwere körperliche Arbeit unter stressigen Bedingungen wahrscheinlich mit Frühgeburtlichkeit in Verbindung gebracht werden kann, allerdings ist eine grundsätzliche körperliche Aktivität im Beruf nicht mit einer höheren Frühgeburtenrate verbunden (Goldenberg et al. 2008).

Menschen mit Migrationshintergrund sind häufiger als Arbeiterin bzw. Arbeiter in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigt als Menschen ohne Migrationshintergrund (vgl. Kapitel 3.4.2). Aus diesem Grund ist die Berufstätigkeit für Schwangere mit Migrationshintergrund durchaus ein Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit. Ein weiterer Risikofaktor, der mit Schwangeren mit Migrationshintergrund in Verbindung steht, ist die Ethnizität, auf die im folgenden Kapitel eingegangen werden soll.

### **2.2.2.3 Ethnizität**

Insbesondere in den USA konnten Unterschiede für die Frühgeburtenrate bei Migrantinnen aus unterschiedlichen Herkunftsländern und mit unterschiedlichem Migrationsstatus festgestellt werden. "In the USA, although black preterm infants seem to have a survival advantage over white preterm infants, the rates of preterm birth for black babies are more than double those of Hispanic or white babies and overall the neonatal mortality continues to be higher in black infants than in white infants" (Saigal & Doyle 2008:263). Das heißt, dass insbesondere dunkelhäutige Schwangere eine höhere Frühgeburtenrate haben als weiße Schwangere oder Schwangere aus lateinamerikanischen Ländern. Die Tatsache, dass auch Schwangere aus lateinamerikanischen Ländern eine geringere Frühgeburtenrate als dunkelhäutige Schwangere haben, wird im Weiteren im Unterkapitel 2.2.2.3.1 genauer dargestellt, da es sich dabei um einen Kernpunkt dieser Studie handelt. Im Kapitel 5.4 wird außerdem der aktuelle Forschungsstand zum geburtshilflichen Outcome von Frauen mit Migrationshintergrund diskutiert, der nicht ausschließlich die Ethnizität, sondern den Migrationshintergrund der Schwangeren aufgreift.



Eine ältere Studie von 1999 zeigte, dass dunkelhäutige Frauen in den USA eine Frühgeburtenrate von 14,7 Prozent hatten, wohingegen bei den weißen US-Amerikanerinnen die Frühgeburtenrate bei 7,4 Prozent lag (Cervantes et al. 1999). Aber auch aktuelle Studien kamen zu vergleichbaren Ergebnissen. In den USA wurden dunkelhäutige Kinder mit weißen Kindern verglichen, deren Eltern nicht aus einem lateinamerikanischen Land kamen. Dunkelhäutige Kinder wurden mehr als zweimal häufiger als Frühgeburt zur Welt gebracht (Harris Requejo & Merialdi 2010:2; Ahern et al. 2003). Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine groß angelegte Kohortenstudie, in der ein signifikant ( $p < 0.05$ ) höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit festgestellt worden ist, wenn beide Elternteile dunkelhäutig waren sowie bei gemischten Paaren. Als Referenzgruppe wurden Paare herangezogen, die beide eine weiße Hautfarbe hatten. Das adjustierte Frühgeburtsrisiko lag bei dunkelhäutigen Eltern bei  $OR=1.57$  (95% CI 1.53 - 1.60). Das Frühgeburtsrisiko für Kinder mit einer weißen Mutter und einem dunkelhäutigen Vater betrug  $OR=1.14$  (95% CI 1.09 - 1.19). Etwas höher fiel das Frühgeburtsrisiko für Kinder mit einem weißen Vater und einer dunkelhäutigen Mutter aus. Das Risiko einer Frühgeburt lag für diese Kinder bei 1.40 (95% CI 1.30 - 1.50) (Gold et al. 2010). Ein Erklärungsansatz für die höheren Frühgeburtenraten bei dunkelhäutigen Frauen ist, dass die Schwangerschaftsdauer bei diesen Frauen kürzer ist (Patel et al. 2004; Papiernik et al. 1990), aber auch genetische Dispositionen sind für die unterschiedlichen Frühgeburtenraten verantwortlich (Harris Requejo & Merialdi 2010:4; Hodgson & Lockwood 2010:12). Aktuellere Studien zeigen, dass die Ethnizität aber auch einen positiven Einfluss auf das geburtshilfliche Outcome wie die Frühgeburtenrate oder das Geburtsgewicht gegenüber der Mehrheitsgesellschaft haben kann (Gould et al. 2003; Shaw et al. 2010; Urquia et al. 2010(b)). In Bezug auf ein geringes Geburtsgewicht konnte bei dunkelhäutigen Frauen als auch bei Frauen aus lateinamerikanischen Ländern, die nicht in den USA geboren wurden, ein geringeres Risiko für ein geringes Geburtsgewicht festgestellt werden (Acevedo-Garcia et al. 2005). Das geringere Risiko für ein geringeres Geburtsgewicht erstaunt insofern, da Migrantinnen, die nicht in den USA geboren worden sind, häufiger einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben als US-Amerikanerinnen. In diesem Zusammenhang steht ein epidemiologisches Paradox, auf das im Weiteren genauer eingegangen werden soll.

### **2.2.2.3.1 Latina Paradox**

In den USA wurde erstmals das sogenannte "Latina Paradox", das auch als "Hispanic Paradox" bezeichnet wird, konstatiert (Cervantes et al. 1999). Magaña & Clark (1995:96), die

zu den ersten Autoren gehören, die das "Latina Paradox" nachgewiesen haben, beschreiben dieses wie folgt: "What is known about some important aspects of health in Latino populations, including comparatively lower rates of low birth weight (LBW) babies, lower rates of infant mortality, and lower mortality rates in general and for many chronic illness, has been termed a paradox by some. A paradox because although the social economic status of Latinos is similar to or lower than other minorities, their health as measured by these indicators is better than, for example, African American populations and even Anglos." In einer weiteren Definition des "Latina Paradoxes" wird unterstrichen, dass das bessere perinatale Outcome auch nach Überprüfung mit Kontrollvariablen bestehen bleibt. "Foreign-born mothers have generally been shown to have significantly better pregnancy outcomes than their US-born counterparts, even after a number of sociodemographic risk factors have been controlled for" (Singh & Yu 1996:837). Auch für Frühgeburtlichkeit konnte dieses Paradox nachgewiesen werden (Cervantes et al. 1999).

Zusammengefasst bedeutet dies, dass Migrantinnen aus lateinamerikanischen Ländern in der ersten Generation, trotz Armut und schlechterer medizinischer Versorgung im Vergleich zu weißen Einheimischen und Migrantinnen der zweiten und dritten Generation geringere perinatale Komplikationen haben (Borde 2006 (b)). Zwei wesentliche Aspekte sind dafür verantwortlich, dass dieses Paradox lediglich in der ersten Generation nachweisbar ist. Die günstigen Effekte des "Latina Paradox" sind aufgrund von Akkulturationsprozessen der zweiten und dritten Generation an die US-amerikanische Gesellschaft nicht mehr nachweisbar (David & Borde 2006) und der gesundheitliche Profit, den die Migrantinnen und Migranten mitbringen, ist aufgrund von sozioökonomischen Nachteilen nach einigen Jahren nicht mehr nachweisbar (Razum 2006:256).

Um ein besseres Verständnis für das "Latina Paradox" zu bekommen, folgt an dieser Stelle ein kurzer Überblick über den Hintergrund und die Theorieansätze dieses Paradoxes. Für die weitere Untersuchung ist dies von Bedeutung, weil geprüft werden soll, ob sich mögliche Unterschiede bei der Frühgeburtenrate von Frauen mit und ohne Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland auch anhand dieser Erklärungsansätze begründen lassen.

Bisherige internationale Studien konnten belegen, dass Migrantinnen und Migranten für einige Krankheiten ein niedriges ursachenspezifisches Risiko haben und dieses je nach Lebensstil über Jahre hinweg erhalten (Razum et al. 2004). Außerdem ist die Sterblichkeit von Migrantinnen und Migranten der ersten Generation niedriger als die der Mehrheitsgesellschaft, obwohl sie einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben (Abraído-Lanza et al. 1999). "Dies widerspricht der aus vielen Studien bekannten engen

Assoziation von sozioökonomischer Benachteiligung und erhöhter Sterblichkeit. Daher wird in diesem Zusammenhang von einem "Paradox" gesprochen. In Abhängigkeit von den betrachteten Zuwanderergruppen werden die beobachteten Sterblichkeitsunterschiede jeweils als "Hispanic Paradox", "Latino Paradox", "Greek Paradox" oder "Mediterranean Paradox" bezeichnet" (Kohls 2008:7). Dieses epidemiologische Paradox ist in den letzten Jahren in europäischen Einwanderungsländern für die Mortalität von Migrantinnen und Migranten gegenüber der einheimischen Bevölkerung nachgewiesen worden (Kohls 2008:7). Auch in den Vereinigten Staaten von Amerika konnten geringere Mortalitätsraten bei Latinos gegenüber weißen und dunkelhäutigen Nicht-Latinos festgestellt werden, so zeigten Lara et al. (2005) in einer Übersichtsarbeit. Weiterhin konnte bei chronischen Erkrankungen ein epidemiologisches Paradox konstatiert werden (Sabbioni 2003:358). Ebenfalls sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen und die damit zusammenhängende Mortalität, aufgrund des Ernährungsverhaltens hinsichtlich der Auswahl der Fettsäuren, geringer (Kohls 2010:3; Kohls 2011:63).

An dieser Stelle soll allerdings auch darauf hingewiesen werden, dass sich durch die Migration die Prävalenz für Krankheiten erhöhen kann. Dies ist von besonderer Bedeutung bei Migrantinnen und Migranten, die unfreiwillig ihr Heimatland verlassen müssen, wie bspw. aufgrund von Menschenrechtsverletzungen, Kriegen oder Naturkatastrophen (Kohls 2010:19). Hinzu kommt, dass die Anpassungsvorgänge an die fremde Kultur und Stigmatisierungen durch die Aufnahmegesellschaft zu Belastungen führen können, die das Krankheitsrisiko erhöhen können (Razum et al. 2008(b)).

Die Erklärungsansätze für das epidemiologische Paradox sind sehr mannigfaltig und multifaktoriell.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Erklärungsansätze für das epidemiologische Paradox kurz dargestellt und ein Bezug zu Frühgeburtlichkeit hergestellt werden.

Als Erklärung für das "Latina Paradox" wird unter anderem eine geringere Akkulturation genannt (Cervantes et al. 1999). Bei diesem Theorieansatz wird davon ausgegangen, dass Migrantinnen und Migranten, die in ein anderes Land abwandern, Traditionen, Werte und Verhaltensweisen ihrer Herkunftskultur mitbringen, die die Gesundheit unterstützen (Jones & Bond 1999). Aber was bedeutet Akkulturation für Migranten und Migrantinnen eigentlich? Der Begriff der Akkulturation stammt aus der Kulturanthropologie und bedeutet die Verschmelzung verschiedener Kulturen in Wertvorstellungen, Fertigkeiten, Identifikation und Handlungsbezügen zu einer neuen kulturellen Einheit. Er wird aber auch als Teilprozess eines Eingliederungsvorgangs verstanden (Esser 1980:20). Akkulturation wird nach Heckmann

(1992:168) wie folgt definiert: "*Akkulturation* meint durch Kulturkontakte hervorgerufene Veränderungen von Werten, Normen und Einstellungen bei Personen, den Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten und Qualifikationen (Sprache, arbeitsbezogene Qualifikationen, gesellschaftlich-kulturelles Wissen u.a.) sowie Veränderungen von Verhaltensweisen und "Lebensstilen" (z.B. in Bezug auf Arbeit, Wohnen, Konsum, Freizeitverhalten, Kommunikationsformen, Heiratsmuster); auch Veränderungen der Selbstidentität sind damit notwendigerweise verbunden". Er schreibt weiter, dass Akkulturation ein Angleichungsprozess von Personen oder Gruppen ist, die aber nicht aufhören ethnisch unterschiedlich zu sein (Heckmann 1992:169). Auch muss sich Akkulturation nicht auf ein einheitliches kulturelles System beziehen, sondern hat bereits stattgefunden, wenn bestimmte kulturelle Elemente übernommen werden (Esser 1980: 21). Der Prozess der Aneignung von kulturellen Werten und Normen des Aufnahmelandes wird nicht in der ersten Generation abgeschlossen. "Allgemein wird dabei für die erste Generation von Wanderern angenommen, daß aufgrund ihrer zum Migrationszeitpunkt abgeschlossenen Sozialisation eine nur partielle Eingliederung der Regelfall sein werde. Ihre kognitive, strukturelle und soziale Reorientierung verbleibe in den Zügen des Instrumentellen. Emotional und identifikativ bestimmten weiterhin herkunftsorientierte Bezüge das Handeln" (Hill 1990:101). Einwanderer der ersten Generation übernehmen nach dem sogenannten US-amerikanischen "three-generation-assimilation-cycle" Modells in der Mehrzahl nur Handlungsweisen der Einheimischen, die zur Befriedigung der wichtigsten Grundbedürfnisse dienen (Esser 1980:40). Auch für Eisenstadt bedeutet Akkulturation in der kulturellen Dimension das Erlernen der wichtigsten Rollen, Normen und Gewohnheiten (Esser 1980:62). Das bedeutet bspw., dass bestimmte Lebensbereiche, die sich unter Umständen positiv auf die Gesundheit auswirken, im Laufe des Akkulturationsprozesses an die Gesellschaft des Aufnahmelandes verloren gehen. Die Protektivfaktoren von Migrantinnen und Migranten aus lateinamerikanischen Ländern zeigen sich bspw. in Form von geringerem Tabakkonsum und einer nährstoffreicheren Ernährung (Fuentes-Afflick et al. 1999; Abraído-Lanza et al. 1999; Abraído-Lanza et al. 2005), aber auch ein unterstützendes informelles familiäres Netzwerk, das bei geringerer Akkulturation stärker ausgeprägt ist, wird genannt (McGlade 2004; Shaw et al. 2010; Abraído-Lanza et al. 1999). Zahlreiche Studien belegen die Hypothese, dass sich Migrantinnen und Migranten aus lateinamerikanischen Ländern gesundheitsbewusster verhalten und sich dies vorteilhaft auf die Gesundheit auswirkt. Die gesundheitsbewussten Verhaltensweisen werden auf kulturelle Werte und Normen, wie bspw. ein bestimmtes Ernährungsverhalten oder die Missbilligung von Rauchen und Alkoholkonsum, zurückgeführt

(Abraído-Lanza et al. 2005; Scribner & Dwyer 1989). Mit zunehmendem Aufenthalt im Aufnahmeland gleichen sich die Verhaltensweisen in Bezug auf Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum und schlechte Ernährung an die Mehrheitsgesellschaft an (Jones & Bond 1999). Eine Studie, die den Grad der Akkulturation mit einbezog, zeigte, dass 16,2 Prozent der Frauen aus lateinamerikanischen Ländern rauchten, wohingegen der Anteil bei Nicht-Latinas bei 25,1 Prozent lag. Beim moderaten bis häufigen Alkoholkonsum konnten ähnliche Ergebnisse festgestellt werden. 2,7 Prozent der Latinas konsumierten Alkohol moderat bis häufig und Nicht-Latinas zu 5,5 Prozent. Der Anteil von Raucherinnen unter den Latinas mit geringer Akkulturation lag bei 9,6 Prozent und bei Frauen aus lateinamerikanischen Ländern mit hoher Akkulturation an das Aufnahmeland lag der Anteil bei 19,2 Prozent. Ähnliche Ergebnisse konnten auch beim Alkoholkonsum festgestellt werden. 1,4 Prozent der Frauen mit geringer Akkulturation konsumierten Alkohol moderat bis häufig. Hingegen lag der Anteil bei Frauen mit einem hohen Akkulturationsgrad bei 3,3 Prozent (Abraído-Lanza et al. 2005). Akkulturation sollte allerdings nicht ausschließlich negativ betrachtet werden, da sie Voraussetzung für eine Integration in das Aufnahmeland ist (Hilkes 1996:210). Hinzu kommt, dass sich eine zunehmende Akkulturation in Bezug auf physische Aktivitäten in der Freizeit, wie Sport, positiv auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten auswirken kann (Abraído-Lanza et al. 2005).

Magaña & Clark (1995) erklären das "Latina Paradox" über soziale und kulturelle Faktoren und räumen in ihrer Arbeit der Religiosität und Spiritualität, einem wichtigen Faktor in der lateinamerikanischen Kultur, besondere Bedeutung zu (Abraído-Lanza et al. 1999). Mit zunehmendem Aufenthalt im Aufnahmeland nimmt die Religiosität ab. Mit der Religiosität sind aber auch gesunde Verhaltensweisen verbunden. Lateinamerikanische Frauen, die an die Jungfrau von Guadalupe glauben, lehnen Zigaretten- und Alkoholkonsum ab. Weiterhin beten diese Frauen häufiger und die Ruhe der Kirche kann sich positiv auf Stress auswirken und den Frauen ein Gefühl der Sicherheit geben (Magaña & Clark 1995). Religiosität und Spiritualität haben, wie eine Multicenterstudie zeigte, auch bei chronischen Schmerzen einen scheinbar positiven Einfluss auf Bewältigungsstrategien (Büssing et al. 2009). Aus diesem Grunde kann die lateinamerikanische Kultur in Bezug auf Religiosität und Spiritualität sich positiv auf das geburtshilfliche Outcome auswirken. Genetische Dispositionen werden ebenfalls als Erklärungsansätze für das "Latina Paradox" genannt (Abraído-Lanza et al. 1999), auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden soll.

Ein weiterer theoretischer, aber auch kritischer Ansatz für das "Latina Paradox" ist die "Healthy Migrant Theory" oder auch der "Healthy Migrant Effect". Dieser Theorie zufolge

sind Migranten gesünder, was unter anderem damit zusammenhängt, dass gesündere Menschen auswandern (Wingate & Alexander 2006; Sabbioni 2003:358; World Health Organization 2010:9; Kohls 2010:4). Die "Healthy Migrant Theory" würde eine Selektion der Migranten und Migrantinnen bedeuten, sodass nur die gesündesten Migrantinnen und Migranten die beschwerliche Migration in ein anderes Land schaffen (Kimbrow et al. 2004). Die Migrantinnen und Migranten haben beim Healthy Migrant Effect im Vergleich zur heimischen Bevölkerung seltener chronische Krankheiten und haben weniger gesundheitsbedingte Einschränkungen. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer gleicht sich der Gesundheitszustand der Migrantinnen und Migranten an den der Bevölkerung des Aufnahmelandes aufgrund eines Akkulturationsprozesses an (Sabbioni 2003:358). Bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland schließt dieser Theorieansatz allerdings einen Großteil der Migrantinnen und Migranten aus. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler kamen und kommen in die Bundesrepublik Deutschland in unterschiedlichen Gesundheitszuständen und Lebensaltern. Unter ihnen befinden sich auch Rentnerinnen und Rentner, die im Aufnahmeland keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen und gegebenenfalls Krankheiten haben. Hinzu kommt, dass Migrantinnen und Migranten das Herkunftsland gesund verlassen könnten, aber dann im Aufnahmeland erkranken. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler würden dann sicherlich nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren, wovon der folgende Theorieansatz ausgeht.

Ein weiterer Theorieansatz, der dieses Paradox erklären soll, ist der des "Salmon Bias". Es wird dabei davon ausgegangen, dass Migrantinnen und Migranten bei schwerer Krankheit oder im Alter in ihr Heimatland zurückkehren (Abraído-Lanza et al. 1999). Es ist aber bspw. für Kubaner aus politischen Gründen nicht möglich, in ihr Heimatland zurückzukehren. Trotzdem wurde für diese Personengruppe eine geringere Mortalität festgestellt, die somit nicht über den "Salmon Bias" zu erklären ist (Abraído-Lanza et al. 1999). Bezogen auf Frühgeburtlichkeit würde die Theorie des "Salmon Bias" besagen, dass Migrantinnen zur Entbindung in ihr Heimatland zurückkehren und die Frühgeburtenrate von Migrantinnen im Aufnahmeland dadurch geringer sind.

Nach den Ausführungen der Erklärungsansätze zum Latina Paradox werden im Folgenden Studienergebnisse, die sich auf das geburtshilfliche Outcome beziehen, dargestellt.

In der Übersichtsarbeit von Lara et al. (2005) zeigten sich deutliche Zusammenhänge zwischen Akkulturation und Frühgeburtlichkeit. Latinas, die einen höheren Grad an Akkulturation aufwiesen, hatten schlechtere geburtshilfliche Outcomes und

Verhaltensweisen, die sich negativ auf die Schwangerschaft auswirken können, wie Rauchen oder Drogenkonsum in der Schwangerschaft, als Frauen mit einem niedrigeren Grad an Akkulturation (Lara et al. 2005).

Brown et al. (2007) konnten in einer Studie bspw. für "Hispanics" ein geringeres Risiko für Frühgeburt im Vergleich zu afroamerikanischen Frauen feststellen (OR=0.66 (95% CI 0.54 - 0.80)), das nicht über die finanzielle Lage oder den Versicherungsstatus der Frau zu erklären war. In einer populationsbasierten retrospektiven kanadischen Querschnittstudie von Urquia et al. (2010(a)) wurde festgestellt, dass Migrantinnen, die weniger als fünf Jahre in Kanada lebten, mit 4,7 Prozent eine geringere Frühgeburtenrate hatten, als Migrantinnen, die 15 Jahre und länger in Kanada lebten (7,4 Prozent) und einheimische Frauen (6,2 Prozent). Die Ergebnisse sind allerdings nicht nach dem Herkunftsland der Frauen differenziert. Nach dieser Studie ist also auch die Aufenthaltsdauer für das geburtshilfliche Outcome von Bedeutung, was mit der zunehmenden Akkulturation im Aufnahmeland in Verbindung gebracht werden könnte (Goldenberg & McClure 2010:30; Wingate & Alexander 2006). Hingegen konnten Zambrana et al. (1997) keinen Unterschied bei der Frühgeburtenrate von Migrantinnen aus Mexiko und Mexikanerinnen, die in den Vereinigten Staaten von Amerika geboren waren, aufzeigen. Ebenso konnten Auger et al. (2008) für Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss, die nicht in Kanada geboren worden sind, dieses Paradox für SGA, LBW und Frühgeburten nicht feststellen. Allerdings zeigte sich das Paradox wieder bei Frauen mit niedriger Schulbildung, die in einem anderen Land als Kanada geboren wurden, für SGA und LBW, aber nicht für Frühgeburten. In dieser Studie wurde nicht nach Herkunftsland unterschieden, sodass auch nicht im Allgemeinen von einem Latina Paradox gesprochen werden kann, da es sich um Frauen aus verschiedenen Nationen handelt.

Der Zusammenhang von Progesteron und Frühgeburtlichkeit wird im Kapitel 2.2.3 zur Prävention von Frühgeburtlichkeit dargestellt. Ruiz et al. (2008) haben den Effekt der Akkulturation auf das Verhältnis der Hormone Progesteron und Estriol und Frühgeburtlichkeit untersucht. Das Sample umfasste in der prospektiven Studie 468 Hispanics mit niedrigem Einkommen. Der Akkulturationsgrad wurde mithilfe einer Skala über die englische Sprachkompetenz gemessen. Es stellte sich heraus, dass Hispanics mit einer guten Sprachkompetenz ein vierfach adjustiertes höheres Risiko für Frühgeburt hatten und gleichzeitig ein niedriges Progesteron-Estriol Ratio. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Akkulturation ein geburtshilflicher Risikofaktor ist, der aber weiterer Klärung bedarf.

Auch Studien, die in europäischen Nachbarländern durchgeführt wurden, zeigen Unterschiede im geburtshilflichen Outcome. Zeitlin et al. (2004) haben in einer prospektiven Studie in

Frankreich festgestellt, dass Frauen aus Nordafrika, Südeuropa und Südostasien keine signifikant höheren Frühgeburtsraten hatten als Frauen, die in Frankreich geboren worden sind, wohingegen Frauen aus Afrika (südlich der Sahara) mit 7,2 Prozent, aus den überseeischen französischen Distrikten in der Karibik mit 7,9 Prozent und Südostasien mit 5,1 Prozent eine höhere Frühgeburtenrate hatten. Drooger et al. (2005) haben im Rahmen einer niederländischen Studie festgestellt, dass türkische Frauen im Vergleich zu niederländischen Frauen durchschnittlich kleinere Feten haben. Die Unterschiede im fetalen Wachstum werden von den Autoren größtenteils mit dem mütterlichen Gewicht, der Größe, dem Alter und der Parität begründet. Vahratian et al. (2004) zeigten in einer belgischen Studie Unterschiede bezüglich Frühgeburtlichkeit von belgischen Frauen und Nordafrikanerinnen. Das Gestationsalter wurde mittels Ultraschall festgelegt, da Frauen aus Nordafrika den Tag der letzten Regelblutung nicht immer angeben konnten. Es zeigte sich, dass die Frühgeburtenrate mit 6,2 Prozent deutlich geringer war als bei den belgischen Frauen mit 11 Prozent. Im Rahmen einer britischen Querschnittstudie konnte nachgewiesen werden, dass Frauen mit afro-karibischer Abstammung ein höheres Risiko (AOR = 1.22; 95% CI, 1.07 – 1.41) für Frühgeburtlichkeit (< 37. Schwangerschaftswoche) hatten, als weiße Frauen, die als Referenzgruppe herangezogen wurden. Das höhere adjustierte Risiko der afro-karibischen Frauen stand im Zusammenhang mit den Risikofaktoren "deprivation" und Familienstand (Aveyard et al. 2002). In einer niederländischen Studie wurde die Prävalenz für Frühgeburtlichkeit zwischen ethnischen Gruppen analysiert. Es handelte sich dabei um eine prospektive populationsbezogene Kohortenstudie. Die Ethnizität wurde über das Geburtsland der Mutter ermittelt. Das Risiko einer Frühgeburt war für Frauen aus Surinam, den niederländischen Antillen und Ghana ungefähr doppelt so hoch wie bei Frauen aus den Niederlanden. Obwohl Frauen aus der Türkei und Marokko ungünstigere Risikoprofile hatten, war das Risiko einer Frühgeburt geringer bzw. gleich hoch im Vergleich zu Frauen aus den Niederlanden. Es konnte nicht geklärt werden, ob Umweltfaktoren und/oder genetische Dispositionen für das geringere Risiko einer Frühgeburtlichkeit unter den Türkinnen und Marokkanerinnen verantwortlich waren (Goedhart et al. 2008). In einer italienischen Studie von Sosta et al. (2008), die sich allerdings auf ein Krankenhaus in der Region Brescia bezog, wurden die Frühgeburtenraten von Migrantinnen und Italienerinnen ausgewertet. Es stellte sich heraus, dass insbesondere Frauen aus afrikanischen und nicht-europäischen Ländern ein erhöhtes Risiko für Frühgeburt hatten. Hingegen hatten Frauen aus osteuropäischen Ländern eine vergleichbar hohe Geburtenrate wie Italienerinnen. Die Studie analysierte allerdings eine kleine Anzahl von Frühgeborenen (N=36) und war auf ein bestimmtes Krankenhaus limitiert.



In anderen italienischen Studien konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Frühgeburtenrate von Italienerinnen und Migrantinnen gezeigt werden (Diani et al. 2003; Rizzo et al. 2004). Eine ältere Studie von Guendelman et al. (1999) hat das geburtshilfliche Outcome von Frauen, die in Mexiko geboren wurden, mit gebürtigen US-Amerikanerinnen verglichen. Außerdem wurde das geburtshilfliche Outcome von Frauen aus Nordafrika, die in Belgien oder Frankreich leben, mit einheimischen Belgierinnen und Französischen verglichen. Es zeigte sich, sowohl bei den Mexikanerinnen als auch bei den Frauen aus Nordafrika ein günstigeres geburtshilfliches Outcome im Vergleich zu einheimischen Frauen aus den USA, Belgien und Frankreich, obwohl die Migrantinnen einen niedrigeren Bildungsstand und weniger Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen im Vergleich zu einheimischen Frauen aufwiesen. Die Frühgeburtenrate betrug für Mexikanerinnen 10 Prozent und für US-Amerikanerinnen 11,2 Prozent. In Frankreich lag die Frühgeburtenrate für Nordafrikanerinnen bei 4,5 und für Französischen bei 4,3 Prozent. Belgierinnen hatten eine Frühgeburtenrate von 4,8 Prozent und Nordafrikanerinnen, die in Belgien lebten, 3,9 Prozent. Nach Durchführung einer multivariaten Analyse konnte ein geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit bei den Mexikanerinnen und den Nordafrikanerinnen in Belgien festgestellt werden. In Frankreich war das Frühgeburtsrisiko für Migrantinnen und einheimische Frauen gleich hoch. Obwohl für Frankreich ein gleich hohes Frühgeburtsrisiko ermittelt wurde, zeigt dies dennoch, dass Migrantinnen trotz der schlechteren sozioökonomischen Lage kein schlechteres geburtshilfliche Outcome hatten. Daher deuten auch diese Ergebnisse auf ein epidemiologisches Paradox hin. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch David et al. (2006), die keine signifikanten Unterschiede bei der Frühgeburtenrate von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und deutschen Frauen feststellen konnten. Die Ergebnisse dieser Studie werden im Kapitel 5.4 genauer erläutert.

Die meisten Untersuchungen können nachweisen, dass Migrantinnen der ersten Generation aus bestimmten Herkunftsregionen ein geringeres Risiko und eine geringere Rate für Frühgeburtlichkeit haben als einheimische Frauen. In diesem Falle ist die Herkunft der Schwangeren ein Protektivfaktor für Frühgeburtlichkeit. In Studien, in denen dies nicht nachgewiesen wurde, fehlte oftmals eine Differenzierung der Herkunftsregionen bzw. welcher Generation die Migrantinnen angehörten, sodass die Zielgruppen nicht eindeutig definiert werden konnten (Kimbrow et al. 2004). Auch wenn die Herkunftsregion als Protektivfaktor eruiert wurde, kann sich die Migration an sich negativ auf das geburtshilfliche Outcome auswirken, da sie zu den sogenannten Life Events zu zählen ist, die wie im Folgenden gezeigt wird zu den sozialen Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit gehören.

#### 2.2.2.4 Life Events

Life Events sind kritische Lebensereignisse. Sie sind oftmals mit Umbrüchen verbunden, die Stress auslösen. Holmes und Rahe haben 1967 eine Skala die sogenannte Social Readjustment Rating Scale, entwickelt um Stress messen zu können (Holmes & Rahe 1967). Zu den wichtigsten Life Events gehören unter anderem der Tod eines Angehörigen, die eigene Krankheit oder der Verlust des Arbeitsplatzes. Aber auch Schwangerschaft und Änderungen gesellschaftlicher Gewohnheiten oder ein Wohnungswechsel werden genannt (Holmes & Rahe 1967). Auch die Migration stellt ein Life Event bzw. kritisches Lebensereignis (Schenk 2007) dar, insbesondere, wenn die Migration nicht geplant ist und die Migrantinnen und Migranten aus ihrem Heimatland flüchten müssen (Binder-Fritz 2009:29). Die Migration ist ein radikaler biografischer Bruch, der sich auf alle Lebensbereiche auswirkt und mit einer sozialen und kulturellen Neuorientierung verbunden ist (Schenk 2007).

Diese bedeutenden Lebensereignisse und mütterlicher Stress, aber auch katastrophale Ereignisse können sich auf das geburtshilfliche Outcome auswirken (Bruckner et al. 2010; Mulherin Engel et al. 2005; Xiong et al. 2008; Tegethoff et al. 2010). Insbesondere Stress wird mit vorzeitigen Wehen in Verbindung gebracht (Schneider & Helmer 2011:519). Zambrana et al. (1999) konnten zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen einschneidenden Lebensereignissen und dem Gestationsalter bei der Geburt gab. Die meisten Life Events waren von den Frauen nicht beeinflussbar.

Studien belegen, dass die Wahrscheinlichkeit männlichen Nachwuchses sinkt, wenn die Bevölkerung Natur- oder Umweltkatastrophen ausgesetzt war oder sich in einer Wirtschaftskrise befand. Ein Erklärungsansatz ist, dass männliche Feten sensibler auf die mütterlichen Kortikosteroide reagieren, die nach der 20. Schwangerschaftswoche produziert werden. Diese erhöhte Belastung gefährdet die männlichen Feten in Utero stärker als weibliche Feten (Bruckner et al. 2010). Bruckner et al. (2010) konnten in einer Zeitreihen-Untersuchung in den USA nach den Anschlägen vom 11. September 2001 feststellen, dass die Wahrscheinlichkeit für die Totgeburt eines männlichen Fetus über den erwarteten Wert gestiegen war. Eine Studie, die in Boston das Frühgeburtsrisiko für Frauen, die während der Anschläge vom 11. September 2001 schwanger waren, untersuchte, konnte entgegen der Erwartungen ein geringeres Frühgeburtsrisiko im Vergleich zu Frauen, die vor dem 11. September 2001 entbunden hatten, ermitteln. Insbesondere zeigten sich diese Ergebnisse bei Schwangeren, die in der frühen Schwangerschaft den Ereignissen des 11. Septembers ausgesetzt waren. Die Frühgeburtenrate lag für diese Frauen bei 2,5 Prozent. Hingegen lag die

Frühgeburtenrate von Frauen, die den Ereignissen im ersten Trimester nicht ausgesetzt waren, bei 7,7 Prozent. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse auf kleinen Fallzahlen basieren. Die AutorInnen führen diese Ergebnisse auf einen konkurrierenden Mortalität-Bias unter der 22. Schwangerschaftswoche zurück (Rich-Edwards et al. 2005).

Die Anzahl der Studien, die sich mit Life Events als Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit beschäftigen, sind begrenzt. In Studien zu bedeutenden Lebensereignissen im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit wird einerseits der Zeitpunkt des Lebensereignisses, andererseits die Wahrnehmung der Frau als relevant erachtet (Hobel et al. 2008). Studien haben gezeigt, dass Lebensereignisse, die das geburtshilfliche Outcome beeinflussen, meistens im ersten Trimester der Schwangerschaft auftreten (Hobel et al. 2008).

In einer prospektiven Kohortenstudie von Dole et al. (2003) zeigte sich, dass das Frühgeburtsrisiko für Frauen mit Lebensereignissen, denen die Frauen eine negative Auswirkung zugeordnet hatten, im Vergleich zu geringen Auswirkungen signifikant erhöht war (RR=1.8; 95% CI 1.2 - 2.7).

In einer Fall-Kontroll-Studie mit afroamerikanischen Frauen wurde festgestellt, dass Frauen, die drei oder mehr stressigen Lebensereignissen in der Schwangerschaft ausgesetzt waren, ein signifikant höheres Risiko hatten (OR=3.1; 95% CI 1.2 - 8.2), ein Kind mit sehr geringem Geburtsgewicht zu gebären. Diese Kinder waren außerdem Frühgeburten (Collins et al. 1998). In einer prospektiven Studie ebenfalls mit 179 afroamerikanischen Frauen konnte ein Zusammenhang zwischen pränatalen Life Events und Frühgeburtlichkeit festgestellt werden (Dominguez et al. 2005). Ebenso konnten Nordentoft et al. (1996) in einer prospektiven Studie einen Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und Frühgeburtlichkeit feststellen.

Xiong et al. (2008) untersuchten das Risiko für Frühgeburtlichkeit von Frauen, die dem Hurrikan Katrina 2005 in New Orleans und Baton Rouge erlebt haben. Es wurde überprüft, ob eine Hurrikan-Exposition mit drei oder mehr schweren Hurrikanerfahrungen, dazu zählten - das Gefühl sich in Lebensgefahr zu befinden, zu Fuß durch Hochwasser zu müssen oder einen geliebten Menschen sterben zu sehen - das Risiko für Frühgeburtlichkeit erhöhte. Die Häufigkeit für Frühgeburtlichkeit bei Frauen mit schweren Hurrikanerfahrungen war mit 14 Prozent höher als bei Frauen ohne schwere Hurrikanerfahrung (6,3 Prozent). Das adjustierte Risiko lag bei OR=2.3 (95% CI 0.82 - 6.38;  $p < 0.05$ ).

Insgesamt besteht Einigkeit darüber, dass das Risiko einer Frühgeburt bei bedeutenden Lebensereignissen ansteigt, wenn auch eine begrenzte Anzahl an Untersuchungen vorliegt.

Kritische Lebensereignisse, wie bspw. Migration, können auch durch mangelnde soziale Unterstützung während der Schwangerschaft verstärkt werden. So soll im Folgenden dargestellt werden, dass auch eine mangelnde soziale Unterstützung während der Schwangerschaft ein Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit ist.

### **2.2.2.5 Soziale Unterstützung**

Für das Wohlbefinden der Schwangeren während der Schwangerschaft sowie für das geburtshilfliche Outcome ist soziale Unterstützung von Bedeutung. Bei einer Befragung von 30 privat versicherten Schwangeren stellte sich heraus, dass Frauen, die sich in einer instabilen sozialen Situation befanden, weniger glücklich und ängstlicher waren. Außerdem waren sie weniger glücklich über ihre Schwangerschaft, hatten häufiger das Gefühl der Entfremdung und waren häufiger emotional gestört (Davids & Rosengren 1962).

Elsenbruch et al. (2007) untersuchten 896 Frauen in einer prospektiven Studie im ersten Trimenon und nach der Geburt. Es wurde zwischen Frauen mit geringer, mittlerer oder hoher sozialer Unterstützung, die auf der wahrgenommenen Unterstützung basierte, differenziert. Bezüglich der Frühgeborenen stellte sich heraus, dass der Anteil bei rauchenden Frauen mit geringer Unterstützung höher war (10 Prozent) im Vergleich zu Frauen mit hoher sozialer Unterstützung (0 Prozent). Neben der familiären Unterstützung kann aber auch eine professionelle Betreuung während der Schwangerschaft bspw. durch eine Hebamme das Frühgeburtsrisiko senken. Eine australische prospektive randomisierte Fall-Kontroll-Studie mit Schwangeren, die Probleme in vorangegangenen Schwangerschaften hatten, konnte zeigen, dass die Teilnehmerinnen, die zusätzlich zur regulären Schwangerschaftsvorsorge auch soziale Unterstützung in Form von Hausbesuchen vor der Geburt und Telefongesprächen mit Hebammen bekamen, eine relative Verringerung der Frühgeburten um 13,8 Prozent (95% CI -8.2% - +31.5%) aufwiesen (Bryce et al. 1991). Die professionelle Betreuung hat auch eine nachhaltige Wirkung. Im Rahmen einer Follow-up Studie, die sieben Jahre nach einer randomisierten Fall-Kontroll-Studie durchgeführt wurde, zeigten sich auch nach sieben Jahren signifikante Unterschiede in der Interventionsgruppe, die zusätzliche soziale Unterstützung durch eine Hebamme während der Schwangerschaft erhalten hatte. Die Interventionsgruppe hatte bessere Outcomes bei der Gesundheit und Entwicklung der Kinder sowie der physischen und psychosozialen Gesundheit der Mütter (Oakley et al. 1996).

### 2.2.2.6 Lebensalter der Schwangeren

Ein sozialer Risikofaktor ist das Lebensalter der Schwangeren. Insbesondere für Schwangere über 35 Jahre bzw. unter 18 Jahre besteht ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit (Beinder 2010:520; Goldenberg & McClure 2010:28; Behrmann & Butler 2007:125; Cnattingius et al. 1992; Ancel et al. 1999(b); Moore 2002). Aufgrund von längeren Ausbildungszeiten, der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen und Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf verschiebt sich die Familiengründung (Frejka 2008), sodass der Risikofaktor "Alter" zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.

Schneider (2001:129) hat eine enge Korrelation zwischen Alter der Mutter und Frühgeburtenrate festgestellt. "So findet sich die niedrigste Frühgeburtenrate bei Müttern im Alter von 24±29 Jahren mit 6,6±7,0%. Bei Müttern im Alter von 40±49 Jahren beträgt sie dagegen 10±15,5%". In den verschiedenen Studiendesigns wurden unterschiedliche Altersgrenzen gesetzt. So konnten Cnattingius et al. (1992) ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit bei Frauen über 35 Jahren feststellen. In einer Multicenter Studie konnte nach Adjustierung mehrerer Kontrollvariablen, wie Ethnizität, Parität, BMI, Ausbildung, Familienstand, Rauchen und Fertilitätsbehandlung, für Frauen über 40 Jahre ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit im Vergleich zur Referenzgruppe, der unter 35-jährigen Frauen, festgestellt werden. Das adjustierte Risiko für Frühgeburtlichkeit lag bei den Frauen über 40 Jahre bei AOR = 1.4 (Cleary-Goldman et al. 2005).

Einige Studien konnten auch zeigen, dass junge Mütter ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten haben (Behrmann & Butler 2007:125; Schempf et al. 2007; Beeckman et al. 2009; da Silva 2003). Schempf et al. (2007) differenzierten dabei nach Alter und Parität sowie nach Ethnizität (non-Hispanic White, non-Hispanic Black und Hispanic). Außerdem unterschieden sie bei Frühgeburtlichkeit zwischen: extrem Frühgeborenen (< 28. Schwangerschaftswoche), sehr frühen Frühgeborenen (28. - 31. Schwangerschaftswoche) und moderat frühen Frühgeburten (32. - 36. Schwangerschaftswoche). Die Referenzgruppe waren 25- bis 29-jährige Erstgebärende. Nach Durchführung einer logistischen Regressionsanalyse wurde festgestellt, dass Teenagerinnen unter 18 Jahren, insbesondere Multipara, ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit haben. Diese Ergebnisse zeigten sich auch nach Differenzierung nach Schwangerschaftswochen. Allerdings war zu beobachten, dass dunkelhäutige Teenagerinnen ein geringeres Risiko für extrem frühe Frühgeburten hatten. Beeckman et al. (2009) konnten in einer belgischen Studie nachweisen, dass das Frühgeburtsrisiko für Teenagerinnen nach Überprüfung mit verschiedenen Kontrollvariablen signifikant erhöht war (OR=2.15, 95% CI

1.31 - 3.53). Für das erhöhte Risiko von Frühgeburten bei Teenagerinnen konnte noch nicht geklärt werden, ob dies biologische Gründe hat (da Silva 2003), oder ob die erhöhte Prävalenz mit anderen Risikofaktoren, wie bspw. einem niedrigen sozioökonomischen Status, zusammenhängt (Behrman & Butler 2007:126).

Das Alter der Schwangeren stellt einen Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit dar, welcher aber wahrscheinlich auch durch andere Determinanten, wie den sozioökonomischen Status oder den Familienstand der Schwangeren, die mit dem Alter verknüpft sind, beeinflusst wird.

### **2.2.2.7 Rauchen in der Schwangerschaft**

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft steht im Zusammenhang mit vermeidbaren mentalen Einschränkungen und Entwicklungsstörungen beim Kind (Flynn et al. 2009) und stellt ebenso wie Drogen- und Nikotinkonsum einen Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit dar (Beinder 2010:520).

In westlichen Industrienationen ist Rauchen in der Schwangerschaft einer der bedeutendsten Risikofaktoren für einen ungünstigen Schwangerschaftsverlauf (Voigt et al. 2009(a)). Rauchen in der Schwangerschaft wird in der Literatur nicht nur als sozialer Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit genannt, sondern auch als pathophysiologischer Risikofaktor (Beeckman et al. 2009). Im Zigarettenrauch befinden sich mehr als 3000 verschiedene Chemikalien, wo bei den meisten noch nicht sicher ist, wie sie sich auf den Fetus im Mutterleib auswirken. Sicher ist, dass Nikotin und Kohlenmonoxid zu Schäden an der Plazenta führen und mit einem verringerten Blutfluss im Uterus verbunden sind, was beides zu intrauterinen Wachstumsretardierungen und Frühgeburten führen kann. Nikotinkonsum während der Schwangerschaft hat Einfluss auf die Mortalität und Morbidität der Mutter, des Fetus bzw. des Neugeborenen (American College of Obstetricians and Gynecologists 2010). Unter anderem werden eine schlechtere Schilddrüsenfunktion bei der Mutter, ektopische Schwangerschaft, intrauterine Wachstumsrestriktion, Placenta praevia, vorzeitige Plazentalösung, Plazentainsuffizienz, deziduale Blutung, geringes Geburtsgewicht, perinatale Mortalität, vorzeitige Wehentätigkeit sowie ein vorzeitiger Blasensprung in der 24. bis 37. Schwangerschaftswoche und einer damit drohenden Frühgeburt genannt (American College of Obstetricians and Gynecologists 2010; Vanderhoeven & Tolosa 2010:106; Behrman & Butler 2007:91; Schaffer et al. 2001; Cnattingius 2004; Bergmann 2003). Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben, zeigten ein erhöhtes Risiko für Asthma,

Säuglingskolik, Übergewicht, Bluthochdruck, Kleinwuchs, Hyperaktivität, Mittelohrentzündungen und psychotische Störungen im Jugendalter (American College of Obstetricians and Gynecologists 2010; Vanderhoeven & Tolosa 2010:106; Zammit et al. 2009). Der Risikofaktor Zigarettenkonsum wird nicht nur mit einer höheren Rate an Frühgeburten in Verbindung gebracht, sondern unter anderem auch mit einer höheren Rate an SGA-Neugeborenen Mortalität und perinataler Mortalität, ist aber vom Verhalten der Schwangeren beeinflussbar (Beinder 2010:520; Schneider & Helmer 2011:529; Nabet et al. 2005; Voigt et al. 2009(a); Vanderhoeven & Tolosa 2010:102; Cnattingius 2004).

Die Angaben bezüglich des erhöhten Risikos durch Rauchen in der Schwangerschaft zeigen trotz unterschiedlicher Ergebnisse deutlich, dass der Zigarettenkonsum das Frühgeburtsrisiko deutlich erhöht. Nach Goldenberg et al. (2008) erhöht sich das Risiko einer Frühgeburt mit dem Zigarettenkonsum um fast das Doppelte. Cnattingius (2004) konnte für Raucherinnen ein relatives Risiko zwischen 1.2 und 1.6 für Frühgeburtlichkeit gegenüber Nichtraucherinnen ermitteln.

Eine Schwangerschaft oder der Wunsch schwanger zu werden ist für viele rauchende Frauen ein Grund mit dem Rauchen aufzuhören. 46 Prozent der Frauen aus den USA, die vor der Schwangerschaft geraucht haben, hören unmittelbar vor einer Schwangerschaft bzw. während der Schwangerschaft auf zu rauchen (American College of Obstetricians and Gynecologists 2010). Obwohl in den USA ein Abwärtstrend bei Frauen erkennbar ist, die in der Schwangerschaft rauchten, lag der Anteil 2006 noch bei 13,2 Prozent (American College of Obstetricians and Gynecologists 2010). Im Vergleich dazu haben laut Niedersächsischer Perinatalerhebung (2007) 10,8 Prozent der Frauen in der Schwangerschaft geraucht. 2001 lag der Anteil noch bei 13,9 Prozent. 2007 rauchten nach eigenen Angaben 66,8 Prozent der rauchenden Schwangeren 1 bis 10 Zigaretten, 30,1 Prozent 11 bis 20 Zigaretten pro Tag und 3,1 Prozent gaben an täglich mehr als 21 Zigaretten zu rauchen. Allerdings ist es unklar, wie hoch die Dunkelziffer der Raucherinnen tatsächlich ist. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass 20 Prozent der Raucherinnen in der Schwangerschaft weiterräumen (Haustein 2000, Voigt et al. 2007).

Präventive Programme zur Raucherentwöhnung, aber auch eine Reduzierung des Zigarettenkonsums können sich positiv auf Frühgeburtlichkeit auswirken. Lumley et al. (2009) konnten in einem Cochrane Review zeigen, dass Programme zur Raucherentwöhnung die Inzidenz für Frühgeburtlichkeit erfolgreich gesenkt haben (RR=0.86, 95% CI 0.74 - 0.98). Voigt et al. (2007) haben festgestellt, dass die Frühgeburtenrate mit erhöhtem Zigarettenkonsum ansteigt. Bei weniger als sechs Zigaretten pro Tag erhöht sich das Risiko

schon um 9 Prozent und Schwangere, die täglich mehr als 15 Zigaretten rauchen, haben ein zu 58 Prozent erhöhtes Risiko einer Frühgeburt. Für SGA-Neugeborene kommen Voigt et al. (2009(a)) zu ähnlichen Ergebnissen. Bei einer Analyse der bundesdeutschen Perinatalerhebungen der Jahre 1995-2000 stellte sich heraus, dass der Anteil von SGA-Neugeborenen bei Nichtraucherinnen, die 31 Jahre und älter waren, bei 9,8 Prozent lag, wohingegen der Anteil von SGA-Neugeborenen für Raucherinnen bei 18,2 Prozent lag. Bei einer weiteren Differenzierung nach  $\leq 10$  Zigaretten pro Tag und  $\geq 11$  Zigaretten pro Tag konnte in der gleichen Altersgruppe gezeigt werden, dass 16,7 Prozent der Frauen mit einem geringeren Zigarettenkonsum ein Neugeborenes mit einem geringen Geburtsgewicht zur Welt gebracht haben. Bei den Frauen mit einem höheren Zigarettenkonsum lag der Anteil bei 23,4 Prozent. McCowan et al. (2009) haben in einer prospektiven Kohortenstudie untersucht, ob es Unterschiede beim Outcome bezüglich Frühgeburtlichkeit und SGA-Neugeborenen gab. Verglichen wurden Nichtraucherinnen, Frauen, die bis zur 15 ( $\pm 1$ ) Gestationswoche geraucht haben und Frauen, die während der gesamten Schwangerschaft geraucht haben. Zwischen den Nichtraucherinnen und den Frauen, die in der 15 ( $\pm 1$ ) Gestationswoche aufgehört hatten zu rauchen, konnten keine unterschiedlichen Frühgeburtsraten und SGA-Raten festgestellt werden. Raucherinnen, die während der gesamten Schwangerschaft geraucht haben, hatten eine signifikant höhere Frühgeburtenrate als Frauen, die in der frühen Schwangerschaft aufgehört hatten zu rauchen (10%, n=25 vs 4%, n=10; p=0.006) und auch die SGA-Raten lagen signifikant höher (17%, n=42 vs 10%, n=27; p=0.03). "Women who stopped smoking had higher rates of uncomplicated pregnancies than women who continued to smoke (62%, n=162 v 44%, n=111; p<0.001)" (McCowan et al. 2009). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein früher Verzicht auf das Rauchen in der Schwangerschaft ein positives Ergebnis auf den Schwangerschaftsverlauf hat. Somit hat das Präventionsangebot und Verhalten von Schwangeren bezüglich des Rauchverhaltens in der Anfangsphase eine große Bedeutung für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft.

Auch das Passivrauchen während der Schwangerschaft wird mit einem erhöhten Risiko für ein geringes Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit, Präeklampsie und perinataler Mortalität (Vanderhoeven & Tolosa 2010:106) sowie mit angeborenen Anomalien und dem Trend zu einem geringeren Kopfumfang (Salmasi et al. 2010) in Verbindung gebracht. In einer Meta-Analyse wurde festgestellt, dass auf das Risiko einer Totgeburt Passivrauchen signifikant erhöht war (Leonardi-Bee et al. 2011). In einer randomisierten Kontrollstudie wurde die Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention zur Verringerung der Exposition von Tabakrauch bei dunkelhäutigen Frauen untersucht. Die Interventionsgruppe



bekam evidenzbasierte, individuell zugeschnittene Beratungsgespräche. Für nicht rauchende Mütter konnte festgestellt werden, dass die Frühgeburtenrate für sehr frühe Frühgeborenen < 34. Schwangerschaftswoche bei 1,4 Prozent lag. Für die Frauen, die eine normale Schwangerschaftsvorsorge erhalten haben, lag der Anteil bei 5,6 Prozent (El-Mohandes et al. 2010). Präventive Maßnahmen zur Raucherentwöhnung vor einer Schwangerschaft, aber auch noch in der Schwangerschaft, können sich positiv auf das geburtshilfliche Outcome auswirken.

Das Rauchverhalten ist nach Auswertung des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 ein schichtspezifisches Verhaltensmuster. Das heißt, dass Personen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger rauchen (Lampert & Thamm 2004). Eine zwei- bis dreifach erhöhte Prävalenz beim Rauchen wird bei den am meisten benachteiligten Frauen gegenüber den am wenigsten benachteiligten Frauen festgestellt (Gray et al. 2008). In Deutschland hatten 2006 21 Prozent der 18- bis 39-jährigen Raucherinnen einen hohen sozialen Status, wohingegen 44 Prozent einen niedrigen sozialen Status aufwiesen (Deutsches Krebsforschungszentrum 2009:34). Weniger Schwangere mit niedrigem sozioökonomischen Status hören während der Schwangerschaft auf zu rauchen als Frauen mit höherem sozioökonomischen Status (Tucker & McGuire 2004). Dies stellten auch Delpisheh et al. (2006) fest. Der Anteil der Raucherinnen aus einer niedrigeren sozioökonomischen Lage lag deutlich höher als bei Frauen aus einer höheren sozioökonomischen Lage. Frauen, die während der Schwangerschaft rauchten, hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburtlichkeit (Delpisheh et al. 2006). Auch in der Bundesrepublik konnten während der Schwangerschaft deutliche Unterschiede bezüglich des Rauchverhaltens und des sozioökonomischen Status der Schwangeren nachgewiesen werden. In der Schwangerschaft rauchten 4 Prozent der Frauen mit einer hohen beruflichen Position, wohingegen 20 Prozent der Schwangeren mit einer niedrigen beruflichen Position rauchten. Zudem war der Anteil von Raucherinnen ohne Partner größer als der von Frauen mit einem Partner (23% vs 11%) (Deutsches Krebsforschungszentrum 2009:39). Signifikant höhere Odds Ratios hat Helmert (2003) beim Zigarettenkonsum von getrennt lebenden und geschiedenen Personen feststellen können. Folglich hat der Familienstand Einfluss auf den Konsum von Zigaretten und somit auch auf das Risiko der Frühgeburtlichkeit. Eine deutlich höhere Rate unter den Zigarettenraucherinnen ist bei den Unverheirateten und Geschiedenen zu finden (Helmert 2003:89; Koller et al. 2009; Villalbí et al. 2007). Bezogen auf den Migrationshintergrund konnte in der KIGGS Studie vom Robert-Koch-Institut festgestellt werden, dass Mütter mit beidseitigem Migrationshintergrund in der Schwangerschaft seltener rauchten (14,7 Prozent),

wohingegen der Anteil bei Frauen mit einseitigem Migrationshintergrund bei 20,9 Prozent lag und für Frauen ohne Migrationshintergrund bei 17,8 Prozent. Auffällig ist auch, dass Schwangere aus der Türkei mit 25,0 Prozent am häufigsten und Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion am seltensten während der Schwangerschaft rauchten (3,8 Prozent) (Schenk et al. 2008:52).

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Rauchen in der Schwangerschaft auch von anderen sozialen Risikofaktoren, wie dem sozioökonomischen Status und der Herkunft der Schwangeren, beeinflusst wird. In Bezug auf Schwangere mit Migrationshintergrund sind Frauen aus der Türkei scheinbar häufiger gefährdet als Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion. Der Familienstand stand auch im Zusammenhang mit dem Zigarettenkonsum. Im folgenden Kapitel wird auf den Risikofaktor Familienstand eingegangen. Fraglich ist, ob dieser Risikofaktor nicht auch durch den verstärkten Zigarettenkonsum alleinstehender Frauen beeinflusst wird.

### **2.2.2.8 Familienstand**

Der Familienstand alleinstehend ist ein Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit, das heißt, alleinstehende Frauen haben ein höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit als verheiratete Schwangere (Beeckman et al. 2009; Ancel & Bréart 2000; Behrman & Butler 2007:127; Zeitlin et al. 2002; Raatikainen et al. 2005). Dass es einen Zusammenhang zwischen Frühgeburtlichkeit und Familienstand gibt, stellten Berkowitz & Papiernik schon 1993 fest: "Unmarried women have generally been found to have a higher rate of preterm delivery than married women, even after adjustment for other closely related factors, such as age, race/ethnicity, and socioeconomic status" (Berkowitz & Papiernik 1993:420).

Zeitlin et al. (2002) untersuchten in einer Fall-Kontroll-Studie in 16 europäischen Ländern, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Frühgeburtsrisiko und alleinstehenden Müttern sowie Müttern, die unverheiratet, aber in einer Lebensgemeinschaft lebten, gab. Dabei wurden die Länder berücksichtigt, in denen es weniger als 20 Prozent außereheliche Geburten gibt. Sowohl für alleinstehende Mütter (OR=1.61; 95% CI 1.26 - 2.07) als auch für unverheiratete Frauen in einer Partnerschaft (OR=1.29; 95% CI 1.08 - 1.55) konnte ein signifikant höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit festgestellt werden. In Ländern, in denen außereheliche Geburten häufiger sind, konnte kein erhöhtes Risiko beim Familienstand nachgewiesen werden (Zeitlin et al. 2002).

In einer finnischen Studie an einem Universitätskrankenhaus wurden 25.373 Einlingsschwangerschaften unter anderem hinsichtlich des Frühgeburtsrisikos analysiert. Der Familienstand der Mütter war bekannt und es lagen ebenso Informationen darüber vor, ob die Mutter in einer Partnerschaft lebte. Der Familienstand "unverheiratet" konnte mit sozialen Nachteilen, aber auch mit Risikofaktoren, wie bspw. Arbeitslosigkeit, Rauchen und vorzeitigen Schwangerschaftsabbrüchen in Verbindung gebracht werden, die sich negativ auf das geburtshilfliche Outcome auswirken. 5,7 Prozent der verheirateten Frauen hatten in dieser Studie eine Frühgeburt. Der Anteil bei den Unverheirateten lag bei 6,7 Prozent. Das adjustierte Risiko für Frühgeburten bei unverheirateten Frauen betrug  $OR=1.15$  (95% CI 1.03 - 1.28). Für alleinstehende Frauen lag das adjustierte Frühgeburtsrisiko bei  $OR=1.29$  (95% CI 1.09 - 1.54). Die AutorInnen kommen zum Schluss, dass verheiratet sein sich protektiv auf die Schwangerschaft auswirkt. Diese Studie zeigte deutlich den Zusammenhang zwischen Familienstand und dem Zigarettenkonsum sowie vorzeitigen Schwangerschaftsabbrüchen, auf die im nächsten Kapitel eingegangen wird.

Die Gründe für eine höhere Frühgeburtenrate bei unverheirateten Frauen werden mit mangelnder sozialer Unterstützung in der Schwangerschaft in Verbindung gebracht, weniger mit emotionalen Problemen in einer stabilen Partnerschaft (Raatikainen et al. 2005). Der protektive Faktor einer Ehe unterscheidet sich allerdings deutlich zwischen Altersgruppen und ethnischen Gruppen. Der Schutz vor Frühgeburtlichkeit bei verheirateten Frauen macht sich insbesondere in der Altersgruppe 35 Jahre und älter sowie bei Nicht-Hispanic Afroamerikanerinnen bemerkbar (Behrman & Butler 2007:127).

### **2.2.2.9 Vorausgegangener Schwangerschaftsabbruch**

Brown et al. (2008) untersuchten in einer Studie lebende Einlingsgeburten. Nach Einschluss der geburtshilflichen und medizinischen Vorgeschichte, Lebensgewohnheiten und demografischen Faktoren konnte festgestellt werden, dass im Vergleich zu Frauen, die keinen Schwangerschaftsabbruch hatten, das Risiko für Frühgeburtlichkeit nach einem Schwangerschaftsabbruch bei 1.7 (95% CI 1.52 - 1.83) lag. Für zwei vorausgegangene Schwangerschaftsabbrüche erhöhte sich das Risiko auf 2.0 (95% CI 1.73 - 2.37) und für drei oder mehr vorausgegangene Schwangerschaftsabbrüche auf 3.0 (95% CI 2.47 - 3.70). Voigt et al. 2009(c) analysierten die Perinatalerhebungen mehrerer Bundesländer und konnten ebenfalls ein höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit bei vorausgegangenen

Schwangerschaftsabbrüchen nachweisen. In diese retrospektive Kohortenstudie wurden 247.593 Erstgebärende einbezogen. In der Gruppe der 28 - 30 Jahre alten Frauen konnte eine Frühgeburtenrate von 7,8 Prozent gegenüber 6,5 Prozent der Kontrollgruppe analysiert werden. Für Frauen mit zwei oder mehr Schwangerschaftsabbrüchen in der gleichen Altersgruppe lag die Frühgeburtenrate bei 8,5 Prozent (Voigt et al. 2009(c)). In Bezug auf Schwangere mit Migrationshintergrund konnten Studien zeigen, dass diese häufiger einen Schwangerschaftsabbruch haben als deutsche Frauen. Daher sind Schwangerschaftsabbrüche insbesondere ein Risikofaktor für bestimmte Migrantengruppen. Die höhere Prävalenz für Schwangerschaftsabbrüche unter Spätaussiedlerinnen liegt bspw. an der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs aus sozialen oder medizinischen Gründen im Jahr 1920 in der ehemaligen Sowjetunion begründet. "With the signing of that edict, the Soviet Union became the first European country to decriminalize the voluntary termination of pregnancy" (Gross Solomon 1992:455). Außerdem war der Zugang zu Verhütungsmitteln erschwert, sodass ein Schwangerschaftsabbruch als Instrument zur Familienplanung genutzt wurde. Die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in der ehemaligen Sowjetunion zeigt ein anderes Verständnis bezüglich eines Schwangerschaftsabbruches als in westlichen Ländern. Zahlen zu Schwangerschaftsabbrüchen in der ehemaligen Sowjetunion sind nicht eindeutig, da es viele inoffizielle Abbrüche gibt (Entwisle & Kozyreva 1997). Zwischen 2,7 und 4,5 Schwangerschaftsabbrüche soll eine russische Frau in ihrem Leben haben (Entwisle & Kozyreva 1997). Die Studie "frauen leben" konnte nachweisen, dass ein Schwangerschaftsabbruch sowohl bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund als auch bei Frauen aus ost- bzw. südosteuropäischen Ländern im Vergleich zu deutschen Frauen vergleichsweise häufig vorkam. So lag der Anteil bei türkischen Frauen der ersten Generation bei 22 und für Frauen der ersten Generation aus Osteuropa bei 35 Prozent. Hingegen hatten lediglich 8 Prozent der westdeutschen Frauen einen Schwangerschaftsabbruch. Als Hauptgrund wurde bei der Gruppe der türkischen Frauen angegeben, dass der erste Schwangerschaftsabbruch zur Begrenzung der Familiengröße durchgeführt wurde. Bei den osteuropäischen wie auch bei den westdeutschen Frauen war der Hauptgrund für einen Schwangerschaftsabbruch der Aufschub der Familiengründung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010:13f).

Papiernik hat gezeigt, dass "(...) Faktoren wie körperliche Anstrengungen bei der beruflichen oder häuslichen Arbeit, der Bildungsstand von Frauen und verbunden damit ihr Zugang zu Information und Aufklärung über eine gesunde Lebensweise sowie die Quantität und Qualität der medizinischen Versorgung für die vielfach gezeigten Unterschiede in der

Frühgeburtenrate in Abhängigkeit von der sozial-ökonomischen Lebenssituation verschiedener Bevölkerungsschichten verantwortlich sind" (Schneider 2003:383f.). Allerdings ist noch nicht geklärt, inwiefern die unterschiedlichen mütterlichen sozialen und demografischen Risikofaktoren im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit stehen (Goldenberg et al. 2008).

### **2.2.3 Prävention von Frühgeburtlichkeit**

Nach Vetter & Goeckenjan (2011:206) gibt es Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit, die therapeutisch beeinflussbar sind. Dazu zählen Infektionen (bspw. Harnwegsinfektionen oder systematische Infektionen wie Malaria), Anämie, Polyhydramnion, soziale Faktoren sowie Drogenkonsum in der Schwangerschaft. Daher sollte die Schwangere auch über eine gesunde Lebensführung beraten werden (Beinder 2010:520).

Im folgenden Abschnitt werden einige wichtige Präventionsmaßnahmen bzw. Therapien zur Vermeidung einer Frühgeburtlichkeit dargestellt. Um die Mortalität und Morbidität zu reduzieren, können primäre Interventionen, die sich an alle Schwangeren richten, sekundäre Maßnahmen zur Vermeidung bzw. zur Verringerung bestehender Risiken oder tertiäre Interventionen zur Vermeidung einer Frühgeburt oder um das geburtshilfliche Outcome von Frühgeborenen zu verbessern, unterschieden und durchgeführt werden (Iams et al. 2008).

Unter anderem wird als tertiäre Präventionsmaßnahme eine Infektionsprophylaxe, Tokolyse oder eine Cerclage gemacht (Wulf 1997), aber auch der Einsatz von Antibiotika zählt zu einer tertiären Präventionsmaßnahme (Iams et al. 2008). Allerdings besteht die Möglichkeit, dass bestimmte Therapien und Präventionsmaßnahmen nicht bei allen Schwangeren wirksam sein können, da Frühgeburtlichkeit von verschiedenen Faktoren abhängig ist (Moore 2003).

Die vorzeitige Wehentätigkeit kann mithilfe einer medikamentösen Tokolysetherapie behandelt werden. Jedoch können die Ursachen der vorzeitigen Wehentätigkeit mit dieser Therapie nicht geheilt werden, sondern es besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaftsverlängerung über einen kürzeren Zeitraum von 2-7 Tagen (Schneider & Helmer 2011:512; Beinder 2010:521). Eine Kontraindikation für eine Tokolyse besteht bei einem Amnioninfektionssyndrom, einer nicht überlebenden Fehlbildung des Fetus, bei einer schweren Präeklampsie oder vaginalen Blutung, einer fetalen Indikation zur Schwangerschaftsbeendigung sowie einem Schwangerschaftsalter > 34.

Schwangerschaftswoche, da die kindliche Morbidität und Mortalität gering sind und die Nebenwirkungen für die Schwangere bei einer Tokolysetherapie hoch sind. Außerdem ist eine Tokolysetherapie aufgrund der kurzen Verlängerung der Schwangerschaft nicht vor der 22. Schwangerschaftswoche indiziert (Beinder 2010:521f.). Eine Tokolyse findet häufig Verwendung bei Frauen mit vorzeitigem Wehen und noch intakten Eihäuten. Studien konnten belegen, dass eine Tokolyse-Behandlung als präventive Maßnahme wirksam ist. Umstritten ist noch der Einsatz einer Tokolyse beim Einsetzen der Wehen. Dies zeigt sich auch in der medizinischen Praxis. Viele Ärzte und Ärztinnen nutzen die Tokolyse als prophylaktische Maßnahme und andere setzen diese nur mit dem Einsetzen der Wehen ein (Seibel-Seamon et al. 2008). Im Zeitraum der Tokolysetherapie kann unter anderem die Behandlung der Lungenreifung beim Fetus durchgeführt werden, um Langzeitfolgen der drohenden Frühgeburt für das Kind zu vermeiden (Schneider & Helmer 2011:512). Um das Risiko der kindlichen Mortalität und Morbidität zu reduzieren, wird eine antenatale Kortikosteroidtherapie an der Schwangeren durchgeführt. Dadurch soll die Lungenreife des Fetus vor einer drohenden Frühgeburt vorangetrieben werden, um das Risiko eines Atemnotsyndroms beim Neugeborenen zu vermindern. Insbesondere sollte eine Therapie mit Kortikosteroiden bei einem vorzeitigem Blasensprung in der 24. bis 34. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden (Maul & Freerksen 2010:585). Eine Meta-Analyse von Roberts & Dalziel (2006) konnte nachweisen, dass durch die antenatale Gabe von Kortikosteroiden die Inzidenz für ein Atemnotsyndrom, neonataler Mortalität sowie schwerer Hirnblutungen reduziert werden konnte.

Die Verkürzung der Zervixlänge ist ein normaler Vorgang am Ende der Schwangerschaft. Wenn dieser Vorgang frühzeitig einsetzt, wird von einer Zervixinsuffizienz gesprochen. (Alfirevic et al. 2011). Das Risiko für Frühgeburtlichkeit unter der 33. Schwangerschaftswoche steigt auf 22 - 26 Prozent an, wenn die sonografische Messung der Zervixlänge im 2. Trimenon bei Risikoschwangeren 25 mm und bei Schwangeren ohne anamnestiche Risiken 15 mm beträgt (Beinder 2010:521). Um eine Frühgeburt zu verhindern, wird bei einer Zervixinsuffizienz unter Umständen eine Cerclage durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine operative Intervention, bei der der Muttermund bis zum errechneten Geburtstermin verschlossen wird (Alfirevic et al. 2011). Für Mehrlingsschwangerschaften bzw. Zwillingsschwangerschaften konnten jedoch keine signifikanten Ergebnisse über den Nutzen dieser Methode festgestellt werden (Alfirevic et al. 2011).

Eine antibiotische Therapie sollte bei einer asymptomatischen Bakteriurie, einer bakteriellen Vaginose oder einer manifesten vaginalen Infektion durchgeführt werden (Beinder 2010:520). In einem Cochrane Review konnten allerdings keine eindeutigen Ergebnisse für die Verabreichung von Antibiotika bei einem vorzeitigen Blasensprung zur Vermeidung einer Frühgeburt festgestellt werden. Die Infektionsrate wurde durch die Antibiotikagabe zwar gesenkt und die Anzahl der Kinder, die in den nächsten 48 Stunden geboren wurden, war geringer. Trotzdem kamen die Autoren zu dem Schluss, dass der kurzfristige Nutzen von Antibiotika gegenüber dem Mangel an Evidenz abgewogen werden muss. Daher ist es nicht eindeutig belegt, ob Antibiotika bei einem vorzeitigen Blasensprung eingesetzt werden sollten. Auch über die Wahl des Antibiotikums herrscht Unklarheit (Kenyon et al. 2010).

Eine weitere präventive Maßnahme ist der Einsatz des Hormons Progesteron. Das Hormon Progesteron wird bei vielfältigen gynäkologischen Problemen verwendet, unter anderem auch zur Behandlung einer drohenden Frühgeburt (Meher & Duley 2006). In einer randomisierten Placebo-kontrollierten Multicenterstudie konnte bei Einlingsschwangerschaften mit einer verkürzten Zervixlänge durch die Behandlung mit dem Hormon Progesteron als Vaginalgel die Frühgeburtenrate von 16,1 auf 8,9 Prozent reduziert werden (Hasssan et al. 2011). Der Einsatz von Progesteron zur Prävention einer Präeklampsie zeigte hingegen in einem Cochrane Review keinen Nutzen und die Autorinnen raten, da die Studienlage nicht gesichert ist, vom klinischen Einsatz von Progesteron zur Prävention von Präeklampsie ab (Meher & Duley 2006). Ebenso konnten Wahabi et al. (2011) in einem Cochrane Review keinen Nutzen beim präventiven Einsatz von Progesteron bei einer drohenden Fehlgeburt feststellen. Der Einsatz von Progesteron bei einer drohenden Frühgeburt zeigt bei unterschiedlichen Voraussetzungen und Vorerkrankungen widersprüchliche Ergebnisse. Es sollten weitere Studien durchgeführt werden, die den Einsatz von Progesteron evident belegen oder nicht, um Progesteron zur Vermeidung einer Frühgeburt effizient einsetzen zu können. Trotzdem wird empfohlen, Progesteron zur Vermeidung einer Frühgeburt bei Schwangeren mit einer Einlingsschwangerschaft und einer vorausgegangenen Frühgeburt aufgrund von vorzeitigen Wehen oder einem vorzeitigen Blasensprung einzusetzen (ACOG 2008).

Bettruhe wird häufig als Präventionsmaßnahme zur Vermeidung einer Frühgeburt eingesetzt. Sosa et al. (2004) konnten allerdings in einem Cochrane-Review nicht eindeutig nachweisen, ob diese Maßnahme zur Vermeidung einer Frühgeburt bei Einlingsgeburten unterstützt werden sollte oder nicht, da Bettruhe mit gleichzeitiger Überwachung der Wehen im Krankenhaus oder zu Hause in Kombination mit einer prophylaktischen Tokolyse keine positive Auswirkung auf die Frühgeburlichkeit haben (Beinder 2010:520).

Eine weitere präventive Maßnahme, die bei der Prävention von Frühgeburtlichkeit immer wieder diskutiert wird, ist die Messung des vaginalen pH-Wertes durch die Schwangere, um frühe Vaginalinfektionen zu erkennen. Ein Screeningprogramm für eine vaginale pH-Selbstmessung um Frühgeburten zu vermeiden, zeigte in einer Studie keine Effektivität zur Vermeidung von Frühgeburten < 37 + 0 Schwangerschaftswoche (Bitzer et al. 2011).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es noch keine wirkungsvollen präventiven Maßnahmen für Frühgeburtlichkeit gibt, die großflächig eingesetzt werden können (Gortner & Landmann 2005), was wahrscheinlich auch damit zusammenhängt, dass das Risiko einer Frühgeburt von mehreren Faktoren während der Schwangerschaft beeinflusst wird.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass, obwohl in der Bundesrepublik Deutschland eine professionelle medizinische Versorgung und Betreuung durch die Mutterschaftsrichtlinien während einer Schwangerschaft gewährleistet sind, sich diese Maßnahmen des Gesundheitssystems nicht überzeugend auf das Outcome der perinatalen Mortalität und Morbidität, wie bspw. der Frühgeburtlichkeit, auswirken (Schücking 2011:371).

Wenn es trotz Präventivmaßnahmen und einer intensiven und professionellen medizinischen Betreuung und Versorgung der Schwangeren zu einer Frühgeburt kommt, müssen die Frühgeborenen adäquat und intensiv betreut werden, um die Langzeitmorbidität von der Frühgeburt zu reduzieren bzw. zu verhindern. Aus diesem Grunde soll nachfolgend auf die medizinische Versorgung von Frühgeborenen in der Bundesrepublik Deutschland eingegangen werden, um danach auf postnatale Probleme, Langzeitfolgen, soziale und psychologische Folgen sowie auf ökonomische Folgekosten einzugehen.

### **2.3 Medizinische Versorgung von Frühgeborenen**

Die medizinische Versorgung von Frühgeborenen in der Bundesrepublik Deutschland ist in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (2007) festgelegt.

In diesen Leitlinien werden Empfehlungen für Entscheidungen gegeben, die vor, während und direkt nach der Geburt getroffen werden müssen. Es handelt sich dabei um Empfehlungen über die Lebenserhaltung und Wiederbelebung von Frühgeborenen, die sich an der Grenze der



Lebensfähigkeit befinden. Dazu werden auch ethische Grundlagen herangezogen, da sich die Lebenserhaltung und Wiederbelebung von extrem Frühgeborenen in einem Grenzbereich befindet, der intensiv-medizinische Maßnahmen notwendig macht und die Kinder gegebenenfalls mit schweren Behinderungen überleben lässt. Daher muss eine Abwägung zwischen Erhaltung des Lebens und einer wahrscheinlich aussichtslosen Therapie stattfinden. Die Leitlinien stellen einerseits das Recht auf Leben in den Mittelpunkt. "Jedes neugeborene Kind hat ein Recht auf Leben. Jedes Kind muss respektiert und geachtet werden mit dem Anspruch auf eine Behandlung und Betreuung, die seinen individuellen Bedürfnissen angemessen sind. Unabhängig von seinen Lebens- und Überlebensaussichten hat es ein Recht auf Grundversorgung, bestmögliche Pflege und menschliche Zuwendung" (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin & Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin 2007). Andererseits wird auch auf die Belastungen und Einschränkungen, die ein zu früh geborenes Kind im Leben haben kann, hingewiesen. "Dem besten Interesse des Kindes entspricht aber auch, dass eine aussichtslose Therapie vermieden wird. Das bedeutet, zum richtigen Zeitpunkt das Therapieziel von kurativ (heilend) auf palliativ (lindernd) zu ändern" (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin & Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin 2007). Allerdings wird in der Leitlinie unterstrichen, dass das Risiko einer bleibenden Behinderung nicht einen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen zum Zeitpunkt der Geburt rechtfertigt. Darum müssen lebenserhaltende Maßnahmen ergriffen werden, wenn das Kind eine Überlebenschance hat. Die Entscheidung darüber liegt bei den Ärztinnen und Ärzten, aber auch die Eltern haben das Recht, nach einer ärztlichen Aufklärung medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen.

Da Frühgeborene vor der 22. vollendeten Schwangerschaftswoche selten überleben bzw. sehr schlechte Überlebenschancen haben, wird in der Regel auf eine initiale Reanimation verzichtet. Ab der 22. Schwangerschaftswoche werden lebenserhaltende intensivmedizinische Maßnahmen oder palliative Therapien ergriffen. In anderen Ländern gelten andere Richtlinien zur Behandlung von Frühgeborenen. In den Schweizer Richtlinien wird kein aktives Vorgehen unter der 24. Schwangerschaftswoche empfohlen und bspw. in den USA, Großbritannien, Kanada, Australien und Neuseeland liegt die Behandlungsgrenze bei der 23. vollendeten Schwangerschaftswoche (Klinkhammer 2008).

In der Bundesrepublik Deutschland hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein neonatologisches Versorgungskonzept mit den Zielen vereinbart: Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung aller Früh- und Neugeborenen, Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung von Früh- und Neugeborenen, eine nach dem Risikoprofil des Früh- oder Neugeborenen differenzierte Zuweisung mit der damit verbundenen optimierten neonatologischen Versorgung und Verringerung von Säuglingssterblichkeit und frühkindlichen Behinderungen. Gemäß der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 20.8.2009 und in Kraft getreten am 1.1.2010, umfasst das neonatologische Versorgungskonzept vier Stufen. Ein Perinatalzentrum mit dem Level 1 ist berechtigt, die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit dem höchsten Risiko zu übernehmen. Unter anderem muss die ärztliche Leitung in einem Perinatalzentrum Level 1 mit dem Schwerpunkt Neonatologie bei der Behandlung von Frühgeborenen bis mindestens 28 Tage nach dem errechneten Geburtstermin gewährleistet werden. Die Stellvertretung muss die gleiche Qualifikation im Schwerpunkt Neonatologie haben. Der Entbindungsbereich und die neonatologische Intensivstation (NICU) müssen nach dem "Wand-an-Wand"-Prinzip unmittelbar erreichbar sein. Die Intensivstationen der Neonatologie müssen mindestens sechs Therapieplätze nachweisen. Die Aufnahmekriterien in ein Perinatalzentrum Level 1 für Frühgeborene, die aufgenommen werden, liegen bei einem geschätzten Geburtsgewicht von  $<1250$  g und/oder einem Gestationsalter von  $< 29 + 0$  SSW. Für ein Perinatalzentrum Level 2 gelten die gleichen Voraussetzungen für die ärztliche Leitung und die Stellvertretung wie im Perinatalzentrum Level 1. In Perinatalzentren Level 2 werden Früh- und Neugeborene mit einem hohen Risiko versorgt. Auch in diesen Zentren sollte eine "Wand-an-Wand"-Lokalisation von Entbindungsbereich und der NICU gewährleistet sein, allerdings gilt hier eine Übergangsregelung von vier Jahren. Die NICU muss mindestens vier neonatologische Plätze für die Therapie haben. Das geschätzte Geburtsgewicht der zu erwartenden Frühgeborenen, die im Perinatalzentrum Level 2 versorgt werden, liegt von  $1250 - 1499$  g und/oder einem Gestationsalter von  $29 + 0 \leq 32 + 0$  SSW. Die dritte Stufe im neonatologischen Versorgungskonzept sind Krankenhäuser mit perinatalen Schwerpunkten. Diese Einrichtungen sollten eine Kinderklinik im Haus haben oder mit einer Kinderklinik kooperieren. Neonatologische Notfälle müssen in der Klinik adäquat zu versorgen sein, das heißt eine Ärztin bzw. ein Arzt aus der Kinderklinik muss innerhalb von 10 Minuten im Kreißsaal oder auf der Neugeborenenstation sein können. Es muss die Möglichkeit bestehen,

Frühgeborene im Notfall beatmen zu können. Bei Problemen muss eine Verlegung in ein Perinatalzentrum mit einem höheren Level vorgenommen werden. Die Aufnahmekriterien für perinatale Schwerpunkte sind unter anderem unreife Kinder  $\geq 1500$  g und/oder 32 + 1 bis  $\leq 36 + 0$  SSW. Ausschließlich Schwangere mit einem Gestationsalter  $> 36 + 0$  SSW und ohne zu erwartende Komplikationen für das Neugeborene dürfen in Geburtskliniken ohne Kinderklinik oder einer Kinderklinik, die die Aufnahmekriterien für einen Perinatalen Schwerpunkt nicht erfüllt, entbinden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010).

Aktuell gibt es kontroverse Diskussionen über die Mindestmengen von Kindern unter 1250 g, die in Perinatalzentren mit Level 1 versorgt werden. Die Mindestmengen werden 2011 von 14 auf 30 Fälle im Jahr erhöht. Damit würden viele Kliniken ihren Anspruch auf den Versorgungslevel 1 verlieren, was einerseits zu finanziellen Einbußen in den Kliniken führen wird und andererseits erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland haben wird (Osterloh 2010). Hintergrund der Einführung von Mindestmengen waren Studien, die belegten, dass die Anzahl der Frühgeborenen mit der Mortalität und Morbidität korreliert. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2008) empfahl nach Analyse von mehreren Studien die Einführung von Mindestmengen für Frühgeborene mit sehr geringem Geburtsgewicht, weil sich gezeigt hatte, dass sich eine höhere Behandlungsanzahl von Neugeborenen mit geringem Geburtsgewicht positiv auf die Morbidität und Mortalität auswirkt (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008).

In einem gerichtlichen Eilverfahren auf Antrag von 30 Krankenhäusern aus dem gesamten Bundesgebiet wurde die Mindestmengenregelung Ende Januar 2011 gekippt. Der Gemeinsame Bundesausschuss von Krankenkassen, Ärzten und Kliniken hat bis zur endgültigen gerichtlichen Klärung die Mindestmengenregelung ausgesetzt (Deutsches Ärzteblatt 2011).

## **2.4 Postnatale Probleme von Frühgeborenen**

Dieses Kapitel gibt zunächst einen allgemeinen Überblick über postnatale Probleme bei Frühgeborenen. Im Weiteren werden einige häufige Folgen, die sich aus der Frühgeburtlichkeit ergeben, genauer dargestellt.

Bei Frühgeborenen ist die neonatale Mortalität und Morbidität am größten (Speer 2010:702; Moore 2002), und sie haben häufig Langzeitfolgen (Beck et al. 2010), die sich unter anderem in Entwicklungsstörungen manifestieren (Larroque et al. 2008). Allerdings ermöglicht die verbesserte medizinische Versorgung, dass Neugeborene, die früher als Frühgeburt verstorben sind, in der modernen Neonatologie intensiv-medizinisch behandelt werden können (Schneider & Helmer 2011:513; Saigal & Doyle 2008; Bauer et al. 2005:194). Zum Beispiel sind die meisten Neugeborenen, die vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren wurden, bis in die 1970er Jahre verstorben, weil die Beatmung von Frühgeborenen noch nicht großflächig eingesetzt wurde und noch kein Surfactant, zur Vermeidung eines Atemnotsyndroms, therapeutisch eingesetzt wurde (Saigal & Doyle 2008). Dies hatte zur Folge, dass Mitte der 1970er Jahre lediglich 15 Prozent bis 40 Prozent der Frühgeborenen die Neonatalperiode überlebten. Inzwischen beträgt die Überlebensrate von neugeborenen Frühgeburten über 90 Prozent (Speer 2010:702; Bauer et al. 2005:194).

In einer regionalen prospektiven Kohortenstudie der Jahre 1985-1986 und 2005-2006 von Lebendgeburten  $\leq 30$ . Schwangerschaftswoche konnte ein Anstieg von Lebendgeburten bei den beiden Kohorten um 35 Prozent trotz sinkender Geburtenzahlen festgestellt werden. Außerdem erhöhte sich die Rate von Überlebenden ohne schwere neurologische Beeinträchtigungen auf 81 Prozent in Kohorte 2 im Vergleich zu 62 Prozent in Kohorte 1 (Bode et al. 2009). Der Rückgang der Neonatalsterblichkeit wird unter anderem mit den verbesserten Überlebenschancen von sehr kleinen Frühgeborenen begründet, die durch Zentralisierung von Risikogeburten und durch eine verbesserte interdisziplinäre Behandlung vergrößert wurden (Schneider & Helmer 2011:513). In einer nationalen schwedischen Studie zwischen 1990 und 1992 konnte gezeigt werden, dass die Säuglingssterblichkeit für ELBW (extreme low birth weight) bei 30 Prozent lag, wenn die Kinder in einem Versorgungszentrum mit der Stufe III geboren wurden. In einem Krankenhaus mit einer neonatalen Grundversorgung (Stufe IIb) lag die Säuglingssterblichkeit hingegen bei 55 Prozent (Saigal & Doyle 2008).

Trotz bedeutender medizinischer Verbesserungen in der Versorgung und Behandlung von Frühgeborenen sind die unreifen Organsysteme und -funktionen, insbesondere bei sehr kleinen Frühgeborenen, von Bedeutung, da sie postpartal chronische pulmonale und neurologische Folgeerkrankungen wie bspw. chronische Lungenerkrankungen, intrazerebrale Blutungen oder psychomotorische Retardierungen nach sich ziehen können (Bauer et al. 2005:194).

Insbesondere bei sehr Frühgeborenen können in den ersten Lebenstagen folgenschwere Komplikationen auftreten. "Vor allem treten Hirnblutungen (ICH), schwere systemische Infektionen, eine periventrikuläre Leukomalazie (PVL), eine bronchopulmonale Dysplasie (BPD) sowie eine höhergradige, behandlungsbedürftige Retinopathia praematurorum (ROP) auf" (Harms 2007:54). Aber auch für späte Frühgeborene, die in der 32. bis 36. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, ist die Mortalität beträchtlich. Vergleicht man diese Frühgeborenengruppe mit Kindern, die am Termin geboren wurden, fällt auf, dass auch diese Kinder Probleme bei der Regulierung der Körpertemperatur haben, unter Atemnot oder Atemstillstand leiden, häufiger Hypoglykämie, Gelbsucht, Krampfanfälle, schwere Schädigungen des zentralen Nervensystems und periventrikuläre Leukomalazie haben. Außerdem zeigen sich häufiger Probleme bei der Nahrungsaufnahme sowie eine häufigere Wiederaufnahme ins Krankenhaus im Vergleich zu Reifgeborenen (Saigal & Doyle 2008). Ein weiteres und sehr häufiges Problem, das durch eine Frühgeburt ausgelöst wird, ist das Atemnotsyndrom (RDS) (Speer 2010:703; Schneider & Helmer 2011:539). Ein Atemnotsyndrom besteht, wenn die Reifung der Lungen noch nicht vollständig abgeschlossen ist. Dies ist insbesondere bei sehr Frühgeborenen der Fall (Reinsch 2005). Für ein Atemnotsyndrom steigt die Inzidenz mit abnehmendem Gestationsalter, da eine ausreichende körpereigene Surfactant-Synthese erst ab der 35. Gestationswoche erreicht wird (Speer 2010:703). Daher ist ein Lungenversagen bei extrem unreifen Frühgeborenen die Hauptursache der frühen neonatalen Mortalität (Gortner & Landmann 2005). 60 Prozent der Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von < 30. Gestationswoche haben ein Atemnotsyndrom (Speer 2010:703f.). Mit einer Surfactant-Substitution kann die Inzidenz von pulmonalen Komplikationen und die Mortalität aufgrund eines Atemnotsyndroms reduziert werden (Speer 2010:704). Allerdings wurde in einem systematischen Review nachgewiesen, dass sich der Einsatz von synthetischen Glukokortikoiden, die bei der Surfactant-Therapie eingesetzt werden, unter anderem negativ auf die Bildung des Stresshormons Cortisol in Ruhebedingungen als auch in Reaktion auf Impfungen der ersten Lebensmonate auswirken. Allerdings konnte nicht geklärt werden, ob die verminderte Aktivität des körpereigenen Stresshormons sich kurz- oder langfristig auf die Kinder auswirken wird (Tegethoff et al. 2009). Inzwischen werden auch Alternativen zur Surfactant-Substitution gesucht, um eventuelle Nebenwirkungen für das vulnerable Frühgeborene möglichst gering zu halten. Eine CPAP-Beatmung (Continuous Positive Airway Pressure) stellte sich in einer randomisierten Multicenterstudie als gute Alternative für eine Surfactant-Substitution für den primären Endpunkt Tod oder bronchopulmonaler Dysplasie dar. Die Anteile der primären Outcomes

unterschieden sich nicht signifikant zwischen der CPAP-Gruppe (47,8 Prozent) und der Surfactant-Gruppe (51,0 Prozent). Das relative Risiko für die CPAP-Gruppe lag bei 0.95; 95% CI 0.83 - 1.01). Hinzu kam, dass die Kinder aus der CPAP-Gruppe weniger häufig intubiert werden mussten, weniger Beatmungstage aufwiesen und postnatal seltener Kortikosteroide wegen einer bronchopulmonalen Dysplasie bekommen mussten (Finer et al. 2010).

Intraventrikuläre Blutungen oder eine bronchopulmonale Dysplasie können unter Umständen Folge- oder Begleiterkrankungen eines Atemnotsyndroms sein, die für die Mortalität und Morbidität des Frühgeborenen bedeutsam sind (Schneider & Helmer 2011:539f).

Hirnblutungen treten häufig bei sehr unreifen Frühgeborenen auf. Bis zu 40 Prozent der Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von < 30. Schwangerschaftswoche weisen Hirnblutungen mit unterschiedlichen Schweregraden auf und gehen von der germinalen Matrix aus (Speer 2010:704). In den ersten drei Lebenstagen treten bis zu 90 Prozent aller Hirnblutungen auf, aber es gibt auch pränatale Blutungen (Speer 2010:705). Eine Therapie einer stattgefundenen Blutung ist nicht möglich, daher ist die Prävention von Bedeutung (Gortner & Landmann 2005). Zwischen einer mütterlichen Chorioamnionitis und Hirnblutungen konnten in den letzten Jahren Assoziationen beobachtet werden (Speer 2010:705). Als weitere Risikofaktoren für Hirnblutungen werden bspw. der Grad der Unreife, eine intrauterine Hypoxie, Azidose, traumatische Geburt, frühes Abnabeln, das Ausmaß der Reanimationsmaßnahmen, Hypothermie, Asphyxie genannt (Speer 2010:705).

Eine Asphyxie unter der Geburt kann schwere neurologische Behinderungen nach sich ziehen, daher muss eine intensiv-medizinische Betreuung der Neugeborenen gewährleistet sein. In einer randomisierten Studie wurde dargestellt, dass Neugeborene, die weniger als sechs Stunden alt waren, ein Gestationsalter von mindestens 36 Schwangerschaftswochen und eine Asphyxie hatten, über 72 Stunden eine Hypothermie-Therapie bekamen, bei der der Körper auf 33,5°C heruntergekühlt wurde. Die Chance, keine neurologischen Schäden zurückzubehalten, war um 57 Prozent höher, als bei den Neugeborenen, die ausschließlich intensiv-medizinisch betreut wurden (Azzopardi et al. 2009).

Eine bronchopulmonale Dysplasie kann sich als eine chronische Komplikation aus dem Atemnotsyndrom entwickeln (Speer 2010:704). Insbesondere extrem unreife Frühgeborene sind von der bronchopulmonalen Dysplasie betroffen (Gortner & Landmann 2005). Die periventrikuläre Leukomalazie entsteht aufgrund eines Sauerstoffmangels. Auslöser kann unter anderem eine Chorioamnionitis sein. Dadurch kann es zu Läsionen der weißen Hirnsubstanz kommen, was wiederum als ein wesentlicher Faktor für spastische

Cerebralpareesen angesehen wird (Garnier et al. 2004; Speer 2010:705). Im Gegensatz zur pulmonalen Morbidität, die in der Akutphase von Bedeutung ist, hat die cerebrale Morbidität Auswirkungen auf die Entwicklungsprognose von Frühgeborenen (Gortner & Landmann 2005).

Bei der Retinopathia praematurorum handelt es sich um eine Erkrankung der Netzhaut, die besonders bei sehr frühen Frühgeburten auftritt, die Sauerstoff benötigen. Durch die Sauerstoffbehandlung wird die Netzhaut beschädigt, die noch nicht vollständig entwickelt ist (Speer 2010:704). Der Sauerstoff, der zur Beatmung des Neugeborenen eingesetzt wird, wirkt dabei toxisch auf die entwickelnde Vaskularisation der Retina. Daher sollte bei der Beutel-Masken-Beatmung eine Sauerstoffsättigung bei Frühgeborenen von 93 Prozent nicht überschritten werden (Speer 2010:704). Im schlimmsten Fall kann sich die Netzhaut vollständig ablösen und es kommt zur Erblindung (Reinsch 2005; Speer 2010:704). Die Häufigkeit für eine Retinopathie steigt mit sinkendem Gestationsalter an (Saigal & Doyle 2008). Im Rahmen einer randomisierten Studie konnte nachgewiesen werden, dass eine hohe Sauerstoffsättigung zwischen 91 und 95 Prozent gegenüber einer Sauerstoffsättigung von 85 bis 89 Prozent eine Retinopathie signifikant erhöhen kann (17,9 vs 8,6 Prozent; RR 0.52; 95% CI 0.37 - 0.73;  $p < 0,001$ ). Allerdings konnte auch gezeigt werden, dass die Mortalitätsrate beim Verzicht auf eine hohe Sauerstoffsättigung mit 19,9 gegenüber 16,2 Prozent signifikant bei einer niedrigen Sauerstoffsättigung erhöht war (RR 1.27; 95% CI 1.01 - 1.60;  $p = 0,04$  (Carlo et al. 2010). Die Autoren raten aus diesem Grund die Sauerstoffgabe bei extremen Frühgeborenen nicht zu weit nach unten zu reduzieren.

Wie gezeigt, sind die Überlebensraten von Frühgeborenen in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Die Folgen insbesondere einer sehr frühen Frühgeburt wirken sich allerdings nicht nur auf der neonatalen Intensivstation aus, sondern die gesundheitlichen Folgen einer Frühgeburt können das spätere Leben sowie das von deren Familien beeinflussen (Saigal & Doyle 2008). Daher wird im folgenden Kapitel auf die medizinischen Langzeitfolgen von Frühgeburtlichkeit eingegangen.

## **2.5 Medizinische Langzeitfolgen von Frühgeburtlichkeit**

Die Folgen einer Frühgeburt sind nicht nur unmittelbar nach der Geburt spürbar, sondern können Einfluss auf das gesamte Leben der Kinder haben, was sich auch in häufigeren

Arztbesuchen und medizinischen Behandlungen im Vergleich zu Reifgeborenen manifestiert (Saigal & Doyle 2008).

Die überlebenden Frühgeborenen können unter Umständen eine folgenschwere Langzeitmorbidität haben, die sich in psychomotorischen Störungen einer Cerebralparese zeigt, die oft mit einer geistigen Behinderung, Epilepsie und kognitiven Beeinträchtigungen zusammenhängt (Schneider & Helmer 2011:514; Harris Requejo & Merialdi 2010:5; Saigal & Doyle 2008). Außerdem ist die Prävalenz für motorische Dysfunktionen und eine schlechte Koordination für Frühgeborene hoch, auch wenn keine Cerebralparese oder kognitiven Einschränkungen vorliegen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass rund ein Viertel der überlebenden Frühgeborenen erhebliche neurologische Behinderungen haben (Saigal & Doyle 2008). Aber auch sensorische Behinderungen, wie eine verminderte Sehkraft, die eine Brille im späteren Leben notwendig macht, oder eine verminderte Hörleistung können Langzeitfolgen von Frühgeburtlichkeit sein. Weiterhin werden häufigere Atemwegserkrankungen, wie bspw. eine Apnoe oder bronchopulmonale Dysplasie sowie eine höhere Wiederaufnahmerate ins Krankenhaus in den ersten Lebensjahren bei Frühgeburten im Vergleich zu reifgeborenen Kindern nachgewiesen (Torpy et al. 2008; Saigal & Doyle 2008). Es zeigt sich also, dass Frühgeburtlichkeit mit unterschiedlichen und folgenschweren Erkrankungen in Verbindung gebracht wird. Im Weiteren werden insbesondere Langzeitfolgen dargestellt, die einen weitreichenden Einfluss auf das Leben des Frühgeborenen haben. Die Schwerpunkte liegen dabei sowohl auf der kognitiven als auch auf der sozial emotionalen Entwicklung, was im Besonderen für die Schule von Bedeutung ist, wie auch auf motorischen Behinderungen. Laut Bhutta et al. (2002) haben auch Kinder, die keine offensichtlichen neurologischen Defizite haben, schlechtere Ergebnisse bei kognitiven Tests und Verhaltensauffälligkeiten. Folgen für die soziale und kognitive Entwicklung können also bei Frühgeborenen nicht ausgeschlossen werden.

Bei mehr als einem Drittel der Frühgeborenen wurden partielle Leistungsschwäche und Schulschwierigkeiten festgestellt (Speer 2010:702). Eine britische Studie zeigte, dass Lehrer von 7-jährigen Kindern, die zwischen der 32. und 35. Schwangerschaftswoche zur Welt kamen, davon berichteten, dass bis zu einem Drittel dieser Kinder motorische Schwierigkeiten hatte. Außerdem wurden Schwierigkeiten beim Sprechen, Schreiben, Rechnen sowie im Verhalten der Kinder genannt (Saigal & Doyle 2008). Auch hat sich gezeigt, dass sehr frühe Frühgeborene Probleme bei der visuellen Verarbeitung von Dingen haben, im Bereich der Aufmerksamkeit, beim schulischen Fortschritt sowie emotional und in der sozialen Interaktion. Allerdings werden kognitive Funktionsstörungen bspw. durch den



sozioökonomischen Status der Eltern, die Schule sowie die soziale Umwelt ebenfalls geprägt und gegebenenfalls beeinflusst. So ist davon auszugehen, dass auch ein niedriger sozioökonomischer Status, der - wie gezeigt - ein Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit ist, Einfluss auf die kognitive Entwicklung des Kindes nimmt. Das Risiko von Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität ist bei sehr frühen Frühgeborenen bis zu viermal häufiger als bei Reifgeborenen. Frühgeborene neigen häufiger zu Eigenschaften wie Schüchternheit oder Ängstlichkeit. Außerdem wurde bei 12-Jährigen, die mit einem sehr geringen Geburtsgewicht (VLBW) zur Welt gekommen sind, eine höhere Prävalenz für Angst und Depression festgestellt (Saigal & Doyle 2008). Swamy et al. (2008:1434) haben festgestellt, dass "As anticipated, both male and female survivors of preterm birth were much more likely to have low educational achievement than survivors of term birth." Swamy et al. (2008) stellten in ihrer Studie fest, dass je niedriger das Gestationsalter war, in dem das Kind geboren wurde, desto größer war das Risiko keinen Highschool-Abschluss zu schaffen. In einer deutschen Studie wurden Nachuntersuchungen von Frühgeborenen durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, dass schon beim Schuleintritt deutliche Unterschiede festzustellen waren. 42 Prozent der frühgeborenen Kinder wurden zurückgestellt. In der Kontrollgruppe waren es lediglich 8 Prozent. Im Alter von neun Jahren hatten Frühgeborene signifikant schlechtere Ergebnisse als eine Kontrollgruppe bei kognitiven Tests hinsichtlich der Aufmerksamkeit, Konzentration, der schulischen Intelligenz und Fertigkeiten (Leinmüller 2001). In einer Studie mit einer kleineren Stichprobe von 17 Frühgeborenen, die vor der 35. Schwangerschaftswoche und einem Geburtsgewicht unter 2000 g geboren wurden, wurde die kognitive und die sozial-emotionale Entwicklung im Vorschulalter untersucht. Als Vergleichsgruppe dienten Termingeburten mit über 2600 g. Unter anderem stellte sich heraus, dass das Sozialverhalten von frühgeborenen Kindern durch die Erzieher tendenziell schlechter beurteilt wurde als das Sozialverhalten der Vergleichsgruppe. Auch bei der kognitiven Entwicklung hatten Frühgeborene im Vergleich zu Kindern, die am Termin geboren wurden, signifikant geringere Werte (Hampel et al. 2007). In einer nordamerikanischen Studie von Kilbride et al. (2004) wurden die kognitiven Langzeitfolgen im Alter von fünf Jahren von ELBW-Kindern (Geburtsgewicht < 801 g) im Vergleich zu ihren Geschwistern, die reif geboren sind, untersucht. Beim Intelligenzquotienten stellte sich heraus, dass ELBW-Kinder aus Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status ungefähr den gleichen Intelligenzquotienten hatten wie reifgeborene Kinder aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status. Die ELBW-Kinder aus Familien mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status hatten dagegen einen deutlich niedrigeren Intelligenzquotienten.

Die Autoren schließen daraus, dass die Entwicklung von Frühgeborenen sehr stark mit der familiären Situation und Unterstützung, sowie mit Förderprogrammen zusammenhängt. In einer Matched-Pair-Studie wurden neurologische und Entwicklungseinschränkungen von Frühgeborenen, die in der 25. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und eine Regelschule besuchten, mit Klassenkameraden im Alter von sechs Jahren verglichen. Die Studie konnte zeigen, dass die Prävalenz für eine Behinderung in diesem Alter unter Kindern, die extrem früh geboren wurden, höher ist als bei Mitschülern, die am errechneten Geburtstermin geboren wurden. Insbesondere kognitive Einschränkungen konnten festgestellt werden (Marlow et al. 2005). Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich eine Frühgeburt häufiger negativ auf die kognitive als auch auf die sozial emotionale Entwicklung des Kindes auswirken kann. Die Studienlage hat aber auch gezeigt, dass der soziale Hintergrund einen bedeutenden Einfluss auf die weitere Entwicklung eines Frühgeborenen hat.

Ebenso wie die kognitive Entwicklung können dauerhafte Behinderungen das weitere Leben des Frühgeborenen stark beeinflussen. Für Cerebralparesen wird in Follow-up Studien eine Prävalenz von 2 bis 9 Prozent genannt (Speer 2010:702). In einer Kohortenstudie aus Frankreich von 1997 wurde das neurologische Outcome von sehr frühen Frühgeborenen, die zwischen der 22. und 32. abgeschlossenen Schwangerschaftswoche lebend zur Welt kamen, untersucht. Als Vergleichsgruppe wurden Kinder aus den gleichen Regionen und aus dem gleichen Zeitraum, die in der 39. bis 40. Schwangerschaftswoche zur Welt kamen, herangezogen. Nach fünf Jahren wurde bei 9 Prozent der Kinder aus der Frühgeborenengruppe eine Cerebralparese ermittelt. 67 Prozent dieser Kinder konnten selbstständig laufen, 14 Prozent konnten sich mit Hilfe fortbewegen und 19 Prozent waren überhaupt nicht in der Lage zu laufen. Sehkrafteinschränkungen hatten 3 Prozent und Hörprobleme wurden bei weniger als 1 Prozent der sehr frühen Frühgeborenen im Alter von 5 Jahren nachgewiesen. Mit abnehmendem Gestationsalter nahm der Anteil an Cerebralparesen zu. So hatten bspw. 18 Prozent der Kinder, die zwischen der 24. bis 25. Schwangerschaftswoche geboren wurden eine Cerebralparese, wohingegen es bei den Kindern, die in der 32. Schwangerschaftswoche zur Welt kamen, 4 Prozent waren (Larroque et al. 2008). Diese Studie unterstreicht die Bedeutung eines möglichst hohen Gestationsalters für das geburtshilfliche Outcome und für Langzeitfolgen, die in der Frühgeburtlichkeit begründet sind. Morbidität und Gestationsalter stehen im umgekehrten Verhältnis zueinander, allerdings besteht für kein Gestationsalter die Sicherheit ein gesundes Kind zur Welt zu bringen (Saigal & Doyle 2008).

Es wird deutlich, dass das Gestationsalter des Frühgeborenen von großer Bedeutung für die weitere Entwicklung ist. Positiv ist, dass Studien gezeigt haben, dass sich die Frühgeborenen im jungen Erwachsenenalter, trotz der großen Prävalenz an Behinderungen, kognitiven Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten, gut an die Situation angepasst haben und besser als erwartet damit umgehen (Saigal & Doyle 2008). Nicht nur die Frühgeborenen haben die Folgen zu tragen, sondern auch die Eltern und Familienangehörigen sind davon betroffen. In den nächsten Kapiteln wird zunächst ein kurzer Überblick über die psychischen Folgen einer Frühgeburt für Eltern gegeben, um danach auf die ökonomischen Folgekosten, die das gesamte Gesundheitssystem betreffen, einzugehen.

## **2.6 Psychische Folgen von Frühgeburtlichkeit für die Eltern**

Neben lebenslangen gesundheitlichen Schäden für das Kind entstehen auch psychische Belastungen für Eltern und Angehörige. Insbesondere die Mütter sind durch die Frühgeburt psychisch belastet (Gebker 2011; Witthaut 2003:3). Die Eltern müssen sich mit der Situation abfinden, dass ihr Kind intensiv-medizinisch behandelt werden muss und sie müssen sich mit der Situation einer Neugeborenenintensivstation auseinandersetzen, was teilweise zu traumatischen Erlebnissen bei der Mutter führen kann (Jotzo & Poets 2006). Studien haben gezeigt, dass Frühgeburt mit starken psychosozialen und emotionalen Belastungen für die Familie verbunden ist (O. A. 2006). Die psychischen Belastungen der Eltern können sich unter anderem durch Depressionen zeigen. Die Frühgeburt kann eine depressive Reaktion auslösen, die eine akute Rückwirkung auf die Belastung bzw. auf das traumatische Ereignis ist. Diese Symptomatik kann kurzfristig wieder abklingen, aber auch längerfristig sein (Rohde 2001).

Am größten war die psychische Belastung der Eltern für Kinder mit sehr geringem Geburtsgewicht (VLBW). Die Belastung der Eltern konnte bis ins zweite Lebensjahr des Kindes nachgewiesen werden. Aber auch die Kosten für Behandlungen und Betreuung von Frühgeborenen werden diskutiert. Aus diesem Grund wird immer wieder die Debatte geführt, ob sich der Einsatz von neonataler Intensivmedizin für Kinder am Rande der Lebensfähigkeit rechtfertigt, da die überlebenden Kinder oftmals langfristige Behinderungen und gesundheitliche Probleme zurückbehalten, die sich auch auf die Familie auswirken. Bezogen auf die sozioökonomische Situation konnte nachgewiesen werden, dass insbesondere bei

Familien mit niedrigem Einkommen, einem niedrigeren Ausbildungsniveau und schweren körperlichen Beeinträchtigung des Kindes die psychosozialen und emotionalen Belastungen am größten waren (Saigal & Doyle 2008).

## 2.7 Ökonomische Folgekosten von Frühgeborenen

Neben sozialen Folgen für die Familie wird auch diskutiert, ob sich der Einsatz neonataler Intensivmedizin für Kinder am Rande der Lebensfähigkeit ökonomisch rechtfertigen lässt (Saigal & Doyle 2008).

Um die finanziellen Belastungen für Frühgeborene einzuschätzen, werden im Folgenden beispielhaft einige Kostenfaktoren für Frühgeborene dargestellt. Darunter fallen neben der medizinischen Versorgung nach der Geburt auch Folgekosten für Eltern und Angehörige, bspw. umfangreiche Rehabilitationsmaßnahmen, wie Physiotherapie, Ergotherapie, Umbauten in der Wohnung oder ein Umzug. Berger & Garnier (1999) stellten beispielhaft die Kosten für die hypoxisch-ischämische Hirnschädigung dar. "Conservative estimates of the costs to society for treatment and care of such cases per birth year lie around 1 billion German marks" (Berger & Garnier 1999:108). Sie unterstrichen in ihrem Artikel auch, dass von den Eltern ein sehr großes Engagement und Zusammenarbeit mit Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen gefordert wird.

Stübecke (2005) hat die Behandlungskosten für Frühgeborene gemäß des DRG-Systems dargestellt. Wenn das Geburtsgewicht < 600 g ist, werden 84.452,43 Euro, bei einem Geburtsgewicht zwischen 600 bis 749 g 63.733,27 Euro, bis zu einem Geburtsgewicht von 874 g 52.484,55 Euro, bis 999 g 33.574,84 Euro, bis 1249 g 24.351,04 Euro, bis 1499 g 15.716,55 Euro, bis 1999 g 14.182,28 Euro und ab einem Geburtsgewicht von 2000 g bis 2499 g 7450,69 Euro berechnet (Stübecke 2005). Es wird deutlich, dass die Fallkostenpauschale deutlich ansteigt, je geringer das Geburtsgewicht ist. Für Neugeborene ab 1000 g können allerdings weitere Kosten für Beatmung oder Operationen entstehen, die in diesem Falle nicht in der Fallkostenpauschale enthalten sind. Gegebenenfalls erhöhen sich die Kosten für die Behandlung, wenn das Frühgeborene länger als vorgesehen im Krankenhaus behandelt werden muss (Stübecke 2005). Kirschner et al. (2009) haben auf Basis von DRG-Daten des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Niedersachsen-Bremen und Daten aus einer Wiederholungsbefragung von Teilnehmerinnen am BabyCare-Programm die

Inanspruchnahme medizinisch stationärer Leistungen vor, während und nach der Geburt ausgewertet. Es wurden Primäraufnahmen der Neonatologie am 1. und 2. Lebenstag berücksichtigt. Die Kostendifferenz von Frühgeborenen und Reifgeborenen lag dieser Studie zufolge bei mindestens 10.550 € pro Fall (Kirschner et al. 2009). Deutlich wird, dass die Kosten von Frühgeburten für das Gesundheitssystem mit steigender Anzahl an Frühgeborenen von größerer Bedeutung sind. Durch die zunehmende Verbesserung der neonatologischen Intensivmedizin kann davon ausgegangen werden, dass die Kosten für die Behandlung von Frühgeborenen in den nächsten Jahren weiter ansteigen werden. Es muss daher ein gesellschaftliches Anliegen sein, die Frühgeburtenrate zu senken, um Behandlungskosten für das Gesundheitssystem zu senken und die gesundheitlichen Folgen für das Individuum zu mindern.

Insbesondere die Folgekosten, die durch eine Frühgeburt entstehen können, werden allerdings nicht vollständig vom deutschen Gesundheitssystem getragen; insbesondere die speziellen Therapieformen (bspw. pädagogisches Reiten) müssen größtenteils selbst finanziert werden (Stübecke 2005). Pflegegeld kann beantragt werden, allerdings haben die Eltern von schwerbehinderten Säuglingen keinen Anspruch auf Pflegegeld, da ein zeitaufwendiger Pflegebedarf bzw. Betreuungsbedarf auch bei gesunden Säuglingen gegeben ist (Stübecke 2005). Der zusätzliche Zeitaufwand für Eltern von Frühgeborenen ist außerdem mit wirtschaftlichen Einbußen verbunden (O. A. 2006). Petrou (2005:13f.) stellt dazu fest: "Preterm birth has also been shown to be associated with increased use of family practitioner services, education services and social services." und weiter schreibt er "It is likely that preterm birth has other long term consequences that require economic evaluation. These include the support provided by local authorities and voluntary organisations, such as adaptations that have to be made to the infant's home as a result of their impaired state of health, and additional costs borne by families as a result of modifications to their everyday activities."

Wie gezeigt, ist ein niedriger sozioökonomischer Status ein Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit. Aufgrund der oben angesprochenen finanziellen Belastungen durch ein zu frühgeborenes Kind entstehen weitere finanzielle Belastungen, die die soziale Situation, wenn diese an finanziellen und beruflichen Faktoren festgemacht wird, verschlechtert.

### 3 Migration

Im Kapitel 2.2.2, das sich mit den sozialen Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit beschäftigt, wurde bereits angesprochen, dass einige Risikofaktoren, wie bspw. Life Events oder vorausgegangene Schwangerschaftsabbrüche, Schwangere mit Migrationshintergrund besonders gefährden können. Um die Situation von Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland darzustellen, wird in den folgenden Kapiteln die besondere Situation von Menschen mit Migrationshintergrund dargestellt.

Migration ist durch die Migrantin bzw. den Migranten begründet, der normalerweise soziale, politische und oder ökonomische Problemlagen der Herkunftsregion vorausgehen (Boeckh 2008:362). Der Begriff Migration stellt Mobilität von Menschen in unterschiedlicher Form dar (Sabbioni 2003:356). Im 21. Jahrhundert ist die internationale Migration Teil der globalisierten Welt geworden (United Nations Population Fund 2006:5), die durch weltweite strukturelle Krisen der Wirtschaft, dem Wachstum der Weltbevölkerung, dem Zerfall von Regimen sowie ökologischen Problemen bzw. Katastrophen bedingt ist, und die ein freiwilliges oder unfreiwilliges Verlassen des Heimatlandes notwendig macht (Collatz 1998:33f.). Nach Angaben der United Nations (2009:1) zählten 2005 191 Millionen Menschen zu den internationalen Migrantinnen und Migranten, die ihren ständigen Wohnsitz verlagerten. Das machte 3 Prozent der Weltbevölkerung von 2005 aus.

Um im Weiteren die Situation und Schwierigkeiten von Frauen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem - speziell in der Geburtshilfe - darlegen zu können, soll zunächst der Begriff der Migration theoretisch beleuchtet werden. Darüber hinaus wird die Problematik von Frauen und Migration kurz angesprochen, um danach einen historischen Überblick zur Migration in der Bundesrepublik Deutschland zu geben. Im Anschluss werden die Bevölkerungsanteile von Personen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland und ihre soziale Lage, einschließlich der gesundheitlichen Situation, ausführlich dargestellt. Insbesondere werden Bevölkerungsanteile von Frauen mit Migrationshintergrund der ersten Generation dargestellt, da sie für die weitere Analyse der Daten von Bedeutung sind. Ein besonderer Schwerpunkt wird im Folgenden auf Personen mit türkischem Migrationshintergrund sowie Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen liegen, da diese einerseits in der Bundesrepublik Deutschland die größten Gruppen mit Migrationshintergrund darstellen und andererseits die Fokusgruppen der nachfolgenden empirischen Analyse sind. Um kulturelle Unterschiede verstehen zu können, ist es notwendig, die Lebenssituation, die Weltanschauung und auch die religiöse Ausrichtung von Migrantinnen und Migranten

darzustellen. Aus diesem Grunde wird im Weiteren auf den geschichtlichen Hintergrund der Migration von Türkinnen und Türken sowie Spätaussiedlern und Spätaussiedlerinnen eingegangen. Des Weiteren wird ein kurzer Überblick über die religiöse Ausrichtung und die Familienstrukturen dieser Migrantengruppen gegeben.

### 3.1 Theoretische Ansätze zur Migration

Migration ist ein multidisziplinäres Phänomen, das von verschiedenen Disziplinen analysiert und diskutiert wird. Daher variieren die Definitionen von Migration je nach Fokus der Forschungsrichtung.

Im Allgemeinen wird unter Migration eine Ortsveränderung, die durch Wanderungen der Menschen geschieht, verstanden (Boeckh 2008:363). "In den Sozialwissenschaften werden unter dem Begriff Migration allgemein solche Bewegungen von Personen und Personengruppen im Raum (spatial movement) verstanden, die einen dauerhaften Wohnortwechsel (permant change of residence) bedingen" (Han 2005:7). In der Migrationsforschung wird zwischen Binnenmigration und transnationaler Migration unterschieden. Diese Formen der Migration werden von Hoerder et al. (2007:36) folgendermaßen definiert: "Der Begriff Migration bezieht sich auf räumliche Bevölkerungsbewegungen, sowohl über Staatsgrenzen (grenzüberschreitende bzw. transnationale Migration) wie innerhalb eines politisch-territorialen, sozialen oder kulturellen Raumes (interne Migration)". Da sich diese Arbeit ausschließlich mit transnationaler Migration beschäftigt, soll an dieser Stelle nicht weiter auf den Begriff der Binnenmigration eingegangen werden. Eine umfassendere Definition von transnationaler Migration, die die Mehrdimensionalität und die Multikausalität des Begriffes unterstreicht, beschreibt Annette Treibel (2008:21): "*Migration ist der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in eine andere Gesellschaft bzw. in eine andere Region von einzelnen oder mehreren Menschen. So verstandene Migration setzt erwerbs-, familienbedingte, politische oder biographisch bedingte Wanderungsmotive und einen relativ dauerhaften Aufenthalt voraus; er schließt den mehr oder weniger kurzfristigen Aufenthalt zu touristischen Zwecken aus*" (Hervorhebungen im Original durch die Autorin). Im Gegensatz zu Hoerder et al. (2007), die die Definition von Migration ausschließlich auf die Wanderung bzw. Bevölkerungsbewegungen beziehen, gibt Annette Treibel (2008) auch Begründungen für die

Migration in ihrer Definition mit an. Diese beinhalten die wichtigsten Wandermotive von Migrantinnen und Migranten. Bezogen auf die Bundesrepublik Deutschland ergeben sich aus den Wandermotiven die drei bedeutendsten Migrationsgruppen. Darunter fallen Migranten, die in einem neuen Land neu beginnen möchten, die sogenannten Gastarbeiter, die mit dem Einkommen ihre Familien im Herkunftsland unterstützen möchten, oder Asylsuchende, aber auch Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, die aus familiären Gründen oder politischen Gründen in die Bundesrepublik Deutschland einreisen.

Der Prozess der Migration läuft in verschiedenen Phasen ab. Unter anderem unterteilt Eisenstadt den Vorgang der Migration in drei Phasen. In der ersten Phase bildet sich langsam das Motiv für die Migration heraus. Die späteren Migrantinnen und Migranten fühlen sich an ihrem Herkunftsort unsicher und unzulänglich. Die Aufgabe der gewohnten Lebensumwelt wird als Problemlösung ihrer Lebenssituation gesehen. Sie gehen davon aus, dass sich mit der Migration die materiellen und auch soziokulturellen Lebensbedingungen verbessern. Die zweite Phase ist durch den aktiven Prozess der Migration gekennzeichnet. Die Migrantinnen und Migranten wandern in eine für sie fremde Lebensumwelt ein, die mit gravierenden sozialen Veränderungen verbunden ist und die Unsicherheit, die sie im Herkunftsland hatten, verstärkt sich in der neuen Umgebung. Die dritte Phase zeichnet sich nach Eisenstadt durch einen langwierigen Prozess der Assimilation an das Aufnahmeland aus (Han 2005:49ff.).

Die Auswirkungen der Migration beschränken sich nicht nur auf das Individuum, sondern wirken sich auch auf die gesamte Gesellschaft des Aufnahme- als auch des Herkunftslandes aus (Boeckh 2008:362). Die Migration bietet für Gesellschaften neue Chancen und Herausforderungen (Adam & Stülb 2009:88). Entwurzelung, Marginalisierung und kulturelle Entfremdung treffen die einzelnen Migrantinnen und Migranten, wohingegen die Unterschichtung, die ethnische Pluralisierung und die Segmentierung gesamtgesellschaftliche Folgen der Migration sind (Esser 1980:11). Aufnahmeland "sind gekennzeichnet durch Vielfalt - Vielfalt der Herkunftskulturen, Vielfalt der Religionen, Vielfalt der Lebenswelten" (Adam & Stülb 2009:88), was sich auf alle gesellschaftlichen Bereiche auswirkt.

Fraglich ist, was Migrantinnen und Migranten bewegt, ihr Heimatland zu verlassen und sich in eine ihnen oftmals unbekannte Lebenswelt und Gesellschaft zu begeben. Die Gründe für Migration sind sehr heterogen und selten monokausal, sondern sind meistens durch mehrere Faktoren bedingt (Boeckh 2008:362). Die Entscheidung in ein anderes Land auszuwandern, wird durch sogenannte "Push-Faktoren" des Herkunftslandes und "Pull-Faktoren" des Ziellandes beeinflusst (Hoerder et al. 2007:32). Unter anderem sind schlechte ökonomische Bedingungen, ethnische Spannungen, Naturkatastrophen und politische Verfolgung zu den



"Push-Faktoren" des Herkunftslandes zu zählen. Die "Pull-Faktoren" des Ziellandes sind für Migrantinnen und Migranten z. B. bessere wirtschaftliche Voraussetzungen, Ausländer- und Asylpolitik des Ziellandes, Schutz vor Verfolgung und Diskriminierung sowie vorhandene familiäre Netzwerke im Zielland (Wöhlecke 2001). Die individuelle Bedeutung sowie das Mischverhältnis der "Pull-Faktoren" und "Push-Faktoren" können sich mit der Zeit ändern (Boeckh 2008:362) und die Faktoren, die die Migration beeinflussen, lassen sich nicht häufig gesondert analysieren (Boeckh 2008:364). Mit zunehmender Globalisierung sind die "Pull-" und "Push-Faktoren" allerdings keine ausreichenden Erklärungsansätze für die Migration, da Bereiche wie Heirat, Ausbildung oder Arbeit nicht mehr an bestimmte regionale Bereiche gebunden sind (Sabbioni 2003:356).

Die meisten Menschen verlassen ihr Land, um Arbeit zu finden sowie für Familienzusammenführungen und zum Heiraten (United Nations Population Fund 2006:5). Bei der grenzüberschreitenden Migration können heute drei Gruppen unterschieden werden. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass Migranten bzw. Migrantinnen ihr Heimatland nicht freiwillig verlassen, sondern bspw. aufgrund von politischer, religiöser oder rassistischer Verfolgung aus ihrem Heimatland fliehen und in der Bundesrepublik Deutschland um Asyl oder Aufnahme bitten. Eine weitere Gruppe, deren Zahl nicht genau bekannt ist, ist die der Personen, die sich in Deutschland ohne gültige Papiere aufhalten. Die dritte Gruppe bilden die Migranten und Migrantinnen, die freiwillig nach Deutschland gezogen sind. Der Großteil von ihnen sind Aussiedler, aber auch EU-Bürger und Bürgerinnen fallen darunter, sowie Heiratsmigranten und Heiratsmigrantinnen, die aufgrund von Familienzusammenführungen in die Bundesrepublik Deutschland einreisen. Die Gründe für Migration sind - wie gezeigt - mannigfaltig und Migrantinnen und Migranten sind keine homogene Gruppe, deren Individualität mit der Migration abgesprochen wird.

Trotz der unterschiedlichen Beweggründe das Heimatland zu verlassen, sind Migrantinnen und Migranten mit folgenden zum Teil negativen Auswirkungen auf ihr Leben konfrontiert:

- Familien brechen auseinander und gegebenenfalls müssen Familienmitglieder im Heimatland zurückgelassen werden
- Akzeptanz der Minderheit im Aufnahmeland
- Beginn eines neuen Lebens im Aufnahmeland
- Integration und Anpassung im Aufnahmeland
- gegebenenfalls muss die Sprache des Aufnahmelandes erworben werden
- neue Freundschaften müssen geschlossen werden
- neue Werte und Normen des Aufnahmelandes annehmen

- neue Beschäftigung annehmen (Loncarevic 2007:143).

Der schwierige Prozess der Migration wird noch dadurch verstärkt, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Aufnahmeland zu einer ethnischen Minderheit gehören. In der Soziologie werden die benachteiligten ethnischen Gruppen als Minderheiten und die herrschende ethnische Gruppe als ethnische Mehrheit bezeichnet. Ethnizität bedeutet den Glauben an eine gemeinsame Herkunft, Gemeinsamkeiten der Kultur und darauf basierende Solidaritätsgefühle, die gruppenbildend wirken (Heckmann 1992:1). Durch die Migration verlassen Migranten und Migrantinnen ihren kulturellen und sozialen Lebensraum in das Aufnahmeland mit anderen kulturellen Werten und Normen. "Die Kulturen als Inbegriff gesellschaftlicher Traditionen, Werte und Normen, sowie deren symbolische Repräsentation seien inkompatibel. Die vormals stabilen sozialen Beziehungen innerhalb des Herkunftskontextes würden zerbrechen oder ihre handlungssteuernde Bedeutung verlieren" (Hill 1990:101). Dankwortt (1959) und Richardson (1967) bezeichnen diese Phase der Migration als Auseinandersetzungsphase, in der der Wanderer bemerkt, dass seine gewohnten Alltagsrezepte nicht mehr anwendbar sind und er seine distanzierte Gelassenheit aus der Beobachterphase, in der überwiegend die Vorteile des Aufnahmesystems wahrgenommen werden, aufgeben muss. Damit kann ein Kulturschock einsetzen sowie der Zusammenbruch des vertrauten Relevanzsystems, was wiederum zu Regressionen auf den Herkunftsbereich führt (Esser 1980:72f.). Die erste Generation der Migrantinnen und Migranten passt sich nach dem Generationen-Sequenzmodell von Duncan "nur im wirtschaftlichen und sozialen Bereich des Aufnahmelandes an und versucht durch ethnische Gruppen- und Institutionsbildungen ihrer Herkunftskultur zu bewahren, um dadurch ihre psychische Sicherheit und Geborgenheit zu erhalten" (Han 2005:45). Der Akkulturationsprozess an die Aufnahmegesellschaft ist für die Migrantinnen und Migranten mit Stress verbunden und kann sich physisch und psychisch negativ auswirken (Kizilhan 2007:54). Die Ethnizität eines Menschen bzw. einer Gruppe kann in diesem Fall als ein "psychologischer Anker" wirken, der dem Gefühl der Entwurzelung aufgrund von schnellen Veränderungen der Werte und Glaubensinhalte entgegenwirkt (Heckmann 1992:33). Die Familie als kleine soziale Gruppe ist daher von besonderer Bedeutung für Migrantinnen und Migranten. Familiäre Netzwerke schützen unter anderem vor Diskriminierungen im Aufnahmeland, dienen der gegenseitigen Unterstützung und Angehörige ethnischer Gruppen stärken ihre Gruppenkultur und ihre ethnische Kultur (Heckmann 1992:32f.). Ebenso können die familiären Netzwerke den Verlust der persönlichen und sozialen Netzwerke im Herkunftsland kompensieren und das Zurechtfinden im Aufnahmeland unterstützen. Letztere erlebt größtenteils aber nur die erste Generation von

Migrantinnen und Migranten, sodass es Unterschiede bezüglich der familiären Werte und Einstellungen zwischen der ersten und zweiten Generation geben kann (Merz et al. 2009). "Der Familismus der Migranten und Migrantinnen, also das gemeinschaftliche Wirtschaften und Zusammenhalten in der Familie, macht Migration überhaupt erst möglich. Er bildet auch angesichts einer globalisierten Welt mit inzwischen grenzüberschreitenden sozialen Netzwerken eine bedeutsame Voraussetzung, für die Migrierenden ihre Situation zu gestalten. Die Familie dient ihnen ebenso als Ort der Identitätswahrung, wenn der Aufnahmekontext kulturell als zu fremd empfunden wird" (Dietzel-Papakyriakou 2005:400). Auch soziale Organisationen, die sich aus der ethnischen Kultur ergeben, unterstützen die Migrantinnen und Migranten im Aufnahmeland (Kizilhan 2007:53) und sind eine bedeutende Ressource für die Menschen mit Migrationshintergrund. Einerseits stellen diese Organisationen für die Migrantinnen und Migranten eine institutionelle Antwort auf die Bedürfnisse im Einwanderungskontext dar, andererseits werden soziale und politische Beziehungen aus dem Herkunftsland in das Aufnahmeland übertragen (Kizilhan 2007:53). Daher können soziale Netzwerke im Aufnahmeland für Migrantinnen und Migranten von großer Bedeutung sein, da sie ihnen in einer zunächst fremden Umgebung Unterstützung und Halt geben, was auch die sogenannte Kettenmigration erklärt. Die Kettenmigration ist für viele Migrantinnen und Migranten wichtig, da sie einerseits von Freunden, Verwandten oder ehemaligen Nachbarn im Aufnahmeland Unterstützung bei der Suche nach einem Arbeitsplatz bzw. einer Wohnung bekommen und andererseits die Beziehungen aus dem Herkunftskontext im Aufnahmeland fortführen können (Heckmann 1992:99). In diesem Zusammenhang soll auch auf das Konzept der anomischen Verunsicherung verwiesen werden, die als eine "soziale Verunsicherung" betrachtet wird. Die Anomie resultiert aus einer gesellschaftlichen Desintegration, in der Norm- und Orientierungslosigkeit überwiegt. Häufig ist die Anomie in Krisenzeiten und Zeiten des sozialen Wandels beobachtbar. "Anomische Verunsicherungen entstehen, wenn sich die Lebenswelt drastisch verändert, ohne dass zugleich soziale Akteure die Regeln und Normen dieser veränderten Welt sich subjektiv aneignen können, also neuen konstituierten gesellschaftlichen Strukturen nicht gleichzeitig sozial verbindliche Regeln und Normen folgen" (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008(b):4). Migrantinnen und Migranten erleben diese anomische Verunsicherung in ihrer Alltagswelt. Familiäre Netzwerke können unter anderem einen Beitrag zur Stabilisierung und zur Sicherung leisten. Eine Studie unter Migranten und Migrantinnen türkischer Herkunft konnte belegen, dass Migranten, die alleinstehend waren, deutlich stärker verunsichert waren als Menschen, die mit einem Ehepartner oder der Familie zusammenlebten. Die Familie bzw. der

familiäre Zusammenhalt ist als Puffer der Krisenbewältigung nicht zu unterschätzen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008(b):7). Die ethnische Orientierung kann zwar zunächst eine Integration der Migrantinnen und Migranten auf sprachlicher und sozioökonomischer Ebene verzögern, aber sie kann gegebenenfalls auch Grundlage für eine langfristig erfolgreiche Integration in die Mehrheitsgesellschaft des Aufnahmelandes sein (Razum et al. 2004).

Es konnte gezeigt werden, dass Migration durch viele Faktoren bedingt ist, sich auf die Herkunfts- und Aufnahmeregion auswirkt, gesellschaftliche Veränderungen bewirkt, aber auch das individuelle Erleben von Migration ist von Bedeutung. Die Auswirkungen der Migration auf das Individuum sind sehr groß und mit Entbehrungen verbunden. Familiäre und ethnische Netzwerke können einen wichtigen Beitrag zur Integration in das Aufnahmeland leisten. Neben den negativen Veränderungen, mit denen Migration verbunden ist, bietet das Aufnahmeland für die Migrantinnen und Migranten aber auch soziale und ökonomische Ressourcen, die die Lebenssituation deutlich verbessern und sich positiv auswirken können (Loncarevic 2007:143). Dies gilt auch für Frauen, die oftmals andere Migrationsmotive als Männer haben. Diese werden im folgenden Kapitel erläutert.

### **3.2 Frauen und Migration**

Der Anteil an Frauen an der internationalen Migration betrug 2005 in etwa 50 Prozent (United Nations 2009:2) und innerhalb Europas ist der Trend zur Feminisierung der Migration erkennbar (Borde 2010). Weltweit arbeiteten im Jahr 2006 ungefähr 95 Millionen Frauen im Ausland (Deutscher Bundestag 2007:1), allerdings haben Frauen mit Migrationshintergrund in der Tendenz mehr Einschränkungen eine Arbeit im Aufnahmeland zu finden als Männer (United Nations 2009:11). Bei der Migration von Frauen wird zwischen der abhängigen und der unabhängigen Migration unterschieden. Bei der unabhängigen bzw. primären Migration erfolgt diese von den Frauen selbstständig und unabhängig von der Familie, meistens zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder Schulausbildung (Han 2003:26). Bei der primären Migration wandern häufig auch unverheiratete, alleinstehende oder verwitwete Frauen aus, um die Existenz der Familie zu sichern (Loncarevic 2007:149). Hingegen erfolgt die abhängige Migration von Frauen, wenn diese ihren Ehemännern bzw. ihrer Familie in ein anderes Land folgen, und wird auch als sekundäre Migration bezeichnet (Han 2003:26). Die

Migration von Frauen erfolgt also nicht immer freiwillig, "sondern aufgrund von Verpflichtungen, äußeren Druck oder Zwang" (Loncarevic 2007:149). Allerdings muss erwähnt werden, dass die primäre und sekundäre Migration auch kombinierbar sind. In diesem Fall kommen Frauen mit Migrationshintergrund bspw. in das Aufnahmeland als Arbeitsmigrantinnen und zum Zwecke der Familienzusammenführung. Die Familienzusammenführung bzw. die Heiratsmigration ist für Migrantinnen in der Bundesrepublik Deutschland immer noch ein bedeutender Migrationsgrund. Das bedeutet, dass im Zuge der Heiratsmigration eine neue erste Generation von Migrantinnen in die Bundesrepublik kommt. In einer quantitativen Erhebung der Studie "frauen leben" wurden insgesamt 2513 Frauen im Alter von 20-44 Jahren befragt. 842 Frauen hatten einen türkischen und 832 einen osteuropäischen Migrationshintergrund. 839 Frauen hatten keinen Migrationshintergrund (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010:20). Die Studie "frauen leben" konnte belegen, dass es sich bei den jungen Migrantinnen, die in der Bundesrepublik Deutschland leben, nicht zwangsläufig um die zweite oder dritte Generation handelt, sondern aufgrund von Heiratsmigration und Familienzusammenführungen folgt eine neue erste Generation nach (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010:4). Diese Frauen sind wiederum mit Akkulturations- und Kommunikationsproblemen im Aufnahmeland konfrontiert. Insbesondere Frauen der ersten Generation müssen größtenteils ohne Unterstützung der eigenen Familie in einem ihnen fremden Land zurecht kommen und gleichzeitig den Partner und die Kinder unterstützen und versorgen. "So sind beispielsweise Frauen mit Migrationshintergrund oft Mehrfachbelastungen (etwa durch ungünstige Arbeitsbedingungen, Anforderungen durch die Familie und Anpassung an eine fremde Kultur) ausgesetzt" (Razum et al. 2008 (a):7).

Die wichtige Stellung der Frau im Migrationsprozess und bei der Integration in das Aufnahmeland hat auch die Bundesregierung erkannt. Da Frauen mit Migrationshintergrund die Hauptverantwortung für die Familie, die ein zentraler Bezugspunkt ist, sowie die Betreuung und Erziehung der Kinder zukommt, sind sie für den Integrationsprozess in das Aufnahmeland von großer Bedeutung (Deutscher Bundestag 2007:1).

Da sich Migration in der Bundesrepublik Deutschland grundlegend von der in den sogenannten Einwanderungsländern wie den USA oder Kanada unterscheidet, soll nachfolgend ein Überblick über die historische Entwicklung der Migration gegeben werden.

### 3.3 Historischer Überblick zur Migration in der Bundesrepublik Deutschland

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Nationalstaat, der sich durch ein Staatsvolk, eine Nationalkultur sowie ein Staatsgebiet auszeichnet (Heckmann 1992:4). Zweierlei Entwicklungen sind jedoch verantwortlich dafür, dass der Nationalstaat obsolet wird. Einerseits trägt die zunehmende Internationalisierung und Globalisierung der gesellschaftlichen Strukturen und andererseits eine Tendenz zur ethnischen Pluralisierung der Bevölkerung und Kultur zur Veränderung des Nationalstaates bei (Heckmann 1992:4). In der Bundesrepublik Deutschland steht die ethnische Pluralisierung im Zusammenhang mit der Internationalisierung der Arbeitsmärkte und der damit zusammenhängenden Arbeitsmigration (Heckmann 1992:4).

Die Bundesrepublik Deutschland ist seit dem Zweiten Weltkrieg zu einem Zuwanderungsland geworden. Die Zuwanderung erfolgte in unterschiedlichen Phasen, in denen verschiedene Migrantengruppen in die Bundesrepublik Deutschland kamen. Mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges setzte die Migration von Flüchtlingen und Vertriebenen auf das heutige Bundesgebiet ein. Einige Jahre später begannen die Anwerbungen von Arbeitsmigranten aus dem Ausland. Die nächste Phase der Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland begann Mitte der 1970er Jahre. Ab diesem Zeitpunkt nahm die Einwanderung von Aussiedlerinnen und Aussiedlern sowie Asylbewerbern und Bürgerkriegsflüchtlingen zu (Koch 2002:312).

Der erste Anwerbevertrag wurde im Jahr 1955 mit Italien geschlossen (Heckmann 1992:20). In den 1960er und 1970er Jahren erfolgte die erste große Zuwanderungswelle von Gastarbeitern, die in ihrem Heimatland angeworben wurden. Im Jahr 1970 zogen fast eine Million Arbeitskräfte nach Deutschland. 1973 gab es einen Anwerbungsstopp der Gastarbeiter, sodass in den Folgejahren eine weitere Zuwanderung nach Deutschland über Familienzusammenführungen erfolgte (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung & Statistisches Bundesamt 2008:57). Grund für die Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften war zum einen das schnelle wirtschaftliche Wachstum sowie die Aufstellung der Bundeswehr, die der Wirtschaft mehrere Hunderttausend Arbeitskräfte nahm (Heckmann 1992:20). Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten kamen und kommen vorwiegend aus ökonomischen Gründen in die Bundesrepublik Deutschland, um sich hier eine neue Existenz aufzubauen und sind bei der Herausbildung ethnischer Pluralität von großer Bedeutung (Heckmann 1992:17).

Die nächste große Zuwanderungswelle begann in den 1990er Jahren. Überwiegend reisten damals (Spät-) Aussiedler und Aussiedlerinnen, Flüchtlinge aber auch Arbeitsmigranten bzw. Arbeitsmigrantinnen in die Bundesrepublik Deutschland ein (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung & Statistisches Bundesamt 2008:57). Neben Arbeitsmigranten/Arbeitsmigrantinnen und Aussiedlern/Aussiedlerinnen kamen auch viele Asylsuchende und Flüchtlinge in die Bundesrepublik Deutschland. Daran zeigt sich, dass Wanderungsbewegungen unterschiedlich begründet sein und verschieden verlaufen können. Die große kulturelle und soziale Heterogenität der Zuwanderinnen und Zuwanderer bedeutet für die deutsche Gesellschaft auch ein großes Entwicklungspotenzial und Ressource für die zunehmende Globalisierung (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:137).

Letztlich kann festgestellt werden, dass die Bundesrepublik Deutschland ein Einwanderungsland ist. In Deutschland gibt es bezogen auf Migrationstypologie und -status Unterschiede. Im folgenden Kapitel werden daher die wichtigsten Definitionen im Zusammenhang mit Migration in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt.

### **3.4 Bevölkerung mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland**

Das Statistische Bundesamt (2007(b):31) definiert Personen mit Migrationshintergrund wie folgt: "Bei den Personen mit Migrationshintergrund handelt es sich um solche, die nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer/-innen und alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil." Deutlich wird bei dieser Definition wieder die Heterogenität der Menschen mit Migrationshintergrund, die sich bspw. aus Spätaussiedlern/Spätaussiedlerinnen, Gastarbeitern/Gastarbeiterinnen und deren Kindern, aber auch in Deutschland Geborenen mit fremder Staatsangehörigkeit zusammensetzt. Der Migrationshintergrund ist nicht vererbbar und verliert sich meistens in der 3. Generation: Damit werden aus Migrantinnen und Migranten über lange Sicht Inländerinnen und Inländer (Borde et al. 2000:7). Die Weitergabe des Migrationsstatus bis in die dritte Generation ist nur bei Zugewanderten und in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländern möglich (Statistisches Bundesamt 2008(c):31). Im Vergleich zu Personen mit Migrationshintergrund insgesamt werden Ausländer und Ausländerinnen in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum

Aufenthaltsgesetz 2009 § 2.1.1 wie folgt definiert: "Ausländer ist jede natürliche Person, die nicht Deutscher i.S.d. Artikels 116 Absatz 1 GG ist. Eine Person mit deutscher und zugleich einer oder mehreren fremden Staatsangehörigkeit(en) ist kein Ausländer i.S.d. § 2 Absatz 1" (Bundesrat 2009:17). "Dies können direkt zugezogene Personen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit sein oder auch deren im Land geborenen Nachkommen, die selbst keine Migranten sind, sofern sie nicht die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten" (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2010:219). Es wird deutlich, dass Ausländer und Ausländerinnen Personen mit Migrationshintergrund sind, allerdings wird in der amtlichen Statistik häufig zwischen diesen beiden Gruppen unterschieden.

Zur Festlegung des Migrationshintergrundes dient daher nicht ausschließlich die Staatsangehörigkeit einer Person. Unter anderem haben es Einbürgerungen und die große Anzahl von Spätaussiedlern/Spätaussiedlerinnen nötig gemacht die Festlegung des Migrationshintergrundes zu erweitern. Der Begriff Migrationshintergrund "(...) soll alle Menschen umfassen, die von einer anderen Kultur geprägt sind, weil sie selbst oder eine Vorgängergeneration nach Deutschland zugewandert sind" (Niedersächsisches Landesamt für Statistik 2007(b):580). Menschen mit Migrationshintergrund sind Personen, deren Vorgängergeneration aber auch Vorvorgängergeneration nach Deutschland gekommen ist, sowie Personen, die selbst nach Deutschland zugewandert sind, sprich eine eigene Migrationserfahrung haben. Personen mit eigener Migrationserfahrung werden als Migrantin bzw. Migrant oder Migrantin und Migrant der ersten Generation bezeichnet. Somit wird die Herkunft nicht ausschließlich über die Staatsangehörigkeit definiert, sondern über die Zuwanderung in die Bundesrepublik Deutschland. Aus diesem Grund umfasst die Definition "Menschen mit Migrationshintergrund" eine weitaus größere Gruppe, als die Staatsangehörigkeit allein.

Im Jahr 2006 hatte die Bundesrepublik Deutschland einen Wanderungsgewinn von 23.000 Personen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung & Statistisches Bundesamt 2008:56), das heißt mehr Menschen sind in die Bundesrepublik Deutschland zugezogen als abgewandert und dies unterstreicht den Status eines Einwanderungslandes. Bezüglich der Herkunftsregionen der Migrantinnen und Migranten haben sich in den letzten Jahren deutliche Veränderungen ergeben. "Der Anteil türkischer Staatsangehöriger an den Wanderungsgewinnen von Ausländerinnen und Ausländern nahm in den letzten Jahren ab. Demgegenüber stieg der Anteil polnischer Staatsangehöriger von 4 % auf über 20 % des Wanderungsgewinns. Auch Staatsangehörige aus der Russischen Föderation spielen heute eine zahlenmäßig deutlich größere Rolle als in den 1990er Jahren" (Razum et al. 2008(a):14).



### **3.4.1 Demografischer Überblick von Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland**

Im Jahr 2005 hatten über 15 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2007(b):64), davon sind fast die Hälfte Mädchen und Frauen (Deutscher Bundestag 2007:3).

Diese Bevölkerungsgruppe der Migrantinnen und Migranten zeichnet sich durch eine große Heterogenität aus, aus der sich typische demografische Muster bspw. im generativen Verhalten, im Heiratsverhalten oder bei der Sterblichkeit ergeben (Kohls 2011:31).

Im Folgenden soll die Bevölkerungsstruktur anhand des Migrationsstatus in der Bundesrepublik Deutschland dargestellt werden. Zunächst wird der Migrationshintergrund im weiteren Sinne erläutert, danach wird auf den Migrationshintergrund im engeren Sinne eingegangen. Bei der Darstellung des Migrationshintergrundes wird außerdem auf den Anteil der Frauen eingegangen. Zuletzt werden Personen mit eigener Migrationserfahrung dargestellt, wobei der Fokus auf den Ländern Türkei, Kasachstan, Ukraine, Polen, Rumänien und auf Staaten der Russischen Föderation sowie auf Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler liegt. Diese Länder wurden ausgewählt, da sie die ausgewählten Länder des Studiendesigns abbilden.

Erstmals wurden im Jahr 2005 die Daten zu Migrationshintergrund im Mikrozensus erhoben. Vorher gab es ausschließlich aussagekräftige Daten über die Zahl der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Insofern werden im Mikrozensus auch Aussiedlerinnen und Aussiedler abgebildet, die aus dem Ausland kommen, aber nicht in der Ausländerstatistik auftauchen, da sie Deutsche sind. Hingegen werden Enkel von zugewanderten Ausländern, die inzwischen heimisch geworden sind, statistisch wie Ausländer behandelt (Bade & Oltmer 2002:26). Außerdem ist es von Bedeutung von Kindern mit Migrationshintergrund Daten zu erhalten, da nach dem Ius-soli-Prinzip in Deutschland geborene Kinder von Ausländerinnen und Ausländern nach § 4 StAG die deutsche Staatsbürgerschaft erhalten können, wenn sich ein Elternteil seit mindestens acht Jahren rechtmäßig im Inland aufhält (Bundesministerium der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH 2010).

Im Mikrozensus wird nicht jedes Jahr für die Bundesrepublik Deutschland die Anzahl aller Personen mit Migrationshintergrund statistisch erhoben. Daher wird in der Statistik zwischen Migrationshintergrund im weiteren Sinne und im engeren Sinne unterschieden. Der Migrationshintergrund im engeren Sinn beschreibt den Personenkreis, der jährlich bestimmt

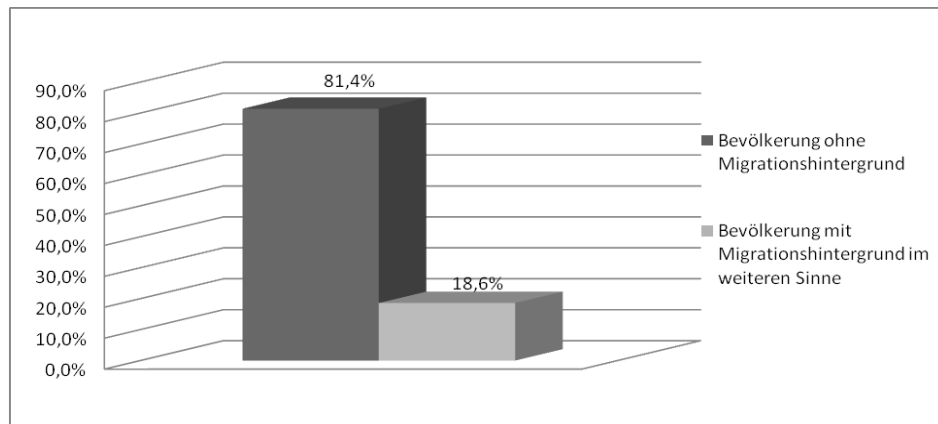
werden kann. Hierzu liegen Daten der Jahre 2005 bis 2008 vor, die einen Vergleich mit den Daten des Studiendesigns der Jahre 2001-2008 ermöglichen.

Repräsentative Daten zu folgenden Merkmalen werden im Mikrozensus erhoben: Staatsangehörigkeit, Geburtsort in Deutschland oder außerhalb, Jahr des Zuzugs, Einbürgerung, Staatsangehörigkeit, Einbürgerung und Geburtsort beider Eltern und analoge Daten der Großeltern für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die im Haushalt der Eltern leben (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:139). Der Mikrozensus des Jahres 2005 beinhaltet auch die Erhebung des Migrationshintergrundes im weiteren Sinne, bei dem auch die Personen ermittelt werden, deren Migrationshintergrund nicht durchweg bestimmbar ist. Unter den Begriff des Migrationshintergrundes im weiteren Sinne fallen die Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne und Personen, bei denen der Migrationshintergrund nicht durchweg bestimmbar ist (Niedersächsisches Landesamt für Statistik 2007(b)). Ihr Migrationshintergrund leitet sich von den Eigenschaften ihrer Eltern ab. Personen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne leben als Deutsche in Deutschland allerdings nicht mehr im elterlichen Haushalt. Diese Erhebung findet alle vier Jahre statt, erstmals 2005, sodass die unten angegebenen Daten aus dem Jahr 2005 stammen.

Im Jahr 2005 hatten 15.332.900 Personen in der Bundesrepublik Deutschland einen Migrationshintergrund im weiteren Sinne. Das entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 18,6 Prozent (Statistisches Bundesamt 2007(b):64). Mehr als zwei Drittel sind zur ersten Generation von Migrantinnen und Migranten zu zählen (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:140). Von der Migrantenpopulation sind 8,9 Prozent Ausländerinnen und Ausländer und 9,7 Prozent Spätaussiedlerinnen, Spätaussiedler oder Deutsche, die die Staatsbürgerschaft angenommen haben oder Kinder von Migrantinnen, Migranten, Ausländerinnen, Ausländern sowie Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern. Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne von fast einem Fünftel der Bevölkerung zeigt die Bedeutsamkeit dieser Personengruppe für sämtliche Lebensbereiche, wie bspw. Schule, Arbeitsplatz und selbstverständlich auch für die Gesundheitsversorgung.

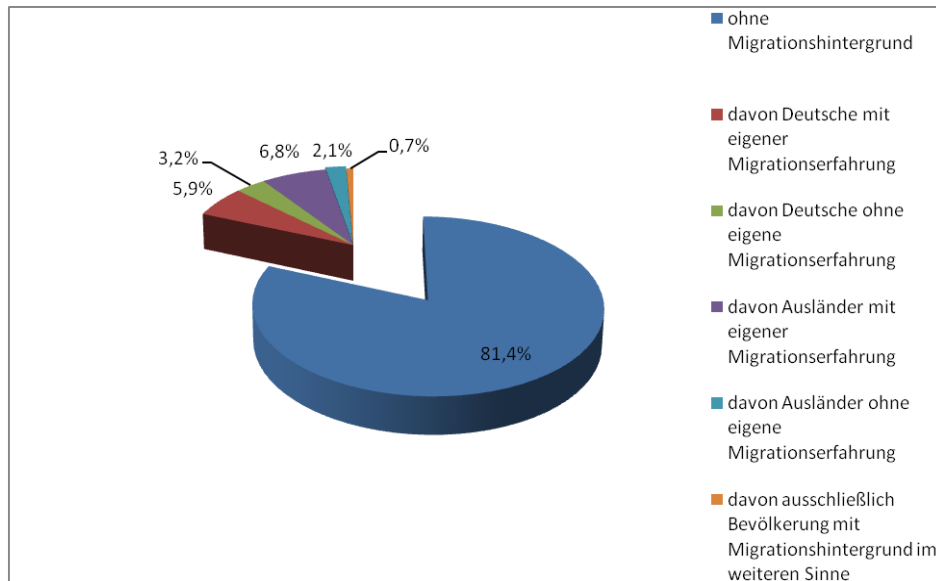
Mit 27,2 Prozent haben mehr als ein Viertel der Personen in der Altersgruppe unter 25 Jahren in der Bundesrepublik einen Migrationshintergrund, das bedeutet, dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Durchschnitt jünger ist, als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund insgesamt (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:142). Innerhalb dieser Altersgruppe war mit 32,5 Prozent der größte Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Alter von 0 bis unter 6 Jahren zu verzeichnen (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:143). In der Altersgruppe der 25- bis unter 45-Jährigen lag

der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Jahr 2005 bei 21,4 Prozent (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:143).



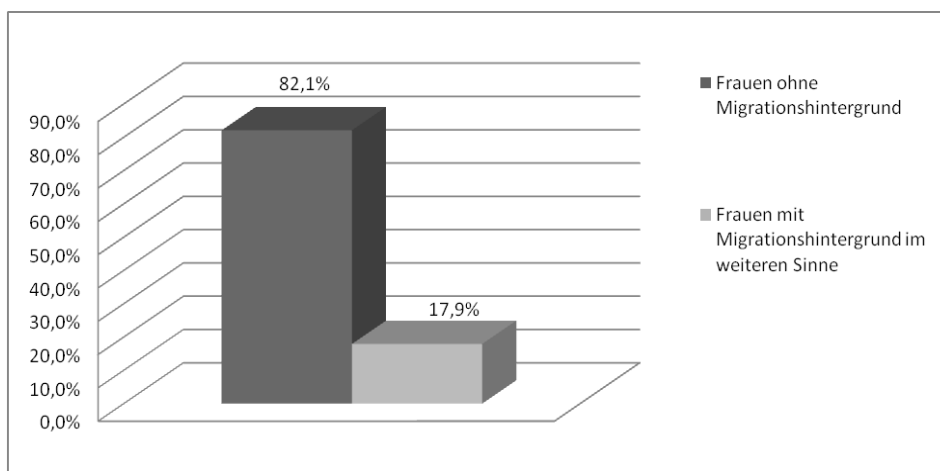
**Abbildung 4: Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne an der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland 2005 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2007(b))**

In der nachfolgenden Abbildung wird der Migrationshintergrund im weiteren Sinne und die Migrationserfahrung dargestellt. Es zeigt sich an dieser Stelle, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund als eine sehr heterogene Gruppe darstellen. 8,9 Prozent, also weniger als die Hälfte der Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland sind Ausländer bzw. Ausländerinnen. 5,9 Prozent sind Deutsche mit eigener Migrationserfahrung und 3,2 Prozent sind Deutsche ohne eigene Migrationserfahrung aber mit Migrationshintergrund. Lediglich 0,7 Prozent der Bevölkerung mit Migrationshintergrund hat ausschließlich einen Migrationshintergrund im weiteren Sinne, der nicht weiter erfasst wird.



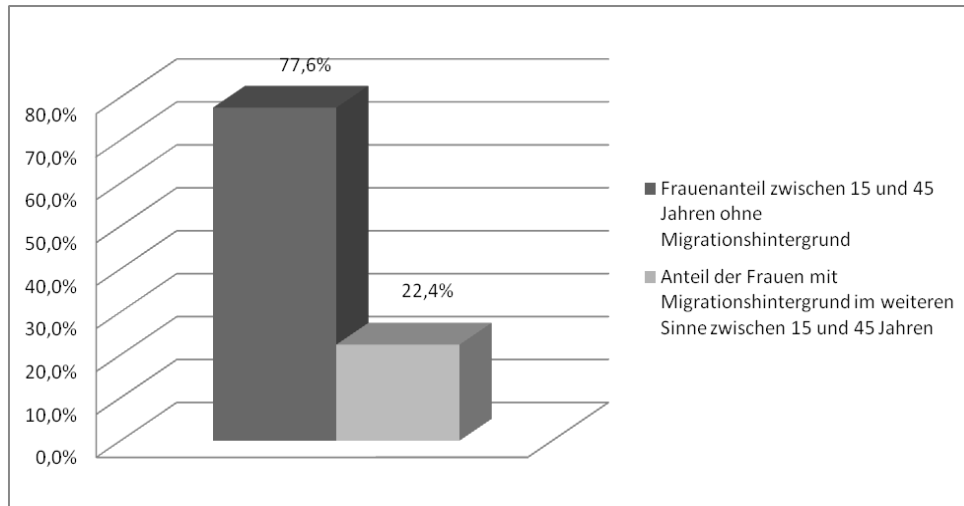
**Abbildung 5: Bevölkerung differenziert nach Migrationshintergrund im weiteren Sinne in der Bundesrepublik Deutschland 2005 (Quelle Statistisches Bundesamt 2007(b))**

Insgesamt lebten 2005 42.126.800 Frauen in der Bundesrepublik. 7.537.700 Frauen hatten einen Migrationshintergrund im weiteren Sinne, das entspricht einem Anteil von 17,9 Prozent (Statistisches Bundesamt 2007(b):64). Allerdings ergibt sich bei der Geschlechterzusammensetzung unter dem Gesichtspunkt der Staatsangehörigkeit ein unterschiedliches Bild. Der Frauenanteil aus den sogenannten Anwerbestaaten ist geringer als bei den Herkunftsländern der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler. Gründe dafür könnten in der Migration im Familienverbund bei Letzteren sowie in der Altersstruktur liegen (Karakaoğlu et al. 2009:24).



**Abbildung 6: Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne an der Gesamtzahl der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland 2005 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2007(b))**

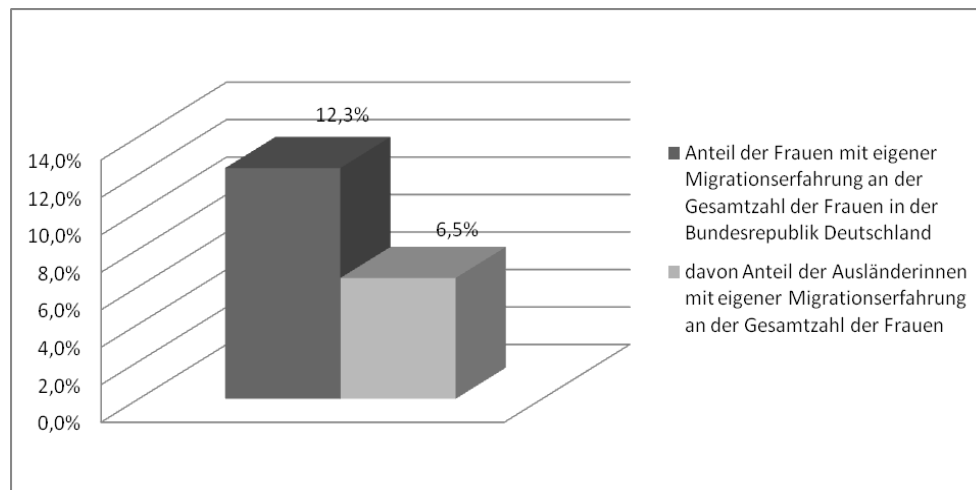
Beim Vergleich der Altersgruppen fällt auf, dass die Anzahl der Frauen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne zwischen 15 und 45 Jahren, in Deutschland 2005 3.665.500 betrug. Dies entspricht einem prozentualen Anteil in der Altersgruppe von 22,4 Prozent (Statistisches Bundesamt 2007(b) und eigene Berechnung).



**Abbildung 7: Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund zwischen 15 und 45 Jahren (Bund) 2005 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2007(b) und eigene Berechnung)**

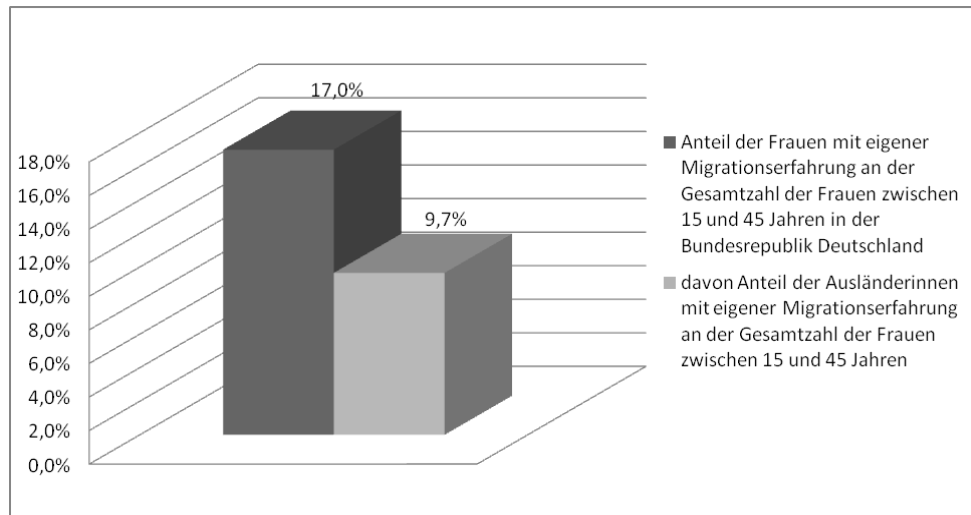
Zu den Frauen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne zählen auch Frauen und Mädchen aus der zweiten und dritten Generation, die sich nicht mehr an traditionellen Rollenbildern der Herkunftsregion orientieren (Deutscher Bundestag 2007:3). Da sich diese Studie aber mit Frauen mit Migrationshintergrund beschäftigt, die eine eigene Migrationserfahrung haben, sollen diese Zahlen für die Bundesebene dargestellt werden.

Insgesamt lebten im Jahr 2005 5.191.000 Frauen mit eigener Migrationserfahrung in der Bundesrepublik Deutschland, davon sind 2.718.000 Ausländerinnen. Die Zahl der Frauen mit eigener Migrationserfahrung entspricht 12,3 Prozent der Gesamtzahl von Frauen in der Bundesrepublik Deutschland (Statistisches Bundesamt 2009).



**Abbildung 8: Anteil von Frauen mit eigener Migrationserfahrung in der Bundesrepublik Deutschland 2005 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2009)**

Bezogen auf das Alter der Frauen ergaben sich im Mikrozensus für das Jahr 2005 folgende Angaben. 16.485.000 Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren lebten in der Bundesrepublik Deutschland. 2.801.000 Frauen hatten einen Migrationshintergrund mit eigener Migrationserfahrung, 1.591.000 davon sind Ausländerinnen (Statistisches Bundesamt 2009). Demnach hatten 17 Prozent der Frauen zwischen 15 und 45 Jahren eine eigene Migrationserfahrung. Bezogen auf die Anteile innerhalb des Migrationsstatus konnten deutliche Unterschiede festgestellt werden. 54 Prozent der Frauen, die eine eigene Migrationserfahrung hatten, waren zwischen 15 und 45 Jahre alt. Dies bedeutet, dass der Anteil von Frauen in der reproduktiven Lebensphase mit eigener Migrationserfahrung deutlich höher ist, als der Anteil bezogen auf Frauen ohne Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland. Hier lag der Anteil bei 37 Prozent. Auch bezüglich des Familienstandes der Frauen zwischen 19 und 25 Jahren konnten deutliche Unterschiede bezüglich des Migrationshintergrundes festgestellt werden. 5,2 Prozent der deutschen Frauen ohne Migrationshintergrund waren zwischen 19 und 25 Jahren bereits verheiratet. Bei Ausländerinnen lag der Anteil bei 34,8 Prozent und bei Deutschen mit Migrationshintergrund bei 13,9 Prozent. 9,9 Prozent der Frauen der Gesamtbevölkerung im Alter von 19 - 25 Jahren waren verheiratet. Es zeigt sich also, dass Frauen mit Migrationshintergrund häufiger in jungen Jahren heiraten. Dies sollte nicht ausschließlich auf die traditionellen Geschlechterrollen und Traditionen zurückgeführt werden, sondern hängt auch mit dem durchschnittlich geringeren Bildungsgrad der Migrantinnen zusammen (Karakaoğlu et al. 2009:50f.).



**Abbildung 9: Anteile von Frauen mit eigener Migrationserfahrung zwischen 15 und 45 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland 2005 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2009)**

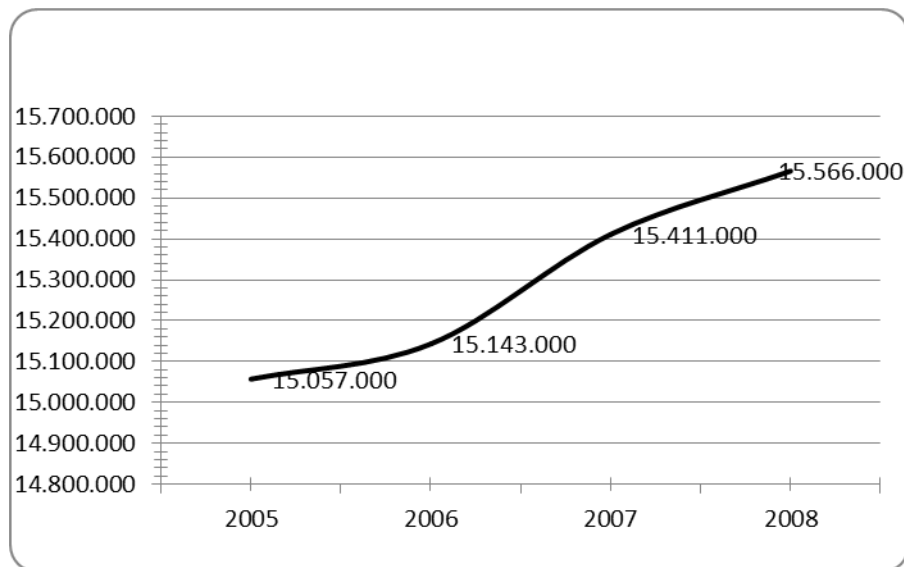
Der Anteil von 17 Prozent spiegelt sich auch in den Perinatalerhebungen auf Bundesebene, wie noch im Kapitel 8.3.2 gezeigt werden wird, wider. Somit ist der Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund für das klinisch-geburtshilfliche Setting nicht unbedeutend und wird zukünftig noch weiter an Bedeutung gewinnen, zumal Migrantinnen häufiger aus Ländern mit höheren Fertilitätsraten kommen (Schmid & Kohls 2009). Migrantinnen bringen ebenfalls mehr Kinder zur Welt als einheimische Frauen. Durchschnittlich hatten im Jahr 2005 Familien ohne Migrationshintergrund 1,6 Kinder. Bei den Familien mit Migrationshintergrund waren es 1,8 Kinder. Bei der Betrachtung zweier bedeutender Herkunftsregionen der Migrantinnen und Migranten zeigen sich deutliche Unterschiede. Familien mit Migrationshintergrund, die aus der russischen Föderation stammten, hatten durchschnittlich 1,7 Kinder, wohingegen Familien aus der Türkei 2,1 Kinder im Durchschnitt hatten (Statistisches Bundesamt 2009). "Weil die Kinderzahlen unter Migranten höher sind als die der einheimischen Deutschen, wächst der Anteil dieser Gruppe, selbst wenn es fortan keine weitere Zuwanderung gäbe" (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009:6). Hinzu kommt, dass die Migration häufig in der reproduktiven Phase einer Frau stattfindet, sodass sich dies in den Geburtsraten der Aufnahmeländer widerspiegelt (Schmid & Kohls 2009). Eine Studie, die die Daten des Sozio-ökonomischen Panels nutzte, konnte belegen, dass Frauen der ersten Zuwanderergeneration die höchsten Erstgeburtenraten hatten. Ungefähr vier Jahre nach dem Umzug nach Deutschland bekamen 50 Prozent von ihnen ihr erstes Kind. Kinderlos blieben ca. 17 Prozent. Im Vergleich dazu waren in der Stichprobe 23,5 Prozent der westdeutschen Frauen kinderlos. Für Migrantinnen ist die Wahrscheinlichkeit in den ersten Jahren nach der Ankunft in Deutschland ein erstes Kind zur

Welt zu bringen bis zu sechsmal höher als für Frauen aus Westdeutschland. Die Geburt eines Kindes relativ schnell nach der Migration kann zum einen damit zusammenhängen, dass getrennt lebende Paare wieder zusammenkommen und zum anderen, dass die Geburt eines Kindes als Abschluss der Wanderung angesehen wird. Auch gesetzliche Regelungen können für die Entscheidung für ein Kind relativ schnell nach der Migration verantwortlich sein (Milewski 2008). Ein Erklärungsansatz für die höhere Kinderzahl von Migrantinnen könnte auch die größere Religiosität sein. Berghammer (2008) konnte in einer europäischen Studie feststellen, dass Religiosität einen großen Einfluss auf das Geburtsverhalten hat. Drei wichtige Gründe werden von Berghammer (2008) genannt, inwiefern Religion Einfluss auf die Fertilität nimmt. Zum einen stimmen die Weltanschauungen der Gläubigen mit den kirchlichen Werten überein. Zum Beispiel sind im Christentum die Familie und Kinder von zentraler Bedeutung. Zum anderen werden die sozialen Netzwerke, die durch Kirchengemeinschaften entstehen und die Vorstellungen der Gläubigen beeinflussen, genannt. Als dritten Punkt, der sich positiv auf die Fertilität auswirken kann, nennt Berghammer (2008) den positiven Einfluss, den die Religiosität auf schwierige und neue Lebenssituationen, zu denen auch die Geburt von Kindern zu zählen ist, haben kann. Hinzu kommt, dass die katholische Kirche einen Schwangerschaftsabbruch, auch wenn dieser zu Heilzwecken durchgeführt wird, in der Enzyklika "Humanae vitae" von Papst Paul VI von 1968 verwirft. Außerdem wird den Gläubigen der Gebrauch von künstlichen empfängnisverhütenden Mitteln untersagt (Papst Paul VI 1968). Dies ist insbesondere für Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen von Bedeutung, die im Zuge der Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland zum Teil erst wieder die Möglichkeit haben, ihren römisch-katholischen Glauben zu praktizieren. Ihre Anzahl ist nicht unbedeutend, da sie inzwischen, abgesehen von Migrantinnen und Migranten aus dem europäischen Ausland, gemeinsam mit Personen mit türkischem Migrationshintergrund, zu den beiden größten Gruppen mit einem Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland gehören. Dies zeigt sich auch bei den Anteilen der Familien mit Migrationshintergrund und Kindern unter 18 Jahren. 21 Prozent der Familien stammen aus der Türkei, 13 Prozent aus der ehemaligen Sowjetunion und 10 Prozent aus Polen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010:4). Diese Gruppen zeichnen sich durch einen heterogenen Migrationsstatus und -typus aus.

Im Folgenden soll auf die Herkunftsländer der Menschen aus Osteuropa und auf Personen mit einem türkischen Migrationshintergrund bezüglich ihres Bevölkerungsanteils in der Bundesrepublik Deutschland genauer eingegangen werden, da der Fokus der Studie auf



diesen Herkunftsregionen liegt. Dabei wird der Personenkreis dargestellt, der einen Migrationshintergrund im engeren Sinne hat, da hierzu Daten für mehrere Jahre vorliegen. Zunächst soll die Anzahl von Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne der Jahre 2005 bis 2008 dargestellt werden.

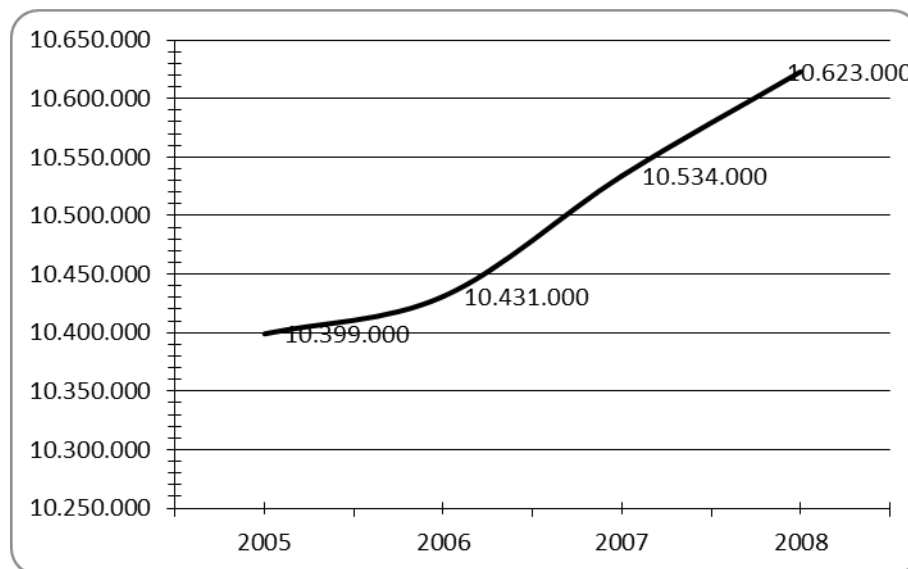


**Abbildung 10: Anzahl der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im engeren Sinne 2005-2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2008(a), 2008(b), 2009, 2010)**

Da der Mikrozensus nicht alle Länder explizit abbildet, werden hier nur die Länder dargestellt, die der Mikrozensus darstellt und die bspw. der Gruppe der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler zuzuordnen sind. Insgesamt lebten 2008 15.566.000 Personen mit einem Migrationshintergrund im engeren Sinne in der Bundesrepublik Deutschland. Das entspricht ungefähr 19 Prozent der Gesamtbevölkerung, im Vergleich dazu lag der Anteil im Jahr 2005 bei 18,3 Prozent, das heißt, der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne ist in diesem Zeitraum um 0,7 Prozentpunkte angewachsen. Der größte Zuwachs war im Mikrozensus 2007 bei den Personen ohne eigene Migrationserfahrung zu verzeichnen. Dabei handelt es sich um im Inland geborene Nachkommen von Migranten und Migrantinnen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2010:236).

Der Anteil der Personen mit eigener Migrationserfahrung lag 2008 in der Bundesrepublik Deutschland bei über einem Drittel der Personen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne. Bezüglich der Staatsangehörigkeit wurden Personen im Mikrozensus mit eigener Migrationserfahrung differenziert. Ungefähr 53 Prozent von den Personen mit eigener Migrationserfahrung waren Ausländer/Ausländerinnen. 310.000 Ausländer/Ausländerinnen stammten aus Polen, 231.000 aus der Russischen Föderation, 1.171.000 aus der Türkei,

148.000 aus der Ukraine und 52.000 aus Kasachstan. Neben den EU-Ländern und anderen europäischen Ländern hatten Personen mit türkischem Migrationshintergrund mit ungefähr 21 Prozent den größten Anteil unter den Ausländern/Ausländerinnen in der Bundesrepublik Deutschland. Von den 5.014.000 Deutschen, die eine eigene Migrationserfahrung haben, sind 63 Prozent Spätaussiedler/Spätaussiedlerinnen.



**Abbildung 11: Anzahl der Bevölkerung mit eigener Migrationserfahrung 2005-2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2008(a), 2008(b), 2009, 2010)**

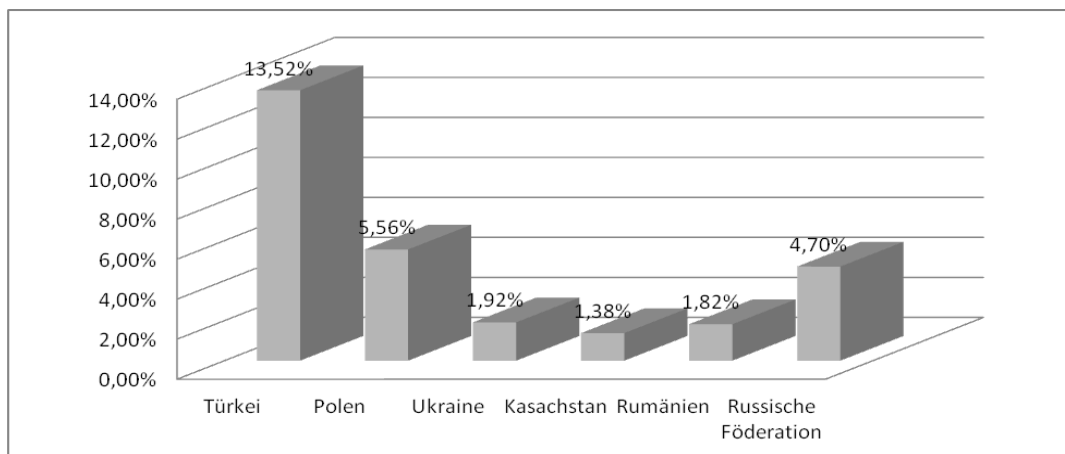
Von 2005 bis 2008 stieg die Anzahl der Bevölkerung mit eigener Migrationserfahrung in der Bundesrepublik Deutschland um 224.000 Personen an, trotz eines Bevölkerungsrückgangs der Gesamtbevölkerung. 2008 lag der Anteil der Bevölkerung mit eigener Migrationserfahrung bei 13 Prozent, wohingegen der Anteil im Jahr 2005 bei 12,6 Prozent lag (Statistisches Bundesamt 2010; Statistisches Bundesamt 2009).

Da sich diese Studie auf Frauen mit eigener Migrationserfahrung beschränkt, die sich in der reproduktiven Lebensphase befinden und aus den Herkunftsregionen "Mittlerer Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" stammen, soll an dieser Stelle zunächst auf die Anteile von Frauen mit Migrationshintergrund eingegangen werden.

Insgesamt lag der Anteil von Frauen mit eigener Migrationserfahrung nach dem Mikrozensus 2008 ungefähr bei 13 Prozent der Gesamtbevölkerung der Frauen. Von den 5.378.000 Frauen, die in der Bundesrepublik Deutschland laut Mikrozensus 2008 eine eigene Migrationserfahrung hatten, waren 48 Prozent Deutsche. 63 Prozent der Deutschen mit Migrationserfahrung waren Spätaussiedlerinnen. Mehr als die Hälfte (52 Prozent) der Frauen

mit Migrationserfahrung waren 2008 Ausländerinnen (Statistisches Bundesamt 2010 und eigene Berechnungen).

Abbildung 12 zeigt ausgewählte Herkunftsländer, die sich auf das Studiendesign der Frauen 2008 mit eigener Migrationserfahrung auf Bundesebene beziehen. Die Angaben besagen, dass über 13 Prozent der Frauen mit eigener Migrationserfahrung aus der Türkei stammen. Aus Herkunftsregionen, aus denen vorwiegend Spätaussiedlerinnen kommen, sind es über 15 Prozent.



**Abbildung 12: Anteil der Frauen mit eigener Migrationserfahrung aus ausgewählten Herkunftsländern auf Bundesebene 2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010)**

Gibt es Unterschiede bei der Altersstruktur von Frauen mit eigener Migrationserfahrung und Frauen, die keinen Migrationshintergrund haben? Das durchschnittliche Alter von Frauen ohne Migrationshintergrund lag 2008 bei 46,8 Jahren. Frauen mit eigener Migrationserfahrung waren durchschnittlich einige Jahre jünger (43,8 Jahre) (Statistisches Bundesamt 2010). Bei der Altersstruktur fällt auf, dass Personen mit Migrationshintergrund in den jüngeren Jahrgängen stärker vertreten waren als Personen ohne Migrationshintergrund (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2010:241). Wenn die Altersgruppe der Frauen zwischen 15 und 45 Jahre genauer betrachtet wird, fällt auf, dass in der Gruppe der Frauen ohne Migrationshintergrund 36 Prozent zwischen 15 und 45 Jahre alt waren, wohingegen in der Gruppe der Frauen mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung 52 Prozent in dieser Altersgruppe waren (Statistisches Bundesamt 2010 und eigene Berechnungen). Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil der Frauen ohne Migrationshintergrund zwischen 15 und 45 Jahre um einen Prozentpunkt gesunken und für die Frauen mit eigener Migrationserfahrung um zwei Prozentpunkte angestiegen. 2.792.000 Frauen, die 2008 eine eigene Migrationserfahrung hatten, waren zwischen 15 und 45 Jahren

alt. Die Gesamtzahl der Frauen in dieser Altersgruppe lag bei 15.788.000 (Statistisches Bundesamt 2010). Der Anteil der Frauen mit eigener Migrationserfahrung in dieser Altersgruppe betrug demnach fast 18 Prozent. An diesen Zahlen wird beispielhaft deutlich, dass Migrantinnen überproportional häufig in der reproduktiven Lebensphase sind und somit für die Geburtshilfe von großer Bedeutung sind (Sobotka 2008).

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass seit der Erhebung des Migrationshintergrundes durch den Mikrozensus die Anzahl und der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, aber auch mit eigener Migrationserfahrung angestiegen ist. Hauptsächlich sind für diese Entwicklung der Zuzug von Migrantinnen und Migranten, aber auch die höheren Fertilitätsraten verantwortlich. Menschen mit Migrationshintergrund werden in der Bundesrepublik Deutschland zunehmend an Bedeutung für die Forschung gewinnen. Dies liegt zum einen an der großen Anzahl und zum anderen daran, dass sie, wie das nächste Kapitel zeigen wird, zu den vulnerablen Gruppen in Deutschland zu zählen sind.

### **3.4.2 Sozioökonomischer Status von Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland**

Mit den folgenden beiden Zitaten soll der Spannungsbogen der sozioökonomischen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund beschrieben werden. Migrantinnen und Migranten "sind ein aktiver Faktor des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Geschehens; sie schaffen Arbeitsplätze, zahlen Steuern und Beiträge zu den Sozialversicherungssystemen" (Deutsche Bundesregierung 2005:170). Gesamtgesellschaftlich zeigt sich deutlich, wie bedeutend Menschen mit Migrationshintergrund für Wirtschaft und Gesellschaft sind. Hingegen ist Migration auch mit einer individuellen ökonomischen Entwicklung verbunden, die sich auf alle Lebensbereiche eines Individuums auswirken. "Migration ist ein Lebensereignis, das die individuelle Biografie und die Familienentwicklung über mehrere Generationen prägt. Migration beinhaltet Chancen und Risiken, nicht nur in sozialer und ökonomischer, sondern auch in gesundheitlicher Hinsicht" (Razum et al. 2008(a):16). Trotz der Chancen, die sich aus der Migration ergeben, haben Menschen mit Migrationshintergrund in vielen Fällen beeinträchtigendere Lebens- und Arbeitsbedingungen als Menschen ohne Migrationshintergrund (Deutsche Bundesregierung 2008:XXIV), sodass die soziale Lebenslage von Menschen mit Migrationshintergrund im Aufnahmeland durch zahlreiche Nachteile gekennzeichnet ist (Razum et al. 2008(a):16). Migranten und Migrantinnen haben

in der Bundesrepublik Deutschland aufgrund von Diskriminierungstatbeständen (z.B. am Arbeitsmarkt) aber auch aufgrund individueller nicht angepasster Ressourcen (z.B. geringes Bildungsniveau) ein überproportionales Armuts- und soziales Ausgrenzungsrisiko (Boeckh 2008:362).

Im Folgenden soll der sozioökonomische Status und soziale Ungleichheiten von Migrantinnen und Migranten genauer dargestellt werden. Schwerpunktmäßig wird auf die Ausbildung und Bildung von Migranten und Migrantinnen eingegangen, da Bildung eine wichtige Grundvoraussetzung für den sozialen Status eines Individuums ist. Bildung beinhaltet neben der schulischen Ausbildung auch die frühkindliche Förderung, die spätestens im Kindergarten beginnt. "Bildung ist eine wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben. Eine umfassende Bildung erleichtert die Bewältigung der zunehmend komplexeren gesellschaftlichen Anforderungen, die Orientierung und Positionierung in den sozialen Beziehungsgefügen sowie die Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen" (Lampert & Ziese 2005:52). Dies bedeutet für Menschen mit Migrationshintergrund eine besondere Problemlage, da die Bildungschancen für Zuwanderer und Zuwanderinnen durchschnittlich schlechter sind als die der einheimischen Bevölkerung. Zusätzlich zu den schlechteren Bildungschancen können vielfältige Probleme bei den Migrantinnen und Migranten auftreten, die sich negativ auf den sozioökonomischen Status auswirken können. Dies sind unter anderem Verständigungsprobleme, Diskriminierung und Ablehnung, Nichtanerkennung von Ausbildungs- bzw. Studienabschlüssen, Anpassungsprobleme an die neue Gesellschaft, aber auch Verlust der eigenen schützenden Netzwerke im Heimatland, sowie die Rollenfindung im fremden Land. Auch dadurch ist die Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten weitaus ungünstiger im Vergleich zur durchschnittlichen deutschen Bevölkerung (Boos-Nünning 2000:14). Hinzu kommt, dass die Partizipation am Leben in der deutschen Gesellschaft von Zuwanderern und Zuwanderinnen und deren Nachkommen von ihrem rechtlichen Aufenthaltsstatus (Tucci 2008:200) und die Qualität der Integration vom Migrationshintergrund abhängt (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009:6).

Borde (2002:23) hat die Situation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland folgendermaßen zusammengefasst: "Hinsichtlich der Bildungs-, Erwerbs-, Einkommens- und Wohnsituation stehen sie auf der untersten Stufe der Gesellschaft".

Da seit 2005 im Mikrozensus erstmals ein differenzierter Migrationsstatus und Migrationshintergrund erfasst wurde, ist die Studienlage in der Bundesrepublik Deutschland nicht einheitlich. Bestimmte Gruppen von Migrantinnen und Migranten, wie bspw. die erste

Generation, werden nicht gesondert erfasst. Somit sind oftmals nur eingeschränkte, universale Aussagen über den sozioökonomischen Status von Menschen mit Migrationshintergrund möglich. Die meisten der Studien differenzieren noch nach Ausländerinnen und Ausländern. Im Folgenden wird versucht anhand der Studienlage nach Herkunftsland, Nationalität oder Migrationsstatus Unterschiede herauszustellen.

So stammen bspw. Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten aus Arbeiterfamilien in den Rekrutierungsländern, was ihren sozialen Status prägt. Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler haben je nach Herkunftsland einen unterschiedlichen Bildungsgrad und Sprachkenntnisse (Tucci 2008:200), aber auch bzgl. des Gesundheitswissens, der Religion, des Lebensstils und der Erwerbssituation sind deutliche Unterschiede bei den verschiedenen Zuwanderergruppen zu erkennen (Borde 2010).

Wie gezeigt hatten 2005 18,6 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund im weiteren Sinne. Der Anteil des Migrationshintergrundes für Familien ist in der Bundesrepublik Deutschland größer als für das Individuum. Im Jahr 2007 hatte jede vierte Familie (27 Prozent) in Deutschland einen Migrationshintergrund. "Familien mit Migrationshintergrund sind Eltern-Kind-Gemeinschaften, bei denen mindestens ein Elternteil eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt oder die deutsche Staatsangehörigkeit durch Einbürgerung oder - wie im Fall der Spätaussiedler - durch einbürgerungsgleiche Maßnahmen erhalten hat" (Statistisches Bundesamt 2008(d)). 16 Prozent der Familien mit Migrationshintergrund hatten mindestens drei minderjährige Kinder im eigenen Haushalt, wohingegen es bei Familien ohne Migrationshintergrund nur 9 Prozent waren. Insbesondere große Familien mit drei und mehr Kindern sind von Armut bedroht, das heißt, dass diese Menschen mit weniger als 60 Prozent des mittleren monatlichen Nettoeinkommens auskommen müssen. Die Armutsgefährdung lag für diese Familien bspw. in Niedersachsen bei 24,7 Prozent (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010(b)).

Trotz der höheren Kinderzahl von Familien mit Migrationshintergrund nutzen Zuwandererfamilien für ihre Kinder seltener die frühkindlichen Betreuungs- und Förderangebote, die unter anderem zur Integration, Sprachförderung und Bildung beitragen. 2007 besuchten 73,5 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund einen Kindergarten, wohingegen 88,7 Prozent der Kinder der Gesamtbevölkerung das Angebot für Kinder von drei bis sechs Jahre nutzten (Netzwerk Migration in Europa e. V. 2009). Sowohl bei Kindern mit Eltern mit als auch ohne Migrationshintergrund konnte festgestellt werden, dass die Besuchsquoten eines Kindergartens mit einem geringen Bildungsstand niedriger waren als bei

Eltern mit höheren Schulabschlüssen (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:150). Die geringe Teilnahme an frühkindlichen Betreuungs- und Förderangeboten könnte unter Umständen mit einem höheren Anteil von Migranten in den unteren sozialen Schichten erklärt werden. So wurde bspw. in der KIGGS-Studie festgestellt, dass der Migrantenanteil mit beidseitigem Migrationshintergrund der untersuchten Kinder in der Unterschicht bei über 30 Prozent lag, wohingegen der Migrantenanteil in der Oberschicht<sup>1</sup> lediglich bei 6 Prozent lag (Schenk et al. 2008:19). Nicht nur die frühkindliche Betreuung und Förderung steht im Zusammenhang mit der sozialen Schicht, sondern auch die Integration der Kinder und später der Jugendlichen in die Aufnahmegesellschaft. Die geringsten Integrationschancen hatten Kinder aus arabisch-islamischen Ländern und der Türkei, wohingegen Kinder und Jugendliche aus westeuropäischen Ländern und Polen die größten Integrationschancen haben. Über 70 Prozent der türkischstämmigen Kinder und Jugendlichen gehörten der untersten sozialen Schicht an. Im Vergleich dazu waren Kinder und Jugendliche aus der ehemaligen Sowjetunion mit über 48 Prozent in der untersten sozialen Schicht vertreten (Schenk et al. 2008:22).

Die Unterschiede im frühkindlichen Bereich setzen sich auch in der schulischen und beruflichen Bildung und Ausbildung fort. Die ethnische Zugehörigkeit ist in der heutigen Zeit mit der geringsten Chance auf einen hohen Bildungsabschluss verbunden, was in den 1960er Jahren für Frauen und den Arbeiterstand galt (Schenk et al. 2008:7). Nach dem 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung hatten 12 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund in einem Alter ab 15 Jahren keinen allgemeinbildenden Schulabschluss erreicht. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ohne Migrationshintergrund lag der Anteil bei 2 Prozent (Deutsche Bundesregierung 2008:142f.). In der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen mit Migrationshintergrund hatten 7 Prozent keinen Abschluss. Unter den Jugendlichen mit ausländischer Staatsangehörigkeit waren es 11 Prozent und lediglich 4 Prozent der eingebürgerten Jugendlichen bzw. als Deutsche geborenen (Deutsche Bundesregierung 2008:144). Schülerinnen und Schüler mit

---

<sup>1</sup> Die Begriffe Unterschicht und Oberschicht gehen auf die Sozialstruktur und Schichtmodelle zurück. In einer hierarchisch strukturierten Gesellschaft gehören die Individuen oder Gruppen zur Oberschicht, die die höchsten Rangplätze auf der Skala der Merkmale, die in der Gesellschaft als relevant oder bedeutend erscheinen, wie bspw. Macht, Einkommen oder Prestige, einnehmen. Es ist eine rein klassifikatorische Einteilung. Entsprechend gehören zur Unterschicht Individuen oder Gruppierungen, die die niedrigsten Rangplätze auf der Skala der Merkmale einer Gesellschaft einnehmen (Fuchs et al. 1998). In heutigen Schichtmodellen werden die differenzierten Gruppen im Wesentlichen durch horizontale Merkmale wie Einkommen, Vermögen, berufliche Stellung und Bildung konstruiert. Aber auch die Kombination mehrerer Merkmale aus deren Summe ein bestimmter Punktwert für die Stellung in der Berufshierarchie, der Einkommenshöhe oder des Bildungsgrades eines Individuums ermittelt wird, kann der soziale Status, der wiederum einer sozialen Schicht zugeordnet werden kann, ermittelt werden (Hradil 2006:35f.). Dies wird häufig genutzt, um soziale Ungleichheit aber auch gesundheitliche Ungleichheit darzustellen.

Migrationshintergrund haben es ebenfalls schwerer, höher qualifizierte Schularten zu besuchen und auch dort zu bleiben (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:52). Die Disparitäten bei der besuchten Schulart von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund konnten teilweise aber nicht gänzlich mit den im Durchschnitt geringeren sozioökonomischen Ressourcen der Familien mit Migrationshintergrund erklärt werden. Soziokulturell wurden Mängel in der deutschen Sprachkenntnis für die Disparitäten ermittelt (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:138). Außerdem konnten bei Kindern mit Migrationshintergrund überdurchschnittliche Wiederholungsquoten festgestellt werden (Konsortium für Bildungsberichterstattung 2006:55). Im Rahmen des Mikrozensus 2005 wurde festgestellt, dass 16 Prozent der Frauen ohne Migrationshintergrund das Abitur oder einen ähnlichen Abschluss vorweisen konnten. Der Anteil war in Bezug auf das Geschlecht und den Migrationshintergrund am geringsten. Die höchsten Anteile mit jeweils 21 Prozent hatten Männer und Frauen mit Migrationshintergrund. 20 Prozent der Männer ohne Migrationshintergrund konnten das Abitur oder einen ähnlichen Abschluss vorweisen. Die hohen Anteile bei höher qualifizierten Menschen mit Migrationshintergrund können dadurch begründet werden, dass es sich dabei um Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler handelt, bei denen nicht klar ist, ob der Abschluss schon im Herkunftsland erworben worden war (Deutsche Bundesregierung 2008:143f.). Dennoch konnte gezeigt werden, dass es Unterschiede bei der Schulbildung von Kindern mit Migrationshintergrund gibt. "Damit besitzen Migranten/innen schlechtere Startchancen für ihr berufliches, soziales und möglicherweise auch für ein gesundes Leben" (Schenk et al. 2008:7).

Auch in der beruflichen Ausbildung sind deutliche Unterschiede zwischen Personen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund zu erkennen. Oftmals fehlen den Arbeitsmigranten formal anerkannte Ausbildungs- und Erwerbsbiografien (Bommes 2000), was zu einer Einschränkung auf dem Arbeitsmarkt führt. 37 Prozent der Männer und fast 50 Prozent der Frauen ab 25 Jahre mit Migrationshintergrund haben keine berufliche Ausbildung, was den Zugang auf den Arbeitsmarkt deutlich erschwert. Bei Männern ohne Migrationshintergrund lag der Anteil bei 12 und bei Frauen bei 27 Prozent (Deutsche Bundesregierung 2008:144). Wie auch beim Bildungsabschluss zeigten sich ähnlich hohe Anteile bei hoch qualifizierten Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Dies wurde wiederum mit den überdurchschnittlich häufigen Universitätsabschlüssen der Menschen mit Migrationshintergrund, insbesondere der etwas älteren Frauen, mit einem russischen oder polnischen Migrationshintergrund erklärt, die allerdings auf dem deutschen Arbeitsmarkt nicht so gut verwertet werden konnten (Deutsche Bundesregierung 2008:145).



Deutliche Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zeigten sich auch bei der Teilnahme am Arbeitsleben. Ausländische Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen werden größtenteils in angelernten Tätigkeiten und Hilfsarbeiten eingesetzt sowie in bestimmten Arbeitsbereichen, wie im industriellen Sektor und Dienstleistungsgewerbe (Boos-Nünning 2000:14). Außerdem sind Ausländerinnen und Ausländer häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen (Boos-Nünning 2000:14). Die Erwerbslosenquote lag 2005 insgesamt bei 8,3 Prozent. Bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund bei 7,3 Prozent und für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei 12,3 Prozent (Deutsche Bundesregierung 2008:147). Wie bei den Bildungsabschlüssen kann auch bei der Erwerbstätigkeit deutlich zwischen dem Migrationsstatus bzw. der Herkunftsregion der Menschen mit Migrationshintergrund differenziert werden. Für (Spät-) Aussiedler/-innen und deren Nachkommen betrug die Erwerbslosenquote 10,9 Prozent, für Eingebürgerte und als Deutsche geborene Kinder von Zuwanderern 11 Prozent und für Zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländer/-innen 13,4 Prozent (Deutsche Bundesregierung 2008:147). Bei Betrachtung der Erwerbsquote der weiblichen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund fällt auf, dass diese im Jahr 2005 bei 62,2 Prozent lag, wohingegen die Erwerbsquote für Zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländerinnen 42,6 Prozent betrug (Deutsche Bundesregierung 2008:147). Der Unterschied zwischen fast 20 Prozentpunkten macht deutlich, dass die Zugewanderten und in Deutschland geborenen Ausländerinnen deutlich seltener am Erwerbsleben in der Bundesrepublik Deutschland teilnehmen. Insbesondere Frauen mit türkischem Migrationshintergrund sind nicht erwerbstätig bzw. arbeitslos. Der Anteil in dieser Bevölkerungsgruppe lag bei zwei Drittel im Jahr 2006. Der Erwerbsstatus für Aussiedlerinnen lag hingegen bei über 60 Prozent (Tucci 2008:203). Da die Teilhabe am Arbeitsleben aber auch für die Integration ins Aufnahmeland von großer Bedeutung ist, sind diese Frauen durchaus im Hinblick auf die Integration benachteiligt.

Generell wird die Erwerbslosigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund vor allem mit Sprachdefiziten sowie mit einer geringeren schulischen und beruflichen Qualifikation in Verbindung gebracht (Boeckh 2008:371). Hinzu kommen Diskriminierungen und ablehnendes Verhalten seitens der Arbeitgeber. Kaas & Manger (2010) haben im Rahmen einer Feldstudie nachgewiesen, dass Bewerber mit einem türkisch klingenden Namen seltener eine Rückmeldung auf ihre Bewerbung für ein studentisches Praktikum bekommen haben als Bewerber mit deutschen Namen. Insbesondere kleinere Firmen haben seltener auf die Bewerbung reagiert. Gerade diese Praktika sind von großer Bedeutung für den späteren Berufsweg, da sie oftmals als Wegbereiter in das Berufsleben gelten (Kaas & Manger 2010).

Aber auch die Nichtanerkennung schulischer und beruflicher Qualifikationen, wovon insbesondere Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler betroffen sind, kann sich auf die Erwerbssituation auswirken. Die Nichtanerkennung von beruflichen Abschlüssen bzw. das Nichtausübenkönnen des erlernten Berufes kann mit einem sozialen Abstieg verbunden sein (Jörg 2002). Diese Problematik wurde auch von der Bundesregierung erkannt. Um den Einstieg und die Anerkennung von ausländischen Abschlüssen zu erleichtern, hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorgelegt, der vorsieht, dass Ausbildungs- und Studienabschlüsse von Migrantinnen und Migranten nach Vorlage aller Unterlagen innerhalb von drei Monaten bearbeitet werden und gegebenenfalls anerkannt werden müssen. Ziel ist es einerseits die Integration von Migrantinnen und Migranten auf dem Arbeitsmarkt voranzutreiben, andererseits soll dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2010; Netzwerk Migration in Europa e.V. 2010). Die Integration in den Arbeitsmarkt ist von besonderer Bedeutung, da ihr eine zentrale Rolle bei der gesellschaftlichen Integration zukommt (Tucci 2008:203).

Neben dem Erwerbsstatus ist auch die Stellung im Erwerbssystem bei der Analyse der sozialen Unterschiede von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund von Bedeutung. Migrantinnen und Migranten der ersten Gastarbeitergeneration waren überwiegend im industriellen Sektor tätig (Tucci 2008:204). Die erwerbstätigen Deutschen waren mehrheitlich im Jahr 2006 als mittlere Angestellte beschäftigt, wohingegen, unabhängig von der Herkunftsregion, Migrantinnen und Migranten in Arbeiterberufen tätig waren. So waren bspw. 2006 insgesamt 11 Prozent als Arbeiter beschäftigt. Bei Zuwanderern aus der Türkei waren es 40 Prozent und bei Aussiedlern 39 Prozent. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich für Frauen. 12 Prozent der erwerbstätigen deutschen Frauen waren Arbeiterinnen, 50 Prozent der Zuwanderinnen aus der Türkei und 38 Prozent der Aussiedlerinnen. Trotz einer tendenziellen Verschiebung der Beschäftigungsstruktur von Zuwanderern hin zu einfachen Angestelltenberufen sind Menschen mit Migrationshintergrund in den höheren und mittleren Angestellten- oder Beamtenberufen deutlich unterrepräsentiert (Tucci 2008:204). Ein Erklärungsansatz für die hohen Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund unter den Arbeitern ist die Segmentierungstheorie des Arbeitsmarktes, wonach Personen mit Migrationshintergrund im Wirtschaftssystem der Bundesrepublik Deutschland als "Lückenbüßer" eingesetzt werden, das bedeutet, dass sie häufig als, auch temporär, ungelernete oder angelernte Arbeitskräfte einfachen und gering entlohnten Tätigkeiten nachgehen (Greif et al. 2003:82).

Die Unterschiede auf dem Arbeitsmarkt haben verständlicherweise auch Einfluss auf das Einkommen. Für das Haushaltsäquivalenzeinkommen, das bei der jährlichen Befragung vom Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) ermittelt wird, konnte festgestellt werden, "dass alle befragten Zuwanderergruppen des SOEP ein im Durchschnitt geringeres monatliches Haushaltsäquivalenzeinkommen (d. h. Haushaltseinkommen unter Berücksichtigung von Anzahl und Alter der Personen im Haushalt) haben als Deutsche. Es lag im Jahr 2004 unter Deutschen im Durchschnitt bei 1.360 Euro, unter Zuwanderern aus Südwesteuropa bei 1.110 Euro, unter (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedlern bei 940 Euro, unter Zuwanderern aus dem ehemaligen Jugoslawien bei 870 Euro und unter türkischen Zuwanderern nur bei 850 Euro" (Razum et al. 2008(a):21). Die finanzielle Benachteiligung und das Armutsrisiko von Migrantinnen und Migranten verdeutlicht auch der 3. Armutsbericht der Bundesrepublik Deutschland (Deutsche Bundesregierung 2008:139f), der die Problematik von Menschen mit Migrationshintergrund in Bezug auf die Ausbildung und die berufliche Tätigkeit sehr gut zusammenfasst. Darin heißt es: "Die Einkommenssituation von Migranten/Migrantinnen wird durch eine ganze Reihe von Faktoren negativ beeinflusst. Zu nennen sind hier insbesondere fehlende berufliche Qualifikationen bzw. nicht anerkannte berufliche Abschlüsse, Sprachbarrieren, Branchenabhängigkeiten sowie unterschiedliches Erwerbsverhalten. Im Vergleich des gewichteten Nettoäquivalenzeinkommens erreicht die Bevölkerung mit Migrationshintergrund 79% des Durchschnittswertes der Gesamtbevölkerung. Zwischen den Migrationsgruppen differieren die Werte aber beträchtlich. So erreichen (Spät-) Aussiedler/-innen mit 86% des Durchschnittswertes ein deutlich höheres Nettoäquivalenzeinkommen als Eingebürgerte (82%) und Ausländer/-innen (73%)".

Der 3. Armutsbericht der Bundesrepublik Deutschland erwähnt ebenfalls die schon genannte fehlende Qualifikation und Sprachbarrieren, die die Situation auf dem Arbeitsmarkt erschweren. Diese Faktoren werden auch dadurch bedingt, dass Menschen mit Migrationshintergrund mit ihren Familien hauptsächlich in Ballungsgebieten leben und sich dort auf bestimmte Stadtteile bzw. Wohnregionen konzentrieren (Boos-Nünning 2000:16f.). Für die zweite und dritte Generation der Migrantinnen und Migranten bedeutet das Leben im Getto einerseits: Akzeptanz und Respekt gegenüber der Tradition der Eltern, herkunftsbezogene Sozialisation, soziales Netzwerk bei nicht funktionierender Integration in die Gesellschaft des Aufnahmelandes, Beratungsfunktion, Schutz vor Diskriminierung, kulturelle Entfaltung sowie Schutz und Sicherheit (Boos-Nünning 2000:17). Andererseits wird der Zugang zu Werten und Normen der Mehrheitsgesellschaft erschwert, weiterhin fehlt im Getto die Kommunikation mit der Gesellschaft des Aufnahmelandes und somit können

Sprachkenntnisse nicht weiter verbessert werden, Bildungsangebote nicht genutzt und die Auseinandersetzung mit der Mehrheitsgesellschaft nicht erlernt werden, was wiederum zu Problemen bei der Schulausbildung, beruflichen Bildung und Aufstiegschancen führen kann (Boos-Nünning 2000:18). Auf den ersten Blick scheint es, dass die Segregation in bestimmte Wohnumfelder eine Integration in die Mehrheitsgesellschaft ausschließt, aber "Segregation und Integration schließen sich nicht von vornherein aus" (Hofmann 2002:210). Traditionell wird in der Kontakthypothese davon ausgegangen, dass die Kontaktmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen bei einem hohen Segregationsgrad vermindert oder sogar verhindert werden und sich die Zuwanderinnen und Zuwanderer nicht an die kulturelle und soziale Norm anpassen können, sprich sich nicht assimilieren können (Hofmann 2002:211). Im Gegensatz zur traditionellen Ansicht, dass eine intensive Kontaktaufnahme mit der Mehrheitsgesellschaft zu Integration beiträgt, gibt es den wissenschaftlichen Ansatz, dass "Rückzugsmöglichkeiten in den Schutz der Eigengruppe zunächst für die individuelle Stabilität sorgen und somit ein Zugehen auf die Normen der aufnehmenden Gesellschaft letztlich erleichtern" (Hofmann 2002:211). Die eigene Selbstvergewisserung in einer Gemeinschaft von Menschen, mit ähnlichen Erfahrungen und dem gleichen soziokulturellen Hintergrund, ermöglicht es Migrantinnen und Migranten erst Kontakte zu anderen Gesellschaftsgruppen aufzunehmen. Diese sogenannte Binnenintegration geht davon aus, dass sich durch die Integration eine spezifische Einwanderungskultur herauskristallisiert, die Elemente der Herkunfts- und Aufnahmekultur beinhaltet (Hofmann 2002:211).

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, der zum Teil schon durch verminderte Bildungschancen in der Kindheit bedingt ist. Der niedrigere sozioökonomischen Status wirkt sich auf sämtliche Lebensbereiche aus, was beispielhaft an der Wohnsituation gezeigt werden konnte. Allerdings konnte aufgezeigt werden, dass die Segregation auf ein bestimmtes Wohnumfeld protektiv sein kann.

Im folgenden Kapitel soll gezeigt werden, dass sich auch die soziale Lage auf die Gesundheit des Individuums auswirken kann.

### 3.4.3 Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Im Allgemeinen wird unter sozialer Ungleichheit die ungleiche Verteilung knapper materieller und immaterieller Ressourcen, sowie die ungleichen Zugangschancen zu den Ressourcen verstanden, die die Lebensbedingungen beeinflussen (Steinkamp 1993).

Handlungs- und Verhaltensweisen sind an soziale Lebensbedingungen geknüpft und nachteilige Lebensbedingungen können zu gesundheitlich ungünstigen Verhaltensweisen führen (Wiesner et al. 1998:113). Um die soziale Ungleichheit darzustellen, würden dann auch Klassen- und Schichtmodelle zum Tragen kommen. "Objektive äußere Lebensbedingungen hängen von der Bildung, vom Beruf, Einkommen und Vermögen, Macht und Ansehen ab. Ungleiche Zugänge zur Bildung, zur sozialen Sicherheit, zur gesundheitlichen Versorgung, zu sozialen Netzwerken und kulturellen Angeboten führen zu unterschiedlichen Lebensbedingungen, die sich auch auf unterschiedliche subjektive Lebensstile auswirken können" (Wiesner et al. 1998:113). Die Gesundheit eines Individuums ist folglich ein Barometer für die sozialen und ökonomischen Bedingungen, in denen ein Mensch lebt (Blaxter 1990:60).

Ein weiterer grundsätzlicher theoretischer Ansatz ist, dass soziale Ungleichheiten durch biologische Unterschiede begründet sein können, wie bspw. durch das Geschlecht oder die Intelligenz eines Menschen. Hauptsächlich stützt sich die Annahme auf die Unterschiede der menschlichen Intelligenz, die die soziale Lage beeinflussen sollen. Diese sehr einfache Erklärung für soziale Ungleichheit ist bei weitem nicht ausreichend (Bolte & Hradil 1988:36f.), da soziale Ungleichheit von sehr unterschiedlichen Merkmalen beeinflussbar ist. Einerseits können die Merkmale der sozialen Ungleichheit dem Individuum unbeeinflussbar zugeschrieben werden, andererseits können diese Merkmale erworben werden (bspw. die Berufsposition) (Bolte & Hradil 1988:23).

Gesundheitliche Ungleichheiten werden von der World Health Organization (2011(a)) wie folgt definiert: "Health inequalities can be defined as differences in health status or in the distribution of health determinants between different population groups. For example, differences in mobility between elderly people and younger populations or differences in mortality rates between people from different social classes. (...) Some health inequalities are attributable to biological variations or free choice and others are attributable to the external environment and conditions mainly outside the control of the individuals concerned. In the first case it may be impossible or ethically or ideologically unacceptable to change the health

determinants and so the health inequalities are unavoidable. In the second, the uneven distribution may be unnecessary and avoidable as well as unjust and unfair, so that the resulting health inequalities also lead to inequity in health." Deutlich wird bei dieser Definition, dass zwischen Ungleichheit und Ungerechtigkeit im Gesundheitswesen unterschieden werden muss. Wie auch bei dem theoretischen Ansatz zu sozialen Ungleichheiten gibt es Faktoren, die von dem Individuum nicht beeinflussbar sind und sich positiv oder negativ auf die Gesundheit des Einzelnen auswirken können. Andererseits bedingen Faktoren die Gesundheit, auf die das Individuum keinen Einfluss hat und somit gegebenenfalls Nachteile in der gesundheitlichen Versorgung nach sich ziehen.

Trotz der Bestrebungen für alle Menschen gleiche Gesundheitschancen und Versorgungsmöglichkeiten zu haben, bestehen auch im Gesundheitsbereich soziale Unterschiede für Gesundheitsrisiken und Versorgungsmöglichkeiten. Auch in ein und derselben Kultur und Gesellschaft herrscht Diversität in Bezug auf Alter, Geschlecht, soziale Schicht und Bildungsgrad (Binder-Fritz 2009:30). Gesundheitliche Ungleichheit und die damit verbundene Gesundheitssoziologie haben eine lange Tradition. Wenn man diese nur bis ins 19. Jahrhundert verfolgt, sind Autoren wie Friedrich Engels, Rudolf Virchow, Alfred Grothjahn oder Emile Durkheim zu nennen (Gerlinger 2006:34). Virchow benannte dieses Arbeitsfeld erstmals soziale Medizin und die Arbeiten von Durkheim werden als erste Arbeit eines Soziologen im Bereich der medizinischen Soziologie angesehen (Elling 2006:59). Virchow war nicht der Erste, der sich mit sozialer Ungleichheit oder sozialer Epidemiologie beschäftigte, aber in Deutschland war er einer der Ersten. Zu seinen bekanntesten Berichten zählt die Fleckfieberepidemie in Oberschlesien und die Hungertyphus-Epidemie im Spessart. Beide Arbeiten entstanden Mitte des 19. Jahrhunderts. Virchow stellte die Wechselwirkung von Armut, Krankheit und Unterentwicklung dar, stellte Lösungen vor und setzte diese teilweise auch gegen die Politik durch und sah Gesundheit als ein Menschenrecht an (Diesfeld 2006:19).

Obwohl sich seit Virchow das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland grundlegend geändert hat, sind dennoch auf nationaler als auch auf internationaler Ebene soziale Ungleichheiten im Bereich Gesundheitsversorgung und Chancenungleichheit im Gesundheitswesen festzustellen. Die World Health Organization und die unterzeichnenden Länder haben sich dieser Herausforderung gestellt. Die World Health Organization (2011(b)) unterstreicht in der Präambel ihrer Verfassung (Stand: 25. Juni 2009) wesentliche Bereiche, um soziale Gerechtigkeit in den unterzeichnenden Ländern herzustellen. Die Prinzipien der Präambel der Weltgesundheitsorganisation finden sich "bereits in den Schriften von Rudolf

Virchow und einigen seiner deutschen, französischen und englischen Zeitgenossen" (Diesfeld 2006:25). Gesundheit stellt danach den Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens dar und nicht ausschließlich das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Außerdem wird Gesundheit als Menschenrecht definiert, das keine Unterschiede bei der Religion, politischen Anschauung und wirtschaftlichen oder sozialen Stellung macht. Um Weltfrieden und Sicherheit zu schaffen, ist Gesundheit aller Völker eine Grundbedingung. Die Zugänglichkeit zu medizinischen Kenntnissen aller Völker ist notwendig, um den besten Gesundheitszustand zu erreichen (World Health Organization 2011(b)).

Neben der World Health Organization setzen sich auch Ärzteverbände für eine Gleichbehandlung von Patientinnen und Patienten ein. Am Geist des Hippokratischen Eides wird in der Medizin noch bis heute festgehalten. Es wird zwar bei der Approbation kein Hippokratischer oder ein anderer Eid mehr geleistet, aber in der Deklaration von Genf des Weltärztebundes wird unter anderem deutlich, dass es keine Unterschiede bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten geben soll. "Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung" (Bundesärztekammer 2010). Auch internationale Hilfsorganisationen haben sich bis heute ausschließlich der Hilfe an Menschen verpflichtet (Wehkamp 2009:23), ohne dabei religiöse, ethnische oder ökonomische Unterschiede bei der Hilfeleistung zu berücksichtigen. Nach Hradil (2006:42) kann die schichtspezifische Ungleichheit bei Gesundheitsrisiken aber nicht ausschließlich über die soziale Schicht einer Person erklärt werden. Sie ist allerdings Grundlage für die jeweilige Ausstattung mit Ressourcen, die zu ungleichen Lebensbedingungen, Lebenschancen und Einstellungen bspw. in den Bereichen der Arbeitswelt, Freizeit, Mobilität, Wohnbedingungen führen können und die soziale Ungleichheit und die Gesundheit beeinflussen. Zahlreiche Arbeiten aus der Gesundheitssoziologie und Sozialepidemiologie belegen, dass soziale Ungleichheiten mit Morbidität und Mortalität korrelieren (Blaxter 1990:60; Elkeles & Mielck 1997; Hahn et al. 1995; Hradil 2006:37f.; Mielck 2000; Reime et al. 2006; Knight et al. 2009; Reime et al. 2009). Menschen mit einem niedrigen Einkommen, Bildungsstand oder beruflichen Status haben eine höhere Morbidität und Mortalität (Razum et al. 2008(a):16). "(...) Studien zeigen in großer Übereinstimmung, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger von Krankheiten, Beschwerden, Behinderungen und Unfallverletzungen betroffen sind, die eigene Gesundheit und

gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben. Auch in Risiko- und Belastungsexpositionen, gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen sowie in der Bewältigung von Gesundheitsproblemen treten deutliche sozioökonomische Unterschiede hervor" (Lampert & Kroll 2009:309). Zu den gesundheitsrelevanten Risikofaktoren gehören unter anderem Schichtarbeit, Arbeitslosigkeit und Rauchverhalten (Razum et al. 2008(a):16).

Empirische Studien zeigen insbesondere einen deutlichen Zusammenhang zwischen Schulbildung, beruflicher Stellung, Einkommen, sozialer Schicht und Gesundheit (Jungbauer-Gans 2006:86). Es stellt sich allerdings als problematisch dar, internationale Vergleiche der Forschungsergebnisse anzustellen. Der sozioökonomische Status wird, bspw. aufgrund verschiedener Studiendesigns, unterschiedlich gemessen und die Erhebungen der weltweiten Gesundheitsdaten unterscheiden sich erheblich (Lampert & Kroll 2009:309f.). Dennoch können in den meisten Studien eindeutig soziale Unterschiede bezüglich der Gesundheit und Versorgung festgestellt werden, die zwar anhand unterschiedlicher Variablen ermittelt wurden, aber eine eindeutige Tendenz aufzeigen. Die sich aus den Studien ergebende soziale Ungleichheit führt zu ungleichen Gesundheitschancen. Um diese sozialen Ungleichheiten im Gesundheitswesen werden und wurden von der Sozialpolitik strukturelle Maßnahmen durchgeführt, wie bspw. die Einführung der Krankenversicherung Ende des 19. Jahrhunderts (Helmert 2003:1). Um sozialen Ungleichheiten im Gesundheitswesen entgegenzuwirken, sind auf internationaler Ebene Gesetze und Vereinbarungen beschlossen worden. 1966 verabschiedeten die Vereinten Nationen den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. In Art. 12 erkennen die Vertragsstaaten unter anderem das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an, dazu unternehmen die Vertragsstaaten Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts (Auswärtiges Amt 2010). Gesundheit ist zudem ein Menschenrecht (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization 2008). Im Jahr 1976 trat der UN-Sozialpakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft (Aichele 2009:27). Danach hat jeder Mensch das Recht auf ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit. Außerdem stehen präventive Maßnahmen, Behandlungen und die Bekämpfung von Krankheiten sowie die Schaffung von Bedingungen zur Teilhabe an Gesundheitsleistungen im Mittelpunkt (United Nations & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 1966). Bezüglich der Teilhabe und Zugänglichkeit am Gesundheitssystem führt die World Health Organization



(2007(b)) im Fact sheet N°323 zum Recht auf Gesundheit vier bedeutende Punkte an: "According to the General Comment, the right to health contains four elements:

1. **Availability.** Functioning public health and health care facilities, goods and services, as well as programmes in sufficient quantity.
2. **Accessibility.** Health facilities, goods and services accessible to everyone, within the jurisdiction of the State party. Accessibility has four overlapping dimensions:
  - non-discrimination
  - physical accessibility
  - economical accessibility (affordability)
  - information accessibility
3. **Acceptability.** All health facilities, goods and services must be respectful of medical ethics and culturally appropriate as well as sensitive to gender and life-cycle requirements.
4. **Quality.** Health facilities, goods and services must be scientifically and medically appropriate and of good quality."

Trotz der Tatsache, dass einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen größeren Gesundheitsrisiken und somit Krankheiten ausgesetzt sind, stellten Lampert und Ziese (2005) fest, dass sowohl Frauen als auch Männer mit Armutsrisiko seltener einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen, als Frauen (70 Prozent vs 78 Prozent) und Männer (56 Prozent vs 66 Prozent) aus einer ökonomisch besser gestellten Referenzgruppe (Lampert & Ziese 2005:43). Wenn bei der ärztlichen Inanspruchnahme die Gruppe betrachtet wird, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einstufen, ließen sich auch deutliche Unterschiede ausmachen. 78,9 Prozent der einkommensarmen Männer gaben an, dass sie in den letzten drei Monaten einen Arzt aufgesucht haben, wohingegen der Anteil der ökonomisch besser gestellten Männer bei 91,5 Prozent lag. Bei den Frauen war der Unterschied allerdings deutlich geringer (89,3 Prozent vs 94,3 Prozent) (Lampert & Ziese 2005:45). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die ärztliche Versorgung bei einem schlechten Gesundheitszustand häufiger von Menschen mit einem höheren sozialen Status in Anspruch genommen wird und dass sich die Verhaltensweisen sich der ärztlichen Versorgung deutlich unterscheiden. Dies gilt auch für die Verhaltens- und Lebensweisen in Bezug auf die sozioökonomische Lage.

Lampert & Ziese (2005:41) haben für das Sozio-ökonomische Panel 2002 feststellen können, dass sich die höchsten Raucheranteile bei den 18- bis 29-jährigen und 30- bis 44-jährigen

Männern mit Armutsrisiko von 52,8 Prozent und 61,4 Prozent nachweisen ließen. Nicht nur beim Rauchverhalten sind diese Unterschiede zu erkennen, sondern auch bei der Beteiligung an sportlichen Aktivitäten ergibt sich ein entsprechendes Bild. Auch hier lässt sich ein Einkommensgradient insofern erkennen, als dass der höchste Anteil bei sportlich inaktiven Personen unter denen mit einem Armutsrisiko zu verzeichnen war (Lampert & Ziese 2005:42).

Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, sind Menschen mit Migrationshintergrund häufiger schlechteren Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt als Menschen ohne Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland. Diese zeigen sich bspw. in den schlechteren Bildungschancen, den Arbeitsbedingungen und dem erhöhten Armutsrisiko. Menschen, die nachteilige Lebensbedingungen haben, sind besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt (World Health Organization 2007(a):8). Krankheiten und Gesundheitsstörungen sind aber generell bei sozial und ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger anzutreffen (Lampert & Ziese 2005:6).

Die Gesundheitsrisiken von Personen hängen mehr mit der sozioökonomischen Lage als mit dem Herkunftsland zusammen. Hinzu kommt, dass gesundheitsriskante Verhaltensweisen bei benachteiligten Personengruppen stark verbreitet sind. "Die soziale Lage ist also von großer Bedeutung für die Gesundheit" (Razum et al. 2008(a):16) und Migrantinnen und Migranten sind den gleichen gesundheitlichen Risikofaktoren ausgesetzt, wie Deutsche mit gleichem sozioökonomischen Status. Da Menschen mit Migrationshintergrund häufiger einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, sind sie häufiger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt (Razum et al. 2004). Daher soll im folgenden Kapitel die Gesundheit und die besondere Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund genauer beleuchtet werden.

#### **3.4.4 Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund**

Menschen mit Migrationserfahrung gehören im Zuwanderungsland Bundesrepublik Deutschland in allen Bereichen zur Alltagsrealität. Dies spiegelt sich auch im Gesundheitsbereich wider (Binder-Fritz 2009:28; Adam & Stülb 2009:88). "Das medizinische System ist Teil des soziokulturellen Systems" (Jundt & Friese 2006:900), daher muss auch im medizinischen System auf die besonderen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten eingegangen werden. Aufgrund von unterschiedlichen Lebensumständen, bspw. im

Arbeitsbereich, selektiver Auswahlprozesse aber auch erfahrener psychischer und physischer Belastung unterscheidet sich die Morbidität und Mortalität von Migranten im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund bedeutend (Kohls 2011:15). Trotz des zunehmenden Bevölkerungsanteils von Migrantinnen und Migranten gibt es wenige empirisch gesicherte Erkenntnisse über deren gesundheitliche Situation (Salman 2008:13) und es ist nicht viel über die spezifischen Versorgungsbedürfnisse von Migrantinnen und Migranten bekannt (Borde et al. 2002).

In den 1980er Jahren wurde die Versorgung und Pflege ausländischer Patientinnen und Patienten in medizinischen Institutionen nur als Vergrößerung der Missverständnisse in Bezug auf deutsche Patienten und Patientinnen aus der Unterschicht angesehen. Diese zunächst als monokausales Problem wahrgenommene Situation stellte sich als multifaktorielles Problem dar (Zimmermann 1984:126), das andere Ansprüche an die Beteiligten im Gesundheitswesen erforderte. Daher muss sich die medizinische Versorgung den neuen transkulturellen Anforderungen stellen (Collatz 1998:34). Zwei wesentliche Aspekte sind für die Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund an der gesundheitlichen Versorgung von Bedeutung. Einerseits sind die Struktur und das Angebot des Gesundheitswesens hauptsächlich auf die Mehrheitsgesellschaft ausgerichtet, was zu einer Unterversorgung von Migrantinnen und Migranten führen kann (Grieger et al. 2007:17). Andererseits gelten Migrantinnen und Migranten aber auch Menschen, die einer ethnischen Minderheit angehören, als schwer erreichbare Zielgruppe in der Gesundheitsforschung, bei Präventionsprogrammen und in der Gesundheitsförderung (Borde 2009:18). Razum et al. (2004) führen dies hauptsächlich auf drei Ursachen zurück: Kommunikationsprobleme, differenzierte Krankheitskonzepte und Erfahrungen, die im Zusammenhang mit der Migration gemacht werden und wurden. Zu den psychosozialen Belastungen der Migration zählen bspw. Verfolgung oder Folter im Herkunftsland, Familientrennungen, ein unklarer Aufenthaltsstatus, der unter Umständen mit einer drohenden Abschiebung verbunden ist, aber auch Rassismus im Aufnahmeland (Razum et al. 2004).

Neben den Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitsdienst und der Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund am Gesundheitswesen sind diese besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt und gehören bezüglich der Gesundheitschancen zu benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Borde et al. 2000:8). Allerdings bedeutet das nicht, dass Migrantinnen und Migranten häufiger erkranken als Deutsche. In der ersten Generation von Migrantinnen ist bspw. die Mortalität niedriger als die der Deutschen mit gleichem Alter und Geschlecht. Außerdem ist das Risiko an einem Herzinfarkt zu sterben bei Menschen in

Mittelmeerländern halb so hoch wie in Deutschland. In den sogenannten Entwicklungsländern ist die Inzidenzrate für Brustkrebs meistens niedriger als in reichen Staaten (Razum et al. 2004).

Doch aufgrund möglicher erhöhter Gesundheitsrisiken, dem hohen Anteil an Kindern und einer steigenden Anzahl an älteren Personen mit Migrationshintergrund gewinnt diese Personengruppe für das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland immer stärker an Bedeutung (Razum et al. 2008(a):7). Hinzu kommt, dass ein Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung besteht. Dies zeigt sich auch in sozioökonomischen Faktoren (Borde 2009:18). Migrantinnen und Migranten sind daher nicht nur aufgrund eines Faktors bei der Partizipation an Gesundheitsförderungsmaßnahmen benachteiligt, sondern es bestehen komplexe Zusammenhänge (Borde 2009:18). Im Weiteren soll auf die Ursachen des schlechteren Zugangs von Menschen mit Migrationshintergrund zur Gesundheitsversorgung genauer eingegangen werden.

Migration ist mit einer Entwurzelung aus der sozio-kulturellen Umgebung verbunden (Loncarevic 2007:143). Danach folgt der Prozess der Reise in ein neues Land, die Jahre in Anspruch nehmen kann, aber auch nur wenige Stunden (Loncarevic 2007:143). Nach der Migration müssen sich aber auch Migrantinnen und Migranten an die neue sozio-kulturelle Umgebung anpassen und den Verlust von Freunden und Familie verarbeiten. Die Migration ist eine Kumulation von Trennungen aller Bindungen und Beziehungen im Herkunftsland. Familie, Freunde, Beruf und eine Gemeinschaft werden verlassen, und kein Lebensbereich, der Schutz bieten könnte, bleibt bestehen (Kürşat-Ahlers 2000:46). Der Verlust sozialer Netzwerke, die bedeutend für die Gesundheit eines Individuums sind, kann sich in Form von Stress negativ auf die Gesundheit auswirken (Blaxter 1990:102f.). Die Anpassung an einen neuen Lebensmittelpunkt bedeutet auch eine Auseinandersetzung mit einem anderen Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgungssystem (Collatz 1986:66f.). Die Fremdheit des deutschen Gesundheitssystems oder die Fremdsprachigkeit kann dazu führen, dass Migrantinnen und Migranten zum Zugang zu Informationen benachteiligt sind, was "tendenziell zu einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz" führt (Salman 2008:19).

Rechtlich gesehen hat fast jede Person mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland die Möglichkeit Zugang zum Gesundheitssystem zu erhalten und das Recht auf medizinische Versorgung. Gemäß Artikel 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union hat jede Person "das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen der Union wird ein hohes

Gesundheitsschutzniveau sichergestellt" (Europäische Union 2000:16). Dieses Grundrecht hängt aber auch mit dem Migrationsstatus und dem –hintergrund des/der Einzelnen zusammen. Alle EU-Bürger haben innerhalb der Europäischen Union einen Anspruch auf medizinische Behandlung in dem Kostenrahmen, der in ihrem Heimatland erstattet werden würde (Wehkamp 2009:24; Zeitel-Bank 2009:153). Das Gesundheitssystem unterscheidet also zwischen Patientinnen und Patienten und deren Heimatland, wenn dieses außerhalb der Europäischen Union liegt. Besonders problematisch ist die Lage von Menschen, die sich ohne gültige Papiere in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Schätzungen zufolge liegt die Zahl von Menschen ohne Papiere in der Bundesrepublik Deutschland bei circa einer Million (Sinn et al. 2006:59). Das heißt, dass eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Menschen in der Bundesrepublik Deutschland unter- und fehlversorgt ist (Aichele 2009:25). Nicht alle Menschen ohne gültige Papiere sind auf illegalem Weg nach Deutschland gekommen. Aus einem legalen Aufenthalt, wie bspw. mit einem Studentenvisum, das abgelaufen ist, kann ein illegaler Aufenthaltsstatus werden. Dies gilt auch für Migrantinnen und Migranten in Deutschland, die nach Ablehnung eines Asylantrages das Land nicht verlassen (Tolsdorf 2009:77). Aufgrund ihres illegalen Aufenthaltsstatus ist diese Personengruppe besonders gesundheitsgefährdet, da sie einerseits aus Angst vor einem Arbeitsplatzverlust nicht der Arbeit fernbleiben möchte (Sinn et al. 2006:114ff.) und sie andererseits wegen ihres Aufenthaltsstatus keinen ungehinderten Zugang zur medizinischen Versorgung (Aichele 2009:25) haben bzw. über keine Krankenversicherung verfügen (Sinn et al. 2006:114ff.). Die schwierigen Lebens- und Arbeitsbedingungen von Menschen ohne gültige Papiere bedeuten oftmals ein höheres Krankheits- und Unfallrisiko (Tolsdorf 2009:79). Außerdem können sie mit Infektionskrankheiten, Mangelernährungszuständen oder posttraumatischen Belastungsstörungen - bspw. durch Kriegszustände im Herkunftsland - einreisen (Tolsdorf 2009:78), die aufgrund der fehlenden Krankenversicherung nicht behandelt werden können. Rechtlich haben Menschen ohne gültige Papiere nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in bestimmten Fällen wie akuten Erkrankungen oder Schwangerschaften Anspruch auf medizinische Leistungen, die allerdings selten in Anspruch genommen werden, weil dies immer mit einer behördlichen Meldepflicht verbunden ist (Aichele 2009:26) und sobald die Reisefähigkeit besteht, würde die Abschiebung in das Herkunftsland folgen (Tolsdorf 2009:80). Inzwischen sind aber in einigen Städten Anlaufstellen eingerichtet worden, die die Migrantinnen und Migranten an Einrichtungen verweisen, in denen sie kostenlos oder günstig behandelt werden (Sinn et al. 2006:114ff.). Diese Einrichtungen geraten bei der Betreuung und Behandlung von Migrantinnen und Migranten ohne Papiere, wenn sie nach § 87 Abs. 2

Aufenthaltsgesetz die Daten nicht an die Ausländerbehörden weitergegeben (Kentenich & Simo 2009:72; Tolsdorf 2009:82), in eine rechtliche Grauzone. Aber auch Ärzte und Ärztinnen machen sich bei der Behandlung von Menschen ohne Papiere der Beihilfe zu einer Straftat nach § 96 des Aufenthaltsgesetzes strafbar (Kentenich & Simo 2009:72). Allerdings gibt es eine Straffreiheit bei medizinisch implizierter Hilfe, aber juristisch ist dies noch nicht vollständig geklärt (Tolsdorf 2009:81f.).

Nicht nur Menschen ohne gültige Papiere in der Bundesrepublik Deutschland stellen eine vulnerable Gruppe dar, sondern auch Migrantinnen und Migranten mit einem legalen Aufenthaltsstatus. Menschen mit Migrationshintergrund leben nicht nur häufiger in nachteiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen, was sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken kann (World Health Organization 2010:9). Neben diesen nachteiligen Bedingungen sind sie auch unter anderem durch ihre Sozialisation für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung: Migrantinnen und Migranten kommen in das Aufnahmeland mit ihren eigenen Werten und Einstellungen, die sich teilweise deutlich von den Einstellungen und Werten im Aufnahmeland unterscheiden, ihrem kulturellen Hintergrund sowie der Prävalenz für Krankheiten ihres Herkunftslandes (World Health Organization 2010:9). Bei Menschen mit Migrationshintergrund treten bspw. Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose oder Hepatitis B, häufiger auf (Kohls 2010:3), daher werden Migranten und Migrantinnen aus bestimmten Herkunftsregionen unter Umständen bei der Einreise einem Tuberkulose-Screening unterworfen (Kohls 2011:62). Für Migranten und Migrantinnen der ersten aber auch der zweiten Generation aus der Türkei und aus Osteuropa konnte ebenso festgestellt werden, dass eine höhere Prävalenz für das Bakterium "Helicobacter pylori" vorliegt als bei deutschen Einheimischen (Kohls 2011:62). Ebenfalls unterscheiden sich die Bewertung von Krankheitszeichen und die Form des Hilfesuchens von den sozialen und kulturellen Gegebenheiten einer Gesellschaft (Grottian 1985:280).

#### **3.4.4.1 Kulturelle Unterschiede**

Im Gesundheitsbereich muss den unterschiedlichen "sozialen und kulturellen Dimensionen von Gesundheit, Krankheit und therapeutischen Maßnahmen" (Binder-Fritz 2009:28) Beachtung geschenkt werden. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die Ethnizität und die Herkunftskulturen der Migrantinnen und Migranten sich auf deren Verhaltensweisen

auswirken. Menschen mit der gleichen Kultur, Geschichte und Erfahrung bilden ein bestimmtes Identitäts- und Solidarbewusstsein aus, die Heckmann (1992:30) als soziale Tatsache bezeichnet. Sie ist ein allgemeines und grundlegendes Charakteristikum menschlicher Gesellschaften und wird aus der Sicht von gruppenbildenden Aspekten auch als Ethnizität bezeichnet (Heckmann 1992: 30f.). Die Ethnizität ist einerseits von besonderer Bedeutung wenn ethnische Gruppen untereinander eine Beziehung aufbauen und andererseits wenn Mitglieder unterschiedlicher ethnischer Gruppen untereinander in Beziehung treten. Über die Ethnizität können sich die Mitglieder ethnischer Gruppen organisieren und identifizieren (Heckmann 1992:31f.). Die Ethnizität bestimmt "das Denken, Fühlen und Handeln von Menschen. Das betrifft auch Gesundheitsstörungen, deren angenommene Ursachen und Erwartungen an die Therapie" (David et al. 1997(b)), was im Weiteren dargestellt werden soll.

Krankheit und Gesundheit haben in unterschiedlichen Kulturen verschiedene Bedeutungen, die mit Traditionen, kulturellen Praktiken, Glaubensrichtungen aber auch mit dem medizinischen System des Heimatlandes zusammenhängen (Jundt & Friese 2006). Die Symptome einer Krankheit werden aus der Kultur des Herkunftslandes wahrgenommen, interpretiert und bewertet (Berg 1998:84). Um Migrantinnen und Migranten an Präventionsmaßnahmen partizipieren zu lassen und die Gesundheitssicherung sicherzustellen, ist es notwendig über die Lebenssituation, kulturellen Hintergründe sowie den Umgang mit Krankheit und Gesundheit informiert zu sein (David et al. 1997(a)). Allerdings muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass unterschiedliche Verhaltensweisen nicht ausschließlich ein Problem von Migrantinnen und Migranten darstellen. Jedes Individuum hat seine eigene soziale Realität, die "durch verschiedene Faktoren wie soziale Position, Ausbildung, Beruf, Alter, Geschlecht, ethnische und religiöse Identität, ökonomische Verhältnisse, verschiedene soziale Gruppen, Familie, FreundInnen und nicht zuletzt durch unsere individuellen Erfahrungen beeinflusst" (Baumgartner Biçer 2007:73) wird. Dadurch kann es bspw. zu einer unterschiedlichen Nutzung der medizinischen Versorgung im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung im Aufnahmeland kommen (Grottian 1985:280). Zum Beispiel kann bei den Migrantinnen und Migranten Misstrauen gegenüber der Apparatedizin in der Bundesrepublik Deutschland entstehen, da der Einsatz von medizinischen Geräten als Unfähigkeit des Arztes bzw. der Ärztin angesehen wird (Boll-Palievskaya 2005). Eine unterschiedliche Nutzung des Gesundheitssystems zeigt sich auch bei der Nutzung von Rettungsstellen. Menschen mit Migrationshintergrund nehmen im öffentlichen Gesundheitssystem Rettungsstellen häufiger in Anspruch als Hausärzte bzw. Hausärztinnen

im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund. Zudem werden die Notaufnahmen öfter an Wochenenden sowie in den Nacht- und Abendstunden aufgesucht. Hingegen werden Vorsorgeuntersuchungen und ambulante Pflegedienste seltener genutzt (Kohls 2010:4). Eine Untersuchung in Berliner Notfallambulanzen, in denen überwiegend Migrantinnen und Migranten mit türkischer und osteuropäischer Herkunft behandelt wurden, zeigte, dass Migrantinnen und Migranten unter den Patientinnen und Patienten deutlich jünger als die deutschen Patientinnen und Patienten waren. Bezüglich einer angemessenen Nutzung der Notfallambulanz schätzten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Migrantinnen und Migranten "als etwas weniger dringend behandlungsbedürftig" (Borde et al. 2003:56) ein. Bei der Schmerzwahrnehmung zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen deutschen Patienten und Patientinnen sowie Migrantinnen und Migranten. Nicht-deutsche Patientinnen und Patienten gaben wesentlich häufiger mehr als 5 Schmerzregionen an (Borde et al. 2003:69). Eine unterschiedliche Bedeutung von Kranksein und Gesundheit zeigt sich auch darin, dass bestimmte Krankheiten in unterschiedlichen Gesellschaften verschiedene Bedeutungen haben so wie sich der Status des Kranken mit seinen sozialen Verpflichtungen und Normen gesellschaftlich unterscheidet (Grottian 1985:280). Im Islam sind bspw. Schmerzfreiheit, das Nichtvorhandensein körperlicher Behinderungen oder Strukturanomalien wichtige Gaben Gottes. Der Mensch sollte mit seinem Körper verantwortlich umgehen und alles für eine Wiederherstellung der Gesundheit im Krankheitsfall unternehmen (David & Ilkilic 2010). Die Heilung des Kranken kann allerdings nur durch Gott geschehen. Medikamente und medizinische Eingriffe dienen nur als Vermittler zwischen Krankheit und Heilung (Jundt & Friese 2006). Außerdem ist für muslimische Patientinnen und Patienten die Körperpflege verpflichtend und muss durch entsprechende Hygiene bewahrt werden. Das tägliche Duschen gehört ebenso wie die Reinigung des Genitalbereichs mit fließendem Wasser nach jedem Toilettengang sowie die Entfernung sämtlicher Körperhaare zu den Hygienevorschriften (Jundt & Friese 2006). Unterschiedliche Kulturen haben auch unterschiedliche Definitionen für Krankheit. Für Arbeitsmigranten bedeutet Kranksein, Schmerzen zu verspüren bzw. äußerliche sichtbare Veränderungen zu haben. Nicht sichtbare, bspw. zelluläre Veränderungen, spielen bei dieser Definition keine Rolle (Berg 1998:86). Bei der medizinischen Versorgung im Krankenhaus ist von dem medizinischen Fachpersonal aufgrund von kulturellen Unterschieden interkulturelle Kompetenz gefordert (David & Ilkilic 2010; Collatz 1986:64). Jiménez Laux (2009:18) sieht zwei Aspekte als ausschlaggebend für die Erlangung interkultureller Kompetenz an: Zum Einen die interkulturelle Sensibilisierung, die bestimmte Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten mit der entsprechenden



kulturellen Prägung erklärt. Hierbei wird ein Kulturbegriff zugrunde gelegt, der sich auf die entsprechende Gesellschaft bezieht und als etwas Statisches oder Abgeschlossenes angesehen wird (Adam & Stülb 2009:91). Zum Anderen die Biografieorientierung, die Patientinnen und Patienten das Recht gibt, individuell und nicht als Teil einer nationalen Gruppe wahrgenommen zu werden (Jiménez Laux 2009:18). Zum Beispiel lehnen Hindus Rindfleischprodukte in der Ernährung ab. Für die kulturelle Sensibilisierung des medizinischen Fachpersonals ist dies eine wichtige Auskunft. Allerdings kann es sein, dass eine hinduistische Patientin durchaus Rindfleischprodukte verzehrt und nicht darauf verzichten möchte. Dies wären dann ihre individuellen Bedürfnisse, die im Widerspruch zur allgemeinen hinduistischen kulturellen Prägung stehen würden. Neben der persönlichen Religiosität und Religionsverbundenheit spielen auch "unterschiedliche Sitten, Einflüsse aus dem Volksglauben und traditionelle Praktiken in das mögliche Verhalten im Krankheitsfall, die subjektive Krankheitstheorie, die Entscheidungsfindung für die Therapie usw." (David & Ilkilic 2010:53) eine wichtige Rolle in der Betreuung und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. In die Problematik von Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen wird auch das Gesundheitssystem mit einbezogen, da viele Probleme dort begründet sind (Binder-Fritz 2009:30). Zum Beispiel wird die fürsorgliche Umsorgung durch Familienmitglieder vom medizinischen Fachpersonal größtenteils als nicht notwendig erachtet, da dieses Verhalten die Patientinnen und Patienten daran hindert, möglichst schnell wieder selbstständig zu sein (Domenig 2003:92). In der Türkei ist es aber im Klinikalltag normal, dass die Pflege der Patienten und Patientinnen von Familienmitgliedern übernommen wird, die abwechselnd Tag und Nacht im Krankenhaus sind und auch die Medikamente aus der Apotheke holen (Sinemillioglu 2010).

Es ist daher für das Gesundheitssystem und das medizinische Fachpersonal unabdingbar interkulturelle Kompetenz, die allerdings nicht mit einer bestimmten Religionszugehörigkeit gleichzusetzen ist, zu erwerben, um Migrantinnen und Migranten effektiv versorgen zu können und ihnen die Möglichkeit zu geben, an Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit partizipieren zu können. Domenig (2003:94) sieht allerdings keine Notwendigkeit in der Entwicklung eines Modells zur Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund. Sie schreibt weiter: "Transkulturelle Kompetenz ist (...) die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten" (Domenig 2003:95).

### 3.4.4.2 Kommunikationsprobleme

Eine mangelnde Sprachkompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund ist ebenfalls bei der Versorgung und Betreuung von Migrantinnen und Migranten von Bedeutung. Da bei eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten eine adäquate Beratung und Therapie nur schwer möglich ist und somit "eine gleiche Qualität der Versorgung" (Collatz 1986:64) nicht gewährleistet ist, kann der Zugang zum Gesundheitssystem erschwert sein. Die Migration ist neben der räumlichen Veränderung auch mit dem Verlust von Kommunikations- und Handlungskompetenz verbunden, der von Migrantinnen und Migranten als ein Zustand der Sprachlosigkeit und Infantilisierung erlebt wird (Kürşat-Ahlers 2000:47). Hinzu kommt, dass ein lückenhafter Wortschatz mancher Menschen mit Migrationshintergrund nicht ausreicht, um komplexe Themenbereiche wie Krankheiten, Gesundheit, körperliche Funktionen und Sexualität zu verstehen oder zu beschreiben (Razum et al. 2004). Aufgrund der Kommunikationsprobleme ist eine Anamnese nur eingeschränkt oder ganz unmöglich, sodass die Apparatedizin verstärkt eingesetzt werden muss, die einerseits hohe Kosten verursacht und andererseits für die Patientinnen und Patienten sehr belastend ist (Zimmermann 1984:126). Die Migrantinnen und Migranten werden für ihre mangelnde Sprachkompetenz verantwortlich gemacht und somit liegen die Probleme bei der Behandlung ausschließlich bei ihnen begründet (Domenig 2003:87f.) und nicht in der gesellschaftlichen Situation des Aufnahmelandes. Aufgrund der mangelnden Sprachkenntnisse kann es auch zu einer schlechteren "Compliance" seitens der Patientinnen und Patienten kommen, da diese ihre eigene Weiterbehandlung nicht verstehen (Wehkamp 2009:26). Allerdings sieht Posner-Landsch (1998:62ff.) Kommunikationsprobleme zwischen Arzt/Ärztin und den Patienten und Patientinnen nicht ausschließlich in der geografischen Herkunft bedingt, sondern sieht soziale Ungleichheiten und unterschiedliches Wissen als Gründe für Kommunikationsprobleme an. Von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen wird eingeräumt, dass mangelnde Sprachkompetenz der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund mit einem größeren Zeitaufwand bei der Behandlung verbunden ist und diese daher als Problempatienten eingestuft werden (Collatz 1998:35). David & Borde (2009:31f.) konnten bei Patienten und Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund feststellen, dass mit zunehmendem Alter die selbst eingeschätzte deutsche Sprachkompetenz sowie die Sprachpräferenz "Deutsch" abnahm. Um Informationen über Diagnosen, Therapien, aber auch Rechte und Pflichten von Patientinnen und Patienten den Migranten und Migrantinnen zugänglich zu machen, müssen im Gesundheitsbereich auch professionelle

Dolmetscherdienste angeboten werden sowie Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen bzw. Medien, um die Migrantinnen und Migranten vollständig zu informieren und diese somit die Möglichkeit haben, selbst über ihre Behandlung mitzubestimmen (Domenig 2003:88). Dolmetscherinnen und Dolmetscher müssen zur Unterstützung der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund einerseits medizinische Kenntnisse haben und andererseits gegebenenfalls auch regionale Dialekte der Herkunftsregion verstehen und sprechen können (Zimmermann 1984:127). Dies erschwert sicherlich die Suche nach kompetenten Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Gesundheitsbereich. Um Defizite bei der Information von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitsbereich abzubauen und eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme zu fördern, wurden in den Niederlanden bspw. Informationspakete für ältere Migrantinnen und Migranten erstellt, um visuell und audiovisuell über das Altenhilfesystem zu informieren (Razum et al. 2004). Nicht nur die erschwerte Kommunikation aufgrund von mangelnden verbalen Kenntnissen stellt ein Problem dar, sondern auch die Kommunikationsprobleme beim Verständnis was gesagt wird, zwischen Arzt/Ärztin und Patient bzw. Patientin. Beispiele dafür sind die Schmerzthematik und die Somatisierung, wie die kulturell abhängige "Zuordnung diffuser physischer Schmerzen zu bestimmten Körperteilen" (Stülb & Adam 2009:42). Ein Beispiel für die unterschiedliche Art und Weise Symptome auszudrücken (Berg 1998:84) ist, dass der in der persischen Sprache häufig gebräuchliche Ausdruck "meine Leber verbrennt" nicht auf organische Schmerzen zurückzuführen ist, sondern ein "seelisch belastender Kummer ausgedrückt" (Binder-Fritz 2009:34) wird. Ein weiteres Beispiel ist die Redewendung "mein Bauch ist wie ein Stein". Im türkischen Sprachgebrauch deutet dies auf seelische Beschwerden hin. Ein deutscher Arzt/eine deutsche Ärztin würde differenzialdiagnostisch wahrscheinlich in Richtung einer Appendizitis denken (Jundt & Friese 2006). Es kann daher bei der Behandlung von Migrantinnen und Migranten zu Missdeutungen kommen (David et al. 1997(a)), die desaströse Auswirkungen nach sich ziehen können. Domenig (2003:87) sieht mangelnde Sprachkenntnisse als eine "nicht immer einfach zu meisternde Hürde" an, aber nicht als einzigen und somit einseitigen Indikator für gelungene Integration, sondern auch Migrantinnen und Migranten mit guten Sprachkenntnissen haben ihrer Ansicht nach einen "Anspruch auf eine migrationsspezifisch angepasste und situationsgerechte Behandlung".

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund von Kommunikationsproblemen und kulturellen Unterschieden im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland eine vulnerable Gruppe sind. Allerdings

muss wiederum darauf hingewiesen werden, dass die gesundheitliche Situation von Personen mit Migrationshintergrund sehr heterogen ist und somit eine schwer definierbare Zielgruppe für gesundheitsbezogene Maßnahmen ist (Pammer 2009:46; Adam & Stülb 2009:88). Es gilt "(...) ihre kulturellen Besonderheiten sowie Ressourcen mit protektiver Wirkung für die Gesundheit zu beachten. Je nach Herkunftsland, Einwanderergeneration und sozialem Status zeigen sich große Unterschiede" (Deutsche Bundesregierung 2008:151). Zum Beispiel erleben Migrantinnen und Migranten, die ihr Land nicht freiwillig verlassen haben, die Flucht als einen brutalen Bruch, der zu Traumatisierungen führen kann (Binder-Fritz 2009:29). Hinzu kommt, dass eine dauerhafte Erkrankung den Aufenthaltsstatus von Migrantinnen und Migranten unter Umständen gefährden könnte (David et al. 1997(b)). Wegen der marginalen sozialen Stellung wird Krankheit von Migrantinnen und Migranten als Bedrohung empfunden (Dietzel-Papakyriakou 1985:323), was zu gesundheitlichen Belastungen führen kann.

Allerdings stößt die Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Migranten an ihre Grenzen, wenn die soziale Integration von Menschen mit Migrationshintergrund nicht weiter forciert wird. "Denn letztlich hängen die verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche wie Arbeit, Bildung, Wohnen, Freizeit, soziale Sicherheit, politische Rechte und Gesundheit eng zusammen und können daher nicht losgelöst voneinander betrachtet werden" (Domenig 2003:85).

Um religiöse, kulturelle und soziale Unterschiede besser verstehen zu können, werden im Folgenden die beiden größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund bezüglich ihrer Geschichte, Religiosität und der sozialen und familiären Strukturen genauer dargestellt.

### **3.5 Migrantinnen und Migranten mit türkischem Migrationshintergrund**

"Der überwiegende Teil der in den europäischen Einwanderungsländern lebenden Türken ist aus ökonomischen Motiven im Zuge der selektiven, als zeitlich befristet geplanten und staatlich gelenkten Arbeitskräfteanwerbung in West-, Mittel- und Nordeuropa seit Ende der 1950er Jahre zugewandert oder stammt von diesen Arbeitsmigranten ab" (Karakaşoğlu 2007:1054).

### 3.5.1 Geschichte der türkischen Migration nach Deutschland

Türken und Türkinnen waren als sogenannte Gastarbeiter nach Deutschland gekommen, um ihre Familien in der Türkei finanziell unterstützen und nach der Rückkehr in die Türkei eine bessere soziale Position einnehmen zu können. 1961 wurde das offizielle Anwerbeabkommen geschlossen, gleichzeitig räumte die neue türkische Verfassung ihren Bürgerinnen und Bürgern erstmals die Freizügigkeit ein (Karakaşoğlu 2007:1055). Grund für den zunehmenden Arbeitskräftebedarf in den alten Bundesländern Nachkriegsdeutschlands war ein steigender Bedarf nach Gütern, der nur durch flexible und kurzfristig einsetzbare Arbeitskräfte gedeckt werden konnte. Eine soziale Inklusion konnte in den Arbeitsbereichen stattfinden, in denen unqualifizierte Arbeitskräfte gesucht wurden, weil die Gastarbeiter teilweise über keine Ausbildung verfügten (Bommes 2000). Über die staatliche Lenkung der Zuwanderung hinaus zeichnete sich die Anwerbephase aber auch durch die namentliche Anforderung von Arbeitskräften durch die Arbeitgeber selbst aus. Umgekehrt bemühten sich auch Arbeitnehmer persönlich um einen Arbeitsvertrag in einem Betrieb, in dem bereits Verwandte oder Bekannte tätig waren. In der Folge entwickelten sich Kettenmigrationen in bestimmte Regionen und gleichzeitig ein starker Anstieg von Muslimen und Muslima in Deutschland. Durch die Kettenmigration entstanden landsmannschaftliche und verwandtschaftliche Beziehungen im Aufnahmeland, und es bildeten sich schließlich Migrantennetzwerke (Karakaşoğlu 2007:1055). "Das Wachstum der islamischen Bevölkerung in der Bundesrepublik kann an den Ergebnissen der Volkszählungen der Bundesrepublik abgelesen werden: 1961 war der Islam noch mit "anderen Volks- und Weltreligionen" zusammengefasst, denen zusammen lediglich 28900 Personen angehörten. Auch bei der Volkszählung 1970 gab es für den Islam noch keine eigene Kategorie. Jedoch betrug jetzt die Zahl der "Angehörigen sonstiger Religionsgemeinschaften" bereits 818600 oder 1,3% der Gesamtbevölkerung. Der weitaus größte Teil von ihnen waren Muslime. Die letzte Volkszählung 1987 hatte nun eine eigene Kategorie "Islamische Religionsgemeinschaft" eingeführt und ermittelte als Zahl ihrer Angehörigen 1650952 oder 2,7% der Gesamtbevölkerung" (Henkel 2001:247). "Die krisenhafte Entwicklung der bundesdeutschen Wirtschaft schlug sich auf dem Arbeitsmarkt nieder und führte im November 1973 zum Anwerbestopp für ausländische Arbeitskräfte, der für alle Anwerbeländer mit Ausnahme der damaligen Mitgliedstaaten der EG gültig war" (Borde 2002:24).

### 3.5.2 Religiosität

Anders als in der öffentlichen Wahrnehmung zeichnen sich Personen mit türkischem Migrationshintergrund, die dem Islam angehören, als eine sehr heterogene Gruppe aus. "Darunter finden sich alle Schattierungen religiöser Prägung, Sunniten, Schiiten, Aleviten und Ahmadis, Fromme und weniger Fromme, Schriftgläubige, eher mystisch Orientierte oder einem starken Volksglauben Verhaftete, Menschen unterschiedlichster Bildungsniveaus, kultureller Prägungen und individueller Überzeugungen" (Rohe 2009:338). Insbesondere die Ereignisse vom 11. September 2001 haben den Islam in der christlichen Welt als Bedrohung erscheinen lassen. Der Islam ist "genauso gut oder schlecht wie andere Religionen" und gesellschaftliche Bedingungen determinieren seine Umsetzung (Kürşat-Ahlers 1985(a):103). Daher soll im Folgenden ein Überblick über die Religion des Islam gegeben werden. "Mit mehr als einer Milliarde Menschen, die sich zu ihm bekennen, ist der Islam nach dem Christentum weltweit gesehen die zweitgrößte Religionsgemeinschaft. Die Bevölkerung seines Herkunftsraums, des Nahen und Mittleren Osten, sowie Nordafrikas ist seit Jahrhunderten fast vollständig islamisiert. In den Staaten von Marokko und bis nach Pakistan und Somalia leben bis auf Ausnahmen (Israel, Libanon sowie Kopten in Ägypten) lediglich verschwindend kleine nichtislamische Bevölkerungsgruppen" (Henkel 2001:246). Der Koran ist das Heilige Buch des Islam. Er wurde von Mohammed (570-632) aus der Stadt Mekka auf der arabischen Halbinsel, dem letzten Propheten, direkt von Gott empfangen (Clarke 1998:87f.). Die Offenbarungsreligion regelt alle Lebensbereiche der Muslime und Muslimas nicht nur in Form von ethisch-religiösen Geboten und Verboten, sondern ebenfalls "konkrete Vorschriften über das Ehe-, Scheidungs-, Erb-, Wirtschafts- und Strafrecht" (Kürşat-Ahlers 1985(a):105).

Die fünf Säulen des Islam, nach denen sich das Handeln und Leben der Muslime und Muslimas ausrichtet, sind: das Glaubensbekenntnis (Schahada), das Gebet (Salat), das fünfmal täglich mit dem Gesicht in Richtung Mekka verrichtet wird, die Almosen (Zakad), die Wallfahrt (Hadsch) nach Mekka, die einmal im Leben im 12. Monat des muslimischen Kalenders gemacht werden sollte und nicht zuletzt das Fasten (Saum) während des heiligen Monats Ramadan (Clarke 1998:86). Muslimas werden aufgrund ihres Geschlechtes einige Sonderstellungen bezüglich der Einhaltung der religiösen Pflichten eingeräumt. "Während des Ramadan, des neunten Monats des islamischen Jahres fasten alle erwachsenen, gesunden Moslems mit Ausnahme schwangerer Frauen je nach Länge des Mondmonats 29 oder 30 Tage lang von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang" (Clarke 1998:86). Außerdem sind

Frauen während der Menstruation, der Schwangerschaft und des Stillens vom Fasten befreit (Anegg-Moazedi 2009:184). Allerdings muss der Fastenmonat zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden oder das Versäumnis muss durch "Speisung von Bedürftigen" abgegolten werden (David & Ilkic 2010). Vom täglichen Pflichtgebet sind menstruierende Frauen und Wöchnerinnen befreit, weil Blutungen als unrein angesehen werden (Anegg-Moazedi 2009:184).

Neben dem Koran ist die Sunna Grundlage des islamischen Rechts. Es handelt sich dabei um die mündliche Überlieferung von der Lebensweise, den Taten und Worten des Propheten, die in den ersten drei Jahrhunderten von Rechtsgelehrten niedergeschrieben wurde (Kürşat-Ahlers 1985(a):105). In einigen arabischen Staaten wird die Scharia als Rechtsordnung anerkannt. "Diese regelt nicht nur das Verhältnis der Menschen untereinander, sondern auch das zu ihrem Schöpfer. Sie umfaßt nicht nur rechtliche, sondern auch moral. Komponenten" (Elger & Stolleis 2006:268). Das tägliche Leben wird außerdem noch durch das sogenannte Urf geregelt, das ein Gewohnheitsrecht ist und regional sehr unterschiedlich sein kann (Kürşat-Ahlers 1985(a):105).

Das Kopftuch steht in der Bundesrepublik Deutschland als ein Merkmal der kulturellen Rückständigkeit und wird "mit der scheinbar altruistischen Sorge um die Unterdrückung und Unterjochung der türkisch-islamischen Frauen" in Verbindung gebracht (Kürşat-Ahlers 1985(a):103). Das Tragen eines Schleiers bzw. eines Kopftuchs für geschlechtsreife Mädchen und Frauen ist allerdings nicht ausdrücklich im Koran oder in der Sunna erwähnt (Kürşat-Ahlers 1985(a):105), sondern in Sure 24:31 steht, dass Frauen ihre Reize nicht in die Öffentlichkeit tragen sollen und in Sure 33:59 steht geschrieben, dass Frauen sich in einen Überwurf hüllen sollen, um nicht belästigt zu werden (Elger & Stolleis 2006:287). In einigen Teilen Arabiens ist es allerdings seit Urzeiten üblich, dass Frauen einen Schleier tragen (Kürşat-Ahlers 1985(a):109), und dies ist daher nicht ursprünglich auf den Koran zurückzuführen.

Nach dem Tod Mohammeds (632 n. Chr.) entbrannte ein Kampf um seine Nachfolge. Dies teilte die islamische Welt in Sunniten und Schiiten. Die Sunniten werden auch als "Anhänger der Tradition" bezeichnet. Sie sind die Mehrheit unter den Muslimen und Muslima auf der Welt und machen 85 Prozent aus (Clarke 1998:91; Elger & Stolleis 2006:304). Die Schiiten ("Anhänger der Partei Alis") erkennen lediglich diejenigen Imame an, die von Mohammeds Schwiegersohn Ali direkt abstammen. Anders als die Sunniten, die die vier "rechtgeleiteten Kalifen" als Nachfolger ansehen (Elger & Stolleis 2006:285). Die Schiiten haben sich im Laufe der Zeit in weitere schiitische Gruppen geteilt, auf die nicht im Einzelnen eingegangen

werden soll. Während der Omayyaden-Dynastie (661-750) kam es zu einer breiten Islamisierung bis nach Spanien und Persien, obwohl das Christentum dort schon traditionell verankert war. In der Türkei setzte sich der Islam gegen das Byzantinische Reich erst später durch (Henkel 2001:246; Clarke 1998:92). 1453 wurde die byzantinische Hauptstadt Konstantinopel von den Osmanen erobert und in Istanbul umbenannt (Clarke 1998:106). Dies führte zu einer weiteren Islamisierung in dieser Region. Neben den Sunniten und Schiiten gibt es in Deutschland Türkinnen und Türken mit unterschiedlichen religiösen Ausrichtungen, beispielhaft soll das an den Aleviten, die aufgrund ihrer religiösen Einstellung in Deutschland relativ unauffällig leben, gezeigt werden. Aleviten sind mit 13 Prozent die zweitgrößte muslimische Glaubensrichtung in Deutschland (Bundesministerium des Inneren & Deutsche Islam Konferenz 2008:3). Ursprünglich stammen die Aleviten aus Ostanatolien und breiteten sich weiter nach Zentralanatolien aus. Sie sind im 14./15. Jahrhundert aus einer mystischen Bruderschaft entstanden. Die türkischen Anhänger und Anhängerinnen entwickelten sich im 16. Jahrhundert zu einer eigenständigen, esoterischen und endogamen Gemeinschaft. Genau wie die Schiiten verehren sie Ali, lehnen aber gleichzeitig die fünf Säulen des Islam ab. Bei den Versammlungen nehmen Frauen teil und der Verzehr von Alkohol ist erlaubt (Elger & Stolleis 2006:33). Aleviten und Alevitinnen stehen für Humanität und Demokratie ein, außerdem sind beide Geschlechter gleichberechtigt und Selbstbestimmung sowie Selbstverantwortung gehören zu den Grundprinzipien (Baumgartner Biçer 2007:71). "Im Alevitentum sind die Frau-Mann Beziehungen nicht nach den für die Frau erniedrigenden Schariagesetzen geregelt. Bei den Aleviten ist die Frau vor allem ein Mensch. Die Frau ohne Mann ist so wenig vorstellbar wie der Mann ohne Frau. Beide zusammen bilden ein Ganzes. Die Trinität des; "Beherrsche Deine Hände, deine Zunge und Deine Lenden." bringt die Achtung vor der Frau am besten zum Ausdruck" (Alevi Toplum Alevitische Gemeinde ATAG e. V. 2009). Alevitinnen und Aleviten suchen keine Moschee auf, sondern treffen sich einmal im Jahr zu dem sogenannten cem - einer religiösen und sozialen Feier -, an dem sowohl Frauen als auch Männer teilnehmen, wenn Streit und Feindschaft beigelegt worden sind (Baumgartner Biçer 2007:71). Die alevitischen Frauen tragen weder Kopftuch noch Schleier, sodass sie in der deutschen Öffentlichkeit nicht als Türkinnen oder Alevitinnen wahrgenommen werden.



### 3.5.3 Soziale und familiäre Strukturen

Die Rollenverteilung innerhalb der Familie ist insbesondere im ländlichen Bereich traditionell patriarchalisch geprägt (Sunar 2009:127). In einer Dorfgemeinschaft sind Moral und Ehre von großer Bedeutung, bei der sich der Einzelne den sozio-kulturellen Erwartungen einer Dorfgemeinschaft unterzuordnen hat und sein Verhalten daran messen lassen muss (Kürşat-Ahlers & Ahlers 1985:15). Die Ehre der Frau ist mit der Ehre des Mannes verknüpft, sodass ihr Verhalten sich auf die Ehre des Mannes auswirken kann (Kürşat-Ahlers & Ahlers 1985:15). Im Allgemeinen wird zwischen zwei Familienmodellen unterschieden: einerseits dem Familienmodell der traditionellen Interdependenz, das häufig in weniger entwickelten, ländlichen, agrarisch geprägten Gebieten anzutreffen ist, und andererseits dem Familienmodell der emotionalen Interdependenz, das in städtisch, industriell geprägten Gebieten mit einer stärker individualistisch geprägten Gesellschaft zu finden ist (Ataca 2009:108). Der Alltag der Frauen im traditionellen Familienmodell findet gemeinschaftlich in der Familie oder in der gleichen Geschlechtergruppe des Dorfes statt, die zwar feste traditionelle hierarchische Rollenstrukturen haben, die aber gleichzeitig soziale Sicherheit geben (Kürşat-Ahlers 1985(b):89).

Die Mutterschaft hat in der türkischen Tradition eine große Bedeutung (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008(c):16). In der Türkei konnten drei Hauptgründe für den Wunsch nach Kindern in Familien konstatiert werden: ökonomische, psychologische und soziale Gründe. Die ökonomischen Gründe stehen unter anderem für die Versorgung im Alter. Freude über Kinder und Stolz werden mit den psychologischen Gründen assoziiert und die sozialen Gründe hängen mit der sozialen Akzeptanz Kinder zu haben zusammen (Ataca 2009:109). Studien haben gezeigt, dass der Kinderwunsch in der Türkei in städtischen Mittelklassefamilien häufiger durch den psychologischen Aspekt als durch materielle Aspekte, wie in ländlichen traditionellen Familien, begründet ist (Sunar 2009:127). Der familiäre soziale Zusammenhalt ist in der Türkei sehr eng und die Unterstützung durch nahestehende Verwandte, die größtenteils in der näheren Umgebung wohnen, sehr groß. Der bzw. die Einzelne wird durch ein großes familiäres Netzwerk aus Großeltern, Onkeln, Tanten, Cousins und Cousinen unterstützt und die Kinder bleiben bis zur Heirat im Haus der Eltern wohnen, was eine protektive Wirkung hat (Ataca 2009:111ff.). In einer Multilevel Analyse in den Niederlanden konnte festgestellt werden, dass Migrantinnen und Migranten mit einem türkischen Migrationshintergrund die familiäre Solidarität höher bewerteten, als Migrantinnen und Migranten von den niederländischen Antillen. In der

zweiten Generation zeigten sich allerdings nicht mehr so hohe Werte, wie in der ersten Generation (Merz et al. 2009). Es zeigte sich insgesamt, dass die Familie für Migranten und Migrantinnen mit türkischem Migrationshintergrund von großer Bedeutung ist.

Die türkisch-muslimische Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland stellt sich insgesamt als eine sehr heterogene dar. "Ihre Ansichten und Lebenswelten werden von nicht-religiösen Aspekten wie Migrationshintergrund, Sprachkompetenz oder Ausbildung bzw. Berufstätigkeit meist stärker geprägt als von religiösen Haltungen" (Rohe 2009:338). Was von der Mehrheitsgesellschaft für muslimische Praktiken gehalten wird, stammt allerdings aus der Tradition des Herkunftslandes (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008 (a):6). In vielen islamisch geprägten Staaten ist das islamische Familien-, Erb- und Personenstandsrecht dominierend, wie z. B. die Brautgabe (Rohe 2009:206f.). Im Rahmen der Familienzusammenführung und insbesondere der Heiratsmigration kamen und kommen immer weitere Migranten und Migrantinnen aus der Türkei nach Deutschland. Jährlich reisen 16.000 Heiratsmigranten und Heiratsmigrantinnen aus der Türkei in die Bundesrepublik ein, um hier zu heiraten und stellen die größte Gruppe der neuen Zuwanderer dar (Erim et al. 2009:63). Ein Grund für die Heirat innerhalb der eigenen Nationalität ist die Tatsache, dass Emotionen in der eigenen Muttersprache besser ausgedrückt werden können (Celik-Bilgili 2008:22). Vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009:18) wurde festgestellt, dass 93 Prozent der in Deutschland geborenen Verheirateten einen Partner bzw. eine Partnerin aus der gleichen Herkunftsgruppe haben. Parallelgesellschaften sind die Folge dieser Entwicklung. In der Studie "frauen leben" waren 56 Prozent der türkischen Frauen aus der ersten Generation Heiratsmigrantinnen. "Für diese Frauen fallen die biografischen Ereignisse der Heirat, Migration und möglicherweise einer baldigen Schwangerschaft zusammen", was eine besondere Herausforderung für die Migrantinnen darstellt und Anpassungsleistungen sowie Unterstützung verlangt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010:4). Auffällig ist, dass türkische Frauen zwischen 21 und 25 Jahren, also relativ jung, größtenteils in ehelichen Gemeinschaften sind und sich traditionell verhalten (Röhr-Sendlmeier & Yun 2006). Familienzusammenführungen und Heiratsmigration machen es schwierig die Integration dieser Gruppe zu verbessern, da ständig eine neue erste Generation nachfolgt, die über keine deutschen Sprachkenntnisse verfügt. Eine Studie junger Erwachsener der zweiten Generation von türkischen Migranten und Migrantinnen konnte nachweisen, dass es türkischen Probanden wichtig war, dass der Partner die gleiche Religionszugehörigkeit hat (Röhr-Sendlmeier & Yun 2006). Auch bei der Familienkonstellation zeigten sich in der Studie bei Probanden mit türkischem Migrationshintergrund traditionelle Wertvorstellungen,

---

wie sie überwiegend die Konstellation "Mann und Frau (verheiratet) mit Kindern" zeigte (Röhr-Sendlmeier & Yun 2006). "Von einer selbstverständlichen Integration der türkischen Zuwanderer im Generationenverlauf kann nicht ausgegangen werden. Das im Vergleich zu anderen Zuwanderergruppen besonders endogame Heiratsverhalten begünstigt die Bildung einer ethnischen Gemeinschaft. (...) Ihre Alltagssprache und damit auch die Sprache, in der sie ihre Kinder erziehen, ist Türkisch. Das breite Angebot an türkischsprachigen Medien in Europa verstärkt diese Tendenz" (Karakaşoğlu 2007:1060). In diesem Zusammenhang muss auch auf die Problematik der Zwangsehen eingegangen werden. Obwohl Zwangsehen offiziell abgeschafft wurden, werden sie weiterhin geschlossen und es kann auch davon ausgegangen werden, dass dies in der Bundesrepublik Deutschland der Fall ist. "Über Migrationsprozesse haben sie mittlerweile auch in Europa Einzug gehalten. Mit alledem ist nicht die noch mehrheitlich übliche arrangierte Ehe unter Vermittlung von Familienangehörigen gemeint, sondern eine Eheschließung, die nicht mehr auf freiwilliger Eigenentscheidung beruht (...)" (Rohe 2009:212).

Heiratsmigrantinnen erleben die Ausreise nach Deutschland sehr unterschiedlich. Insbesondere türkische Frauen aus ländlichen Gebieten empfinden den Kulturbruch durch die Migration stärker als Frauen aus Städten, weil sie sich über die Gemeinschaft, wie Familie, Verwandtschaft und Dorfgemeinschaft, wie es in traditionellen Gesellschaften üblich ist, definieren (Kürşat-Ahlers 1985(b):89). Mit der Migration verlieren die türkischen Frauen die soziale Sicherheit der Dorfgemeinschaft bzw. der Familie, was einerseits zum Verlust der sozialen Beziehungen führt und andererseits die Frauen ökonomisch und psychisch von ihrem Ehemann abhängig machen (Kürşat-Ahlers 1985(b):89). Diese Situation stellt die Frauen vor vielfältige Probleme. Aufgrund mangelnder sozialer Kontakte sind die Sprachbarrieren höher als bei Männern, beim Arztbesuch ist die Frau abhängig von ihrem Mann oder ihren Kindern, sie hat weder materiell noch in anderer Form die Möglichkeit Alltagsprobleme im Aufnahmeland zu bewältigen, ist gegebenenfalls auf die Hilfe ihrer Kinder, die besser integriert sind, angewiesen, was zu einem Gefühl der Nutzlosigkeit seitens der Frau führen kann (Kürşat-Ahlers 1985(b):89f.). Hausfrauen sind besonders benachteiligt, da die Möglichkeit des Spracherwerbs fehlt und sie gesellschaftlich isoliert sind (Riebe & Collatz 1985:236). Das Berlin-Institut kam in einer Studie zu ähnlichen Ergebnissen. Die Ergebnisse zeigten, dass es insbesondere zugewanderten Frauen schwerfiel, die deutsche Sprache zu erlernen, wenn sie nicht erwerbstätig sind. Es zeigte sich, dass die Hausfrauenquote unter den Frauen mit türkischem Migrationshintergrund bei 48 Prozent lag, was mehr als doppelt so hoch ist, wie bei Frauen ohne Migrationshintergrund (Berlin-Institut für Bevölkerung und

Entwicklung 2009:18). Ergebnisse der Studie "frauen leben" zeigten, dass 61 Prozent der türkischen Frauen aus der ersten Generation keine Berufsausbildung haben und zwei Drittel eine niedrige Schulbildung. Dies wird auf den hohen Anteil von Heiratsmigrantinnen zurückgeführt. In der zweiten Generation hatten 27 Prozent keine Berufsqualifikation bzw. waren zum Befragungszeitpunkt auch in keiner Ausbildung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010:5).

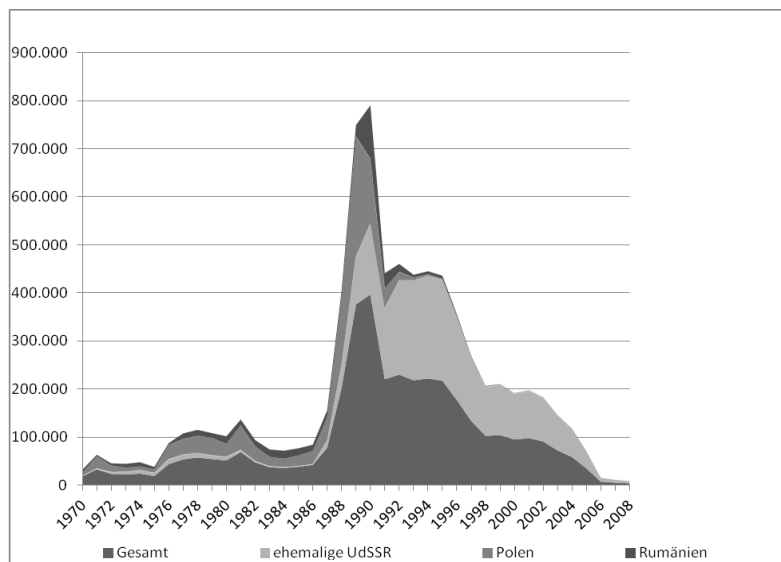
Die Integration für Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei ist nicht nur für Frauen problematisch. Auch, wenn bereits die Hälfte hier geboren wurde und sie damit nach diesem Kriterium den Einheimischen am ähnlichsten sein müssten, sind Migrantinnen und Migranten mit türkischem Hintergrund am schlechtesten integriert (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009:7). Dies kann damit zusammenhängen, dass Migrantinnen und Migranten mit türkischem Hintergrund aufgrund ihrer Religionszugehörigkeit zum Islam eine andere Lebensweise als Deutsche haben (Röhr-Sendlmeier & Yun 2006). In der Studie vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung wurde ein integrationsbezogener Index entwickelt, der den Ist-Zustand der Integration von Migrantinnen und Migranten darstellen soll. Aus dem Mikrozensus wurden 15 Indikatoren entwickelt. "Zwei dieser Indikatoren beschreiben die jeweilige Assimilation mit den Einheimischen, vier beschreiben die Bildungssituation, sieben die Beteiligung am Erwerbsleben und zwei die finanzielle Absicherung. Je ein Indikator aus den Bereichen Bildung und Erwerbsleben wurde explizit für Jugendliche ausgewertet. Außerdem wurden fünf der genannten Indikatoren für einen dynamischen Vergleich verwendet. Dieser zeigt, ob die hier geborene Generation einer Herkunftsgruppe in Bezug auf ihre Integration besser oder schlechter abschneidet als die Zugewanderten" (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009:28). Angemerkt werden muss, dass bei dieser Studie die Herkunft der Migrantinnen und Migranten im Vordergrund stand und nicht die soziale Schicht. 3,4 Prozent der Wohnbevölkerung haben einen türkischen Migrationshintergrund. Damit sind sie unter den Personen mit Migrationshintergrund die zweitstärkste Gruppe. Für Türkinnen und Türken mit Migrationshintergrund im engeren Sinne liegt der Anteil an der Wohnbevölkerung in Niedersachsen bei ungefähr 2,2 Prozent (Statistisches Bundesamt 2009 und eigene Berechnung).

### 3.6 Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus Osteuropa

Rechtlich umfasst die Gruppe der Aussiedler und Aussiedlerinnen deutsche Einwanderer, die nach 1950 aus Polen, der Sowjetunion, Ungarn und Rumänien in die Bundesrepublik Deutschland kamen (Bommes 2000). Die größte Gruppe sind die Aussiedlerinnen und Aussiedler bzw. ab 1993 als Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen bezeichnet. Aussiedlerinnen und Aussiedler unterscheiden sich grundsätzlich von anderen Migrantengruppen in der Bundesrepublik Deutschland (Greif et al. 2003:81), haben aber ähnliche Probleme bei der Akkulturation wie andere Menschen mit Migrationshintergrund (Theis 2006:18). Obwohl sie Deutsche sind "(...) durchleben doch die meisten von ihnen sozial, kulturell und mental eine echte Einwanderungssituation mit allen damit verbundenen - von den Einheimischen oft unterschätzten - Problemen" (Bade & Oltmer 2002:25f.). Die Volkszugehörigkeit spielt für Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler eine besondere Rolle. In der ehemaligen Sowjetunion hatten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler in dem sowjetischen Inlandspass den Nationalitäteneintrag "Deutsch", der Diskriminierungen und Unterdrückungen in der ehemaligen Sowjetunion zur Folge hatte (Bergner 2007:84). Somit waren sie nicht Teil der Mehrheitsgesellschaft in den ehemaligen Sowjetstaaten. Aber auch das Unverständnis der Mehrheitsgesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland gegenüber der Herkunft, Prägung und des Schicksals der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion kann zu Vorurteilen und Fehlbewertungen führen (Bergner 2007:81).

Im Gegensatz zu Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten wandern sie überwiegend im Familienverband nach Deutschland ein. Neben der Familienzusammenführung und dem Wunsch unter Deutschen zu leben ist ein Ausreisemotiv die Hoffnung auf ein besseres Leben in Deutschland. Allerdings stellen viele Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler nach der Ausreise fest, dass ihre Werte und Normen in Deutschland nicht mehr gelten oder veraltet sind. Ihre berufliche Qualifikation wird zum Teil nicht anerkannt und sie verfügen unter Umständen über unzureichende Deutschkenntnisse, was sich negativ auf ihre wirtschaftliche Situation in der Bundesrepublik Deutschland auswirken kann (Boll-Palievskaya 2005). Der Anteil an der Wohnbevölkerung auf Bundesebene beträgt 4,7 Prozent (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009). In Niedersachsen beträgt der Anteil an der Wohnbevölkerung ungefähr 2,6 Prozent, wobei hier nur die Migranten und Migrantinnen aus Polen, Rumänien und der ehemaligen russischen Föderation einbezogen wurden (Statistisches Bundesamt 2009 und eigene Berechnungen). Im Gegensatz zu den Arbeitsmigrantinnen und

Arbeitsmigranten kamen und kommen die Aussiedler und Aussiedlerinnen aufgrund ihres rechtlichen Status in die Bundesrepublik Deutschland (Bommes 2000). Die Ausreisemotive haben sich mit den Jahren geändert. Waren es Anfang der 1980er Jahre ethnische oder religiöse Ausreisemotive, so wurde die Familienzusammenführung Ende der 1980er Jahre zum Hauptausreisemotiv (Dietz & Hilkes 1992:214).



**Abbildung 13: Ausgewählte Herkunftsländer der Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen auf Bundesebene 1970-2008 (Quelle: Bundesverwaltungsamt 2008)**

Wie das Diagramm zeigt, sind in den letzten 18 Jahren starke Rückgänge bezüglich der Spätaussiedlung zu verzeichnen. Die Gesamtzahl der Aussiedlerinnen und Aussiedler entspricht ungefähr der Zahl der Personen, die aus der ehemaligen UdSSR stammen. 95 Prozent aller Spätaussiedler kommen heute aus der ehemaligen Sowjetunion (Dietz 2007:401) und nehmen daher einen besonderen Schwerpunkt bei der Integration von Migranten und Migrantinnen in die Bundesrepublik ein. Daher liegt der Fokus der weiteren Ausführungen auch hauptsächlich auf den Aussiedlern und Aussiedlerinnen aus der ehemaligen Sowjetunion.

Von 1950 bis zum Jahr 2008 wird die Anzahl der Aussiedler/Aussiedlerinnen und Spätaussiedler/Spätaussiedlerinnen in der amtlichen Statistik mit 4.499.301 Personen angegeben (Bundesverwaltungsamt 2008:5). 52 Prozent davon kamen aus der ehemaligen UdSSR. Insbesondere in den achtziger Jahren wurde den Aussiedlern und Aussiedlerinnen aus der ehemaligen Sowjetunion die Ausreise seitens der Bundesregierung und auch der Behörden in der ehemaligen Sowjetunion erleichtert (Dietz & Hilkes 1994:10). Aus Polen und Rumänien reisten ebenfalls sehr viele Aussiedler/Aussiedlerinnen nach Deutschland ein

(Aparicio et al. 2005). Polen und Rumänien haben allerdings als Herkunftsland seit den 1990er Jahren an Bedeutung verloren. Vor der Hauptausreisewelle ab den 1980er Jahren wurde die Situation der Russlanddeutschen zum Thema in der bundesdeutschen Öffentlichkeit (Hilkes 1996:151). Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern wird eine privilegierte Stellung unter den Personen mit Migrationshintergrund zugeschrieben, da sie die deutsche Staatsbürgerschaft haben und oftmals geringere Sprachprobleme als andere Migrantengruppen haben, weil sie in der Familie bzw. in der dörflichen Gemeinschaft deutsch oder einen deutschen Dialekt gesprochen haben.

### **3.6.1 Geschichte der Migration von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion**

Die Geschichte der Aussiedler und Aussiedlerinnen aus Russland geht bis ins 17. Jahrhundert zurück und fand in verschiedenen Übersiedlungswellen statt.

Unter Zar Peter I. dem Großen (1682 - 1725) wurden Offiziere, Wissenschaftler, Ärzte, Lehrer aber auch Handwerker und Baumeister aus Deutschland angeworben, um sich vornehmlich in St. Petersburg und Moskau niederzulassen. Peter der Große hatte das Ziel Russland zu einer modernen Gesellschaft zu machen, dazu benötigte er Spezialisten aus dem Ausland (Bauer 2007:15). Die Anzahl der Übersiedler und Übersiedlerinnen nach Russland war zu diesem Zeitpunkt noch nicht besonders groß. Eine größere Welle von Übersiedlern und Übersiedlerinnen setzte unter Katharina II. (1762 - 1796) ein (Boll 1993:16). Das 18. Jahrhundert war insgesamt von Wanderung geprägt. Europäische Staaten warben neue Siedler für ihre Überseegebiete und Kolonien an. Die Kolonialmächte verfügten größtenteils über eigene Untertanen, die in die überseeischen Kolonien auswanderten. Für Bewohner der deutschen Staaten war dies nicht möglich, sodass für sie die Auswanderung über die "trockene Grenze" nach Osten als attraktiv erschien (Dahlmann 1996:3). Die Zarin Katharina II. wollte durch die Besiedlung von Steppengebieten in der mittleren Wolga die Produktivität und die Wirtschaft Russlands steigern. Aus diesem Grunde wurden deutsche Übersiedler und Übersiedlerinnen mit bäuerlicher Herkunft für die mittlere Wolga-Region angeworben (Bauer 2007:15). Zu dieser Zeit waren die Gebiete, die besiedelt werden sollten, menschenleer bzw. gerade erst erobert (Dahlmann 1996:1). Die Nachfahren dieser Kolonisten zählen traditionell zu der Personengruppe der Russlanddeutschen (Hilkes 2003:55). Zahlreiche Vorteile wurden den Kolonisten eingeräumt, die als Pull-Faktoren wirkten (Dahlmann 1996:3). Unter anderem

bekamen sie steuerliche Vorteile, die für 30 Jahre gelten sollten. Die gegründeten Dörfer wurden unter Selbstverwaltung gestellt, sie wurden von dem Militärdienst befreit und ihnen wurde die Religionsfreiheit eingeräumt (Bauer 2007:15; Boll 1993:16). Außerdem wurde ihnen die freie Wohnortwahl, Berufsausbildung zugestanden und diese Vorteile sollten für alle Zeiten gelten (Dahlmann 1996:2). Ebenso wurde Land vergeben und Bauern, Gewerbetreibende und Fabrikanten bekamen zinslose Darlehen (Dahlmann 1996:2). Neben den Pull-Faktoren wirkten auf die Menschen in den deutschen Staaten auch Push-Faktoren wie absolutistische Herrscher, die hohe Abgaben und Steuern forderten sowie die religiösen Freiheiten der Menschen beschnitten (Dahlmann 1996:3). Insbesondere die Religionsfreiheit und die Befreiung vom Militärdienst waren für die Mennoniten, die den Dienst an der Waffe ablehnen, wichtige Faktoren nach Russland auszuwandern (Boos-Nünning & Karakaşoğlu 2006:60). Die deutschen Einwanderinnen und Einwanderer hatten nicht die gleiche Herkunft oder Konfession, sodass Lutheraner, Mennoniten und Katholiken auch an unterschiedlichen Orten in der südrussischen Steppe und auf der Krim siedelten (Brandes 1992:69). "Allein zwischen 1764 und 1768 zogen daraufhin 27.000 Siedler aus dem von Hungersnöten, Kriegen, Epidemien und Religionsverfolgung heimgesuchten deutschsprachigen Raum in die Wolgagebiete" (Boll 1993:16). Unter dem Zaren Alexander I. (1801 - 1825) kamen weitere deutsche Kolonisten und Kolonistinnen ins russische Reich, da sie Hunger und Krieg in ihren Heimatregionen entgehen wollten. Anders als in den vorangegangenen Übersiedlungswellen wanderten sie überwiegend in das Gebiet der heutigen Ukraine, nach Bessarabien, den Transkaukasus und die Krim (Boll 1993:16). "Die deutschen Auswanderer, die in den beschriebenen drei Schüben ins Russische Reich gekommen waren, hatten innerhalb von 100 Jahren, zwischen 1763 und 1862, mehr als 3.000 Kolonien (Dörfer) im europäischen Teil Rußlands, in Sibirien und im Kaukasus gegründet" (Boll 1993:16). Weitere Dörfer entstanden in Kasachstan und Mittelasien. "Begünstigt durch Steuer- und Militärdienstbefreiung und unterstützt durch ihre Arbeitsdisziplin und den Pioniergeist konnten die deutschen Siedler sehr bald große wirtschaftliche Erfolge erringen. Die Menschen lebten, meist nach Konfession und Mundart getrennt, in kleinen Dörfern entlang der Wolga bzw. in bislang brachliegenden Steppengebieten. Nur innerhalb der einzelnen Kolonien pflegten die Siedler einen engen Kontakt; Verbindungen zur städtischen deutschen Bevölkerung oder zu den im Baltikum lebenden Deutschen waren selten, ebenso - hier aufgrund fehlender Sprachkenntnisse - zu Russen in Nachbarorten" (Boll 1993:16). Anders als die russische Regierung es erwartet hatte, bewahrten die Siedlerinnen und Siedler die sprachliche und kulturelle Eigenständigkeit auch über Generationen hinweg (Neutatz 1996:61). Mangelnde



Einbindung in die russische Gesellschaft und wirtschaftlicher Erfolg der Kolonisten und Kolonistinnen führte zu Verunsicherungen in der russischen Bevölkerung, sodass einige Privilegien, wie Steuerfreiheit, Befreiung vom Militärdienst und die Selbstverwaltung der Dörfer im Jahre 1871 wieder abgeschafft wurden (Boll 1993:16). Mit dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges 1914 verschärfte sich die Situation in den russlanddeutschen Kolonien. Zu Beginn des Weltkrieges wurde mit Enteignungen, die durch Liquidationsgesetze legitimiert wurden, und Deportationen der Russlanddeutschen begonnen, die allerdings durch die Oktoberrevolution im Jahre 1917 wieder außer Kraft gesetzt wurden. Die deutsche Sprache wurde verboten, wie auch deutsche Schulen und Zeitungen (Bauer 2007:15). Die Oktoberrevolution sollte allerdings für die Kolonisten und Kolonistinnen keine Verbesserung ihrer Lebenssituation bringen. Der Bürgerkrieg und eine nachfolgende Hungersnot führten zu großen Verlusten unter der deutschstämmigen Bevölkerung. "Laut Volkszählung von 1926 schrumpfte die deutsche Bevölkerung, auch durch Abwanderung bedingt, innerhalb von 12 Jahren um die Hälfte, auf 1,2 Millionen" (Boll 1993:16). 1917 proklamierte Lenin die Gleichberechtigung aller Nationalitäten in der Sowjetunion, was die Hoffnung unter den Kolonisten und Kolonistinnen schürte, eine eigene autonome Republik zu gründen. An der Wolga wurden 1918 die deutschen Kolonien zur deutschen Arbeiterkommune erklärt. Die deutsche Arbeiterkommune wurde im Jahr 1924 zur Autonomen Sozialistischen Sowjetrepublik der Wolgadeutschen (ASSRdWD). In der ASSRdWD war es den Kolonisten und Kolonistinnen wieder erlaubt, die deutsche Sprache auch bei Behörden offiziell zu nutzen. Außerdem wurden deutschsprachige Zeitschriften, Hochschulen, Schulen aber auch kulturelle Angebote wie Theater gegründet. Die Kolonien bekamen auch deutsche Namen. Nachdem Stalin die Herrschaft von Lenin, nach dessen Tod, übernommen hatte, begannen die Repressalien für die Kolonisten und Kolonistinnen in den ASSRdWD. Ab 1928 forcierte Stalin die Zwangskollektivierung der Großbauern, aber auch der Bauern aus der Mittelschicht. Die sogenannten "Kulaken" wurden enteignet und danach in weniger bewohnte Gebiete, wie Kasachstan oder Sibirien deportiert. 1932/33 gab es in der Sowjetunion, insbesondere in der Ukraine, eine große Hungersnot, die dramatische Ausmaße annahm. Die Hungersnot wird teilweise mit der Zwangskollektivierung begründet, aber auch politische Hintergründe Stalins werden nicht ausgeschlossen. Die Situation für die Kolonisten und Kolonistinnen spitzte sich mit dem Einmarsch deutscher Truppen am 22. Juni 1941 zu. Die Reaktion darauf war, dass Russlanddeutsche aus dem westlichen Teil der Sowjetunion nach Sibirien, Kasachstan und Mittelasien deportiert wurden. Die Deportation überlebten sehr viele Menschen nicht und die Lebensbedingungen in den kaum besiedelten Gebieten waren äußerst

---

hart. Sie lebten in Lagern und Sondersiedlungen, aber auch in den schon besiedelten Dörfern der asiatischen Sowjetunion. Aufgrund ihrer Herkunft waren sie Diskriminierungen und Anfeindungen von der russischen Bevölkerung ausgesetzt und wurden für das unfassbare Unheil verantwortlich gemacht, dass das faschistische Regime im Zweiten Weltkrieg über die russische Bevölkerung gebracht hat (Boll 1993:16; Bauer 2007:15). Die Deportation und Enteignungen waren auch mit dem Verbot von deutschsprachigem Unterricht und der Liquidierung deutscher Kultureinrichtungen verbunden, was zu einem Sprachverlust der Russlanddeutschen führte (Bergner 2007:84). Die Russlanddeutschen wurden in der ehemaligen Sowjetunion "zu unschuldigen Opfern stalinistischer Rache" und erlitten ein schweres Kriegsfolgenschicksal (Bergner 2007:83). Erst unter Konrad Adenauer wurden 1955 diplomatische Beziehungen zur Sowjetunion wieder aufgenommen. Verhandlungen unter Adenauer führten dazu, dass die Sondersiedlungen und Straflager geöffnet wurden (Roemmich 1965). Das Präsidium des Obersten Sowjets erließ 1955 ein Dekret "Über die Aufhebung der Beschränkungen in der Rechtsstellung der Deutschen und ihrer Familienangehörigen, die sich in Sondersiedlungen befinden" (Roemmich 1965; Boll 1993:16). Allerdings war eine Rückkehr in ihre alten Siedlungen auf sowjetischem Gebiet verboten, und die Rückgabe des Besitzes wurde verwehrt. Den Deutschstämmigen wurde das Recht wieder eingeräumt, deutschsprachige Zeitungen zu veröffentlichen. In einigen Städten wurden deutschsprachige Radiosendungen gesendet und seit 1957 durften Kinder wieder muttersprachlich unterrichtet werden. Außerdem wurden zahlreiche Gerichtsverfahren von deutschen, aber auch sowjetischen Bürgern und Bürgerinnen, die unter Stalin geführt wurden, wieder aufgenommen und diese Personen wurden rehabilitiert. In den folgenden Jahren begann eine langsame Übersiedlung in die Bundesrepublik Deutschland. "Der Begriff Aussiedler wurde in den frühen 1950er Jahre geprägt, als sich die Zuwanderung deutscher Minderheiten aus Ostmittel- und Südosteuropa sowie aus der Sowjetunion nach dem Ende von Flucht und Vertreibung in den unmittelbaren Nachkriegsjahren fortsetzte" (Dietz 2007:397). Erst im Jahre 1964 nahm die Sowjetregierung in einem Dekret die pauschale Beschuldigung der Deutschen auf Kollaboration mit dem faschistischen Naziregime zurück (Roemmich 1965). Mit Unterzeichnung des Moskauer Vertrages im Jahr 1970, in dem die Bundesrepublik und die Sowjetunion sich gegenseitig um die europäische und internationale Sicherheit gemäß der Charta der Vereinten Nationen bemühen, wurde die Ausreise erstmals erleichtert (Boll 1993:20). Davor mussten in den meisten Fällen mehrere Anträge gestellt werden, um eine Ausreise in die Bundesrepublik zu bewirken (Dietz & Hilkes 1994:10). Die Bundesrepublik Deutschland unterstützte die Russlanddeutschen einerseits mit Hilfen vor Ort

und andererseits durch die Möglichkeit einer Übersiedlung und Einbürgerung (Bergner 2007:83). In den 1970er und 1980er Jahren war das Thema der Ausreise in der ehemaligen Sowjetunion tabu und wurde als Instrument der sowjetischen Propaganda genutzt, indem negative Berichte über das Leben in der Bundesrepublik Deutschland ausreisewillige Personen von ihrem Vorhaben abbringen sollten (Hilkes 2003:70). Hinzu kam, dass Russlanddeutsche, die einen Antrag auf Ausreise in die Bundesrepublik Deutschland stellten, einerseits Probleme mit den Sicherheitsorganen und Behörden bekamen und andererseits diskriminiert und beruflich degradiert wurden. Gegebenenfalls mussten sie sogar, wenn sie eine öffentliche Funktion hatten, ihren Arbeitsplatz verlassen. Von diesen Maßnahmen waren auch Familienangehörige betroffen. Die Widerstände bei der Ausreise seitens der Behörden förderten aber bei den Russlanddeutschen das Bewusstsein der deutschen Identität (Hilkes 2003:70f.). Die politischen Veränderungen durch Glasnost und Perestroika ab 1986 hatten auch Auswirkungen auf die Russlanddeutschen, die sich organisierten und ihre Identität als Russlanddeutsche wiederzugewinnen und versuchten diese zu bewahren (Hilkes 1996:153).

Bis in die 1980er Jahre wurden Aussiedler und Aussiedlerinnen bei ihrer Einreise in die Bundesrepublik Deutschland rechtlich so behandelt, als ob sie ihr Leben lang in Deutschland verbracht hätten. Für die Aussiedler und Aussiedlerinnen von 1950 bis Ende der 1980er Jahre gab es einige wohlfahrtsstaatliche Programme, die teilweise modifiziert wurden, aber im Wesentlichen folgende Bereiche umfassten: Aussiedler und Aussiedlerinnen wurden in der Arbeitslosenversicherung so behandelt, als ob sie ihr Arbeitsleben in Deutschland verbracht hätten und erhielten bei entsprechendem Nachweis Arbeitslosengeld in vergleichbarer Höhe sowie Qualifikationsmaßnahmen, um den westdeutschen Standard zu erreichen. Auch bei der Rentenversicherung wurden sie so behandelt, als ob sie ihr Leben lang in Deutschland verbracht und gearbeitet hätten. Sie hatten weiterhin direkten Zugang zur Krankenversicherung und deren Leistungen. Außerdem wurden den Aussiedlerinnen und Aussiedlern umfangreiche Bildungsprogramme, finanzielle Unterstützungen und Wohnungsbauprogramme angeboten (Bommes 2000).

Der Höhepunkt der Ausreisewelle lag in den 1980er Jahren. Ab 1990 ging die Zahl der Ausreisewilligen deutlich zurück. Diese Veränderung ist unter anderem mit dem neuen Aussiedleraufnahmegesetz (AAG) von 1990 erklärbar. Dieses trat am 1. Juli 1990 in Kraft. Von da an durften Aussiedlerinnen und Aussiedler nicht mehr mit einem Touristen- oder Besuchervisum in die Bundesrepublik einreisen und dort das Aufnahmeverfahren einleiten, sondern sie mussten im Herkunftsland den Antrag auf Aussiedlung stellen (Korte 2005:56). In dieser Zeit wurden auch die umfangreichen Programme für Aussiedlerinnen und Aussiedler

gestrichen bzw. reduziert. Wenn Aussiedler und Aussiedlerinnen keine Arbeit finden, sind sie seit 1993 nach einem halben Jahr auf Sozialhilfe angewiesen (Bommes 2000). Am 1. Januar 1993 trat das neu geregelte Kriegsfolgenbereinigungsgesetz (KfbG) in Kraft. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde davon ausgegangen, dass alle Volkszugehörigkeiten aus den Gebieten, aus denen Aussiedler und Aussiedlerinnen bis dahin kamen, wegen ihrer ethnischen Herkunft benachteiligt wurden. "Diese Annahme wurde im KfbG nur noch für Antragsteller aus den Nachfolgestaaten der UdSSR aufrechterhalten, während alle übrigen Ausreisewilligen einen individuellen Nachweis für erlittene Diskriminierung erbringen mußten" (Dietz 2007:400). Lediglich Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus der GUS, Estland, Lettland und Litauen wurde der Hintergrund von Kriegsfolgen anerkannt (Theis 2006:16f.). Außerdem wurde eine Quote festgelegt, sodass jährlich nur noch 250.000 Aussiedlerinnen und Aussiedler in die Bundesrepublik kommen durften. Diese Zahl wurde im Jahr 2000 auf 100.000 dezimiert (Dietz 2007:401). Das KfbG erkennt auch nur noch Spätaussiedler an, die bis zum 31. Dezember 1992 geboren wurden. Jüngere Personen können nur noch im Rahmen einer Familienzusammenführung in die Bundesrepublik kommen (Korte 2005:60). Ab 1996 mussten die Antragsteller und Antragstellerinnen außerdem einen Sprachtest im Herkunftsland ablegen, um ihre deutsche Volkszugehörigkeit nachweisen zu können (Dietz 2007:401, Korte 2005:61). Mit der Rechtsveränderung wurden Aussiedler und Aussiedlerinnen auch zum Teil der Migrationsproblematik (Bommes 2000).

Die Motivation für eine Migration nach Deutschland war bis in die 1990er Jahre grundlegend anders als bei den Arbeitsmigranten, die hauptsächlich eine ökonomische Motivation hatten, nach Deutschland zu kommen. Die Aussiedler und Aussiedlerinnen wollten als Deutsche unter Deutschen leben (Westphal 2003:127). Dieses Motiv deutet auf eine große Integrationsbereitschaft der Übersiedler und Übersiedlerinnen hin, allerdings steht diese positive Identifikation zur deutschen Abstammung "im Widerspruch zu den problematischen Verhältnissen vieler Bundesbürger zu ihrer durch den deutschen Nationalsozialismus diskreditierten nationalen Identität" (Theis 2006:17). Für viele Deutsche war der Verlust ihrer Muttersprache, der religiösen Bindung und der kulturellen Tradition nur durch eine Auswanderung nach Deutschland zu verhindern. Ebenso spielte eine Familienzusammenführung eine große Rolle, da Familien durch Kriegsereignisse und den späteren Eisernen Vorhang getrennt waren (Dietz 2007:399). Nach dem Zusammenbruch der ehemaligen Sowjetunion und der wirtschaftlichen Unsicherheit waren es überwiegend politische und ökonomische Motive, die zu einer Übersiedlung in die Bundesrepublik führten. Die Gründung neuer Nationalstaaten führte zu weiteren Verunsicherungen der

Russlanddeutschen (Boos-Nünning & Karakaşoğlu 2006:61). Weitere Gründe waren Familienzusammenführungen, was dazu führte, dass die Wohnorte so gewählt wurden, dass Familienangehörige und Bekannte in der Nähe wohnten (Dietz 2007:403). Die freie Wohnortwahl ist allerdings aufgrund von Verteilungsverfahren auf die einzelnen Bundesländer bei der Einreise nicht gegeben. Die Bundesländer hatten die Möglichkeit mit dem Wohnortzuweisungsgesetz, das bis Ende 2009 Gültigkeit hatte, den Aussiedlern und Aussiedlerinnen einen bestimmten Wohnort für maximal drei Jahre zuzuweisen, es sei denn, sie konnten an einem anderen Wohnort einen Arbeitsplatz nachweisen bzw. den Nachweis erbringen, dass der Lebensunterhalt an dem gewünschten Wohnort gesichert ist und sie somit nicht auf öffentliche Mittel angewiesen waren. Durch die Deportationen unter Stalin lebten Verwandte oftmals an einem Ort und dies wurde nach der Ausreise in die Bundesrepublik fortgeführt. Allerdings werden berufliche, kulturelle und soziale Bedingungen bei der Wohnortvergabe berücksichtigt, sodass in Deutschland aufgrund der Kettenwanderung die Aussiedlerinnen und Aussiedler ungleichmäßig verteilt sind und sich bestimmte Wanderungszentren gebildet haben (Westphal 2003:127).

### 3.6.2 Religiosität

Religiosität hat auch für Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler einen großen Einfluss auf ihr Leben, obwohl gerade ältere Menschen in der ehemaligen Sowjetunion keine oder eine geringe kirchliche Sozialisation erfahren haben (Boll 1992:191). Die Glaubensgemeinschaften setzen sich aus Lutheranern, Katholiken aber auch Freikirchlern wie bspw. Mennoniten, Baptisten oder Pfingstlern zusammen (Neutatz 1992:92). Eine Befragung unter Schwarzmeerdeutschen ergab, dass sich nur 3,2 Prozent als nicht gläubig bezeichneten. 37 Prozent waren katholisch und 11,6 Prozent evangelisch. Ungefähr die Hälfte (48,1 Prozent) zählte sich zu den Freikirchen. Dazu gehörten vor allem Baptisten und Mennoniten. Der hohe Anteil an Gläubigen aus Freikirchen in diesem Sample ist typisch für die Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler aus den 1970er und 1980er Jahren (Hilkes 2003:62). Zwischenzeitlich hat sich die Religionszugehörigkeit von neu eingewanderten Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern gewandelt. Im Jahr 2008 waren 35,9 Prozent der Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler evangelisch, 14,2 Prozent römisch-katholisch, 27,4 Prozent orthodox, 4 Prozent hatten ein anderes Bekenntnis und 16,3 Prozent hatten kein Bekenntnis. Über den Rest lagen keine Angaben vor (Bundesverwaltungsamt 2009 und

eigene Berechnungen). In der ehemaligen Sowjetunion mussten Russlanddeutsche ihren Glauben gegen Verfolgung und Diskriminierung behaupten (Theis 2006:13). Insbesondere die traditionell christlichen Glaubensgemeinschaften der Deutschen in der ehemaligen Sowjetunion hatten eine besondere Bedeutung beim Zusammenhalt innerhalb der Gemeinschaft (Dietz & Hilkes 1994:24f). Das religiöse Leben in der Sowjetunion fand in privaten Gottesdiensten bei Verwandten statt, es wurden Morgen- und Abendgebete gehalten und die Glaubensinhalte über mündliche Überlieferungen sowie mit bebilderten Bibeln weitergegeben (Boll 1992:191). Erst mit dem Zerfall der ehemaligen Sowjetunion und der Perestroika wurden wieder Gemeinden registriert, und die evangelisch-lutherische Kirche wurde in Russland wiedergegründet (Theis 2006:16).

Das Gruppenmerkmal der deutschen Siedler und Siedlerinnen war die Konzession und weniger die Nation, allerdings erfüllte die Konzession auch eine nationale Funktion (Neutatz 1992:92). Für Lutheraner und Katholiken bedeutet eine aktive Teilnahme an der Gemeinde hauptsächlich einen regelmäßigen Besuch der Gottesdienste. Gläubige Lutheraner führen zusätzlich zum Gemeindegottesdienst eigene Gottesdienste oder Bibelstunden durch. Dies gilt auch für Freikirchler, die die Aktivität in der Gemeinde auf den gesamten Lebenskontext beziehen (Theis 2006:227). Die fest strukturierten christlichen Religionsgemeinschaften können in der Bundesrepublik Deutschland zu Problemen bei der Integration in die Mehrheitsgesellschaft führen (Bergner 2007:81). Auf die Freikirchen soll im Weiteren kurz eingegangen werden, um deren Weltanschauung und Glauben zu veranschaulichen, weil Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler häufig in Freikirchen sind. Ein Viertel der Aussiedlerinnen und Aussiedler sind freikirchlich organisiert (Hilkes 2003:62).

Der Begriff der Freikirchen stammt aus Großbritannien und wurde im 19. Jahrhundert geprägt. Inzwischen sind diese Freikirchen Mitglieder der Vereinigung Evangelischer Freikirchen (VEF) und sind in der Bundesrepublik Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie entstanden als Protestbewegung gegen die Staatskirche und traten für die Trennung von Staat und Kirche ein (Henkel 2001:131). "Bis heute sind die Freikirchen in Deutschland kleine Kirchen, die zumindest quantitativ völlig im Schatten der Großkirchen stehen" (Henkel 2001:132).

Der Baptismus hat eine dogmatische Glaubensausrichtung. In ihm wird die Gläubigentaufe praktiziert, das heißt, die Taufe wird lediglich bei Jugendlichen und Erwachsenen durchgeführt. Die erste Gemeinde vom Baptisten wurde 1834 in Hamburg durch J. G. Oncken gegründet (Henkel 2001:132f.). Eine eigene Denomination entstand schon Anfang des 17. Jahrhunderts in England (Henkel 2001:131). In Westdeutschland lebten 1975 67.020

Gemeindemitglieder (Henkel 2001:143). In Bezug auf Russlanddeutsche ist festzustellen, dass der Baptismus in der ehemaligen Sowjetunion die größte protestantische Denomination war, was Einfluss auf die Russlanddeutschen in der ehemaligen Sowjetunion hatte (Henkel 2001:143). Henkel (2001) stellt weiter fest, dass Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler heute in eigenen Gemeindebünden organisiert sind und sich nicht vorhandenen Gemeinden in Deutschland anschließen, was die Autonomie der Ortskirchen im Baptismus widerspiegelt. Dieses Verhalten der baptistischen Gemeinden fördert nicht die Integration der Russlanddeutschen in das Gemeindeleben der Bundesrepublik Deutschland.

Die Pfingstbewegung stellt die Heiligung und die Vollkommenheit des Christen in den Mittelpunkt ihres Glaubens. Sie hat ihren Ursprung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in den USA und geht von den methodistischen Kirchen aus (Henkel 2001:163f.). Die Bewegung der Pfingstler wird sogar als eine der größten Gruppen weltweit im Protestantismus gesehen (Henkel 2001:132). Seit dem Zweiten Weltkrieg hat die Pfingstbewegung eine starke Zunahme zu verzeichnen (Elliott 1998:82). Die Pfingstbewegung entwickelte sich im Jahre 1906 in Los Angeles und schon im Jahre 1907 fanden in Kassel Predigt- und Gebetsveranstaltungen statt (Henkel 2001:164). Der Name deutet auf den Ursprung der Pfingstler hin. Zu Pfingsten empfangen die Christen die so genannte "Zungenrede" vom Heiligen Geist. Die "Zungenrede" ist die Sprache des Heiligen Geistes, die der Sprecher oder die Sprecherin nicht kennt, sondern nur diejenigen, die zur Deutung berufen sind (Elliott 1998:82). Die Pfingstbewegung hat verschiedene Richtungen, und es gibt in Deutschland keine einheitliche Pfingstkirche (Henkel 2001:165). Allerdings können die Erlösung, die Geistestaufer, die physischen und psychischen Heilungen und die Naherwartung als Grundpfeiler der Pfingstbewegung genannt werden (Henkel 2001:164). Die Mitgliederzahl der Pfingstgemeinden kann nicht genau angegeben werden, da sich einige Gemeinden nicht in einem gemeinsamen Bund befinden. 1985 wurden vom "Bund Freikirchlicher Pfingstgemeinden" (BFP) 13.000 Mitglieder angegeben. Bis 1999 stieg die Mitgliederzahl auf 32.000. Das hängt auch damit zusammen, dass sich immer mehr Gemeinden dem Bund anschließen (Henkel 2001:168).

Aus der Wiedertäuferbewegung der Reformationszeit im 16. Jahrhundert sind die Mennoniten hervorgegangen, die allerdings gegenüber den radikalen Reformern eine pazifistische Einstellung hatten (Clarke 1998:203). Ihre Namensgebung geht zurück auf den Priester Menno Simons (1496-1561), der in den Niederlanden und Nordwestdeutschland eine Gruppe anführte (Henkel 2001:178). Die Mennoniten lehnen die Taufe von Kindern ab und praktizieren die Erwachsenentaufe, außerdem stellt die Bibel für die Mennoniten die letzte

Autorität in Glaubensfragen dar (Henkel 2001:178; Clarke 1998:203). Die Mennoniten wurden in Europa wegen ihres Glaubens verfolgt, sodass viele von ihnen hauptsächlich in die USA, aber auch nach Russland auswanderten (Clarke 1998:203). Vornehmlich siedelten sie sich in der Ukraine in eigenen Kolonien, die landwirtschaftlich geprägt waren, an (Henkel 2001:179). Mit der Einwanderung der Russlanddeutschen seit 1989 steigt die Zahl der Mennoniten in Deutschland wieder an, allerdings lehnen die meisten Mennonitengemeinden der Aussiedler und Aussiedlerinnen ökumenische Kontakte mit den großen Kirchen in Deutschland ab, sodass sie sich von einheimischen Mennonitengemeinden absondern, was aber auch mit einer großen Autonomie der Ortsgemeinden zusammenhängt (Henkel 2001:181f.). Ebenso zeichnen sich die Gemeinden der Mennoniten aus der ehemaligen Sowjetunion durch hohe Besucherzahlen bei den Gottesdiensten aus, was die starke Verbundenheit mit der Kirche bei den Aussiedlerinnen und Aussiedlern ausdrückt (Henkel 2001:181).

Insgesamt gesehen haben baptistische und mennonitische Aussiedlerinnen und Aussiedler große Probleme bei der Integration in die einheimischen Gemeinden. Dies gilt auch für die Pfingstler (Henkel 2001:208).

Die religiösen Moralvorstellungen sind unter strenggläubigen Aussiedlern und Aussiedlerinnen wesentlich strenger als bei Einheimischen. Zum Beispiel stellt der Genuss von Alkohol und Rauchen eine Sünde dar, außerdem ist der offene Umgang mit Sexualität ein Tabu-Thema (Dietz & Hilkes 1994:113). Somit mussten und müssen sie sich in ein auch für sie neues politisches System und neue gesellschaftliche Verhaltensformen integrieren. Diese weichen grundlegend von dem Sozialisationsprozess der ehemaligen Sowjetunion ab, den die meisten von ihnen durchlaufen haben. "(...) die politische, soziale und kulturelle Realität der Bundesrepublik ist ihnen so gut wie unbekannt" (Dietz & Hilkes 1994:17). Dieser schwierige Prozess kann aber auch dazu führen, dass sich Aussiedler und Aussiedlerinnen in den familiären Bereich und Freundeskreis abkapseln, in dem sie bspw. auch Verständnis und Akzeptanz ihrer religiösen Überzeugung finden. Dies wird auch dadurch verstärkt, wenn sie auf Ablehnung und Ignoranz bei der einheimischen Gesellschaft stoßen (Boll 1993:21). Vielfach befinden sich Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler in einer neuen Diaspora-Situation in der Bundesrepublik Deutschland, da Deutschland für sie weder kulturell, religiös oder konfessionell eine neue Heimat darstellt und, weil viele ihrer religiösen Traditionen in Deutschland heute unbekannt sind (Theis 2006:13), die sie für deutsches Brauchtum halten. Obwohl Aussiedler und Aussiedlerinnen aus der ehemaligen Sowjetunion Deutsche sind, werden sie in der Bevölkerung als Zuwanderer wahrgenommen, was mit einem



---

Informationsmangel über die Situation und die Motive der Ausreise zusammenhängen mag (Dietz & Hilkes 1994:9f).

### 3.6.3 Soziale und familiäre Strukturen

Wie bereits erwähnt, ist die Wohnortwahl von Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion von der Nähe zu Bekannten oder Familienangehörigen beeinflusst. "Die Familie ist, für viele auch unfreiwillig, zur einzigen Bezugsgruppe geworden und nimmt eine bedeutsame Rolle für die alltägliche und emotionale Bewältigung der sich abzeichnenden Minoritätenlebenslage ein" (Westphal 2003:127). Einer der wichtigsten Gründe zur Ausreise ist daher auch die Familienzusammenführung, da viele Russlanddeutsche inzwischen Verwandte in der Bundesrepublik Deutschland haben und sie leiden unter der räumlichen Trennung, die bspw. zwischen Sibirien und der Bundesrepublik Deutschland groß ist (Hilkes 1996:157). Die Minoritätenlebenslage ist den Aussiedlern und Aussiedlerinnen schon aus dem Herkunftsland bekannt. Auch dort gehörten sie einer Minderheit an und mussten sich gegebenenfalls mit einer feindlichen oder unfreundlichen Umgebung auseinandersetzen und die Familie bedeutet auch in Deutschland Rückzugsort, Schutz und Ressource (Westphal 2003:127f.).

Die Nähe der Verwandtschaft kann die Integration in ein fremdes Land erleichtern, aber auch erschweren, wenn der Kontakt zur einheimischen Bevölkerung nicht oder nur in geringem Maße vorhanden ist. Die vorhandenen und funktionierenden Netzwerke der Familie sind bedeutend für den Integrationsprozess von Aussiedlerinnen und Aussiedlern (Boll 1993:164), können aber auch zu einer Abkapselung gegenüber der Aufnahmegesellschaft führen, da Familie, Freunde, Gemeinde, aber auch russische Medien und Konsumgüter verfügbar sind (Theis 2006:18). In einigen Städten haben sich informelle Treffpunkte für Aussiedlerinnen und Aussiedler sowie bestimmte Dienstleistungen gebildet (Hofmann 2002:201). Schon in der Bundesrepublik Deutschland lebende Verwandte und Freunde unterstützen die Neuankömmlinge, indem sie ihnen Wohnungen, Möbel oder einen Arbeitsplatz organisieren. Eine Studie zeigte, dass ebenfalls erste Kontakte über Freunde und Verwandte entstehen und diese die neu ankommenden Spätaussiedlerinnen und -aussiedler bei Behördengängen und bei Einkäufen von Nahrungsmitteln unterstützten (Boll 1992:189). Die Besonderheit dieser Personengruppe liegt darin, dass deutsche Sprachkenntnisse, wenn auch zum Teil nur rudimentär, vorhanden sind. Aus diesem Grunde spielt der Dialekt, den die Aussiedler und

Aussiedlerinnen innerhalb der Familie oder der Dorfgemeinschaft sprachen und sprechen, neben den verwandtschaftlichen Beziehungen bei dem Wunsch nach einem bestimmten Wohnort eine wichtige Rolle (Boll 1993:164).

"Aussiedlerfamilien sahen sich als Gemeinschaft, deren generationenübergreifender Zusammenhalt für die einzelnen Familienmitglieder von existenzieller Bedeutung war. Im innerfamiliären Diskurs wurde im Allgemeinen die Autorität der Eltern und Großeltern akzeptiert, und die Rollenverteilung zwischen Männern und Frauen folgt den traditionellen Mustern" (Dietz 2007:404). Die Familienstrukturen waren patriarchalisch geprägt (Steinbach 2000; Dietz & Hilkes 1994:98). Der enge familiäre Zusammenhalt wird auch dadurch verstärkt, dass Russlanddeutsche, ähnlich wie die Arbeitsmigranten aus der Türkei, überwiegend aus ländlichen Regionen der ehemaligen Sowjetunion stammen, wo die Familie bei der Versorgung und Pflege von Angehörigen eine größere Rolle spielt, als in Städten. "Es ist die Aufgabe der Familie für ihre einzelnen Mitglieder zu sorgen, und infolgedessen die pflegerische Versorgung alter Menschen und chronisch Kranker zu übernehmen" (Bauer 2007:130). In diesen agrarisch geprägten Dorfgemeinschaften hatte der Familienzusammenhalt eine größere Bedeutung. Der Familienverband, der sich in der ehemaligen Sowjetunion oftmals als Dreigenerationenhaushalt, einerseits aufgrund von Wohnraummangel andererseits aufgrund von traditionellen Strukturen in ländlichen Gebieten dargestellt hat, hat in der Bundesrepublik einen Wandel in Richtung Kernfamilie erlebt. Dabei wird in die Kernfamilie auch die Verwandtschaft, die in unmittelbarer Nähe wohnt, einbezogen (Bauer 2007:196). Da die Bundesrepublik urban und industrialisiert geprägt ist, verlangt dies von den Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern eine Umstellung ihrer gewohnten Form des Zusammenlebens.

Obwohl Aussiedler/Aussiedlerinnen bzw. Spätaussiedler/Spätaussiedlerinnen deutsche Staatsbürger/Staatsbürgerinnen sind, haben sie ähnliche Probleme wie andere Migrantinnen und Migranten. "Aussiedlerfamilien, die in den 1990er Jahren nach Deutschland kamen, wirken in sich geschlossen und nach außen hin abgegrenzt, ein Eindruck, der russische Umgangssprache in den Familien noch verstärkte" (Dietz 2007:404). Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass Russlanddeutsche sich in der ehemaligen UdSSR von der übrigen Gesellschaft abgegrenzt haben, um einer Diskriminierung des autoritären Regimes zu entgehen. Die Aussiedlerinnen und Aussiedler hatten konkrete Vorstellungen vom Leben in Deutschland, mussten allerdings feststellen, dass ihre traditionellen deutschen Sitten und Gebräuche in der Bundesrepublik nicht den heutigen Lebensstilen entsprachen. Normen und Werte wurden innerhalb der Familie vermittelt, dadurch erscheinen ihre Wertvorstellungen

sehr traditionell und veraltet (Dietz & Hilkes 1994:24f). Die Wertvorstellungen der Russlanddeutschen wirken auf die Mehrheitsgesellschaft befremdlich und führen zu einer Geringschätzung, die wiederum die Russlanddeutschen dazu veranlasst, sich in engere Lebensbezüge zurückzuziehen (Bergner 2007:86). Eine Studie zeigte, dass es in den meisten russlanddeutschen Familien strenge Maßstäbe bei der Erziehung gibt, außerdem wird die Rollenaufteilung zwischen Mann und Frau strenger gehandhabt und auch die väterliche Autorität. Körperliche Züchtigung wird als Erziehungsmaßnahme angewandt und von Kindern und Jugendlichen wird Respekt gegenüber ihren Eltern erwartet. Hintergrund dessen war, dass die Erziehungsarbeit in der ehemaligen Sowjetunion oftmals von den Großeltern geleistet wurde, die die Erziehungsmethoden, die sie vor der Verschleppung erfahren hatten, an ihre Enkelkinder und Kinder weitergegeben haben (Boll 1992:192).

Obwohl Erwerbstätigkeit in der ehemaligen Sowjetunion für Frauen Normalität war, ist das Familienbild bei den Aussiedlerinnen/Aussiedlern wie erwähnt traditionell geprägt. Die Frau verrichtete in der Familie den Großteil der Aufgaben im Haushalt (Boll 1992:192). Die Frauen in der ehemaligen Sowjetunion hatten durch Beruf und Familie eine Doppelbelastung. Bei den Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion lag die Quote der Erwerbstätigen einer Studie von Steinbach zufolge bei 90 Prozent (Steinbach 2000). Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009:31) konnte feststellen, dass die Hausfrauenquote bei Aussiedlerinnen bei 20 Prozent liegt. Frauen aus osteuropäischen Ländern hatten in der Studie "frauen leben" ein hohes Bildungsprofil und der Anteil von Akademikerinnen war hoch. Hingegen wiesen diese Frauen eine geringe Zahl von Frauen mit Ausbildungsabschluss auf (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010:6). Die Erwerbstätigkeit von Frauen in der ehemaligen Sowjetunion war unter anderem durch den Mangel an männlichen Arbeitskräften bedingt, der sich aus der zunehmenden Industrialisierung, dem Bürgerkrieg, der Deportationen, dem Zweiten Weltkrieg und die Kollektivierung der Landwirtschaft ergab. Außerdem war das Lohnniveau von Frauen geringer (Bauer 2007:172f). Aber auch die staatliche Frauenpolitik der ehemaligen Sowjetunion, die den Anspruch hatte, "alle Frauen - gleich welcher Nationalität, in ländlichen und städtischen Regionen, im europäischen sowie kaukasischen, zentralasiatischen und sibirischen Teil - unter der staatlichen Emanzipationsideologie zu vereinigen und ihre Lebensbedingungen zu verallgemeinern" (Westphal 2003:128f.), förderte die Berufstätigkeit der Frauen. Die Kinder wurden in staatlichen Organisationen, wie Horten, Kindergärten und Schulen betreut, sodass es den Frauen möglich war, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Insbesondere Frauen mit qualifizierten Berufen haben Probleme bei der Eingliederung auf dem bundesdeutschen

---

Arbeitsmarkt, da die Abschlüsse nicht anerkannt werden und sie aus diesem Grunde in niedriger qualifizierten Berufsfeldern arbeiten müssen. Oftmals entsprechen die erworbenen Qualifikationen nicht der Nachfrage auf dem bundesdeutschen Arbeitsmarkt. Nach der Segmentierungstheorie des Arbeitsmarktes kann davon ausgegangen werden, dass Aussiedlerinnen trotz hoher Qualifikation sich auf dem Arbeitsmarkt eine Erwerbstätigkeit in den unteren Segmenten suchen müssen, was häufig mit einem beruflichen und sozialen Abstieg verbunden ist (Greif et al. 2003:83). Eine Studie mit Aussiedlerfamilien, die überwiegend aus Polen, Rumänien und Ländern der ehemaligen Sowjetunion kamen, konnte zeigen, dass lediglich 32 Prozent der Frauen aus höher qualifizierten Berufsgruppen (Universitäts-/Fachhochschulabschluss und Technikerinnen/Facharbeiterinnen) ungefähr 2,3 Jahre nach der Übersiedlung in ihrer ursprünglichen beruflichen Qualifikationsgruppe geblieben sind und der Großteil von ihnen ein oder mehrere Stufen abgestiegen ist (Greif et al. 2003:100). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Studie "frauen leben". In der ersten Generation konnte festgestellt werden, dass 43 Prozent der erworbenen mitgebrachten Berufsqualifikationen nicht anerkannt wurden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010:6). Auch die Versorgung der Kinder ist in der Bundesrepublik kostenaufwendiger und nicht in ausreichendem Maße vorhanden, sodass die Hausfrauenquote in der Bundesrepublik deutlich höher ist als in der ehemaligen Sowjetunion. Zweifelsohne hat aber die Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern einen positiven Einfluss auf die Integration. "Die berufliche Integration von Aussiedlern stellt eine grundlegende Voraussetzung für ihre soziale Einbindung in die Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland dar" (Dietz & Hilkes 1994:61).

Es wird deutlich, dass bei der Integration von Aussiedlerinnen und Aussiedlern in Deutschland ähnliche Probleme, wie auch bei der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund bestehen. Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009:7) konnte allerdings feststellen, dass die Gruppe der Aussiedler und Aussiedlerinnen gute Integrationswerte aufwiesen, da sie mit einem relativ hohen Bildungsstand eingereist sind und sich um Integration bemühen. Durch einen Rechtsanspruch auf Einbürgerung sind sie gegenüber anderen Migrantengruppen der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund gleichgestellt. Außerdem erhalten sie finanzielle Hilfe, Wohnungen, Sprach- und Umschulungskurse (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009:15). Bezogen auf ihren Gesundheitszustand stellten Aparicio et al. (2005:107) fest: "Ähnlich wie bei anderen Migranten ist aber davon auszugehen, dass der Migrations- und Eingliederungsprozess selbst eine Auswirkung auf psychosomatische Gesundheitsaspekte hat".

Insgesamt konnte eine große Heterogenität der beiden Zuwanderergruppen bezüglich ihrer Motivation zur Migration, ihres Hintergrundes, der sozialen und kulturellen Ausrichtung, insbesondere bei der Religion festgestellt werden. Trotz der großen Unterschiede konnte gezeigt werden, dass sowohl bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund als auch bei Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedlern die Familie bzw. das soziale Netzwerk von großer Bedeutung ist. Wie schon an anderer Stelle gezeigt, sind Familie und soziale Netzwerke für Menschen mit Migrationshintergrund wichtig, um Unterstützung in einer ihnen fremden Kultur und Gesellschaft zu erhalten.

Da sich die vorliegende Studie auf das Bundesland Niedersachsen beschränkt, soll im Folgenden ein Überblick über die Bevölkerungsstruktur von Migrantinnen und Migranten sowie deren sozioökonomischer Status in Niedersachsen gegeben werden.

## 4 Migration in Niedersachsen

Migration gehört zum heutigen Bundesland Niedersachsen und prägte die Geschichte dieser Region. Zum einen sind die Nachfahren der deutschen Auswanderer des 19. Jahrhunderts auf der ganzen Welt zu finden, andererseits haben Zuwanderinnen und Zuwanderer aus unterschiedlichen Ländern in Niedersachsen eine neue Heimat gefunden (Bade & Oltmer 2002:11).

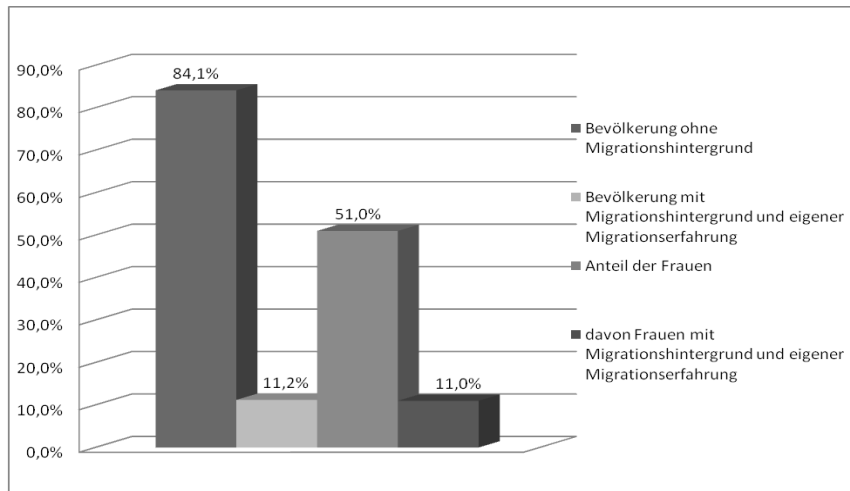
Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist Niedersachsen ein "Mittelfeld-Land". Dies konnte eine Studie belegen, die ungefähr 100 Indikatoren, wie bspw. das Bruttoinlandsprodukt, die Kaufkraft oder die Kindertagesstättenbetreuungsquote der einzelnen Bundesländer auswertete (Initiative für Neue Soziale Marktwirtschaft & WirtschaftsWoche 2011). Das bedeutet, dass Ergebnisse, die in Niedersachsen ermittelt werden, in etwa dem Durchschnitt aller Bundesländer entsprechen. Dies ist auch für die weitere Analyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen von Bedeutung.

### 4.1 Bevölkerungsstruktur in Niedersachsen

Grundlage für die Darstellung der Bevölkerungsstruktur in Niedersachsen sind, wie auf Bundesebene, die Jahre 2005-2008.

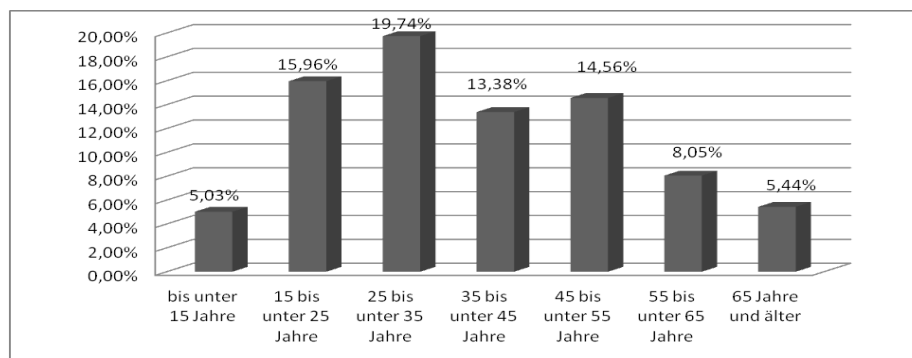
Insgesamt lebten in Niedersachsen im Jahr 2005 8.000.100 Menschen, davon hatten 1.279.000 Bewohner und Bewohnerinnen einen Migrationshintergrund im weiteren Sinne (Statistisches Bundesamt 2009). Das entsprach 16 Prozent der Wohnbevölkerung Niedersachsens.

908.000 Personen lebten in Niedersachsen mit eigener Migrationserfahrung, gehörten also der ersten Generation der Migranten und Migrantinnen an. Das entsprach 11,4 Prozent und lag somit geringfügig unter dem Anteil von ungefähr 13 Prozent auf Bundesebene (Statistisches Bundesamt 2010). 484.000 (6,1 Prozent) davon waren Deutsche mit eigener Migrationserfahrung, darunter befanden sich 336.000 Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen. Der Anteil der Ausländer/Ausländerinnen mit eigener Migrationserfahrung betrug 5,3 Prozent, das entsprach 425.000 Personen. Unter den Ausländern/Ausländerinnen waren 81.000 Menschen aus der Türkei (19 Prozent). Abgesehen von Ausländerinnen und Ausländern aus den EU-Ländern und den anderen europäischen Staaten, hatten sie den größten Anteil (Statistisches Bundesamt 2009).



**Abbildung 14: Bevölkerungszusammensetzung nach Migrationshintergrund und Geschlecht in Niedersachsen 2005 (Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik 2007 (a))**

Der Anteil der Frauen mit eigener Migrationserfahrung lag 2008 in Niedersachsen bei 11,3 Prozent, das entsprach einem geringfügigen Anstieg zum Jahr 2005. Von den 461.000 Frauen, die 2008 in Niedersachsen einen Migrationshintergrund mit eigener Migrationserfahrung hatten, waren 211.000 Ausländerinnen (45,8 Prozent). 39.000 Ausländerinnen kamen aus der Türkei, 22.000 kamen aus Polen, 15.000 aus der Russischen Föderation und 7000 aus der Ukraine. Für Rumänien lagen keine Angaben vor (Statistisches Bundesamt 2010). 175.000 von 249.000 Deutschen mit eigener Migrationserfahrung waren Spätaussiedlerinnen (Statistisches Bundesamt 2010). Das entsprach 70 Prozent.

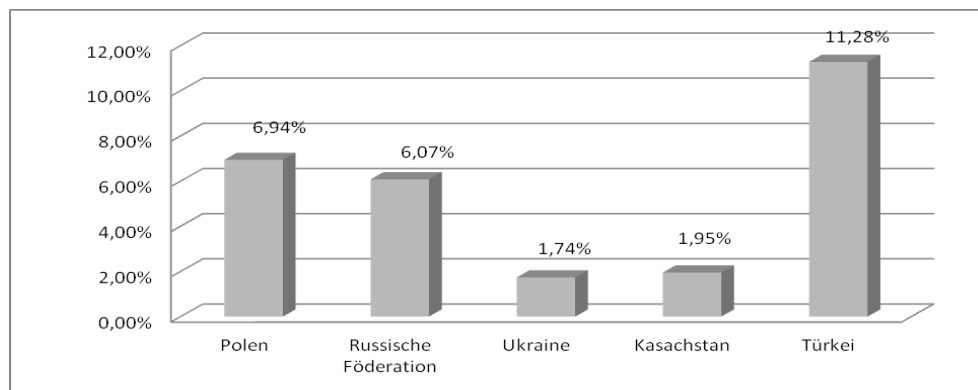


**Abbildung 15: Anteile von Frauen mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung nach Altersgruppen in Niedersachsen 2005 (Quelle: Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010 (a) und eigene Berechnungen)**

Es fällt auf, dass insgesamt die Anteile von Frauen zwischen 15 und 45 Jahren in der ersten Generation von Frauen mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung hoch waren. 2005 lebten 1.563.000 Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren in Niedersachsen.

Davon hatten 249.520 Frauen einen Migrationshintergrund und eine eigene Migrationserfahrung. In dieser Altersgruppe entsprach der Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung 15,96 Prozent (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010 (a) und eigene Berechnungen).

Es wird deutlich, dass Frauen mit Migrationshintergrund mit eigener Migrationserfahrung in der reproduktiven Lebensphase zwischen 15 und 45 Jahren mit einem Anteil von fast 16 Prozent in Niedersachsen nicht unbedeutend sind.



**Abbildung 16: Anteil der Frauen nach ausgewählten Herkunftsländern in Niedersachsen 2008 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2010)**

Abbildung 16 zeigt ausgewählte Herkunftsländer der Frauen im Jahr 2008 in Niedersachsen. Es handelt sich dabei um die Anzahl der Frauen mit eigener Migrationserfahrung, unterschieden wurde dabei nicht zwischen deutscher oder ausländischer Staatsangehörigkeit. Dabei wurden wiederum die Länder so ausgewählt, dass sie dem Studiendesign entsprechen.

Da in der Statistik nicht alle Länder, die in dem Perinatalbogen angegeben werden, explizit aufgeführt sind, beschränken sich die Angaben auf die oben angegebenen Länder.

Über 23 Prozent der Menschen in Niedersachsen 2005, die in Familien mit Kindern unter 18 Jahren lebten, hatten einen Migrationshintergrund. Dabei wurden auch Lebensgemeinschaften und Alleinerziehende in die Berechnungen einbezogen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2009).

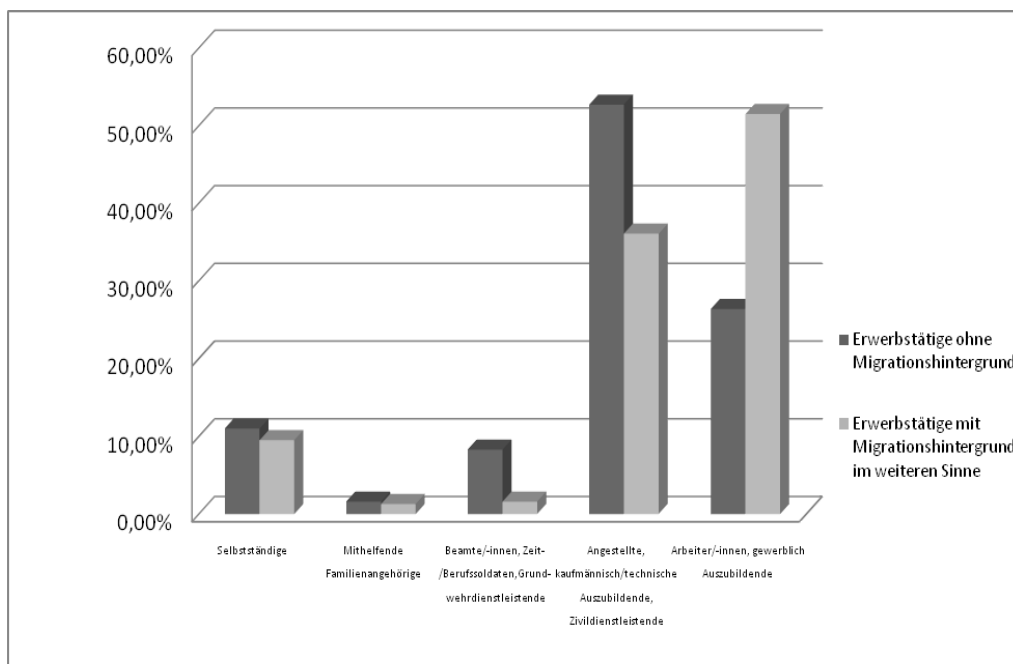


## 4.2 Sozioökonomischer Status von Menschen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen

Wie gezeigt haben auch soziale Faktoren Einfluss auf die Gesundheit. Dazu zählt auch der Faktor "Armut", der durch bestimmte Lebensumstände begünstigt wird. "Dazu gehören vor allem Alter (Kinderarmut, Altersarmut), Qualifikation (niedrige Qualifikation als Armutsrisiko), Familienstrukturen (z. B. Alleinerziehende), Nationalität und natürlich Erwerbstätigkeit bzw. Erwerbslosigkeit" (Niedersächsisches Landesamt für Statistik 2008:662). Im Jahre 2007 waren in Niedersachsen 14,6 Prozent von Armut gefährdet. Dabei muss beachtet werden, dass die Armutsgefährdung nach Berechnungen des Nationalkonzeptes, für das andere Einkommensgrenzen verwendet werden, der Prozentsatz, der von Armut gefährdeten Menschen in Niedersachsen bei 15,3 Prozent liegen würde. Auf Bundesebene waren es 2007 14,2 Prozent der Bevölkerung, die von Armut bedroht waren (Niedersächsisches Landesamt für Statistik 2008). 2009 lag die Armutsrisikoschwelle bei 790 Euro. Insgesamt ist die Armutsgefährdungsquote leicht gesunken (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010 (b)). Das Niedersächsische Landesamt für Statistik (2008:667) hat die Armutsgefährdung von Ausländern und Deutschen verglichen. "Diese bringt einen deutlichen Unterschied zutage: Ausländer (im rechtlichen Sinne) sind überproportional stark von Armut betroffen. Knapp 40 % der ausländischen Mitbürger waren 2007 armutsgefährdet, 12,1 % lebten sogar in strenger Armut (...). Dagegen betrug die erste Quote für die deutsche Bevölkerung 12,8 %, also weniger als ein Drittel derjenigen für die Ausländer, der Anteil der in strenger Armut lebenden gerade einmal 2,9 %." Die Zahlen verdeutlichen, dass Ausländer in Niedersachsen häufiger und in stärkerem Maße von Armut bedroht sind als die deutsche Bevölkerung. Aktuelle Zahlen, die zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund differenzieren, zeigen ähnliche Ergebnisse. Für Personen mit Migrationshintergrund lag die Armutsgefährdungsquote 2009 bei 29,7 Prozent und ist mehr als doppelt so hoch wie für Personen ohne Migrationshintergrund, die 2009 eine Armutsgefährdungsquote von 11,5 Prozent hatten (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010 (c)). Für Frauen insgesamt lag die Armutsgefährdungsquote 2009 bei 15,2 Prozent und für Männer bei 14,0 Prozent (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010 (c)). Im Jahr 2005 lebten in Niedersachsen 147.000 Familien mit Kindern, die über ein monatliches Nettoeinkommen von unter 1300 Euro verfügten. Ein Drittel dieser Familien hatte einen Migrationshintergrund. Hingegen verfügten im gleichen Jahr 297.000 Familien in

Niedersachsen über ein monatliches Nettoeinkommen von über 3200 Euro. Lediglich ca. 8 Prozent der Familien mit einem hohen Nettoeinkommen hatten einen Migrationshintergrund (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2009). 598.000 Menschen erhielten im Jahr 2005 in Niedersachsen Transfer- und Versicherungsleistungen, durch die sie überwiegend ihren Lebensunterhalt bestritten. 192.000 hatten einen Migrationshintergrund, was etwa einem Drittel entspricht. Auch bei den Frauen hatte ungefähr ein Drittel der Bezieherinnen von Transferleistungen einen Migrationshintergrund. Zu den Transfer- und Versicherungsleistungen gehören unter anderem "Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und andere Hilfen in besonderen Lebenslagen (...), Leistungen nach Hartz IV (...), Arbeitslosengeld I, Sonstige Unterstützungen (...) und Elterngeld, Erziehungsgeld" (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2009:397).

Die folgende Abbildung zeigt die Unterschiede zwischen den Berufen von Menschen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne und ohne Migrationshintergrund in Niedersachsen auf.



**Abbildung 17: Erwerbstätige nach Beruf und Migrationshintergrund in Niedersachsen 2005 (Quelle: Niedersächsisches Landesamt für Statistik 2007 (b))**

Auffallend ist, dass der überwiegende Teil der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund, ähnlich wie auf Bundesebene, im Jahr 2005 als Arbeiter/-innen und gewerblich Auszubildende (51,5 Prozent) beschäftigt waren. Der Anteil der Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund betrug für diesen Erwerbsbereich 26,4 Prozent. Bei den

Erwerbstätigen ohne Migrationshintergrund waren 52,7 Prozent als Angestellte, kaufmännisch/technische Auszubildende beschäftigt. Der Anteil der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne lag bei 36,1 Prozent. Unter den Beamten und Beamtinnen waren Menschen mit Migrationshintergrund deutlich unterrepräsentiert. Die Angaben zur Erwerbstätigkeit zeigen, dass Erwerbstätige mit Migrationshintergrund hauptsächlich im gewerblichen Bereich als Arbeiter bzw. Arbeiterinnen tätig sind. Da die Erwerbslage eines Menschen Einfluss auf finanzielle Ressourcen hat, kann davon ausgegangen werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger armutsgefährdet sind als Menschen ohne Migrationshintergrund.

Bei der Schulbildung zeigten sich auch in Niedersachsen deutliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Insgesamt hatten im Jahr 2005 245.000 Menschen in Niedersachsen keinen allgemeinen Schulabschluss. Über 52 Prozent von ihnen hatten einen Migrationshintergrund (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2009). Der Anteil lag deutlich höher als der Bevölkerungsanteil von Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen.

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Menschen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben als Menschen ohne Migrationshintergrund. Insbesondere sind sie häufiger von Armut bedroht und müssen Transfer- oder Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen, um den Lebensunterhalt ihrer Familie zu bestreiten. Hinzu kommt, dass sie häufiger in niedriger entlohnten Berufen tätig sind. Auch beim Schulabschluss zeigte sich, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufiger über keinen Schulabschluss verfügen, der Grundlage für eine Ausbildung und eine spätere Erwerbstätigkeit ist.

Die vorangegangenen Kapitel haben einen ausführlichen Überblick über die soziale Lage von Menschen mit Migrationshintergrund gegeben. Außerdem wurde ein Einblick über die historische Entwicklung der Migration in die Bundesrepublik Deutschland für die zwei Fokusgruppen gegeben.

In den folgenden Kapiteln wird ein Überblick über den Forschungsstand zur Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe in der Bundesrepublik Deutschland gegeben. Im Zuge der Darstellung der Studien werden auch kulturelle Besonderheiten dargestellt, die bei der Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund von Bedeutung sind. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf der Schwangerschaftsvorsorge und dem Frühgeburtsrisiko von Schwangeren mit Migrationshintergrund liegen.

## **5 Forschungsstand: Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe in der Bundesrepublik Deutschland**

### **5.1 Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe**

Im Zuge der Familienzusammenführungen wurden erstmals in den 1980er Jahren gesundheitswissenschaftliche Studien zur Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe durchgeführt (Borde & David 2007:426). Ältere Studien zu Perinataldaten sowie Schwangerschaftsergebnissen von Einheimischen und Migrantinnen zeigten zum Teil kontroverse Ergebnisse (Bollini 2000:197). Die Erklärungsansätze für das schlechtere geburtshilfliche Outcome von Frauen mit Migrationshintergrund sind mannigfaltig und müssen im Zusammenhang mit vielen Faktoren gesehen werden. Schwangerschaft und Geburt eines Kindes gehören zu den besonders sensiblen Lebensphasen einer Frau, die physische als auch psychische Veränderungen mit sich bringen. Insbesondere problematische Lebensumstände können sich sowohl negativ auf die werdende Mutter als auch auf das ungeborene Kind auswirken. Auch die Entwurzelung durch die Migration und Isolation oder Diskriminierung im Aufnahmeland können sich negativ auf die Schwangerschaft und Geburt auswirken. Außerdem wurde in früheren Studien ein nicht ausreichender Zugang zu Gesundheitsdiensten als Grund für die vulnerable Lage von Migrantinnen gesehen (Bollini 2000:197f.). In der Schwangerschaft können sich auch Gefühle der kulturellen Zerrissenheit potenzieren (Remberg 1999), was unter Umständen den Schwangerschaftsverlauf negativ beeinflussen kann. Aber nicht ausschließlich Faktoren, die sich durch die Migration auf die Schwangerschaft auswirken können, haben auf den Geburtsverlauf von Frauen mit Migrationshintergrund Einfluss. Für jede Frau ist die Geburt eines Kindes ein einzigartiges Ereignis und wird unterschiedlich erlebt. Die physiologischen Vorgänge einer Schwangerschaft und Geburt unterscheiden sich nicht, sind "jedoch auf Grund kultureller Prägungen in unterschiedliche Bräuche und Erklärungsmuster eingebettet" (Jörg 2000) in denen die Schwangere aufgewachsen ist und in denen sie jetzt lebt (Greene 2007). Außerdem wird weltweit "die Geburtshilfe (...) überall von den Beteiligten anders beeinflusst und organisiert" (Kuntner 2007:440). Die Geburtshilfe in den Herkunftsländern der Frauen mit Migrationshintergrund kann unter Umständen anders organisiert sein als in der Bundesrepublik Deutschland, da die Geburtssysteme durch "soziale, ökologische, historische, religiöse, politische und medizinische Faktoren geprägt" werden (Kuntner 2007:440).

Wie in vorangegangenen Kapiteln gezeigt, sind Frauen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland nicht unbedeutend für das klinisch-geburtshilfliche Setting und ihre Betreuung und Behandlung gehört zum klinischen Alltag (David & Ilkilic 2010). Dazu tragen die höheren Fertilitätsraten von Frauen mit Migrationshintergrund bei. Der Anteil der Migrantinnen unterscheidet sich je nach Standort und Einzugsgebiet des Krankenhauses bzw. der Praxis (David 2001:207). Aufgrund der gestiegenen Anzahl von Frauen mit Migrationshintergrund in der Geburtshilfe, die im klinisch-geburtshilflichen Setting keine Minderheit ist, benötigt die Gesundheitsversorgung auch in diesem Bereich in der Bundesrepublik Deutschland "transkulturelle Ansätze und interkulturelle Kompetenz" (Binder-Fritz 2009:37) (vgl. Kapitel 3.4.4.1). Frauen mit Migrationshintergrund stellen in der Geburtshilfe eine vulnerable Gruppe dar, der Beachtung geschenkt werden muss, um Schwangerschaftsrisiken wie bspw. Frühgeburtlichkeit zu vermeiden. Eine nicht ausreichende Versorgung in der Schwangerschaft ist insbesondere bei Frauen zu beobachten, die aus einer ungesicherten sozialen Lage kommen (Urbschat 1999:6), zu denen auch Frauen mit Migrationshintergrund zu zählen sind. Unter anderem werden Vorsorgeuntersuchungen von Frauen mit Migrationshintergrund seltener oder gar nicht wahrgenommen, was zu einem verspäteten Erkennen gravierender Krankheiten und einem damit verbundenen späteren Behandlungsbeginn führen kann (David et al. 1997(b)). "Der Gesundheitssituation der Mütter mit Migrationshintergrund (...) sollte mehr Aufmerksamkeit zugewendet werden, denn sie erhalten die Gesundheit der Familien" (Collatz 2008:147).

Insbesondere Flüchtlinge und Asylbewerberinnen, deren Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik Deutschland nicht sicher ist, sind durch eine Schwangerschaft und eine Geburt zusätzlich belastet (Remberg 1999), was sich unter Umständen negativ auf das geburtshilfliche Outcome auswirken kann. Eine besondere Gruppe unter den Schwangeren mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus sind die Frauen, die sich ohne gültige Papiere in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Über sie gibt es nur wenige Informationen, da sie sich oft im Verborgenen aufhalten. Finanzielle Gründe ermöglichen es ihnen nicht immer Vorsorgeuntersuchungen machen zu lassen oder die Supplementierung mit Jod und Folsäure durchzuführen, um schwerwiegende Schädigungen für das Kind zu vermeiden. Außerdem besteht bei der Betreuung während der Schwangerschaft und der Geburt die Gefahr entdeckt zu werden. Daher entbinden Frauen mit Migrationshintergrund größtenteils ohne fachliche Hilfe, da sie Angst vor Entdeckung haben. Nach der Geburt besteht die Schwierigkeit darin, das Kind beim Standesamt anzumelden. Mit der Anmeldung würde der Aufenthaltsstatus der Mutter überprüft und ihr würde die Abschiebung drohen. Ohne Geburtsurkunde steht die

Mutter aber immer in der Beweispflicht, dass es sich um ihr Kind handelt (Tolsdorf 2009:86ff.). Aufgrund der vielfältigen Probleme, die eine Schwangerschaft und eine Geburt mit sich bringen kann, entscheiden sich viele Migrantinnen ohne gültige Papiere für eine Abtreibung (Tolsdorf 2008:150).

Im Weiteren soll auf soziokulturelle Unterschiede bei der gynäkologischen Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund eingegangen werden. Insbesondere wird auf Frauen mit türkischem Migrationshintergrund Bezug genommen, weil einerseits die Studienlage für diese Frauen in Deutschland gut ist und andererseits ihr kultureller und religiöser Hintergrund besondere Bedeutung für die Gynäkologie und Geburtshilfe hat.

## **5.2 Soziokulturelle Unterschiede bei der gynäkologischen und geburtshilflichen Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund**

Bei den soziokulturellen Unterschieden gynäkologischer und geburtshilflicher Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund gibt es Zusammenhänge. Dennoch sollen im Folgenden die gynäkologische und die geburtshilfliche Behandlung der Übersicht halber gesondert dargestellt werden. Zunächst soll auf allgemeine Unterschiede bei der Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund eingegangen werden, die sich bspw. im Klinikalltag bemerkbar machen. Größtenteils sind diese Aspekte nicht ausschließlich auf den gynäkologischen Bereich zu begrenzen: bei der gynäkologischen Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund können jedoch besondere Anforderungen notwendig werden, da dieser Bereich für viele Frauen mit Migrationshintergrund mit Scham besetzt ist und Sexualität zu den Tabubereichen gehört.

### **5.2.1 Kulturelle Unterschiede von Frauen mit Migrationshintergrund bei der medizinischen Behandlung**

In einer Befragung zur Zufriedenheit der Patientinnen in einer Berliner Frauenklinik wurde dargestellt, dass neben universellen Erwartungen, wie unter anderem die fachliche Kompetenz und Qualifikation von Ärzten und Pflegekräften, einer genauen Untersuchung und Behandlung, Sicherheit und moderne medizinische Einrichtungen, die sowohl für deutsche

Frauen als auch für türkischsprachige Patientinnen von großer Bedeutung waren, für Frauen mit Migrationshintergrund insbesondere eine gute sprachliche Verständigung, die Akzeptanz kultureller Besonderheiten und die Gleichbehandlung gegenüber deutschen Patientinnen in der stationären Versorgung wichtig war. Es stellte sich heraus, dass Migrantinnen insbesondere mit der Verpflegung, der Berücksichtigung migrationsspezifischer Bedürfnisse, der psychosozialen Betreuung und der Aufklärung unzufrieden waren. Die größere Bedeutung der sozialen Unterstützung wird auf ein stärker erlebtes Gefühl von Hilflosigkeit im Klinikalltag zurückgeführt (Borde et al. 2002). Borde et al. (2002) konnten feststellen, dass bessere Deutschkenntnisse mit der Zufriedenheit über die Aufklärung korrelieren, aber die Unzufriedenheit mit einer deutschen Vergleichsgruppe war trotzdem fünfmal höher. Sie führten dies auf einen Mangel an türkischsprachigem Personal, Dolmetschern und/oder Informationsmaterial in türkischer Sprache zurück (Borde et al. 2002).

Zwei bedeutende Aspekte sind bei der Betreuung, Versorgung und der Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund zu beachten.

Wie im Kapitel 3.4.4.2 schon ausführlich erwähnt, sind Kommunikationsprobleme und mangelnde Sprachkenntnisse wesentliche Barrieren bei der Behandlung von Migrantinnen. An dieser Stelle soll gezeigt werden, welche Mittel eingesetzt werden, um eine Kommunikation zwischen Klinikpersonal und Patientin zu ermöglichen und welche Probleme damit insbesondere für Frauen verbunden sind. Für die Kommunikation zwischen Klinikpersonal und Patientin werden unter Umständen im Klinikalltag Familienangehörige, Zimmernachbarinnen oder Reinigungspersonal zum Dolmetschen eingesetzt, um eine Verständigung zu ermöglichen und eine Beziehung zur Patientin aufzubauen. Aufgrund von geringen Übersetzungskompetenzen, Parteilichkeit, Schamgefühl oder um Patientinnen nicht unnötig zu belasten, können wichtige Informationen verschwiegen oder nicht richtig übersetzt werden, was dazu führen kann, dass die Autonomie der Patientin beeinträchtigt wird (Boll-Palievskaya 2009; Sinemillioglu 2010; David & Ilkilic 2010). Auch Kinder der Patientinnen werden als DolmetscherInnen eingesetzt, was zu Problemen führen kann, da "die Kommunikationsinhalte des medizinischen bzw. rechtlich-administrativen Bereichs meist außerhalb des Erfahrungs- und sprachlichen Ausdruckshorizonts von Kindern im schulpflichtigen Alter" (Pfabigan 2009:82) liegen. Für die Frauen und deren minderjährigen Kinder ist es zum Teil auch nicht üblich bspw. über gynäkologische Themen zu sprechen, da diese ein Tabubereich sind. Nicht nur der Einsatz von Kindern als Dolmetscher ist problematisch, sondern auch für erwachsene Familienangehörige ist es schwierig, die Neutralität bei der Übersetzung zu wahren. Es soll an dieser Stelle nicht in Abrede gestellt

werden, dass Zufalls-DolmetscherInnen äquivalente Übersetzungsleistungen ermöglichen (Uluköylü 2009:125), aber nicht alle Menschen, die zwei Sprachen sprechen, besitzen auch die Kompetenz zum Dolmetschen, da "für das Gelingen einer Kommunikation zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den PatientInnen nicht nur einzelne Elemente wie Sprache, Kultur oder das Wissen über medizinische Sachverhalte entscheidend sind, sondern dass eine erfolgreiche Kommunikation nur als Wechselspiel aller dieser Elemente als Ganzes zustande kommen kann" (Uluköylü 2009:130). Hinzu kommt, dass Kommunikationsprobleme als das Problem der Migrantinnen und Migranten dargestellt werden und Ursachen, die beim Personal liegen könnten oder strukturell bedingt sein könnten, wie bspw. Zeitmangel, keine Beachtung finden (Knipper & Bilgin 2010). Außerdem führen mangelnde Deutschkenntnisse der Patientinnen dazu, dass Aufklärungsgespräche nicht richtig verstanden werden. Aus Angst vor dem Unmut des Arztes und dem Gefühl, dass dieser im Zeitdruck ist, wurde das Unverständnis von Aufklärungsgesprächen seitens der Patientinnen verschwiegen (David & Ilkic 2010). "Bei den ausländischen Patienten führen diese Mißverständnisse (...) zum Rückzug und zur Isolation" (Collatz 1986:69). Aus diesem Grunde sollte ein professioneller neutraler Dolmetscher/eine professionelle neutrale Dolmetscherin gewählt werden (Jundt & Friese 2006), um komplexe medizinische Sachverhalte richtig und wertneutral wiedergeben zu können und eine kulturelle Verständigung zwischen medizinischem Personal und Patientinnen zu ermöglichen (Uluköylü 2009:125).

Andererseits ergeben sich bei der Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund soziokulturelle Unterschiede, insbesondere wenn unterschiedliche religiöse und kulturelle Wertvorstellungen, die die meisten Migrantinnen in ihrem Herkunftsland erworben haben (Theis 2006:226), vorhanden sind und diese eine optimale Versorgung erschweren (David & Ilkic 2010). Einige kulturelle Verschiedenartigkeiten können nicht immer vom medizinischen Personal erkannt werden, wie bspw. ein Händedruck zur Begrüßung durch einen männlichen Arzt, der eventuell von einer Muslima als eine Verletzung wahrgenommen werden könnte, da der Koran betont, dass körperlicher Kontakt zu Fremden eines anderen Geschlechtes vermieden werden sollte sowie die Blöße von anderen zu betrachten bzw. durch eigenes Verhalten fremde Blicke auf sich zu lenken (Anegg-Moazedı 2009:181f; David & Ilkic 2010). Auch an dieser Stelle soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass Religionszugehörigkeit und kulturelle Wertvorstellungen differenziert betrachtet werden müssen, da individuell große Unterschiede in der Lebensgestaltung von Patientinnen mit Migrationshintergrund bestehen können. Manche muslimischen Patientinnen haben ein vereinfachtes Bild von Krankheit. Dabei steht die Schwere der Krankheit im Vordergrund und



nicht einzelne Symptome (Anegg-Moazedi 2009:180). Muslimische Patientinnen sehen eine Krankheit eher ganzheitlich und nicht nur als eine auf ein Organ begrenzte Erkrankung, die das gesamte körperliche, seelische und soziale Befinden beeinflussen kann (Jundt & Friese 2006). Außerdem werden Krankheiten erst wahrgenommen, wenn Störungen auftreten, die als Krankheitszeichen empfunden werden, wie bspw. Schmerzen oder offensichtliche körperliche Veränderungen (Grottian 1985:286). Ursachen von Krankheiten und Beschwerden werden bei muslimischen Patientinnen auf "exogene" Faktoren oder "schwache Nerven" zurückgeführt (Anegg-Moazedi 2009:181). Daher ist es bspw. für Frauen schwierig, die überwiegend von der muslimischen Kultur geprägt sind, Stoffwechselprozesse zu verstehen (Grottian 1985:287). Aber auch bei Migrantinnen und Migranten aus anderen südeuropäischen Ländern werden Einflüsse wie Luft, Wasser, der "böse Blick" oder magische Einflüsse für eine Krankheit verantwortlich gemacht (Berg 1998:87). Der "böse Blick" ist im Mittelmeerraum verbreitet und wird dort "unter anderen für seelische Störungen, körperliche Missempfindungen sowie Fruchtbarkeits- und Schwangerschaftsprobleme verantwortlich gemacht" (Razum et al. 2004:A2886). Die Migration an sich und die veränderte gesellschaftliche Situation können zu psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen führen, die allerdings an die Patientin schwer zu vermitteln sind (Anegg-Moazedi 2009:181). Auch bei der Gabe von Medikamenten im heiligen Monat Ramadan, in dem von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang keine Nahrung aufgenommen werden darf, kann es zu Konflikten kommen. Die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, Infusionen, Injektionen oder künstliche Ernährung sind bei strenger Einhaltung der Fastenregeln normalerweise nicht erlaubt, aber kranke Personen sind von der Fastenpflicht ausgenommen (David & Ilkilic 2010). Vom medizinischen Personal sind Sensibilität und Verständnis für die Kultur und Tradition gefordert, um gegebenenfalls die Behandlung auf die kulturellen Bedürfnisse und persönlichen Wünsche einer Patientin anzupassen (Anegg-Moazedi 2009:181; David & Ilkilic 2010). Bei der Erstellung von einem Behandlungsplan für Muslimas können kulturelle Unterschiede, wie das Verbot von Schweinefleisch oder dem ausschließlichen Verzehr von Speisen, die Halal sind, die Behandlung schwieriger gestalten, da dies unter anderem bei der Zusammensetzung der Medikamente beachtet werden muss. Die Religiosität spiegelt sich auch bei der Behandlung von Muslimas wider. Neben Familienangehörigen wird bei türkischen Patientinnen und Patienten gegebenenfalls auch ein Imam zur Entscheidungsfindung herangezogen (Jundt & Friese 2006). Unter anderem stellt sich die Behandlung einer muslimischen Patientin durch einen männlichen Arzt als problematisch dar (Anegg-Moazedi 2009:181; Cassar 2006). Aus Sicht der behandelnden Ärzte gehen die

türkischen Patientinnen davon aus, dass der Arzt über das Leiden der Patientinnen Bescheid wissen muss, auch ohne eine körperliche Untersuchung durchgeführt zu haben (Zink 1985:353f.). Eine körperliche Untersuchung ist im Islam allerdings nicht untersagt. Der Krankheitsfall setzt aber islamische Regeln des Alltagslebens vollständig oder teilweise außer Kraft, sodass eine Untersuchung in einer Notlage problemlos durchgeführt werden kann (Anegg-Moazedı 2009:182; Cassar 2006).

### **5.2.2 Gynäkologische Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund**

Wie an anderer Stelle gezeigt, stellen sich Frauen mit türkischem Migrationshintergrund als eine sehr heterogene Gruppe mit verschiedenen Glaubensrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland dar. Die Ergebnisse einer Studie zeigten, dass lediglich 4,1 Prozent der türkischstämmigen Patientinnen einen Gynäkologen zur Behandlung bevorzugen würden, wohingegen es bei den deutschen Patientinnen 17,2 Prozent waren. Bei den türkischstämmigen Frauen, die eine starke Religionsverbundenheit angegeben haben, würden 92 Prozent eine Gynäkologin bevorzugen (David 2001:200). Es zeigt sich also, dass eine starke Religionsverbundenheit bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund Einfluss auf die Wahl des Geschlechts des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin hat. Daher werden im Folgenden einige kulturelle Unterschiede, die sich vornehmlich auf den Islam beziehen, dargestellt.

Trotzdem sollte eine gynäkologische Untersuchung einer muslimischen Frau, die nicht unbedingt zu einer Notsituation gehört - wenn dies ausdrücklich gewünscht wird - nach Möglichkeit von einer Ärztin durchgeführt werden (Anegg-Moazedı 2009:183), damit die Untersuchung für die Patientin nicht peinlich, unangenehm oder beschämend ist (Cassar 2006). Allerdings sollte das Verhalten von Patientinnen mit türkischem Migrationshintergrund nicht mit dem Islam gleichgesetzt werden, sondern die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen die Frauen leben, sind "seit Jahrhunderten wirkende patriarchale Gesellschaftsstrukturen, komplexe Ehr- und Schamkonzepte, welche die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Frauen maßgeblich prägen" (Baumgartner Biçer 2007:72).

Unter anderem sind weitere kulturelle Traditionen von Bedeutung: Im Islam hat die Jungfräulichkeit unverheirateter Frauen einen großen Wert, die Mutterrolle ist bedeutsam und

das Fürsorgerecht des Ehemannes sollte beachtet werden (Anegg-Moazedi 2009:181). Bei gynäkologischen Untersuchungen sollte daher eine Hymenperforation vermieden werden (David & Ilkilic 2010). Wenn die Frau den Wunsch nach einer Begleitung durch den Ehemann äußert, sollte diesem Wunsch entsprochen werden (Anegg-Moazedi 2009:183; David & Ilkilic 2010). Außerdem ist der Genitalbereich für türkische Frauen ein Tabubereich und der Koran besagt, dass eine geschlechtsreife Frau sich nur unbedeckt ihrem Ehemann zeigen darf (Borde et al. 1999). Daher sollte bei einer gynäkologischen Untersuchung darauf verzichtet werden, dass sich die Frau vollständig entkleiden muss (Anegg-Moazedi 2009:183). Andere Tabubrüche sind in Anwesenheit anderer über Sexualkontakte bei ledigen Frauen zu sprechen oder ältere ledige Frauen auf deren Familienstand anzusprechen (Anegg-Moazedi 2009:183). In Bezug auf das Körperwissen von jungen Türkinnen konnte festgestellt werden, dass dieses gering ist (Borde et al. 1999). Ähnliche Ergebnisse konnten auch in einer Studie nachgewiesen werden, die sich mit türkischen Paaren im Rahmen einer Beratung in einer Sterilitätssprechstunde beschäftigte. 68 Prozent der Befragten hatten gar keine Vorstellung von biologischen Grundlagen. 11 Prozent hatten ziemlich genaue und 21 Prozent mäßige Kenntnisse (David et al. 1997(b)). Welche Informationsquellen von türkischen, ost- bzw. südosteuropäischen Frauen und deutschen Frauen zu den Themen Schwangerschaft und Geburt, Verhütung oder Sexualität hauptsächlich genutzt werden, untersuchte die Studie "frauen leben". Dabei konnte festgestellt werden, dass sich türkische Frauen überwiegend von Ärzten und Ärztinnen, über Printmedien und Freundinnen informieren. Wohingegen Frauen aus ost- bzw. südosteuropäischen Ländern und deutsche Frauen häufiger die Mutter oder die Schule als bedeutende Informationsquelle angaben. Aber auch für Frauen aus ost- bzw. südosteuropäischen Ländern waren die Printmedien als genutzte Informationsquelle von großer Bedeutung. Zu Fragen zur Familienplanung würden Frauen aus beiden Herkunftsgruppen einen Arzt bzw. eine Ärztin als Informationsquelle präferieren. Der Anteil lag bei türkischen Frauen bei fast 75 Prozent und bei Frauen aus ost- bzw. südosteuropäischen Ländern bei ungefähr 50 Prozent. Für die meisten türkischen Frauen war es wichtig, dass die Beratung in der Herkunftssprache angeboten wird (89 Prozent), die Berater und Beraterinnen mit der Kultur und Religion ihres Herkunftslandes vertraut sind (81 Prozent) und die Beratung von Frauen durchgeführt wird (76 Prozent). Für Frauen mit ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund war es besonders wichtig, dass die Beratung von Frauen durchgeführt wird (74 Prozent) (Klindworth 2009:89ff.). In diesen Ergebnissen zeigt sich, dass es auch für Frauen aus ost- bzw. südosteuropäischen Ländern wichtig ist, dass eine Frau die Beratung zur Familienplanung durchführt. Da aller Wahrscheinlichkeit nach diese

Frauen nicht den islamischen Glauben ausüben, zeigt sich die Bedeutung einer Beratung durch Frauen unabhängig vom Herkunftskontext oder Glauben.

### **5.2.3 Schwangerschaft und geburtshilfliche Behandlung von Frauen mit Migrationshintergrund**

Im Islam ist das Gebären von Kindern die Pflicht einer Frau und der Status der Frau wird im Zusammenhang mit den Nachkommen gebracht, die nach der Geburt den Titel "umm Fatima" (Mutter von Fatima) tragen darf (Gacinski et al. 2000:84; Grottian 1985:282; Jörg 2000). Auch die Rolle des Mannes verändert sich mit der Geburt eines Kindes. Er darf bspw. von da an den ehrenwerten Titel "abu Fatima" (Vater von Fatima) tragen (Jörg 2000).

Dass der Kinderwunsch für Paare mit türkischem Migrationshintergrund von großer Bedeutung ist, zeigt sich darin, dass insbesondere türkische Paare aus dem ländlichen Raum mit islamisch-patriarchalischen Wertvorstellungen einer Studie aus Deutschland zufolge die Sterilitätssprechstunde häufiger im Vergleich zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung nutzten (Kentenich et al. 1998:123). Hinzu kommt, dass Kinderlosigkeit in der türkischen Gesellschaft ein "unnatürlicher Zustand" ist, der schwer akzeptiert wird und von türkischen Frauen sogar als existenzielles Problem gewertet wird (David et al. 1997(b)). Das islamische Recht verbietet Adoption (Rohe 2009:97) und diese wird auch nicht als Lösungsmöglichkeit für Unfruchtbarkeit in Betracht gezogen (David et al. 1997(b)). Bei der Ablehnung der Adoption wird sich auf die Sure 33, 4-5,37 bezogen (Rohe 2009:97). Künstliche Befruchtungen sind nur zwischen lebenden Ehepartnern in islamisch geprägten Ländern erlaubt (Lange Boettcher 2004:22; David & Ilkilic 2010). Gacinski et al. (2000:75) haben festgestellt, dass Migrantinnen und Migranten mit türkischer Herkunft bei der Sterilitätsbehandlung hohe Erwartungen haben, ein leibliches Kind zu bekommen. Die Patientinnen in einer Sterilitätssprechstunde waren im Vergleich zu deutschen Patientinnen sehr jung, und es bestand eine große Bereitschaft eine Sterilitätsbehandlung durchführen zu lassen (Gacinski et al. 2000:84). Eine Studie konnte zeigen, dass 72 Prozent der türkischen Frauen am Beginn der Sterilitätsbehandlung jünger als 25 Jahre alt waren, wohingegen es bei den deutschen Frauen lediglich 22 Prozent waren, das heißt ein Großteil der türkischen Frauen, die sich in der Sterilitätssprechstunde einfanden, wollten in den ersten Jahren nach der Heirat ein Kind zur Welt bringen (Kentenich et al. 1998:124). Eine niederländische Studie konnte ebenso zeigen, dass Paare mit türkischem Migrationshintergrund mit

Sterilitätsproblemen jünger waren als die Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund. Ebenso konnte die Studie zeigen, dass soziale Aspekte für Paare mit türkischem Migrationshintergrund von größerer Bedeutung waren als für niederländische Paare (van Rooij et al. 2006). "Die Erwartungen der Familie und die eigene Angst vor einer dauerhaften Kinderlosigkeit führen dazu, dass türkischstämmige Paare vergleichsweise früh – d. h. in jüngerem Alter - medizinische Hilfe suchen" (Gacinski et al. 2001:3). Eine Studie, die zum Ziel hatte ein psychosomatisches Betreuungskonzept in Landessprache für türkische Migrantinnen und Migranten zu entwickeln - da es einerseits unzureichende Verständigungsmöglichkeiten zwischen medizinischem Fachpersonal und den Patientinnen gab und andererseits auch die Quantität der Patientengruppe dies nötig machte - richtete eine Kinderwunschsprechstunde mit einer türkischen Ärztin für Patientinnen und deren Partner mit türkischem Migrationshintergrund ein. Zusätzlich wurden Einzel- und Gruppengespräche in türkischer Sprache angeboten (David et al. 1997(b)). Auch in dieser Untersuchung zeigte sich, dass die türkischen Paare im Vergleich zu den deutschen Paaren eine höhere Intensität des Kinderwunsches hatten, bei Behandlungsbeginn deutlich jünger waren und eine geringere Bereitschaft zu operativen Eingriffen hatten. Allerdings war die Bereitschaft zu invasiven Therapiemethoden höher (David et al. 1997(b)). Bei Sterilitätsbehandlungen besteht für Paare mit türkischem Migrationshintergrund "grenzenlose Therapiebereitschaft", das heißt, dass für die Behandlungsdauer keine Begrenzung angestrebt wird (David et al. 1997(b)). Ähnlich wie bei den Kenntnissen über biologische Grundlagen, waren auch die Kenntnisse bezüglich einer in vitro Fertilisation bei türkischen Paaren sehr gering. 80 Prozent der Befragten in der Sterilitätssprechstunde wussten nicht, wie die Behandlung einer in vitro Fertilisation abläuft. Obwohl sie in Therapieverfahren des Gesundheitssystems eingebunden sind, konnten sie es nicht kognitiv erfassen (David et al. 1997(b)). Neben Kommunikationsproblemen, die die Anamnese erschweren, haben Gacinski et al. (2000:81) festgestellt, dass eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung bei einer Sterilitätsbehandlung mit türkischen Migrantinnen nicht entstehen kann. Zum Beispiel können soziokulturelle Probleme nicht immer erkannt werden. Die türkische Ärztin sollte betroffenen Paaren Informationen über Sterilitätsbehandlungen, aber auch Alternativen zu einer Fertilitätsbehandlung aufzeigen. Festzuhalten ist, dass der Leidensdruck eines unerfüllten Kinderwunsches bei türkischen Paaren hoch so ist, dass sie sich trotz soziokultureller Probleme auf eine Spezialbehandlung einlassen möchten. Eine Beratung und Begleitung während der Therapie in der Landessprache kann sterile Paare in dieser Situation individuell unterstützen (David et al. 1997(b)). Sterilitätsbehandlungen

können aber auch ein Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit sein. Über diesen Risikofaktor sollten Paare vor einer Sterilitätsbehandlung umfassend informiert werden.

Traditionell ist die Geburt in muslimischen Familien reine Angelegenheit der Frauen. Normalerweise ist die Unterstützung bei der Entbindung durch die muslimischen Ehemänner eingeschränkt vorhanden (Cassar 2006). In der Geburtshilfe konnten Veränderungen, insbesondere bei den jüngeren muslimischen Paaren, die schon stärker in die westliche Kultur integriert sind, bei der Begleitung der Geburt durch den Ehemann beobachtet werden (Cassar 2006; David et al. 1997(b)). Die familienorientierte Geburtshilfe, bei der der Ehemann oder Partner bei der Entbindung anwesend ist, wird zunehmend auch von türkischen Paaren in Anspruch genommen, allerdings ist oftmals zusätzlich ein weibliches Familienmitglied im Kreißaal anwesend (David et al. 1997(b)). Dass Kommunikation ein wichtiger Faktor ist, zeigte sich auch unter der Geburt. Ergebnisse der Perinatalstudie aus Niedersachsen und Bremen von 1983 zeigten, dass die sprachliche Verständigung unter der Geburt nach Einschätzung der geburtsleitenden Hebamme bei 39,2 Prozent der Tüorkinnen schlecht war ( $p < 0.001$ ). Dies führte parallel bei 35,9 Prozent der Tüorkinnen zu einem verkrampften Geburtsverhalten ( $p < 0.001$ ) (Collatz 1986:96). Nach einer älteren Studie von Kentenich (1984:65) nehmen Tüorkinnen die Geburtsmaschinerie klaglos hin und fügen sich ein, ohne zu widersprechen. Sie möchten nicht, dass das Kind nackt auf den Bauch gelegt wird, weil es nass und glitschig ist, halten Stillen für nicht unbedingt notwendig, nehmen Schmerzmittel gerne an, und der Aufenthalt im Krankenhaus wird als Erholung empfunden. Nach der Entbindung werden den Neugeborenen muslimischer Eltern bspw. Amulette an der Kleidung angebracht, um sie vor dem bösen Blick zu bewahren. Außerdem werden dem Neugeborenen von einem männlichen Familienmitglied Gebete ins Ohr geflüstert. Bei Muslimen ist ebenfalls eine Beschneidung der Jungen üblich, die allerdings nicht immer unmittelbar nach der Geburt durchgeführt wird (Cassar 2006). Nach dem muslimischen Glauben sollte eine Mutter nach der Geburt 40 Tage im Haus verbringen, um sich und das Kind vor dem Einfluss von bösen Geistern, die Unheil oder Tod bringen könnten, zu schützen und die 40 Tage nach der Geburt gelten aufgrund des Wochenflusses als unrein (Jörg 2000). Während dieser Zeit wird die Frau durch weibliche Familienmitglieder ihrer als auch der Familie ihres Mannes versorgt (Jörg 2000), in manchen Fällen werden weibliche Familienmitglieder nach Deutschland eingeflogen, um ihre Tochter oder Schwester zu unterstützen (Jörg 2002). In dieser Zeit sind auch keine sexuellen Kontakte erlaubt (Cassar 2006), und die täglichen fünf Gebete müssen nicht verrichtet werden (Jörg 2000). Am Ende der 40 Tage werden rituelle

Waschungen an der Mutter und an dem Kind vorgenommen sowie Koranverse dabei rezitiert (Jörg 2000).

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Frauen mit Migrationshintergrund aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten als auch kulturellen Unterschieden in der Gynäkologie und Geburtshilfe eine vulnerable Gruppe darstellen. Neben professioneller sprachlicher Unterstützung bei der Behandlung und Betreuung von Frauen mit Migrationshintergrund ist vom medizinischen Personal transkulturelle Kompetenz gefordert, um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten.

In diesem Kapitel wurden kurz Sterilitätsbehandlungen sowie vorausgegangene Schwangerschaftsabbrüche als Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit benannt. Das folgende Kapitel soll einen Überblick über die Teilhabe an der Schwangerenvorsorge sowie Schwangerschaftsrisiken von Frauen mit Migrationshintergrund in Deutschland geben.

### **5.3 Schwangerschaftsvorsorge und -risiken von Frauen mit Migrationshintergrund**

Seit 1966 gehört die Schwangerenvorsorge zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, die über die Gesetzliche Krankenversicherung der Schwangeren abrechenbar ist. Die Mutterschaftsrichtlinien, die zwischenzeitlich mehrfach modifiziert wurden, legen die durchzuführenden Leistungen und die zeitliche Abfolge der Untersuchungen fest. Zur Dokumentation der Schwangerschaft werden die Angaben seit 1968 im Mutterpass, der den somatischen Verlauf einer Schwangerschaft erfasst, einheitlich dokumentiert. Ziel der Schwangerschaftsvorsorge ist es, die kindliche und mütterliche Morbidität zu senken, Risikoschwangerschaften und -geburten frühzeitig zu erkennen und somit die Versorgung von Risikoschwangerschaften zu optimieren (Urbschat 1999:1f). Die professionelle Versorgung während der Schwangerschaft hat in Deutschland einen hohen Standard und ist durch "eine hohe Vorsorgefrequenz und eine fortschreitende Ausweitung pränataldiagnostischer Maßnahmen gekennzeichnet" (Schücking 2011:371).

2008 fand bei 83,4 Prozent aller Schwangeren eine Erstuntersuchung bis zur 12. Schwangerschaftswoche statt und bei 42,1 Prozent aller Geburten lag die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen über 12, das heißt, eine Überversorgung der Schwangeren lag vor. Lediglich bei 1,5 Prozent aller Geburten lag die Vorsorge bei 4 Untersuchungen und darunter (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009(a)). Prospektive, randomisierte

internationale Studien der Weltgesundheitsorganisation konnten belegen, dass eine reduzierte Anzahl an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bei Low-Risk-Schwangeren von acht auf fünf Untersuchungen keine gesundheitlichen Nachteile für die Mutter oder das Kind haben (World Health Organization 2002). Bei einer reduzierten Anzahl an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen konnte kein signifikanter Unterschied für die Frühgeburtenrate im Vergleich zur Standardversorgung festgestellt werden (Dowswell et al. 2010). Es zeigte sich aber, dass Frauen mit den größeren Untersuchungsintervallen unzufriedener waren (World Health Organization 2003; Dowswell et al. 2010).

In einem systematischen Review von Rowe & Garcia (2003) wurde untersucht, ob soziale oder ethnische Unterschiede Einfluss auf die Schwangerenvorsorgeuntersuchungen haben. Es handelte sich dabei vorwiegend um ältere Studien und nur eine Arbeit kontrollierte auf Confounder wie Alter, Parität und klinische Risikofaktoren. In Bezug auf die soziale Lage konnte in drei von fünf Studien nachgewiesen werden, dass Frauen aus der unteren sozialen Schicht öfter später zum ersten Untersuchungstermin kamen und/oder weniger Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen hatten als andere Frauen. Auch bei der Analyse der Schwangerenvorsorge nach Ethnizität konnten Unterschiede festgestellt werden. Vier Studien konnten zeigen, dass Frauen asiatischer Herkunft häufiger den ersten Schwangerschaftsvorsorgetermin später in Anspruch nehmen als weiße britische Frauen. Sowohl für indische als auch für pakistanische Frauen konnte gezeigt werden, dass sie weniger Schwangerschaftsvorsorgetermine hatten als weiße britische Frauen. Unterschiedliche Studien in der Bundesrepublik Deutschland, die die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge untersuchten, konnten ebenfalls zeigen, dass insbesondere deutsche, gut ausgebildete Frauen, die ein geringeres Risikopotenzial aufwiesen, die Schwangerenvorsorge intensiver nutzten als Frauen, bei denen ein höheres Risiko vorlag (Simoès et al. 2009; Urbschat 1999; Collatz et al. 1983). Ebenso konnten Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorge von Frauen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Frauen festgestellt werden (Simoès et al. 2009; Simoès et al. 2004; Urbschat 1999; Collatz et al. 1983), auf die im Folgenden genauer eingegangen werden soll.

Die Auswertung der Perinataldaten von Niedersachsen der Jahre 1992 bis 1996 zeigte bezogen auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bis einschließlich der 40. Schwangerschaftswoche, dass 31,4 Prozent der Ausländerinnen "Unter-Standard" versorgt wurden. Bei den deutschen Frauen lag der Anteil bei 11 Prozent. Für die "Über-Standard"-Versorgung wurde festgestellt, dass der Anteil von Ausländerinnen bei 23,9 Prozent und für deutsche Frauen bei 31,4 Prozent lag (Urbschat 1999:34). Für Hamburg wurde festgestellt,



dass Schwangere, die wenige Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben, nicht deutscher Herkunft waren. Außerdem sind nicht deutsche Frauen häufiger (16 Prozent) erst nach der 12. Schwangerschaftswoche zur ersten Vorsorgeuntersuchung gegangen im Vergleich zu deutschen Frauen mit 9 Prozent (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2010:33). Die Auswertung der Bayerischen Perinatalerhebungen hat ergeben, dass Frauen aus Osteuropa und den Mittelmeerländern ein erhöhtes Risiko einer geringen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen haben. Dabei wurden mindestens 10 Untersuchungen als eine adäquate Versorgung der Schwangerschaft festgelegt. Frauen mit weniger als 10 Untersuchungen wurden als Risikogruppe definiert (Koller et al. 2009). David et al. (2006) konnten in der Auswertung der Berliner Perinataldaten zeigen, dass Frauen ohne Migrationshintergrund durchschnittlich in der 8. oder 9. Schwangerschaftswoche das erste Mal zur Vorsorgeuntersuchung kamen, wohingegen Frauen mit Migrationshintergrund die erste Vorsorgeuntersuchung nach der 14. Schwangerschaftswoche in Anspruch nahmen. Trotz der späteren ersten Vorsorgeuntersuchung konnten David et al. (2006) in der Auswertung der Berliner Perinataldaten keine wesentlichen Unterschiede zwischen deutschen Frauen und Frauen mit Migrationshintergrund feststellen. Migrantinnen nahmen durchschnittlich 10-12 Untersuchungen in Anspruch, hingegen waren es bei den deutschen Frauen 10-13 Untersuchungen.

Auch in anderen Ländern, wie bspw. in den Niederlanden, konnten Unterschiede bezüglich der Schwangerenvorsorge von verschiedenen Migrantengruppen konstatiert werden. Vergleichbar sind diese mit dem deutschen Schwangerenvorsorgesystem nur eingeschränkt, da sich die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen in den einzelnen Ländern unterscheidet. Allerdings können Aussagen gemacht werden, ob Migrantinnen adäquat in dem jeweiligen Land versorgt werden. In einer prospektiven Kohortenstudie aus den Niederlanden konnten Unterschiede für den Beginn der Schwangerschaftsvorsorge zwischen unterschiedlichen Migrantinnengruppen festgestellt werden. Frauen, die nicht in den Niederlanden geboren worden sind, nahmen die Schwangerenvorsorge später in Anspruch als Frauen mit dem Geburtsland Niederlande. Insbesondere wurden mangelnde Sprachkenntnisse, geringer Bildungsstand und mehr Teenagerschwangerschaften für Frauen aus nicht westlichen Ländern als Erklärungsansatz ermittelt (Alderliesten et al. 2007). Im Rahmen einer Studie zur Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge in den USA wurde zwischen dunkelhäutigen und weißen Frauen unterschieden. Diese Studie zielte zwar nicht auf den Migrationsstatus ab, aber stellte Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge zwischen ethnischen Gruppen dar, die erklärt werden sollten. Dabei wurde zwischen prädisponierenden Faktoren,

wie Alter oder Familienstatus, und Faktoren, die eine Schwangerschaftsvorsorge ermöglichen, wie der Versicherungsstatus der Schwangeren, unterschieden. Es konnte gezeigt werden, dass dunkelhäutige Frauen signifikant weniger Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, den ersten Untersuchungstermin später und eine weniger adäquate Versorgung während der Schwangerschaft hatten (LaVeist et al. 1995). Hingegen konnten in einer finnischen Studie, ebenso wie bei David et al. (2006), geringfügige Unterschiede bei der Schwangerenvorsorge zwischen Migrantinnen und einheimischen Frauen nachgewiesen werden. Lediglich 0,2 Prozent der Migrantinnen hatten keine Schwangerenvorsorge. 0,3 Prozent hatten ein oder zwei Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Die Unterschiede zwischen den Finninnen und Migrantinnen waren statistisch nicht signifikant. Durchschnittlich hatten Migrantinnen 15,6 Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und die finnischen Frauen 1,2-1,5 mehr Untersuchungen (Malin & Gissler 2009). Eine niederländische Studie konnte belegen, dass Frauen mit türkischer Herkunft weit weniger die drei Ultraschalluntersuchungen, die ihnen zustehen, in Anspruch nehmen. Von den untersuchten niederländischen Frauen nahmen 81,5 Prozent diese Untersuchungen wahr, wohingegen von den türkischen Frauen nur 75,8 Prozent drei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft in Anspruch genommen haben. Sehr auffällig ist der Unterschied bei Frauen von den niederländischen Antillen/Aruba. Lediglich 60 Prozent haben alle drei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft machen lassen. Allerdings muss erwähnt werden, dass dieses Kollektiv (N =20) sehr gering war. Keinesfalls sind aber die ethnischen Unterschiede ausschließlich ausschlaggebend für die Unterschiede in der Schwangerenvorsorge. "Low socioeconomic class, for example, might be more prevalent in the non-Dutch population and could explain part of the ethnic differences" (Drooger et al. 2005:120). Die Daten belegen deutlich, dass Migrantinnen in den Niederlanden seltener an Ultraschalluntersuchungen oder an der Schwangerschaftsvorsorge teilnehmen. Im Rahmen einer schwedischen Studie konnte hingegen nachgewiesen werden, dass das Risiko einer Schwangerschaftsvorsorge unter 7 Untersuchungen bei der Hebamme für Migrantinnen erhöht war. Zum Beispiel lag das adjustierte Risiko für Frauen aus Afrika bei 1.69 (95 % CI: 1.20 - 2.37). Die meisten Migrantinnen, außer den Frauen, die im Irak und Libanon oder Süd- und Zentralamerika geboren wurden, hatten im Vergleich zu schwedischen Frauen später ihre erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung. Im Vergleich zu Frauen, die in Schweden geboren waren, wurde festgestellt, dass Frauen aus dem Irak und dem Libanon ein höheres Risiko für ungeplante Besuche bei Hebammen im Kreißaal hatten (Ny et al. 2007). Eine ältere deutsche Studie konnte für Arbeitsmigranten zeigen, dass "Maßnahmen der sekundären Prävention seltener, später und auch mit größerer Varianz in Anspruch genommen

werden" (Korporal 1985:161). Die Gründe für eine mangelnde Versorgung werden bei den Patientinnen gesucht. Unter anderem werden Sprachschwierigkeiten, mangelnde Kenntnis über das Gesundheitssystem und ein anderes Verständnis von Krankheit und Gesundheit genannt (Korporal 1985:161). Ergebnisse der Perinatalstudie aus Niedersachsen und Bremen 1978 konnten belegen, dass 49,6 Prozent der Türcinnen eine mangelnde Schwangerenvorsorge hatten im Vergleich zu deutschen Frauen mit 15,5 Prozent ( $p < 0.001$ ) (Collatz 1986:79). Gemäß den geltenden Mutterschaftsrichtlinien von 1978 wurden nur 42 Prozent der türkischen Frauen entsprechend den vorgegebenen Zeitabständen untersucht, wohingegen 70 Prozent der deutschen Frauen in den vorgesehenen Zeitabständen untersucht wurden. Türkische Frauen gaben an, dass sie der Schwangerschaftsvorsorge sehr wenige Informationen entnehmen konnten, zum Teil von der Behandlung abgestoßen waren sowie die Beratung und Kommunikation ungenügend war. Aus diesem Grunde wurden Vorsorgeuntersuchungen nach kurzer Zeit abgebrochen. Allerdings muss erwähnt werden, dass die mangelnde Versorgung auch mit der sozialen Schicht zusammenhängt. "Türkische Frauen mit höherem Bildungsniveau und gehobenem sozialen Status wurden im Durchschnitt besser versorgt als deutsche Frauen der unteren sozialen Schichten" (Collatz 1986:80). Es zeigte sich, dass Frauen, die schon während der Schwangerschaft in einer ungünstigen Lebenssituationen waren, die Vorsorgeuntersuchungen weniger nutzten (Riebe & Collatz 1985:231). Migrantinnen sind demnach "häufig von den mittelschichtorientierten Informationen und Maßnahmen des deutschen Gesundheitssystems ausgeschlossen" (Borde & David 2007:426) bzw. nutzen die Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft aus eigenen Beweggründen weniger als deutsche Frauen. "So besteht unter der Prämisse, daß viele Ärzte weiterhin ihre Aufgabe, sozial unterprivilegierte Frauen in der Schwangerschaft und zu Geburt besonders sorgfältig anzuleiten, nicht erkennen, die Gefahr, daß diese und vor allem türkische Frauen unzureichend versorgt werden" (Riebe & Collatz 1985:232).

Gründe für eine geringere Inanspruchnahme von Hebammenleistungen werden in Defiziten in der Information über Hebammenleistungen, Sprachproblemen sowie der Versorgung mit Informationen durch die Familien (Dobberstein 2010) gesehen, allerdings kann eine "fachliche Beratung und Betreuung durch eine Hebamme nicht von Laien ersetzt werden" (Gacinski 2000). Die geringe Nutzung von Hebammenleistungen kann auch damit zusammenhängen, dass in Teilen der arabischen Welt und nordafrikanischen Ländern eine Hebamme eine große Bedeutung hat. Sie wird teilweise sogar als Familienmitglied angesehen, sodass eine Hebamme die Betreuung ganzer Familien übernimmt (Jörg 2002). Die

Betreuung durch eine deutsche Hebamme, zu der ein nicht so enges familiäres Verhältnis besteht, kann dadurch behindert werden.

Anämie, vaginale Infektionen, Hyperemesis und Abortus imminens waren bei der Studie von Terzioğlu stärker unter Migrantinnen vertreten, als unter deutschen Frauen (Terzioğlu 2006). Diese Risiken können laut Terzioğlu (2006) in Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen diagnostiziert und entsprechend therapiert werden. "Unterversorgung bezieht sich also hauptsächlich auf den Bereich von Prävention, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung (...)" (Brucks & Wahl 2003:16), die insbesondere während der Schwangerschaft von Bedeutung sind. Zusätzliche zum Teil privat zu finanzierende Vorsorgeprogramme, wie bspw. BabyCare, werden überproportional häufig von Frauen mit höherer Schulbildung und/oder von Frauen, die eine Fertilitätsbehandlung hatten, genutzt (Dudenhausen et al. 2007). Das bedeutet, dass der Zugang zu den Vorsorgeprogrammen für Migrantinnen mit niedrigem sozialen Status und geringen Sprachkenntnissen erschwert, wenn nicht gar unmöglich ist, da das Programm auf Deutsch ist. Ungefähr 100 Krankenkassen ermöglichen ihren Mitgliedern eine Teilnahme an dem Programm BabyCare (BabyCare 2011), darunter sind auch viele Ortskrankenkassen, deren Mitgliedern sicherlich auch aus anderen Herkunftsländern als aus Deutschland stammen. Auch andere Präventionsprogramme für Frühgeburt verschiedener Krankenkassen, die dieselben Präventionsprogramme im Angebot haben, aber an dieser Stelle nicht alle genannt werden können, wie "Willkommen Baby" (Deutsche Angestellten Krankenkasse 2009) oder "Hallo Baby" (Betriebskrankenkasse Mobil Oil 2011) werden ausschließlich auf Deutsch beworben.

Korporal (1985:167) stellte bei deutschen Frauen in der Schwangerschaft mehr behandlungsbedürftige Krankheiten fest, die sich auf den Schwangerschaftsverlauf bezogen und für ausländische Frauen häufiger Infektionen, unspezifische Beschwerden, psychische und psychosomatische Krankheiten.

Geburtsrisiken traten bei ausländischen Frauen nach mangelnder Vorsorge deutlich häufiger auf, auch wenn keine Schwangerschaftsrisiken festgestellt wurden. Aufgrund von einer nicht adäquaten Überwachung und Behandlung während der Schwangerschaft treten diese Risiken unter der Geburt auf (Collatz 1986:98). Die Schwangerschaftsrisiken konnten oder wurden nicht behandelt, da einerseits eine geringere Teilnahme an den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen vorlag und andererseits sprachliche Probleme sowie Verunsicherungen die frühzeitige Diagnose erschwerten (Collatz 1986:98).

Eine andere Studie konnte zeigen, dass beim Vergleich von deutschen und türkischen Teilkollektiven bei den türkischen Patientinnen eine höhere psychische Symptombelastung

festgestellt werden konnte, die allerdings noch innerhalb der Standardabweichung einer deutschen Normierungsstichprobe lag (Kentenich et al. 2003:106). Auffällig war allerdings, dass Frauen aus der zweiten Generation am meisten durch psychische Symptome belastet waren. Eine Begründung wird darin gesehen, dass "mit der Migrationsgeschichte der Familie und der damit einhergehenden Notwendigkeit der Orientierung zwischen unterschiedlichen Normsystemen und Lebensformen besondere Stressoren für die zweite Migrantengeneration verbunden" sind (Kentenich et al. 2003:106). Stress in der Schwangerschaft gehört zu den Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit, daher ist es wichtig, zu untersuchen, ob psychische Belastungen in der Schwangerschaft bei Migrantinnen vorliegen.

In einer anderen Studie wurden Zusammenhänge zwischen Migrationserfahrung und Hyperemesis gravidarum untersucht. Hyperemesis ist ebenso wie Frühgeburtlichkeit ein multifaktorielles Ereignis in der Schwangerschaft, das sowohl physische als auch psychische Ursachen haben kann (Rabinerson et al. 2000; Jimenez & Marleau 2000). Es zeigte sich, dass der Migrationsprozess Einfluss auf die stationäre Behandlung von Hyperemesis gravidarum hat. Der Anteil der überwiegend türkischstämmigen, libanesischen oder aus dem ehemaligen Jugoslawien stammenden Patientinnen war mit 75 Prozent im Verhältnis zur altersstandardisierten Wohnbevölkerung überproportional hoch (David et al. 2002). Jimenez & Marleau (2000) konnten in ihrer Untersuchung ebenso eine höhere Inzidenz für Hyperemesis gravidarum bei Migrantinnen in Quebec im Vergleich zu einheimischen Schwangeren feststellen und stellen dies in einen Zusammenhang mit psychosozialen Stressoren der Migration. Eine norwegische Querschnittstudie konnte ebenfalls große Unterschiede bei der Prävalenz von Hyperemesis gravidarum bei Migrantinnen im Vergleich zu einheimischen Schwangeren feststellen. Auch nach Adjustierung der Ergebnisse mit soziodemografischen Kontrollvariablen hatten die Unterschiede Bestand (Vikaner et al. 2008). In einer Studie aus Israel konnten Rabinerson et al. (2000) nachweisen, dass muslimische Frauen häufiger im heiligen Monat Ramadan mit der Diagnose Hyperemesis gravidarum stationär aufgenommen werden mussten. Unter anderem wurde dies mit dem Konflikt von traditionellen Werten des Islams und der westlichen Lebensweise in Verbindung gebracht. Dieser Konflikt verstärkt sich unter Umständen im Fastenmonat Ramadan und eine stationäre Aufnahme ermöglicht einen einfacheren Umgang mit dem Fasten und der Schwangerschaft (Rabinerson et al. 2000). Kentenich et al. (2003:107f.) erklärten die unterschiedliche Prävalenz von Hyperemesis gravidarum mit der Unsicherheit der Migration, die das vorhandene Ambivalenzgefühl, was bei vielen Schwangeren vorhanden ist und ein Risikofaktor für schweres Schwangerschaftserbrechen sein kann, noch verstärkt. Außerdem

sahen sie die Beziehung zum Ehemann und sekundär die mögliche Erholung im Krankenhaus von den häuslichen Pflichten als Faktoren für ein häufigeres Auftreten von Hyperemesis gravidarum an.

#### **5.4 Geburtshilfliches Outcome von Frauen mit Migrationshintergrund und ihren Kindern**

Ausgehend davon, dass der sozioökonomische Status Einfluss auf die Gesundheit in vielen Lebensphasen hat (Jungbauer-Gans 2006), ist von Interesse, inwiefern sich Frauen mit Migrationshintergrund bezüglich Frühgeburtlichkeit bzw. des geburtshilflichen Outcomes von deutschen Frauen unterscheiden.

"Untersuchungen aus dem englischsprachigen Ausland zeigen, dass Unterschiede im Gesundheitsstatus verschiedener ethnischer Gruppen im Wesentlichen auf sozio-ökonomische Faktoren, kulturelle Faktoren, Migrationsfaktoren und biologische Faktoren sowie auf Einflussfaktoren des Gesundheitssystems (Qualität der Versorgung) und Rassismus zurückgehen" (Borde 2006 (a)). Mielck (2000:41) stellte fest, dass Armut unter anderem besonders unter Ausländern, großen Familien und Personen mit Hauptschulabschluss verbreitet ist.

In einer älteren Studie der niedersächsischen Perinataldaten wurde festgestellt, dass die Frühgeburtenrate von türkischen Erstgebärenden mit 11,3 Prozent erhöht war. Die Quantität der Vorsorgeuntersuchungen zeigte keinen Zusammenhang zu Frühgeburtlichkeit, allerdings hängt die Vollständigkeit der Basisuntersuchungen sowohl bei Deutschen als auch bei Gastarbeiterinnen mit der Senkung der Frühgeburtenrate zusammen (Collatz et al. 1983:235). Dass Unterschiede im Outcome auch in Deutschland bestehen, verdeutlicht die Sterblichkeit von Säuglingen. In Deutschland lag die Sterblichkeit ausländischer Säuglinge um 29 Prozent höher als die der deutschen Säuglinge, aber auch bei Schwangerschaftsrisiken waren Migrantinnen aus nicht europäischen Ländern überproportional betroffen (Terzioğlu 2006). Korporal (1985:159) konnte ebenfalls ein erhöhtes Risiko einer Totgeburt bei ausländischen Müttern gegenüber deutschen Schwangeren feststellen. Auch war die Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensmonat bei ausländischen Neugeborenen erhöht. Er stellt diese Ergebnisse in Zusammenhang mit einer weniger intensiven Versorgung ausländischer Frauen in der Schwangerschaft (Korporal 1985:159f). In einer retrospektiven Kohortenstudie der

Niedersächsischen Perinatalerhebungen der Jahre 1990, 1995 und 1999 konnte unter anderem für Frauen aus den Herkunftsregionen "Mittlerer Osten" (OR=1.98; 95% CI 1.64 - 2.39) und "Zentral und Osteuropa" (OR=1.74, 95% CI 1.33 - 2.29) nach Adjustierung auf mehrere Kontrollvariablen ein höheres Risiko für Totgeburtlichkeit bei adäquater Schwangerenvorsorge im Vergleich zu deutschen Frauen nachgewiesen werden (Reime et al. 2009).

Berkowitz & Papiernik (1993) schreiben, dass ein niedriger sozioökonomischer Status ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko bedingt. Castellano (1994:332) weist darauf hin, dass Frühgeburtlichkeit auch durch mangelnde pränatale Versorgung und Armut verursacht ist. Sie sieht als Mittel gegen die zunehmende Frühgeburtlichkeit die Armutsbekämpfung. David & Borde (2006) stellen für Deutschland fest, dass ungünstige mit der Migration verbundene sozioökonomische Umstände, eine mangelnde Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung, Kommunikationsstörungen, kulturelle sowie biologische Faktoren zu mehr Frühgeburten führen können. David et al. (2006) haben in einer Studie zum perinatalen Outcome in Berlin unter Migrantinnen aus der Türkei keine signifikanten Unterschiede bei der Frühgeburtenrate im Vergleich zu deutschen Frauen feststellen können. Datengrundlage für ihre Erhebung waren 152.193 Einlingsgeburten zwischen 1993 und 1999 in allen Berliner Krankenhäusern. Ziel der Studie war es, festzustellen, ob es Unterschiede bezüglich wichtiger perinataler Outcome-Parameter in Berlin gab, die sich über die Ethnizität der Frauen erklären lassen. Das Signifikanzniveau wurde mit  $p < 0.01$  festgelegt. Es wurde untersucht, ob es Unterschiede in der Häufigkeit der Nutzung der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen zwischen deutschen Frauen und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund gibt. Außerdem wurden die Müttersterblichkeit und die Säuglingssterblichkeit verglichen, sowie die Rate an angeborenen Fehlbildungen, die Häufigkeit der mütterlichen Anämie, die Rate von Geburtskomplikationen, operativen Entbindungen und Frühgeburten. Von den 152.193 Geburten handelte es sich bei 132.555 Schwangeren um deutsche Frauen. 19.638 Frauen hatten eine andere Ethnizität. Mehrheitlich hatten die Frauen, die in den 1990er Jahren in Berlin entbunden haben, einen türkischen Migrationshintergrund (40 Prozent - 50 Prozent). Die Hypothese der Autoren war, dass unterstützende familiäre Strukturen in spezifischen ethnischen Gruppen, insbesondere bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, einen positiven Effekt auf die Schwangerschaftsvorsorge und das geburtshilfliche Ergebnis haben. Um die sozio-kulturellen Unterschiede herauszustellen, wurde das Datenmaterial zusätzlich nach Parität (Primipara/Multipara), Ethnizität (Deutsche/Migrantin) und sozialer Klasse (untere Klasse, Mittelklasse, obere Klasse) unterteilt. Grundlage für die Einteilung war die

Auswertung der Parameter "Beruf der Mutter/des Vaters" und des "Familienstandes" des Perinatalbogens. Um die Heterogenität der Gruppe von Frauen mit Migrationshintergrund zu verkleinern, wurden lediglich Frauen mit türkischem Migrationshintergrund, die eine große Gruppe der Migrantinnen in Deutschland darstellen, untersucht. Da die Perinatalstatistik in Berlin nicht jedes Herkunftsland einzeln aufgelistet hat, wurden in der Studie die Schwangeren der Virchow Klinik/Charité gesondert gezählt. Das Ergebnis war, dass 85 bis 90 Prozent der Schwangeren einen türkischen Migrationshintergrund hatten. Da die obere Klasse für Frauen mit Migrationshintergrund sehr klein war, wurde diese bei der Auswertung vernachlässigt. Auf Grundlage der Parität, Ethnizität und Klassenzugehörigkeit konnten acht Untergruppen in der Studie von David et al. (2006) gebildet werden. Signifikant mehr deutsche Frauen waren alleinstehend. Beim Alter der Mütter konnten die Autoren signifikante Unterschiede darstellen. In der unteren sozialen Klasse war ein größerer Anteil der Multiparas < 18 Jahre Migrantinnen. Bei der unteren sozialen Klasse wurde festgestellt, dass der Anteil der Multipara Frauen  $\geq 40$  Jahre unter den deutschen Frauen deutlich höher war. Die Migrantinnen zeigten höhere Raten an präpartaler und postpartaler Anämie, dies kann unter anderem mit dem Ernährungsverhalten (wenig Fleisch, viel Gemüse) und Thalassämie (Störung bei der Hämoglobinbildung) erklärt werden. Hingegen hatten deutsche Frauen häufiger Hypertension (Grundlage: Riva-Rocci Werte  $> 140/90$ ). Eine Geburtseinleitung wurde bei Multipara Frauen in beiden sozialen Untergruppen signifikant häufiger bei deutschen Frauen durchgeführt als bei Frauen mit Migrationshintergrund. Eine epidurale Anästhesie wurde signifikant seltener von Frauen mit Migrationshintergrund in fast allen sozialen Untergruppen in Anspruch genommen. Eine Erklärung dafür wäre, dass Frauen mit Migrationshintergrund einerseits aufgrund von Sprachbarrieren ihre Wünsche nicht äußern und, dass andererseits das medizinische Personal Möglichkeiten der Schmerzlinderung aus den gleichen Gründen nicht erläutern. In allen primipara Untergruppen waren die Episiotomieraten mehr oder weniger gleich. Bei den deutschen Frauen (multipara) war eine signifikant höhere Episiotomierate feststellbar. Ein geplanter Kaiserschnitt wurde in allen Untergruppen signifikant häufiger bei deutschen Frauen durchgeführt als bei Migrantinnen. Die Migrantinnen hatten etwas häufiger eine Vakuumextraktion und etwas weniger eine Zangengeburt im Vergleich zu deutschen Frauen. Beim Vergleich der multipara Gruppen konnten David et al. (2006) feststellen, dass eine vorzeitige Sectio öfter bei deutschen Frauen durchgeführt wurde. Ein Unterschied in der Spontangeburtsrate konnte nur in den Mittelklassenuntergruppen, unabhängig von der Parität, gefunden werden. Migrantinnen hatten signifikant häufiger eine nicht-operative Entbindung. Deutsche Frauen aus der



Mittelklasse hatten hingegen signifikant häufiger einen Kaiserschnitt. Unterschiede bezüglich der Frühgeburtlichkeit ( $\leq 34 + 0$  SSW) konnten nur bei Multiparas aus der unteren sozialen Schicht festgestellt werden, dabei wurden iatrogene Einflüsse ausgeschlossen. Der Median zeigte keine großen Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf Länge des Neugeborenen, Geburtsgewicht und Kopfumfang. Allerdings ist auffällig, dass in allen Untergruppen der deutschen Frauen mehr Neugeborene ein Geburtsgewicht von mehr als 4000 g hatten. Die Autoren stellten Unterschiede beim 1, 5 und 10 Minuten-Apgar-Wert nach der Geburt fest. Der Anteil von Kindern mit Werten  $\leq 7$  sind signifikant größer im Vergleich zu multipara Mittelklasse Migrantinnen. In allen Migrantinnen Untergruppen war ein pH-Wert von  $\leq 7,25$  im arteriellen Nabelschnurblut signifikant häufiger, obwohl der klinisch relevante pH-Wert von 7,10 nur signifikant häufiger bei primipara Migrantinnen aus der Mittelklasse zu finden war. Außerdem war die Rate von Missbildungen bei Neugeborenen von Migrantinnen signifikant höher als bei deutschen Frauen. Neugeborene aus beiden Untergruppen der Mittelklasse wurden häufiger in pädiatrische Zentren verlegt. Insgesamt gab es keine Unterschiede zwischen der Müttersterblichkeit und der Neugeborenensterblichkeit. Allerdings wurde festgestellt, dass die Säuglingssterblichkeit nach der Geburt bei multipara Mittelklasse Migrantinnen höher lag als bei der vergleichbaren Gruppe der deutschen Frauen. David et al. (2006) weisen darauf hin, dass die meisten anderen Studien bezüglich Migration und Geburtshilfe davon ausgehen, dass aufgrund der ungünstigeren sozio-ökonomischen Lage, die sich aus der Migration ergibt, aber auch aufgrund von Mängeln in der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe, Problemen bei der Kommunikation zwischen Patientin und Arzt/Ärztin, kulturellen Faktoren, aber auch biologischen Faktoren, es zu mehr Frühgeburten, einer erhöhten perinatalen Sterblichkeit und einer häufigeren operativen Entbindung unter Migrantinnen kommt. Dies würde dem schon beschriebenen "Latina Paradox" widersprechen. Sie stellen die Frage, ob es sich bei diesem Ergebnis in Anlehnung an das "Latina Paradox" um ein "Turkish Paradox" handelt (vgl. Kapitel 2.2.2.3.1). Allerdings hat sich herausgestellt, dass lediglich 12 Prozent der türkischen Mütter, die in der Virchow Klinik in Berlin entbunden haben, aus der Türkei emigriert sind, um hier zu heiraten. Das "Latina Paradox" zeigt sich in den USA allerdings nur in der ersten Migrantengeneration. Die überwiegende Zahl der Migrantinnen, die in der Studie von David et al. untersucht wurden, lebt schon in der zweiten oder dritten Generation in Deutschland. Trotzdem zeigten sich keine Unterschiede zur Frühgeburtenrate von Türkinnen und Deutschen. Dies würde darauf hindeuten, dass sich das "Turkish Paradox" nicht nur in der ersten Generation bei den Migrantinnen aus der Türkei gezeigt hat, und damit hat sich das

"Turkish Paradox" bestätigt. Wenn es Unterschiede bei der Frühgeburtenrate zwischen Frauen mit Migrationshintergrund und deutschen Frauen aus der gleichen sozialen Schicht gegeben hätte, wäre das "Turkish Paradox" nicht vorhanden gewesen.

Es gibt in Deutschland bisher nur wenige Studien, die sich mit den Themenbereichen Schwangerenvorsorge, Frühgeburt und Migration auseinandersetzen, weil es schwierig ist Daten zu erheben. Aufgrund verschiedener Gesundheitssysteme und Migrationstypologien können internationale Ergebnisse aus der geburtshilflichen Forschung nur partiell auf die Bundesrepublik übertragen werden (Borde 2006 (b)). Es besteht daher weiterer Forschungsbedarf für Deutschland, insbesondere für Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion, da völlig andere Aspekte bedeutsam sein können, als bei der Gruppe von Migrantinnen aus der Türkei, für die schon einige Ergebnisse vorliegen (Borde et al. 2008).

## 6 Entwicklung der Perinatalerhebung

Grundlage für die heutigen Perinatalerhebungen und ihre Einführung war die Münchner Perinatalstudie, die zwischen 1975 und 1977 durchgeführt wurde und inzwischen als Vorreiter der gesamten Qualitätssicherung im klinischen Bereich in Deutschland angesehen wird (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 15.3.2009-last update). Ziel der Münchner Perinatalerhebung war zunächst die Unterstützung einer internen Selbstkontrolle, die zu einer externen Selbstkontrolle führen sollte. Außerdem sollte die perinatologische Landschaft beschrieben werden sowie brauchbare Daten erhoben werden, die Antworten auf perinatologische Fragestellungen geben sollten (Selbmann 1993). Die Bundesländer Niedersachsen und Hessen haben die Münchner Perinatalstudie zeitnah als Basis für eigene Auswertungen der Geburtshilfe genutzt, wobei der Nutzen hauptsächlich darin bestand, dass Kliniken untereinander vergleichbar waren, um Verbesserungen in den eigenen Häusern durchführen zu können (Selbmann 2001). 1980 nahmen im Großraum Hannover 15 geburtshilfliche Abteilungen an einer freiwilligen standardisierten Dokumentation zur Verbesserung der Qualität in der Geburtshilfe teil (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (j)). Neben der Vergleichbarkeit der Kliniken untereinander waren die Perinatalerhebungen Diskussionsgrundlage zur Verbesserung der Mortalität und Morbidität in der Geburtshilfe (Goerke & Lack 2000), da die Perinatal- und Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Staaten hoch war (Schwarz 2008:41). Die Bundesrepublik Deutschland lag vor Österreich und Albanien mit der drittgrößten Säuglingssterblichkeit am Ende der europäischen Statistik (Girstenbrey 06.12.1996-last update). "Anfang der 80er Jahre lag die perinatale Mortalitätsrate bei 7,9‰ und damit zu hoch. Seit Einführung der Erhebungen ist ein deutlicher Rückgang der perinatalen Mortalität auf eine Rate von 5 ‰ - 6 ‰ erreicht worden" (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (k)).

Die Daten der Niedersächsischen Perinatalerhebungen bilden alle stationären Geburten eines Jahres ab und werden seit 1984 auf Landesebene erhoben (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (j)). Sie dokumentieren die Qualität der Geburtshilfe wie bspw. Frühgeburtlichkeit, Morbidität, Mortalität. Die Qualitätsindikatoren zeigen die bedeutenden Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität auf.

Im Jahr 1989 änderte sich die freiwillige Teilnahme der Krankenhäuser an den Perinatalerhebungen mit der Einführung des 5. Sozialgesetzbuches (SGB) § 135a Abs. 2.

(Selbmann 1993). Danach waren unter anderem Krankenhäuser dazu verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen, um die Qualität und die Versorgung zu verbessern. Desweiteren wurden im Jahr 2000 die sogenannten Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt, bei denen die Diagnosen nach dem ICD-9 (International Classification of Diseases) und operative Eingriffe nach dem OPS 301 Schlüssel abgerechnet werden (Goerke & Lack 2000). Zum 1.1.2001 wurde bei Fallpauschalen und Sonderentgelten die Qualitätssicherung eingeführt und damit die Perinataldaten mit der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten verknüpft (Lack 2001). Die Perinatalerhebungen unterstützen nun neben der externen Qualitätssicherung auch die interne Qualitätssicherung in den Kliniken und die Abrechnung. Nach § 137 5. SGB waren zugelassene Krankenhäuser verpflichtet, sich an der Datenerhebung und Qualitätssicherung zu beteiligen. Wenn sich die Krankenhäuser nicht an die Verpflichtung der Einhaltung der Qualitätssicherung halten, kann es zu Vergütungsabschlägen kommen (Lack 2001). Gegenüber den "alten" Perinatalerhebungen wurde bei den "neuen" Datenfeldern bspw. viel differenzierter, aufgrund der OPS-Schlüssel, der Geburtsmodus erhoben (Lack 2002). Die Erhebungen, die bis dato in Papierform erfasst wurden, wurden ab dem Jahr 2000 schrittweise auf EDV-gestützte Erhebungen umgestellt und vereinheitlicht. Die subpartalen Daten werden aus der Akte der Patientinnen übertragen. Neben den Qualitätsindikatoren werden aber auch demografische Daten der Mutter, sowie Angaben zur Schwangerenvorsorge erhoben. Antepartale Daten, wie unter anderem die Anzahl der Ultraschalluntersuchungen, werden im Mutterpass und in der schriftlichen Anamnese durch den Arzt/die Ärztin dokumentiert (Stein et al. 2006).

Die Qualitätssicherungsmaßnahmen werden von externen Anbietern, wie dem Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen in Hannover auf Landesebene durchgeführt. Das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen führte im Jahr 2000 die EDV-gestützte Erhebung in Niedersachsen ein (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (i)). Im Jahr 2001 wurde die erste Perinatalerhebung, die EDV-gestützt erfasst wurde, für Niedersachsen veröffentlicht. Diese sind ab dem Jahr 2001 auch online verfügbar. Die Umstellung auf eine EDV-gestützte Erhebung führte kurzzeitig zu einem Absinken der Repräsentativität auf 82,7 Prozent (Lack 2002). Im Jahr 2000 veröffentlichte die Bayerische Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung (BAQ) zum ersten Mal eine länderübergreifende Erhebung der Perinataldaten von neun Bundesländern. Dabei wurden 69,7 Prozent der Geburten dokumentiert (Lack 2002). Die erste Bundesauswertung lag online im Jahr 2002 vor (Stein et al. 2006), nachdem die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) in Düsseldorf 2001 den Auftrag einer

externen Qualitätskontrolle erhalten hatte. Die Vollständigkeit der Datensätze auf Bundesebene lag im Jahr 2008 bei 99,1 Prozent (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2009b)).

Die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung hat das Auswertungskonzept der Perinatalerhebung, wie es heute in den Niedersächsischen Perinatalerhebungen eingesetzt wird, entwickelt. In der Basisstatistik der niedersächsischen Perinatalerhebung werden Informationen zum Patientinnenkollektiv und zu Operationen dargestellt. Die Basisstatistik informiert über Fallzahlen, Risiken, Entbindung, Outcome, Vorsorge/Diagnostik, Geburtsmanagement, Apgar/Blutgasanalyse, kindliches Outcome und die postnatale Versorgung. Im Weiteren werden in den Niedersächsischen Perinatalerhebungen 22 Qualitätsindikatoren<sup>2</sup>, die durch festgelegte Kennzahlen definiert sind, genauer dargestellt. Die Qualitätsindikatoren werden zunächst in einer Gesamtübersicht und im Weiteren in Einzeldarstellungen abgebildet. Der erwünschte Qualitätswert wird als "Benchmark" mithilfe von festgelegten Referenzwerten markiert. Die Perinatalerhebung stellt in einem gesonderten Kapitel Einzelfälle für die individuellen Klinikstatistiken dar, die allerdings für die Gesamtanalyse der Perinatalerhebungen von 2001-2008 nicht von Bedeutung sind, aber differenziert den einzelnen Kliniken zur Verfügung gestellt werden, damit diese eine Einschätzung ihrer Qualität vornehmen und diese gegebenenfalls verbessern können. In der Detailstatistik, im letzten Kapitel der Perinatalerhebung, werden differenzierte Übersichten zum Patientinnenkollektiv dargelegt. In diesem Kapitel werden, neben dem Alter der Patientinnen, auch das Herkunftsland und der Sozialstatus angegeben, sowie über

---

<sup>2</sup> Qualitätsindikatoren der Niedersächsischen Perinatalerhebung 2008

1 Pädiater anwesend bei Frühgeburt mit angeschlossener Kinderklinik

2 Pädiater anwesend bei Frühgeburt ohne angeschlossene Kinderklinik

3 Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen 24-34 Wochen

4 Lungenreifebehandlung bei Frühgeburten

5 Lungenreifebehandlung bei Frühgeburten ( $\geq 1$  Tag präpartal)

6 Lungenreifebehandlung bei Frühgeburten ( $\geq 2$  Tage präpartal)

7 Mikroblutuntersuchung bei Einlingen mit pathologischem CTG

8 MBU bei Einlingen mit pathologischem CTG und sekundärer Sectio

9 Bestimmung Nabelarterien-pH-Wert

10 Bestimmung von pH-Wert und Base Excess im Nabelarterienblut

11 Azidose (pH unter 7,1) bei reifen Einlingen

12 Azidose (pH unter 7,0) bei reifen Einlingen

13 Base Excess kleiner gleich -10,0 bei reifen Einlingen

14 Kritisches Outcome bei Reifgeborenen

15 Dammriss Grad III oder IV (bei spontanen Einlingsgeburten)

16 Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie

17 Dammriss Grad III oder IV bei Spontangeburt ohne Episiotomie

18 E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt

19 Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen (bei Spontangeburt)

20 Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen vaginal-operativ (bei vaginal-operativer Entbindung)

21 Revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen (bei Sectio caesarea)

22 Mütterliche Todesfälle

vorausgegangene Schwangerschaften und das Rauchverhalten der Patientinnen informiert (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (a)).

## 7 Fragestellungen und Ziele

### 7.1 Fragestellungen

Schon im Jahr 1962 haben Davids & Rosengren feststellen können, dass der sozioökonomische Status einer Frau Auswirkung auf die Schwangerschaft hat. "Women who were dissatisfied with their social status and were otherwise socially unstable tended to be generally less happy, less happy to be pregnant, more anxious, higher on the personality syndrome of alienation, and more emotionally maladjusted" (Davids & Rosengren 1962:583). Wie bereits bei der Darstellung der Risikofaktoren gezeigt werden konnte, hat der sozioökonomische Status Einfluss auf das Risiko einer Frühgeburt. Berkowitz & Papiernik (1993:420) schreiben zur Bedeutung des sozioökonomischen Status für Frühgeburtlichkeit: "Socioeconomic status, like race/ethnicity and marital status, is closely related to other demographic, behavioral, environmental, and medical factors that may influence pregnancy outcome and that cannot be easily controlled for in epidemiologic studies. Thus, socioeconomic status is presumably a proxy for these other factors rather than an independent determinant of preterm delivery."

In dieser Studie soll untersucht werden, ob Schwangere mit niedrigerem sozioökonomischen Status in Niedersachsen eine höhere Frühgeburtenrate haben als Schwangere mit höherem Sozialstatus. Besteht ein Zusammenhang zwischen niedrigem Sozialstatus der Schwangeren in Niedersachsen und einer erhöhten Frühgeburtsrate? Kann in der Niedersächsischen Perinatalerhebung dieser Unterschied anhand des Berufes der Schwangeren nachgewiesen werden und sind Veränderungen in dem Zeitraum 2001-2008 erkennbar?

**Hypothese: In der Niedersächsischen Perinatalerhebung können, bei der Ermittlung des Sozialstatus der Schwangeren über den Beruf, Unterschiede bezüglich der Frühgeburtsrate festgestellt werden. Frühgeburtlichkeit stellt sich in Niedersachsen als ein Problem sozialer Lagen dar.**

Diese Hypothese führt unweigerlich zu der Annahme, dass Schwangere mit Migrationshintergrund eine höhere Frühgeburtenrate haben müssten als deutsche Schwangere, da sie, wie in Kapitel 3.4.3 gezeigt werden konnte, häufiger einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben. Es konnte allerdings auch gezeigt werden, dass Schwangere mit lateinamerikanischem Migrationshintergrund in der ersten Generation in den USA bessere bzw. vergleichbare Frühgeburtenraten wie US-Amerikanerinnen haben, obwohl sie durch

ökonomische Gründe benachteiligt und durch die Migration an sich belastet sind (vgl. Kapitel 2.2.2.3.1). Diese Ergebnisse des "Latina Paradoxes" werden unter anderem über das gesundheitsbewusstere Verhalten sowie die familiären Netzwerke, die in den lateinamerikanischen Familien stärker ausgeprägt sind, begründet. Auch in Familien mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland sind diese Netzwerke nachweisbar, sodass auch hier der Risikofaktor der mangelnden sozialen Unterstützung bei Frauen ohne Migrationshintergrund gegeben sein könnte. Dies fordert eine genauere Betrachtung der Frauen mit Migrationshintergrund in der Niedersächsischen Perinatalstatistik und beschreibt die nächste Fragestellung und Hypothese. Insbesondere stellt sich die Frage, ob es signifikante Unterschiede bei der Frühgeburtenrate zwischen Schwangeren mit Migrationshintergrund und deutschen Schwangeren gibt, und ob Veränderungen zwischen den Jahren 2001 und 2008 festzustellen sind.

Kann das epidemiologische Paradox in der Niedersächsischen Perinatalerhebung für Schwangere mit Migrationshintergrund nachgewiesen werden?

**Hypothese: Es gibt in Niedersachsen Unterschiede bei der Frühgeburtenrate zwischen Schwangeren mit Migrationshintergrund und deutschen Schwangeren.**

David et al. (2006) haben, wie ausführlich beschrieben, für Berlin das "Turkish Paradox" nachgewiesen. Es konnte zwar kein niedrigeres Frühgeburtsrisiko für Frauen mit türkischem Migrationshintergrund festgestellt werden, allerdings war die Frühgeburtenrate auch nicht höher als bei deutschen Frauen.

Aus diesem Grund ist es von Interesse, ob sich das "Turkish Paradox" auch in einem Flächenland wie Niedersachsen darstellen lässt.

Frauen aus Osteuropa haben einen anderen Migrationsstatus bzw. -typus als Frauen aus dem Mittleren Osten, Nordafrika. Osteuropäerinnen haben häufig geringere Sprachbarrieren. Trotzdem haben sie ähnliche Probleme bei der Integration in der Bundesrepublik Deutschland wie andere Migrantinnen. Für Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion steht die Familie im Vordergrund und informelle Netzwerke sind vorhanden. Bauer (2007:137) stellte Folgendes dazu fest: "Die Familie als Institution genießt (...) einen höheren Stellenwert als Bekannte und Freunde." Es ist nicht unüblich, dass mehrere Generationen einer Familie bei Spätaussiedlern in einem Haus wohnen, um sich gegenseitig unterstützen zu können. "Entgegen der in Deutschland zunehmend in Erscheinung tretenden individuell-autonomen Permissivität familialen Verhaltens, zeigen sich Ehe und Familie innerhalb der rußlanddeutschen Ethnie gefestigt; erweisen sich insofern als gefahrlos institutionalisiert"



(Bauer 2007:197). Wie das Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009:7) gezeigt hat, weisen Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler bessere Integrationswerte auf als Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. Somit hat wahrscheinlich schon ein Akkulturationsprozess an Deutschland stattgefunden. Folglich müssten die Vorteile des "Latina Paradoxes" keinen Einfluss mehr auf die Frühgeburtenrate von Osteuropäerinnen haben. Sie müssten sogar aufgrund der Probleme, die eine Migration mit sich bringt, schlechtere Frühgeburtenraten haben, als Frauen ohne Migrationshintergrund in Niedersachsen, und es würde sich kein "Russian Paradox" nachweisen lassen. Lässt sich das epidemiologische Paradox auch für Frauen mit Migrationshintergrund aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" mit gleichem sozioökonomischen Status wie deutsche Frauen in Niedersachsen nachweisen?

**Hypothese: In Niedersachsen ist das "Latina Paradox" bei gleichem sozioökonomischen Status für Frauen aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" nachweisbar, aber für Schwangere aus "Osteuropa" nicht.**

Die unterschiedliche Nutzung der Schwangerschaftsvorsorge kann Ungleichheiten im Gesundheitssystem aufzeigen und Defizite in der Versorgung können festgestellt werden. Ein niedriger sozioökonomischer Status wird mit einer geringeren Teilhabe an der Schwangerschaftsvorsorge in Verbindung gebracht. Da dieses auch Schwangere mit Migrationshintergrund betreffen würde, soll untersucht werden, ob es Unterschiede bei der Schwangerenvorsorge von Frauen mit höherem und niedrigerem sozioökonomischen Status gibt. Carroli et al. (2001) haben in einem systematischen Review randomisierter Studien festgestellt, dass eine hohe Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft keinen positiveren Einfluss bei "Low Risk" Schwangerschaften auf das Outcome haben. Die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach einem neuen Modell, das Villar et al. (2001) darstellen, liegt zwischen fünf und acht Untersuchungen. Diese Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen ist bedeutend geringer, als in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegt wurde. Eine geringere Anzahl von Vorsorgeuntersuchungen bei Nicht-Risiko-Patientinnen würde sicherlich auch einen ökonomischen Beitrag für das Gesundheitssystem darstellen. Sikorski et al. (1996) haben in einer Studie in Großbritannien ebenfalls untersucht, welche Unterschiede sich ergeben, wenn die Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen reduziert wird. Dabei stellte sich heraus, dass Frauen, die eine geringere Anzahl von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bekamen als die Vergleichsgruppe, die die traditionelle Schwangerschaftsvorsorge erhielten, unzufriedener waren. "Women were more

likely to be dissatisfied with the number of visits in new style care than the number in traditional care. Over half of the women in the group receiving new style care felt that some of the gaps between antenatal visits were too long" (Sikorski et al. 1996:550). Fraglich ist, ob die Unzufriedenheit damit begründet werden kann, dass sie nicht die Vorsorge bekommen haben, die traditionell durchgeführt wird. Die Sorge um das Kind während der Schwangerschaft wurde auch als größer angegeben als in der Vergleichsgruppe.

Simoes et al. (2004) haben in Baden-Württemberg anhand der Perinataldaten die Vorsorge von Schwangeren untersucht. Insbesondere konnten sie bei der Schwangerschaftsvorsorge mit mehr als 10 Besuchen deutliche Unterschiede zwischen Ausländerinnen, Schwangeren mit besonderer sozialer Belastung und dem Gesamtkollektiv machen. Die besondere soziale Belastung zeichnete sich unter anderem durch den sozioökonomischen Status der Frau aus. Diese Ergebnisse sollen auch für die Niedersächsische Perinatalerhebung untersucht werden und führen zu folgender Fragestellung. Nutzen Frauen in Niedersachsen mit niedrigem sozioökonomischen Status die Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft weniger als Frauen mit höherem sozioökonomischen Status?

**Hypothese: In Niedersachsen ist der Anteil von Frauen, die eine unzureichende Vorsorge während der Schwangerschaft haben, mit niedrigem sozioökonomischen Status höher als bei Frauen mit höherem sozioökonomischen Status.**

Frauen mit Migrationshintergrund stellen in der Schwangerschaftsvorsorge eine besonders vulnerable Gruppe dar. Zum Beispiel aufgrund von Sprachbarrieren, kulturellen und religiösen Besonderheiten ist der Zugang zur Schwangerschaftsvorsorge erschwert oder die Schwangerschaftsvorsorge wird von den Frauen mit Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen. "Zu den zentralen Zugangsbarrieren für Migranten zählen vor allem geringe Deutschkenntnisse, fehlende oder unzureichende Informationen über Angebote des Gesundheitssystems, negative Erfahrungen im Umgang mit Institutionen sowie traditionelle Erwartungen, von der Familie versorgt und gepflegt zu werden" (Muthny & Bermejo 2009:6).

Simoes et al. (2003) haben die Schwangerschaftsvorsorge von Frauen unter besonderen sozialen und psychischen Bedingungen bezogen auf Nationalität und Familienstatus untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass die Vorsorge bei Frauen mit nicht deutscher Herkunft im Jahre 2001 mit weniger als fünf Vorsorgeuntersuchungen deutlich unter dem Durchschnitt lag. Diese Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen würde auch

unter die Empfehlungen von Villar et al. (2001) fallen. Somit würde sich eine unzureichende Schwangerschaftsvorsorge von Frauen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik abzeichnen. Die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen sollen für Frauen mit Migrationshintergrund aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" untersucht werden. Dabei soll es sich um Frauen handeln, die den gleichen sozialen Status haben, der über den Beruf festgemacht werden soll. Osteuropäerinnen haben im Gegensatz zu Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" die deutsche Staatsbürgerschaft und verfügen in den meisten Fällen über größere Sprachkenntnisse als Frauen mit Migrationshintergrund aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika". Außerdem verfügen sie über den gleichen bzw. ähnlichen kulturellen Hintergrund wie die deutsche Bevölkerung. Osteuropäerinnen haben allerdings, im Vergleich zu der einheimischen Bevölkerung, ein informelles unterstützendes familiäres Netzwerk. Es soll überprüft werden, ob im Bereich der geburtshilflichen Vorsorge Akkulturationsprozesse stattgefunden haben. Nach Borde (2006 (b)) sind diese Prozesse in der Gynäkologie nicht erkennbar.

Nutzen Frauen aus "Osteuropa" aufgrund der geringeren Sprachbarrieren Vorsorgeuntersuchungen und nutzen Frauen ohne Migrationshintergrund die Schwangerschaftsvorsorge häufiger als Frauen mit Migrationshintergrund aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika"?

**Hypothese: Es gibt Unterschiede bei der Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft zwischen Frauen mit Migrationshintergrund aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" sowie Frauen ohne Migrationshintergrund bei gleichem sozioökonomischen Status.**

## **7.2 Ziele**

Die Frühgeburtenrate, die trotz verbesserter oder gerade wegen verbesserter medizinischer Versorgung bundesweit ansteigt, ist immer noch ein Problem, das nicht ausschließlich pathophysiologisch begründet ist. Interdisziplinäre Untersuchungen können einen Beitrag zur Senkung der Frühgeburtenrate in der Bundesrepublik Deutschland leisten. Hinzu kommt, dass Frühgeburtenrate ein multifaktorielles Problem ist, das daher nicht ausschließlich von der medizinischen Seite her betrachtet werden sollte, sondern auch aus sozialwissenschaftlicher Sicht. Die Risikofaktoren, die sich von dieser Perspektive her

ergeben, beziehen sich auf die sozioökonomische Lage sowie auf die soziale Unterstützung während der Schwangerschaft.

Aus diesem Grunde ist das bedeutendste Ziel, protektive Faktoren zu ermitteln, um die Prävention von Frühgeburtlichkeit zu verbessern und Risikogruppen zu eruieren.

Wenn sich auch in Niedersachsen ein epidemiologisches Paradox, ähnlich dem des "Latina Paradoxes", nachweisen lässt, muss ermittelt werden, welche Protektiv-Faktoren bei den Frauen mit Migrationshintergrund wirken. Dies wäre auch bedeutsam für die Risikominderung von Frühgeburtlichkeit bei Schwangeren ohne Migrationshintergrund. Die Ergebnisse der Studie könnten im Weiteren für die Schwangerenvorsorge sowie spezielle Programme genutzt werden, um das Risiko einer Frühgeburt zu senken. Andererseits sollen auch die Protektiv-Faktoren, die bei Schwangeren mit Migrationshintergrund nicht wirken, identifiziert und Lösungsmöglichkeiten gesucht werden. Insbesondere bei der Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund während der Schwangerschaft bestehen Defizite. Zum Beispiel könnten für Frauen mit Migrationshintergrund spezielle Vorsorgeprogramme in ihrer Sprache entwickelt werden, um einer Frühgeburt vorzubeugen.

Insgesamt soll die Studie einen Beitrag dazu leisten, die schwerwiegenden Folgen, die mit einer Frühgeburt verbunden sind, zu verringern, indem mehr Kenntnisse über die Ätiologie der Frühgeburtlichkeit gewonnen werden. Letztlich kann dies auch einen finanziellen Beitrag zur Senkung der Kosten im Gesundheitssystem leisten.

## 8 Daten und Methodik

### 8.1 Perinataldaten

Wie in Kapitel 4.1. erläutert, wurde im Jahr 2000 die bundesweite Erhebung der Perinataldaten eingeführt. Die verwendeten Daten beziehen sich auf die Jahre 2001-2008. Das Jahr 2000 findet bei der Auswertung keine Berücksichtigung, weil es in diesem Jahr noch zu Problemen bei der Umstellung von der handschriftlichen Erhebung der Daten auf die EDV-gestützte Eingabe kam (vgl. Kapitel 6).

In der Geburtsklinik wird jede Entbindung mit einem Perinatalbogen dokumentiert, was eine multivariate Analyse der Perinatalerhebungen möglich macht. Bei Mehrlingsschwangerschaften wird die Anzahl der Perinatalbögen entsprechend angepasst. Die Eintragungen werden unmittelbar nach der Geburt im Kreißsaal meistens durch Ärztinnen und Ärzte und seltener durch eine Hebamme gemacht (Schwarz 2008:107). Die Perinatalbögen sind gegliedert in eine Basisdokumentation zur Mutter und zum Kind. Dabei werden unter anderem der Familienstand, die Herkunftsregion, die Tätigkeit während der Schwangerschaft, aber auch Informationen zu vorausgegangenen Schwangerschaften dokumentiert. Die meisten Angaben zur Basisdokumentation der Mutter können direkt aus dem Mutterpass übernommen werden. Die Angaben zur Geburt werden im Kreißsaal gemacht, um den Geburtsverlauf zu dokumentieren. Auf der Wochenstation werden weitere Einträge gemacht, die sich auf das Wochenbett beziehen. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen Ausfüllhinweise zur Dokumentation zur Verfügung. Außerdem werden Angaben zu der jetzigen Schwangerschaft und zur Entbindung erhoben. Unter anderem werden bei den Angaben zur jetzigen Schwangerschaft die Schwangerschaftsrisiken dokumentiert. Bei den Angaben zur Entbindung werden unter anderem Informationen zur Geburtseinleitung oder zu Geburtsrisiken festgehalten. In einem weiteren Abschnitt werden die Komplikationen bei der Mutter während der Geburt dokumentiert. Zum Beispiel wird festgehalten, ob die Mutter eine Eklampsie hatte. Bei der Dokumentation für das Kind bzw. entsprechend für die Kinder werden unter anderem Angaben zum Entbindungsmodus gemacht. Die Basisdokumentation des Kindes bzw. der Kinder gibt unter anderem Angaben zum Geburtsdatum sowie zur Größe, Länge aber auch zu den Apgar-Werten. In der Dokumentation für die Kinder werden auch Angaben in einer speziellen Rubrik zu Entlassungen oder Verlegungen gemacht.

Die erhobenen Daten werden elektronisch an das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen der niedersächsischen Ärztekammer anonym übermittelt. Eine Einverständniserklärung ist nicht notwendig.

## **8.2 Studiendesign und Validität**

Zunächst soll eine Ist-Analyse die Frühgeburtenrate von Frauen in Niedersachsen der Jahre 2001 - 2008 Ergebnisse über Veränderungen liefern. Im Weiteren soll untersucht werden, ob der sozioökonomische Status sowie die Herkunftsregion der Schwangeren Einfluss auf Frühgeburtslichkeit hat. Ebenso soll unter diesen Gesichtspunkten die Teilhabe an der Schwangerenvorsorge in Niedersachsen analysiert werden, um festzustellen, ob es Unterschiede bei der Schwangerenvorsorge zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund gibt, und ob es auch innerhalb der Gruppe von Frauen mit Migrationshintergrund Unterschiede gibt.

Es handelt sich bei dieser Studie um eine retrospektive Kohortenstudie, bei der in einer Sekundäranalyse die Perinataldaten Niedersachsens der Jahre 2001 - 2008 ausgewertet werden, da sie eine gut validierte Datengrundlage für eine Sekundäranalyse darstellen. In die Datenanalyse der retrospektiven Kohortenstudie der Niedersächsischen Perinatalerhebungen (2001 - 2008) werden ausschließlich lebende Einlingsgeburten ausgewertet, um die Vergleichbarkeit von nationalen und internationalen Studien herstellen zu können, da das Sample in diesen überwiegend aus lebenden Einlingsgeburten besteht. Hinzu kommt, dass Mehrlingsgeburten ein besonderes Risiko für Frühgeburtslichkeit darstellen und somit die Ergebnisse beeinflussen könnten.

Die primäre Aufgabe der Perinatalerhebungen ist die Qualitätssicherung innerhalb der Klinik. Sekundär können die Daten für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden. Dazu können die Perinataldaten über räumliche sowie zeitliche Veränderungen Ergebnisse liefern und epidemiologische Fragestellungen beantworten (Stein et al. 2006). Die gesetzliche Grundlage der Perinatalerhebungen ist § 137a SGB V zur Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität im deutschen Gesundheitswesen, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss eine fachlich unabhängige Institution beauftragt, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität und die Durchführung einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu entwickeln (AQUA 2011 (b)).

"Die umfangreiche Plausibilitätsprüfung garantiert eine hohe Datenqualität. Die vom ZQ verwendeten Plausibilitätsprüfungsprogramme, die zur Sicherung der internen Validität dienen, sind im Rahmen der Datenaufbereitung impliziert" (Schwarz 2008:107). In § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern - QSKH-RL - Beschluss vom 21. Oktober 2010 des Gemeinsamen Bundesausschusses wird die Datenvalidierung geregelt. Die übermittelten Daten der Krankenhäuser sind auf Validität zu prüfen. Darunter fällt eine statistische Basisprüfung auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität. Außerdem soll in einem Stichprobenverfahren im Rahmen eines Datenabgleichs Übereinstimmung mit der Dokumentation im Krankenhaus überprüft werden. Bei dem Datenvalidierungsverfahren werden in aller Regel drei Leistungsbereiche mit ausgewählten Datenfeldern überprüft. Beim Stichprobenverfahren mit dem Datenabgleich sind pro Bundesland und pro Leistungsbereich jeweils 5 Prozent der Krankenhäuser in den ausgewählten Leistungsbereichen zu prüfen. Dies geschieht über die Patientenakte. Die Berichte zu den Ergebnissen müssen gemäß der Berichtspflicht vorgelegt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011).

Problematisch ist, dass die Sekundärdaten nicht von den Forschenden erhoben werden, wie es bei Primärdaten der Fall ist, sondern von anderen Institutionen, die oftmals einen anderen Zweck bei der Datenerhebung verfolgen (Lüngen et al. 2009:47). Aus diesem Grund wird die Nutzung dieser Daten in epidemiologischen Studien und in der Versorgungsforschung intensiv diskutiert. Um einen Standard für Sekundäranalysen zu formulieren, veröffentlichten die Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), die Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) im Januar 2008 gemeinsam eine Leitlinie "Gute Praxis Sekundärdatenanalyse" (GPS). Zielgruppe sind die Eigner der Daten, Sekundärnutzer, die sozialmedizinisch und versorgungsepidemiologisch tätig sind, sowie die Nutzer der Forschungsergebnisse (Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) et al. 2008). Allerdings ist anzumerken, dass es noch keine Anleitung zur Validierung von Sekundärdaten gibt, aber Details zur Auswahl und Datenbereinigung werden von den Anbietern der Daten normalerweise bereitgestellt (Lüngen et al. 2009:48f.). Außerdem kann die Stichprobe im Rahmen einer externen Validitätsprüfung mit offiziellen Daten zur Gesamtbevölkerung überprüft werden (Lüngen et al. 2009:49). Aus diesem Grund

wurden die Ergebnisse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen teilweise mit denen der Hessischen Perinatalerhebungen - insbesondere bei kleinen Fallzahlen - abgeglichen, um die Ergebnisse der Analyse abzusichern. O'Donnell et al. (2008) haben sich umfassend mit der Analyse von Sekundärdaten auseinandergesetzt. Die Routinedaten unseres Sozialversicherungssystems "bieten sich als kaum erschöpfbare Datenquelle geradezu an" (Swart & Ihle 2005:11). Vorteilhaft ist dabei, dass die Daten schnell verfügbar sind. Sekundär-epidemiologische Studien sind von Vorteil, da sie einerseits zeitliche Veränderungen sehr gut abbilden können, andererseits eine solche prospektive populationsbasierte Studie sehr viel Zeit und Kosten verursachen würde (Schwarz 2008:43). Hinzu kommt, dass eine hochwertige medizinische Versorgung für einzelne Bevölkerungsgruppen nur gewährleistet werden kann, wenn Anstrengungen für eine höhere Transparenz des Versorgungsgeschehens unternommen werden (Swart & Ihle 2005:11). Insbesondere bei der Erhebung von Daten von Migrantinnen treten aufgrund von Verständnisproblemen Schwierigkeiten auf. Ohne die sekundäre Nutzung von Routinedatensätzen wäre der Bedarf an Informationen durch Primärforschung aus Kostengründen nicht ausreichend gedeckt (Swart & Ihle 2005:11). Mit den Daten der Perinatalerhebung besteht die Möglichkeit auch diese Personengruppe in die Untersuchung der geburtshilflichen Versorgungsforschung einzubeziehen. Nachteilig könnte sein, dass sich die Qualität der Patientendaten nicht immer gut und nicht auf die gesamte Bevölkerung übertragen lässt. Außerdem enthalten diese Daten begrenzte Informationen z. B. über den Lebensstandard (O'Donnell et al. 2008:19).

Für die klinischen Daten der Perinatalerhebungen kann davon ausgegangen werden, dass diese für Analysen ausreichen. Hingegen wird dies für soziodemografische Daten angezweifelt (Pateisky & Geraedts 2000:983). Stein et al. (2006) konnten bei einer Analyse der Übertragungsqualität von Perinataldaten feststellen, dass weniger wichtige Merkmale für die Betreuung unter der Geburt, wie bspw. der Familienstand, eine unzureichende Datenqualität aufwiesen. Hingegen konnten sie eine sehr hohe Übertragungsqualität für die Merkmale Geschlecht und Geburtsgewicht nachweisen, die der potenziellen Kontrolle der Mutter sowie der Hebamme unterliegen und aus dem Mutterpass bzw. dem Kinderheft übertragen werden. Der umfangreiche perinatale Datensatz kann durch über 200 Plausibilitätsregeln teilweise schon bei der Eingabe der Dokumentation korrigiert werden. Diese Plausibilitätsregeln ermöglichen zwar einen in sich widerspruchsfreien Datensatz, haben aber nur eine bedingte Aussagefähigkeit zur Vollständigkeit und Richtigkeit der erhobenen Daten (Stein et al. 2006). Für die Variablen, die das Herkunftsland der



Schwangeren beschreiben, deren Tätigkeit und die berechnete Tragzeit wurde eine Validitätsprüfung mit einem maximalen Prozentsatz von 70 Prozent fehlender Werte durchgeführt. Die Variablen bzw. die Datenwerte haben die Validitätsprüfung bestanden. Durch diese Prüfung wurde sichergestellt, dass nicht zu viele fehlende Angaben vorlagen.

### **8.3 Methodik der Datenanalyse**

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Statistikprogramm PASW Statistics 18<sup>®</sup> (Predictive Analysis SoftWare), der Nachfolgerversion von SPSS 17<sup>®</sup>.

Vor Beginn der Auswertung wurden umfassende Transformierungen, Modifizierungen sowie Erstellungen neuer Variablen durchgeführt. Um bspw. das Alter der Mutter in bestimmten Altersgruppen anzugeben, wurde aus dem Geburtsjahr der Mutter und des Kindes eine neue Variable gebildet. Außerdem wurde, um eine Differenzierung von Frühgeburten vorzunehmen und diese bei der Analyse zu nutzen, aus der Tragzeit in Schwangerschaftswochen eine neue Variable gebildet, die zwischen extrem frühen Frühgeborenen, sehr frühen Frühgeborenen, Frühgeborenen und Reifgeborenen unterscheidet. Für Frühgeburten wurden ebenso dichotome Variablen nach Schwangerschaftswoche gebildet, um diese für multivariate Analysen einsetzen zu können. Ebenfalls wurde eine dichotome Variable für den Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft gebildet, da in den Perinatalerhebungen nach dem durchschnittlichen Zigarettenkonsum pro Tag gefragt wird und nicht nur, ob die Frau während ihrer Schwangerschaft geraucht hat. Um den Zigarettenkonsum als Kontrollvariable bei einer binären logistischen Regression einzusetzen, wird allerdings eine dichotome Variable benötigt. Im nächsten Kapitel werden unabhängige und abhängige Variablen beschrieben, die bei der Datenanalyse verwendet wurden, um Korrelationen bzw. Abhängigkeiten beim Risiko für Frühgeburtslichkeit oder einer geringeren Schwangerenvorsorge darstellen zu können. Außerdem wird dargestellt, wie die Kategorisierung der einzelnen Variablen durchgeführt wurde, um aussagekräftige Analysen bspw. für jüngere Schwangere durchführen zu können. Ebenso wurden Kategorien für die Vorsorgeintensität gebildet.

Neben deskriptiven Berechnungen wurden auch bi- und multivariate Berechnungen, wie die logistische Regression, durchgeführt. Für die deskriptiven Berechnungen werden vornehmlich Häufigkeiten berechnet, die gegebenenfalls auch grafisch dargestellt werden. Dazu zählen

bspw. die Anzahl der Frühgeburten, Frauen bestimmter Herkunftsregionen, Beruf der Schwangeren sowie Schwangerschaftsrisiken bezogen auf das gesamte Kollektiv und den Untersuchungszeitraum 2001 - 2008. Die bivariaten Analysen werden größtenteils in Form von Kreuztabellen und den entsprechenden Grafiken dargestellt. Kreuztabellen dienen dazu Zusammenhänge zwischen zwei Variablen darzustellen und zu untersuchen (Backhaus et al. 2011:304). Darüber hinaus wurde geprüft, ob die Ergebnisse nach dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson signifikant sind. "Ein Chi-Quadrat-Test überprüft die Unabhängigkeit der beiden Variablen der Kreuztabelle und damit indirekt den Zusammenhang der beiden Merkmale. Zwei Variablen einer Kreuztabelle gelten dann als voneinander unabhängig, wenn die beobachteten Häufigkeiten (...) der einzelnen Zellen mit den erwarteten Häufigkeiten (...) übereinstimmen" (Bühl 2006:259). Für die Bewertung der Ergebnisse wurde ein Chi-Quadrat-Wert von  $p < 0.05$  als signifikant angesehen. Allerdings ist aufgrund der hohen Fallzahlen davon auszugehen, dass fast jedes Ergebnis in einem hohen Bereich signifikant sein wird.

Um Zusammenhänge zwischen mehr als zwei Variablen darzustellen, wurden multivariate Methoden genutzt. Kreuztabellen wurden erstellt, um bspw. die Frühgeburtenrate von Frauen mit Migrationshintergrund in bestimmten Altersgruppen darstellen zu können.

Da in den Ausgangsdaten jede einzelne Schwangerschaft dokumentiert wurde, war es möglich eine binäre logistische Regression zu berechnen. "In der Regel handelt es sich bei der dichotomen Variablen um ein Ereignis, das eintreten kann oder nicht; die binäre logistische Regression berechnet dann die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens des Ereignisses in Abhängigkeit von den Werten der unabhängigen Variablen" (Bühl 2006:372). Die Odds Ratio werden mithilfe der logistischen Regression angegeben. Sie zeigen das Chancenverhältnis auf, das für ein Merkmal einer Gruppe vorliegt. Ein  $OR = 1$  bedeutet, dass zwischen den beiden Gruppen kein Unterschied besteht. Wenn  $OR > 1$  ist die Chance, dass das bestimmte Merkmal auftritt, größer als bei der Referenzgruppe. Bei einem kleineren  $OR$  als 1 ist die Chance eines bestimmten Merkmals kleiner als bei der Referenzgruppe. Aufgrund der großen Datenmenge, die die Auswertung der Niedersächsischen Perinatalerhebungen bietet, ist die Anforderung an das Datenmaterial, in dem die Fallzahl zur Durchführung einer binären logistischen Regressionsanalyse pro Gruppe nicht kleiner als 25 sein sollte, größtenteils gegeben (Backhaus et al. 2011:295). Für die logistische Regressionsanalyse wurde die "Einschluss"-Methode gewählt, die alle unabhängigen Variablen gleichzeitig in das Modell aufnimmt, um festzustellen, welchen Einfluss bekannte Risikofaktoren für Frühgeburtslichkeit bzw. für die Schwangerenvorsorge auf die Wahrscheinlichkeit des Eintretens des Ereignisses haben. Um mögliche Störfaktoren, die das Ergebnis beeinflussen können, auszuschließen,

werden verschiedene Kontrollvariablen in das Modell der binären logistischen Regression einbezogen. Bei der Berechnung der logistischen Regressionsanalyse wurden die Modellparameter mit der Likelihood-Methode geschätzt, um die Parameter der Einflussgewichte der unabhängigen Variablen so festzulegen, dass die Wahrscheinlichkeit, "die beobachteten Erhebungsdaten zu erhalten, maximiert wird" (Backhaus et al. 2011:258). Das bedeutet, dass ein bestimmtes Ereignis eintritt oder nicht. Die Parameterschätzung der jeweils analysierten Person sollte entweder die Wahrscheinlichkeit  $y = 1$  oder  $y = 0$  ergeben (Backhaus et al. 2011:259f.). Zur Bewertung des Modells werden Cox & Snell R-Quadrat und Nagelkerkes R-Quadrat Werte herangezogen. Für den Cox & Snell R-Quadrat sind Werte gut ab 0,4. Mit dem Cox & Snell R-Quadrat werden Likelihood Werte gegenübergestellt. Nagelkerkes R-Quadrat Werte beschreiben die Varianzklärung der abhängigen Variablen durch die unabhängigen Variablen (Backhaus et al. 2011:276).

Als Haupteffekte für die logistische Regressionsanalyse wurden ein hoher sozioökonomischer Status, der über den Beruf der Schwangeren angegeben wurde, in diesem Fall "höhere Beamtin, Angestellte, Selbstständige" sowie "Deutschland" als Herkunftsregion der Schwangeren genutzt. Der sozioökonomische Status wurde für die Darstellung sozialer Unterschiede für Frühgeburtlichkeit herangezogen. Die Herkunftsregion Deutschland wurde für die Analyse des Frühgeburtsrisikos von Frauen mit Migrationshintergrund sowie dem Risiko einer geringeren Schwangerenvorsorge von Frauen mit Migrationshintergrund genutzt. In einem weiteren Schritt wurden unter anderem die unabhängigen Kontrollvariablen, die Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit darstellen, Geburtrisiko Gestose/Eklampsie, Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität und alleinstehend eingesetzt, um das Risiko für Frühgeburtlichkeit darstellen zu können. Die Dummy codierte Variable Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft gibt Auskunft darüber, ob die Schwangere in der jetzigen Schwangerschaft berufstätig war. Bei der Parität wurde zwischen Nullipara und Multipara unterschieden. Nullipara wurden bei multivariaten Analysen auch als Kontrollvariable herangezogen. Für die Berechnung des Risikos einer Frühgeburt für Schwangere mit Migrationshintergrund wurde eine zusätzliche Berechnung mit sozialen Risikofaktoren, die bei Frauen mit Migrationshintergrund zum Tragen kommen, durchgeführt. Dazu gehörten die Schwangerschaftsrisiken familiäre Belastungen, besondere psychische Belastung in der Anamnese sowie während der Schwangerschaft, besondere soziale Belastungen in der Anamnese sowie während der Schwangerschaft, Zustand nach Sterilitätsbehandlung und

Zustand nach zwei oder mehr Aborten/Abbrüchen. Um den Einfluss einzelner sozialer Risikofaktoren nachzuweisen, wurden logistische Regressionsanalysen mit den einzelnen Kontrollvariablen sowohl für das Frühgeburtsrisiko in Bezug auf den sozioökonomischen Status als auch für die Herkunftsregion durchgeführt. Eine Differenzierung erfolgte nach Schwangerschaftswochen, um gegebenenfalls unterschiedliche Risikofaktoren für Frühgeburten < 37 + 0, extrem frühe, sehr frühe als auch für Frühgeburten, die zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche endeten, zu ermitteln.

Alle Kontrollvariablen wurden zunächst deskriptiv beschrieben, um Unterschiede zwischen dem sozioökonomischen Status der Schwangeren sowie der Herkunftsregion darstellen zu können.

Der Einsatz von Kontrollvariablen für Frühgeburtslichkeit ist von großer Bedeutung, wie Straube et al. (2009) zeigen konnten. Die multivariaten Analysen verknüpfen die Daten von verschiedenen Ebenen der sozialen Realität, um individuelle und kollektive Tatbestände zu erklären (Steinkamp 1993). Die Makroebene, die die erste Ebene darstellt, versucht objektive Lebensbedingungen zu erfassen. Die nächste Ebene, die Mesoebene, bezieht sich auf bestimmte Lebenskontexte. Dort entfaltet sich die Wirkung strukturell ungleicher Belastungen und Ressourcen. Die Mikroebene beschäftigt sich mit Auseinandersetzungsprozessen (Belastungen) des Individuums und deren Bewältigung. Auf der Mikroebene wird versucht, die individuelle Befindlichkeit zu erfassen (Steinkamp 1993).

### **8.3.1 Sozioökonomischer Status**

Um soziale Ungleichheit in gesundheitswissenschaftlichen Studien zu messen, stellen die schulische und berufliche Bildung, das Einkommen und der Besitz sowie der berufliche Status bzw. die Position und das Prestige die drei wichtigsten Dimensionen zur Darstellung sozialer Ungleichheit dar (Helmert 2003:24). Der Status eines Menschen setzt seine Position in der Gesellschaft in Bezug zu anderen Positionen und schafft dadurch hierarchische Zusammenhänge (Hoffmeyer-Zlotnik 1998:54). Der soziale Status, der bspw. über den Beruf definiert wird, wird zum sozioökonomischen Status in der gesamtgesellschaftlichen Hierarchie (Hoffmeyer-Zlotnik 1998:54).

Die Operationalisierung des Indikators "Bildung" erfolgt entweder durch den höchsten Bildungsabschluss oder wird aus einer Kombination von höchstem Schulabschluss und Ausbildungsabschluss gebildet. Dieser Indikator ist einfach zu erheben und hat eine hohe

Validität und Reliabilität. Die große Stabilität dieses Indikators weist auch Schwächen auf. So können sich soziale Einflussfaktoren erst nach dem Abschluss einer formalen Berufsausbildung entfalten. Zum Beispiel können Personen mit mittlerer oder höherer Qualifikation von Langzeitarbeitslosigkeit und Einkommensarmut betroffen sein. In sozioepidemiologischen Studien wird zumeist nach der genauen Berufsbezeichnung gefragt, aber es besteht auch die Möglichkeit, dass der berufliche Status (z.B. ungelernter Arbeiter, angelernter Arbeiter, Facharbeiter etc.) ermittelt wird. Bei Personen, die nicht berufstätig sind wird gegebenenfalls der zuletzt ausgeübte bzw. der am längsten ausgeübte Beruf berücksichtigt. Das verfügbare Haushaltseinkommen, das sogenannte Äquivalenzeinkommen, ist ein zentraler adäquater Indikator, um die wirtschaftliche Situation abzubilden und stellt einen wichtigen Sozialindikator dar (Helmert 2003:26ff.). Nachteilig wirkt sich bei der Befragung des Haushaltsnettoeinkommens eine hohe Non-Response-Rate, zeitliche Schwankungen bspw. bedingt durch Arbeitslosigkeit, Erziehungsurlaub oder Scheidung, Nichterfassung von Grundbesitz, sonstigen Vermögenswerten oder Schulden aus. Für die gesundheitswissenschaftliche Forschung kommt noch eine weitere Problematik hinzu, die die Einbeziehung von Einkommen als Indikator für den sozioökonomischen Status erschwert. Eine Krankheit kann bspw. unter Umständen zu Einkommensverlusten bzw. -einbußen führen (Helmert 2003:29f.). Dies würde bei der Datenauswertung Einfluss auf die Ergebnisse haben und diese gegebenenfalls beeinflussen. Christoph Bernhard (2005) ist der Ansicht, dass die Variable Beruf von Bedeutung ist, um soziale Ungleichheiten in modernen Gesellschaften darzustellen, und sie wird daher bei empirischen Umfragen als Werkzeug eingesetzt. Der Beruf ist in der postindustriellen Gesellschaft eine bedeutende Statusvariable, die über die berufliche Tätigkeit oder die Stellung im Beruf messbar ist (Hoffmeyer-Zlotnik 1998:54). Die Aussagekraft des Indikators Beruf ist größer als der der Schulbildung, weil sich viele soziale Einflussfaktoren erst nach einer abgeschlossenen Ausbildung manifestieren. Die Variable Einkommen hat im Vergleich zur Variablen Beruf ebenfalls an Bedeutung verloren, da die Stagnation bei den Lohn- und Gehaltssteigerungen zu realen Einkommensverlusten geführt hat und es Messprobleme beim Einkommen gibt (Hoffmeyer-Zlotnik & Geis 2003).

In der Niedersächsischen Perinatalerhebung stellt es sich als problematisch dar, den sozioökonomischen Status einer Schwangeren anhand mehrerer Merkmale zu bestimmen. Der einzige Indikator, der in den Perinatalerhebungen erhoben wird, ist der Beruf der Mutter. Dieser wird auch nicht exakt erhoben, sondern in Kategorien eingeteilt. Die Einteilung in Berufsgruppen unterstützt die Darstellung von vertikalen sozialen Ungleichheiten, da es sich als schwierig erweist, die Vielzahl der Berufe in eine hierarchische Abfolge zu bringen. Die

Berufsangabe der Perinatalerhebungen deutet auf die Ausbildung und die Arbeitsumstände der Frau hin. Der berufliche Status bedeutet demnach, dass Berufe in eine hierarchische Reihenfolge gebracht werden können, und dass damit auch jeder Berufstätige eine Position in dieser Hierarchie innehat (Mielck 2000:24). Zur Einteilung der Berufe wurde eine Vielzahl von Skalen entwickelt. "Ein globaler Indikator für die Bestimmung der sozialen Lage von Personen ist das Berufsprestige. In Deutschland wird hierfür häufig die von Bernd Wegener entwickelte Magnitude-Prestigeskala (MPS) genutzt" (Frietsch & Wirth 2001:139). Sie schreiben weiter, dass Erwerbstätigkeit ein zentrales Element für Sozialstrukturanalysen ist, weil Lebenschancen und der gesellschaftliche Platz eines Menschen durch die Position in der Arbeitswelt bestimmt werden. Außerdem haben die berufliche Tätigkeit und die Position, die ein Mensch innehat, Einfluss auf Lebensstile, Verhalten und Einstellungen (Hoffmeyer-Zlotnik & Geis 2003). Außerdem gibt es die Treiman-Skala, die sich ebenfalls auf das Prestige von Berufen bezieht und Grundlage für viele empirische Analysen ist (Mielck 2000:24). Prestige wird als Ansehen definiert, das zu einer bestimmten Stellung gehört. Berufsprestige ist demnach das Ansehen, das "einer bestimmten beruflichen Tätigkeit und einer beruflichen Position oder Stellung zugeschrieben wird" (Hoffmeyer-Zlotnik & Geis 2003:125). Mithilfe dieser Prestige-Skalen kann ein beruflicher Status bestimmt werden, der nicht direkt auf Angaben zur Bildung oder zum Einkommen zurückgreift, sondern auf das soziale Ansehen eines Berufes (Mielck 2000:25). Der Begriff Status setzt die Position eines Menschen in Bezug auf die Positionen anderer Menschen und stellt hierarchische Zusammenhänge zwischen Menschen dar. Um den sozialen Status definieren zu können werden Indikatoren wie "Bildung", "Beruf" bzw. "Einkommen" genutzt. Aus dem sozialen Status wird der sozioökonomische Status eines Menschen (Hoffmeyer-Zlotnik & Geis 2003). Um den sozioökonomischen Status anhand der wenigen Daten zu bestimmen, wird auf das vertikale Merkmal des Berufes der Frau zurückgegriffen, der im Perinatalbogen abgefragt wird. Die Perinatalerhebungen geben leider keine Auskunft über den Beruf des Partners oder des Ehemanns, das Einkommen oder die Bildung. So ist der Beruf der Schwangeren die einzige Variable, die eine Einstufung der sozioökonomischen Lage ermöglichen kann. Bei alleinstehenden Frauen müsste auch auf diese Variable zurückgegriffen werden. Für berufstätige Frauen kann die Variable auch einen Hinweis auf den sozioökonomischen Status der Familie bzw. des Partners geben. In diesem Zusammenhang soll auch die Theorie der Bildungshomogamie hingewiesen werden. "(...) die Paarbildung innerhalb derselben Bildungsebene, kann als Ausdruck sozialer Klassenbildung und sozialer Schließung angesehen werden" (Appelt & Reiterer 2009:46). Eine homogene Paarbildung erfolgt danach

in derselben sozialen Kategorie, diese kann sich bspw. in Form von Schichtzugehörigkeit, Beruf oder ethnischer Herkunft darstellen. Homogamiestudien zeigen "die starke positive Korrelation zwischen den Merkmalen der sozialen Herkunft und den Bildungsniveaus der beiden Heiratspartner" (Blossfeld & Timm 1997:2). "Steigende Bildungshomogamie kann einerseits ein Hinweis auf mehr Gleichheit auf der Ebene einzelner Paare bedeuten. Andererseits kann es gleichzeitig ein Indikator für eine Schließung sozialer Kreise im Prozess der Paarbildung sein, der auf eine wachsende Kumulation soziale Ungleichheiten zwischen Paaren hinweist" (Hess-Meining & Tölke 2005:238). Es gibt auch in modernen Gesellschaften Kräfte, die intragenerational Einfluss auf die Wahl des Ehepartners nehmen und die soziale Ungleichheit intergenerational reproduzieren (Blossfeld & Timm 1997:2). Es gibt mehrere theoretische Ansätze für die Paarbildung. Smits et al. (1998) gehen davon aus, dass die Bildung in industrialisierten Gesellschaften Einfluss auf die Partnerwahl hat. Danach versuchen Individuen den höchstmöglichen sozioökonomischen Status über die Auswahl des Partners zu erreichen. Wenn Bildung ein besserer Indikator für den zukünftigen sozioökonomischen Status ist, wird dies bei der Partnerwahl wichtiger als die soziale Herkunft. Appelt & Reiterer (2009) kritisieren in diesem Zusammenhang die Eindimensionalität dieses Ansatzes, der auf die Theorie der rationalen Wahlhandlung zurückgeht. Die Autoren stellen sich die Frage, wie mit diesem theoretischen Ansatz die weibliche Hypergamie-Orientierung zu erklären sei. Sie zeigen einen weiteren Ansatz zur Erklärung der Paarbildung auf, der auf die Bedeutung von gemeinsamen Lebensstilen, Lebenslagen und sozialen Werten abzielt. Bei knapp der Hälfte der Paare in Westdeutschland zeigte sich, dass der Mann durchschnittlich nur noch bei knapp der Hälfte der Paare eine höhere berufliche Position hatte. Dies bedeutet, dass jede zweite Frau in einer Partnerschaft beruflich gleich oder sogar besser gestellt sein muss (Hess-Meining & Tölke 2005:264). Außerdem konnte eine Bildungsgleichheit in Partnerschaften festgestellt werden (Hess-Meining & Tölke 2005:225). Eine Längsschnittanalyse konnte zeigen, dass es bei der Bildungshomogamie über Generationen einen starken langfristigen Trend zu mehr Bildungshomogamie gab. Auch konnte gezeigt werden, dass über die Generationen hinweg der Anteil der traditionell aufwärtsheiratenden Frauen abgenommen hat. Die Autoren kommen für Westdeutschland zu dem Schluss, "daß es durch *Modernisierungs- und Individualisierungsprozesse zu keiner bedeutsamen Zunahme der Vermischung bildungsspezifischer Kreise durch Heirat gekommen ist*. Vielmehr hat die *Bildungshomogamie über die Geburtskohorten hinweg intragenerational und intergenerational stark zugenommen*, so daß sich die *Sozialstruktur und die sozialen Kreise*

*eher geschlossen als geöffnet zu haben scheinen*" (Blossfeld & Timm 1997:39) (Anm. Hervorhebungen im Original).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich wahrscheinlich auch die Bildungshomogamie in den Perinatalerhebungen widerspiegelt, sodass davon ausgegangen werden kann, dass ein Großteil der Frauen, die berufstätig sind, den gleichen sozioökonomischen Status, wie ihr Ehemann bzw. Partner haben.

Anhand des Perinatalbogens kann ermittelt werden, ob die Frau während ihrer jetzigen Schwangerschaft berufstätig war. Es besteht die Möglichkeit im Perinatalbogen diese Frage mit "Ja" oder "Nein" zu beantworten, aus der eine Dummy codierte Variable "Berufstätigkeit" hervorgeht. Problematisch ist, dass in den Niedersächsischen Perinatalerhebungen nicht angegeben wird, welche Tätigkeit die Hausfrauen erlernt haben, sodass Hausfrauen als gesonderte Gruppe dargestellt werden. Hausfrauen stellen demnach eine heterogene Gruppe dar, die gesondert dargestellt werden muss, um Vergleiche möglich zu machen. In gleicher Weise gilt dies für die Frauen, deren Angabe "Ausbildung, Studium" ist.

Wenn bei der Variable "Berufstätigkeit" "Ja" angekreuzt wird, kann über folgende Antwortmöglichkeiten zur Stellung im Beruf der Mutter im Perinatalbogen der Sozialstatus bestimmt werden:

- 0: "Unbekannt"
- 1: "Hausfrau"
- 2: "Ausbildung, Studium"
- 3: ">=3 Monate ohne Beruf"
- 4: "Un-/angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft"
- 5: "Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe"
- 6: "Höhere Beamtin+ Angestellte, Selbstständige"
- 9: "Unbekannt"

Anhand dieser Merkmale kann den Frauen ein sozioökonomischer Status zugewiesen werden, um soziale Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung darzustellen und Unterschiede bezüglich der Frühgeburtsrate nachzuweisen. Zumal die Erwerbsquote von Frauen in den letzten Jahren stetig angestiegen ist (Schoenfisch et al. 2008). Zwischen 1996 und 2007 ist der Anteil an erwerbstätigen Frauen in der Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren von 55,4 Prozent um fast 10 Prozentpunkte auf 64,0 Prozent angestiegen (Bundeszentrale für politische Bildung 2011).



Zahlreiche Studien nutzen inzwischen ausschließlich den Beruf bzw. die sozioökonomische Lage der Mutter als Indikator für den sozioökonomischen Status (Straube et al. 2009; Morgen et al. 2008; Schoenfisch et al. 2008; Bell et al. 2008). Der Schwerpunkt der Auswertung liegt auf den Frauen in Ausbildung bzw. Studium, un-/angelernten Arbeiterinnen, angelernten Aushilfskräften (z.B. Raumpflegerin), Facharbeiterinnen (z.B. Bäckerin), einfache Beamtinnen (z.B. Briefträgerin), kleingewerbetreibende Frauen sowie höheren Beamtinnen und Angestellten, Selbstständigen, da ein Vergleich dieser Tätigkeiten möglich ist. Es wurden Dummy codierte Variablen für die Tätigkeiten "Hausfrau\$", "Ausbildung\$", "Aushilfskraft\$", "Facharbeiterin\$" und "Beamtin\$" gebildet, um diese gegebenenfalls als Confounder einzusetzen. Aus diesem Grunde beschränkt sich die Auswertung auf die Berufsangabe der Frauen in der Niedersächsischen Perinatalerhebungen der Jahre 2001 bis 2008. Schwangere  $\geq 3$  Monate ohne Beruf werden in der Datenanalyse nicht genauer betrachtet, da einerseits keine Angaben zur beruflichen Tätigkeit gemacht werden kann und andererseits Schwangere  $\geq 3$  Monate ohne Beruf in sehr kleiner Anzahl im Sample ( $n=32$ ) vertreten waren und somit keine aussagekräftigen Aussagen in Bezug auf das gesamte Kollektiv liefern können. Zu dieser Gruppe zählen auch die Hausfrauen, die allerdings in der Auswertung gesondert berücksichtigt werden, um gegebenenfalls protektive Faktoren für Frühgeburtslichkeit zu eruieren.

### **8.3.2 Abbildung der Herkunftsregion von Frauen mit Migrationshintergrund in der Perinatalerhebung**

Im Jahr 2008 lag der Anteil der Schwangeren, die ein anderes Herkunftsland als Deutschland hatten, auf Bundesebene bei 17,8 Prozent (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009a). Im Vergleich dazu lag der Anteil in Niedersachsen im gleichen Jahr bei 15,6 Prozent (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (a)). Der Anteil der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland ist sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene in Niedersachsen in den Jahren 2001-2008, bis auf einige kleine Schwankungen, relativ konstant geblieben.

Die Darstellung des Herkunftslandes in den Perinatalerhebungen erfolgt nicht nach dem Herkunftsland der Mutter, sondern die Schwangeren werden nach Regionen eingeteilt, wobei in den Erhebungen die Kategorie "Herkunftsland der Mutter" genutzt wird. Deutschland wird

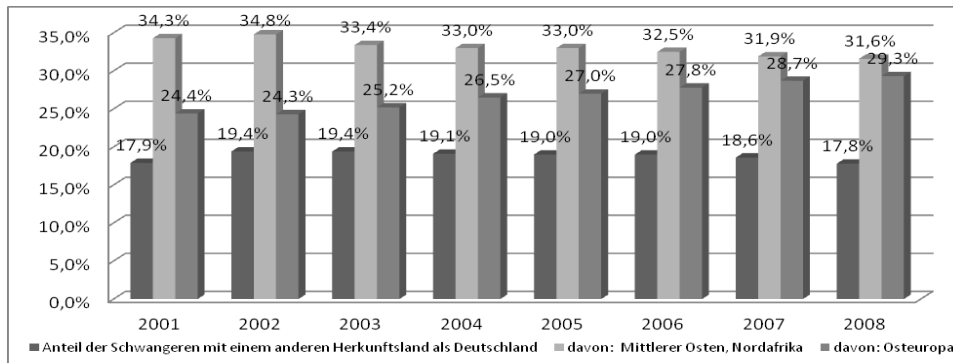
als einziges Herkunftsland gesondert geführt. Die nicht eindeutigen Einteilungen nach Herkunftsländern der Mütter ermöglichen es nicht eine genaue Analyse bestimmter Herkunftsländer durchzuführen, um Risiko- und Protektivfaktoren bestimmter Länder darstellen zu können. Im Dokumentationsbogen der Perinatalerhebungen werden die Herkunftsländer der Schwangeren folgendermaßen unterteilt: Deutschland; Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika; Mittelmeerländer; Osteuropa; Mittlerer Osten, Nordafrika; Asien; andere Länder<sup>3</sup>. Über einen Länderschlüssel wird die Herkunftregion der Schwangeren im Dokumentationsbogen der Perinatalerhebungen, wenn möglich, dokumentiert.

Den größten Anteil der Schwangeren, die ein anderes Herkunftsland als Deutschland hatten, kamen zwischen 2001 und 2008 aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa". In den Jahren 2001 - 2008 lag der Anteil von Schwangeren, die ein anderes Herkunftsland als Deutschland hatten, im Durchschnitt auf Bundesebene bei 33,1 Prozent für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und für Frauen aus "Osteuropa" bei 26,7 Prozent. Es ist deutlich erkennbar, dass der Anteil von Schwangeren aus "Osteuropa" in den letzten Jahren zugenommen hat, wohingegen bei den Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein leichter Rückgang zu verzeichnen ist. Insgesamt wurde im Jahr 2008 bei 34.214 Schwangeren die Herkunftsregion auf Bundesebene mit "Osteuropa" dokumentiert und bei 36.901 Schwangeren die Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009a).

---

<sup>3</sup> Regionale Einteilung der Herkunftsländer der Schwangeren in der Perinatalerhebung:

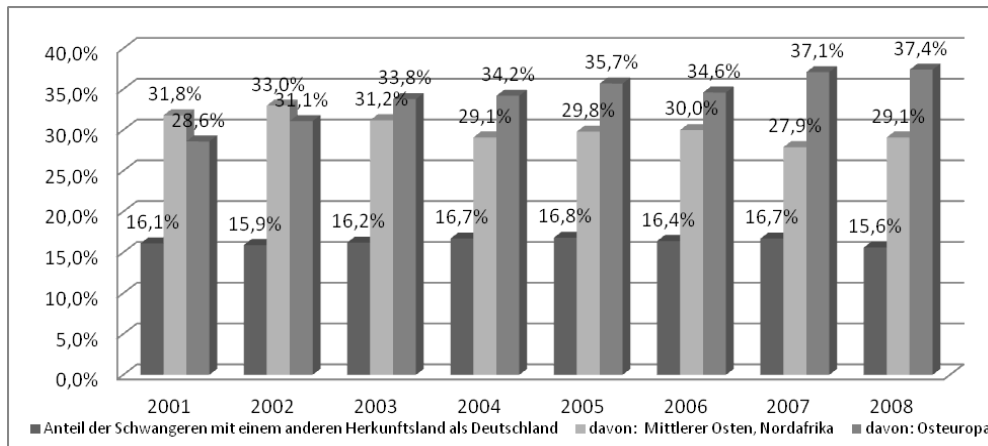
- Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika (Österreich, Schweiz, Frankreich, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Großbritannien, Dänemark, Schweden, Finnland, Norwegen, USA);
- Mittelmeerländer (Länder des ehemaligen Jugoslawiens, Griechenland, Italien, Spanien, Portugal, Israel, Malta, Zypern);
- Osteuropa (Länder der ehemaligen Sowjetunion, Polen, Tschechien, Slowenien, Bulgarien, Rumänien, Ungarn);
- Mittlerer Osten (inklusive Türkei, Afghanistan und Pakistan und Nordafrika (arabische Länder));
- Asien (exklusive Türkei, Afghanistan und Pakistan);
- Sonstige Staaten



**Abbildung 18: Anteil der Schwangeren mit einer anderen Herkunftsregion als Deutschland (Quelle: BQS-Daten 2001-2008)**

Die übrigen Herkunftsregionen der Schwangeren waren bspw. im Jahr 2008 wie folgt vertreten. 7,4 Prozent der Schwangeren, die ein anderes Herkunftsland hatten als Deutschland kamen aus "Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika", 16,4 Prozent kamen aus den "Mittelmeerländern"; 6,2 Prozent kamen aus "Asien". Bei 9,1 Prozent der Schwangeren wurde ein anderes Herkunftsland dokumentiert, das aber nicht regional zugeordnet werden konnte.

Bei den Niedersächsischen Perinatalerhebungen (NPE) sind die Anteile von Schwangeren mit dem Herkunftsland "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" wie auch auf Bundesebene am größten. Die anderen Herkunftsregionen sind prozentual geringer vertreten. Für das Jahr 2008 wurde für "Mittel-/Nordeuropa, Amerika" 6,1 Prozent berechnet; 13,2 Prozent der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland stammten aus den "Mittelmeerländern"; 5,8 Prozent hatten ihr Herkunftsland in "Asien". 8,4 Prozent kamen aus "sonstigen Staaten" (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (a)). Noch deutlicher als sich die Veränderung auf Bundesebene gezeigt hat, haben sich die Anteile der Schwangeren aus "Osteuropa" deutlich erhöht. 2001 lag der Anteil bei 28,6 Prozent, wohingegen im Jahr 2008 der Anteil um fast 10 Prozentpunkte auf 37,4 Prozent angestiegen ist. Bei der Anzahl der Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ist ein leichter Rückgang erkennbar.



**Abbildung 19: Anteil der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland (Niedersachsen) 2001-2008 (Quelle: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (a-h))**

Der Schwerpunkt der Studie liegt auf den Frauen aus der Region "Mittlerer Osten, Nordafrika" sowie "Osteuropa", da diese einerseits die größten Anteile an Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland aufweisen und andererseits auch in der Gesamtbevölkerung am stärksten vertreten sind.

Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Frauen aus der Gruppe "Mittlerer Osten, Nordafrika" überwiegend um Frauen aus der Türkei handelt, zumindest weisen die Frauen aus dieser Region aller Wahrscheinlichkeit nach einen ähnlichen kulturellen, islamisch geprägten, Hintergrund auf. Der überwiegende Teil von ihnen kommt vermutlich als Arbeitsmigrantinnen oder als Heiratsmigrantinnen in die Bundesrepublik. Die Schwangeren aus "Osteuropa" setzen sich größtenteils aus Frauen aus Polen, den Staaten der ehemaligen Sowjetunion, Rumänien und Ungarn zusammen. Die regionale Zusammensetzung ist heterogen, trotzdem hat diese Gruppe einen sehr ähnlichen Migrationstyp. Es handelt sich um Aussiedlerinnen und Spätaussiedlerinnen, die Deutsche sind, allerdings erst in den letzten Jahrzehnten aus den ehemaligen sowjetischen Republiken, Polen und Rumänien nach Deutschland übergesiedelt sind. Da sich gezeigt hat, dass ab den 1990er Jahren der überwiegende Teil der Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen aus der ehemaligen Sowjetunion kamen, kann davon ausgegangen werden, dass sich insbesondere diese Personengruppe in den Perinataldaten wiederfindet.

Die Gruppen der Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" sind durch einen unterschiedlichen Migrationsstatus und -typus geprägt. Der relativ konstant hohe Anteil an Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland verdeutlicht, dass es sehr wichtig ist, weitere Erkenntnisse für die Geburtshilfe für diese Personengruppe zu gewinnen, die in vielen Fällen aufgrund von kulturellen Unterschieden andere Ansprüche und

Bedürfnisse an die Geburtshilfe haben. Borde et al. (2008) stellten fest, dass die Auswertung der Perinataldaten in Bezug auf wichtige Qualitätsparameter, wie bspw. Frühgeburtlichkeit, bei Migrantinnen und deutschen Frauen angenähert haben, dennoch zeigen internationale Studien Unterschiede bei Frauen mit Migrationshintergrund und Frauen ohne Migrationshintergrund auf.

### 8.3.3 Gestationsalter

Frühgeburt bezeichnet im Allgemeinen eine Geburt, die vor der vollendeten 37 + 0 Schwangerschaftswoche erfolgt. Das Gestationsalter ist die Schwangerschaftsdauer, die postmenstruell, das heißt vom ersten Tag der letzten Regelblutung, berechnet wird (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2008:1; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). Von Neugeborenen mit extremer Unreife wird in der ICD-10 Klassifikation P07.2 bei einem Gestationsalter von weniger als 28 + 0 vollendeten Wochen bzw. weniger als 196 Tagen gesprochen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). Neugeborene, die zwischen der 28 + 0 und 31 + 6 Schwangerschaftswoche geboren werden, werden als sehr frühe Frühgeborene bezeichnet (Tucker & McGuire 2004). Daher wurde aus der Variable "TRAGZWW\$" die Variable "TRAGZEIT\_SSW\_GRUPPIERT\$", die zwischen extrem frühen Frühgeborenen, sehr frühen Frühgeborenen, Frühgeborenen zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche und Reifgeborenen differenziert. Zusätzlich wurden folgende Dummy-codierte Variablen gebildet, um Einzelaspekte der verschiedenen Gestationsalter zu analysieren: "extfrüFrühge", "früFrühge", "Frühgeburtab32SSW" sowie "FRÜHGEBURT\_REIFGEBORENESS". Eine weitere Differenzierung wurde für späte Frühgeborene, die zwischen der 34 + 0 und der 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden, vorgenommen, um festzustellen, ob sich der Anteil dieser Frühgeborenen im Untersuchungszeitraum verändert hat. Die Differenzierung beim Gestationsalter wurde vorgenommen, weil die Ätiologie von Frühgeburtlichkeit auch mit dem Gestationsalter zusammenhängt. Zum Beispiel entbinden Schwangere, die geraucht haben, zweimal häufiger vor der 32. Schwangerschaftswoche, als Frauen die während der Schwangerschaft nicht geraucht haben (Tucker & McGuire 2004). Zwischen der 21. und 24. Gestationswoche werden die meisten spontanen Frühgeburten durch eine Chorioamnionitis ausgelöst (Goldenberg et al. 2008). Bezogen auf Ethnizität wurde festgestellt, dass dunkelhäutige

Frauen drei- bis viermal häufiger sehr frühe Frühgeburten haben, im Vergleich zu Frauen aus anderen ethnischen Gruppen (Goldenberg et al. 2008).

### **8.3.4 Lebensalter**

Das Lebensalter der Schwangeren wurde aus den Variablen "Geburtsjahr der Mutter" und dem "Geburtsjahrgang" des Kindes gebildet. Um Vergleiche zwischen verschiedenen Altersgruppen anzustellen, wurden folgende Differenzierungen vorgenommen: bis 20 Jahre, 21-25 Jahre, 26-30 Jahre, 31-35 Jahre, 36-40 Jahre, 41-45 Jahre, 46 Jahre und älter.

### **8.3.5 Familienstand**

Der Familienstand, auf den gegebenenfalls als Kontrollvariable auch zurückgegriffen werden soll, ist ein horizontales Merkmal für den sozialen Status, der auf das Gesundheitsverhalten einer Person Auswirkungen hat, und mit diesem Merkmal kann ebenfalls soziale Ungleichheit dargestellt werden (Mielck 2000:18). Es können bezüglich des sozioökonomischen Status Untergruppen gebildet werden, die Aussagen über den Familienstand machen sollen. In der Perinatalerhebung wird erfragt, ob die Mutter alleinstehend ohne festen Partner lebt. Um Unterschiede beim Familienstand darstellen zu können, wird daher die Variable "ALLEINSTEH" eingesetzt.

### **8.3.6 Vorsorge nach Mutterschaftsrichtlinien**

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ("Mutterschafts-Richtlinien"), die am 28. Juni 2008 in Kraft getreten sind, sollten die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen "im allgemeinen im Abstand von vier Wochen stattfinden" und "in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind im allgemeinen je zwei Untersuchungen angezeigt" (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2008).

Als Grundlage zur Berechnung der Vorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien wurde ein Algorithmus nach Urbschat (1999) herangezogen, der von Herrn Wenzlaff vom Zentrum für

Qualität und Management im Gesundheitswesen in Hannover modifiziert wurde. Zur Messung der Vorsorge wurden die Variablen "Zeitpunkt der ersten Vorsorgeuntersuchung", "Gesamtzahl der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen" sowie "Gestationsdauer" einbezogen (Urbschat 1999:10).

<b>Soll-Wert bei termingerechter Geburt (40 SSW + 0) und Erstvorsorge in der</b>	
4. - 7. SSW	12 Untersuchungen
8. -11. SSW	11 Untersuchungen
12. - 14. SSW	10 Untersuchungen
> 14. SSW Späterscheinende	

**Tabelle 1: Soll-Werte bei termingerechter Geburt und Erstvorsorge nach Schwangerschaftswochen (Urbschat 1999:10)**

Der Standard verändert sich entsprechend bei früher geborenen Kindern (Urbschat 1999:10).

Sowohl Frauen, die nach der 40. Schwangerschaftswoche entbunden haben, als auch Frauen, deren erste Ultraschalluntersuchung mehr als vier Wochen vor der ersten Vorsorgeuntersuchung stattfand, wurden bei der Analyse ausgeschlossen, da davon ausgegangen werden kann, dass die Vorsorge im Mutterpass sehr wahrscheinlich fehlerhaft dokumentiert wurde. Bei Geburten über die 40 + 0 Schwangerschaftswoche hinaus sinkt die Validität des Indikators, da die Betreuung engmaschiger wird bzw. eine Weiterbetreuung in der Klinik stattfindet und die Dokumentation im Mutterpass ausgesetzt wird (Urbschat 1999:10).

Bei der Datenauswertung wurde klassifiziert zwischen "mehr als 2 Untersuchungen unter Standard", "2 Untersuchungen unter Standard", "1 Untersuchung unter Standard", "Standard", "1 Untersuchung über Standard", "2 Untersuchungen über Standard", "mehr als 2 Untersuchungen über Standard". Bei der multivariaten Datenanalyse mittels einer logistischen Regressionsanalyse werden folgende Risikofaktoren ausgeschlossen, die Vetter & Goeckenjan (2011:209) mit einer mangelnden Inanspruchnahme in Verbindung bringen: soziale Belastung, Schwangere ist jünger als 20 Jahre, alleinstehend und drei oder mehr Kinder in der Familie. Da in den Niedersächsischen Perinatalerhebungen keine Angaben zu der Anzahl der Familienmitglieder im Haus gemacht werden, soll in diesem Fall auf die Geburtserfahrung der Schwangeren zurückgegriffen werden. Dazu wurde eine neue Variable aus der Angabe "Anzahl vorausgegangene Lebendgeburten" gebildet. Daraus wurde eine Variable gebildet, die angibt, ob der jetzigen Schwangerschaft drei oder mehr Lebendgeburten vorausgegangen sind. Außerdem wurden die Schwangerschaftsrisiken besondere psychische Belastung in der Anamnese sowie besondere familiäre Belastung in der Anamnese mit

einbezogen. Zur Vereinfachung der Analyse wurde eine Variable aus "1 Untersuchung unter Standard", "2 Untersuchungen unter Standard" und "mehr als 2 Untersuchungen unter Standard" gebildet, die als "unter Standard" bezeichnet wurde. Entsprechend wurde aus den Untersuchungen über dem Standard die Variable "über Standard" gebildet.



## 9 Datenanalyse

### 9.1 Soziodemografische Daten der Schwangeren

Im Folgenden soll auf soziodemografische Daten der Schwangeren eingegangen werden, die teilweise auch als Kontrollvariable in multivariaten Analysen genutzt werden.

Größtenteils beschränkt sich die Auswertung auf die Herkunftsregionen des Studiendesigns "Deutschland", "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika". Insgesamt wurden  $N = 498.141$  lebende Einlingsgeburten in die Auswertung einbezogen.

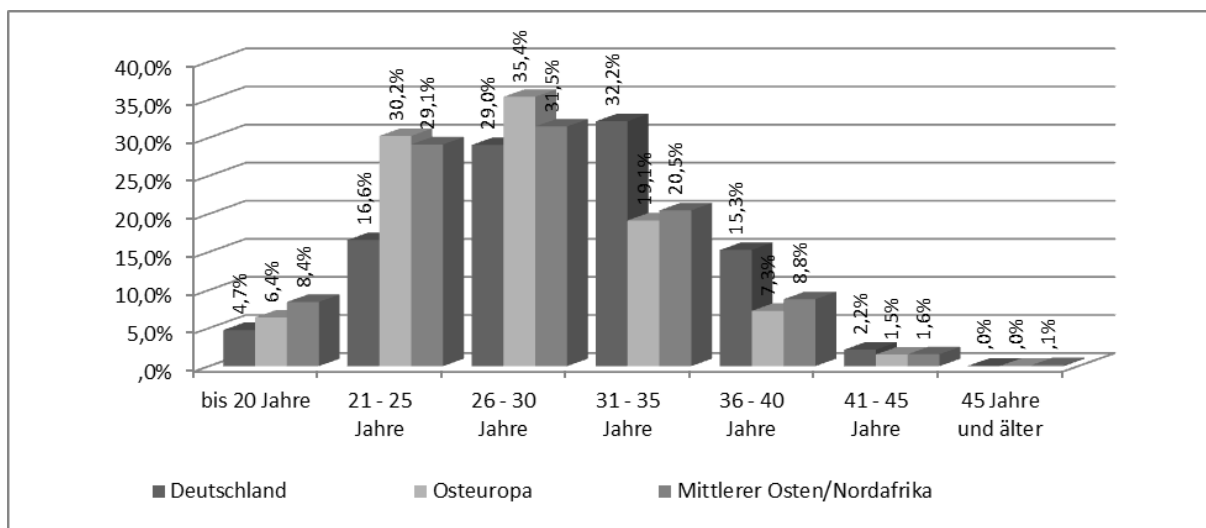
#### 9.1.1 Lebensalter der Schwangeren nach Herkunftsregionen und sozioökonomischem Status

Das Durchschnittsalter der Schwangeren betrug zwischen 2001 und 2008 bei lebenden Einlingsgeburten ( $n = 498.102$ ) insgesamt 29,84 Jahre. 2001 lag das Durchschnittsalter bei 29,62 Jahren ( $n = 63.033$ ) und 2008 bei 30,05 Jahren ( $n = 59.065$ ). Demnach ist ein leichter Anstieg beim Durchschnittsalter der Schwangeren erkennbar.

Aussagen über das Alter konnten für  $n = 497.979$  Schwangere nach Herkunftsregionen im Zeitraum 2001 bis 2008 gemacht werden. Im Durchschnitt waren Frauen mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland mit 28,18 Jahren ( $n = 81.442$ ) fast zwei Jahre jünger als deutsche Frauen mit 30,16 Jahren ( $n = 416.619$ ). Das Durchschnittsalter der deutschen Nullipara lag im Zeitraum 2001 bis 2008 bei 28,73 Jahren ( $n = 221.592$ ). Im gleichen Zeitraum lag das Durchschnittsalter für Nullipara mit dem Herkunftsland "Osteuropa" bei 25,94 ( $n = 13.568$ ) und für Nullipara aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 25,36 Jahre ( $n = 8995$ ). Sowohl für Nullipara aus "Osteuropa" als auch aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ist beim Vergleich der Jahre 2001 und 2008 ein Anstieg des Durchschnittsalters erkennbar. Für Osteuropäerinnen lag das Durchschnittsalter 2001 bei 24,5 Jahren ( $n = 1289$ ) und 2008 bei 26,47 ( $n = 1389$ ). Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hatten 2001 ein Durchschnittsalter von 24,24 ( $n = 1066$ ) und 25,56 Jahren ( $n = 882$ ) im Jahr 2008. Die Multipara mit dem Herkunftsland Deutschland hatten zwischen 2001 und 2008 ein Durchschnittsalter von 31,79 Jahre ( $n = 195.019$ ). Der Anstieg des Durchschnittsalters der Jahre 2001 bis 2008 war bei den deutschen Frauen mit 0,32 Jahren nicht relevant. Osteuropäerinnen hatten zwischen 2001 und 2008 ein Durchschnittsalter von 29,51 Jahren ( $n$

= 14.203) und Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" eines von 29,34 Jahren (n = 15.557). Auch bei den Multipara ist ein Anstieg des Durchschnittsalters zwischen 2001 und 2008 für Frauen aus "Osteuropa" und auch aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" erkennbar. 2001 lag das Durchschnittsalter für Frauen aus "Osteuropa" bei 29,04 (n = 1676) und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 28,73 Jahren (n = 2180). Im Jahr 2008 hat sich das Durchschnittsalter bei Osteuropäerinnen auf 30,11 (n = 2111) und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" auf 30,12 Jahre (n = 1777) erhöht.

Bei der Differenzierung nach Altersgruppen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen und Herkunftsregionen der Schwangeren. Im Untersuchungszeitraum 2001 und 2008 lag der größte Anteil von Schwangeren aus Deutschland mit 32,2 Prozent in der Altersgruppe der 31-35-Jährigen. Der größte Anteil von Frauen aus "Osteuropa" lag mit 35,4 Prozent in der Gruppe der Frauen zwischen 26 und 30 Jahren, allerdings konnte auch gezeigt werden, dass Frauen aus "Osteuropa" zwischen 21 und 25 Jahren mit 30,2 Prozent relativ stark vertreten waren. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika". Bei ihnen waren die Anteile in den Altersgruppen der 26-30-Jährigen und 21-25-Jährigen mit 31,5 Prozent bzw. 29,1 Prozent am größten. Der Chi-Quadrat Test nach Pearson war mit  $p < 0.001$  signifikant.



**Abbildung 20: Anteile der lebenden Einlingsgeburten nach Altersgruppen und Herkunftsregion der Schwangeren (2001-2008)**

Insgesamt kann festgestellt werden, dass Schwangere aus den Herkunftsregionen "Mittlerer Osten, Nordafrika" und "Osteuropa", auf denen der Fokus liegt, jünger sind als die Vergleichsgruppe der deutschen Frauen.

Bezogen auf den sozioökonomischen Status der Schwangeren (n = 451.843) zeigte sich, dass sich in der Gruppe der Frauen bis 20 Jahre und in der Gruppe der 21-25-Jährigen 38,9 Prozent bzw. 31,9 Prozent in der Ausbildung oder im Studium befanden und somit die größten Anteile in den Altersgruppen hatten. In der Altersgruppe der 31-35-Jährigen waren die Facharbeiterinnen, einfache Beamtin und Betreiberinnen eines Kleingewerbes mit 34,8 Prozent am stärksten vertreten. Auch die meisten höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen waren mit 42,3 Prozent in der Altersgruppe der 31-35-jährigen Schwangeren zu finden. Es zeigte sich also, dass der größte Teil der Frauen mit einer höheren beruflichen Stellung später gebären. In der Altersgruppe der 36-40 Jahre alten Frauen lag der Anteil bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen bei 22,9 Prozent, wohingegen der Anteil bei den Facharbeiterinnen und mittleren Beamtinnen bei 14,3 Prozent lag. Die un- und angelesenen Arbeiterinnen sowie Aushilfskräfte waren mit 31,2 Prozent am häufigsten in der Altersgruppe der 26-30-Jährigen zu finden. Der Chi-Quadrat Test nach Pearson war mit  $< 0.001$  signifikant.

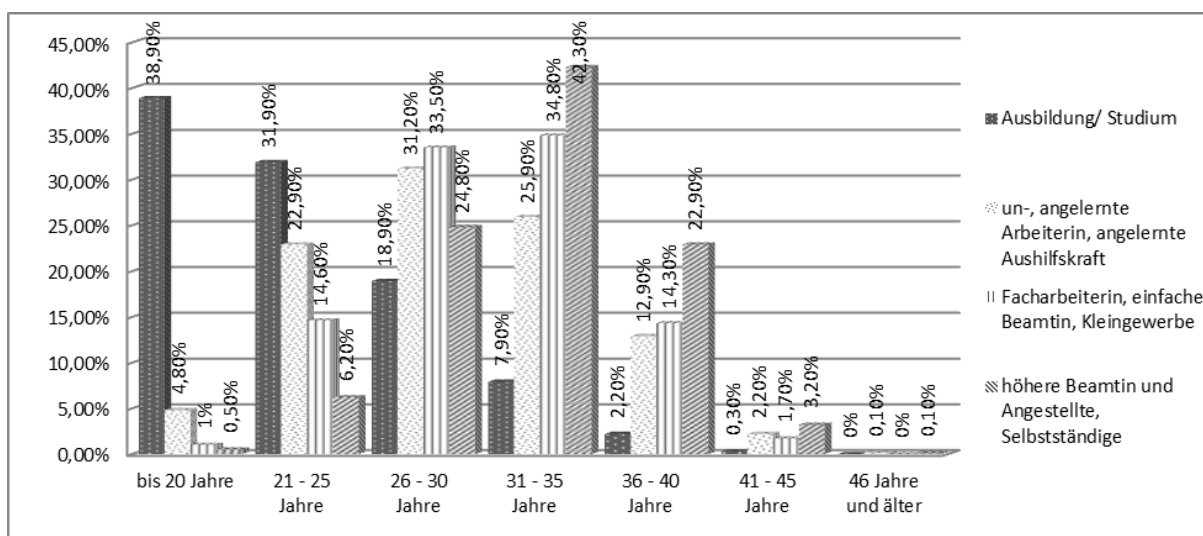
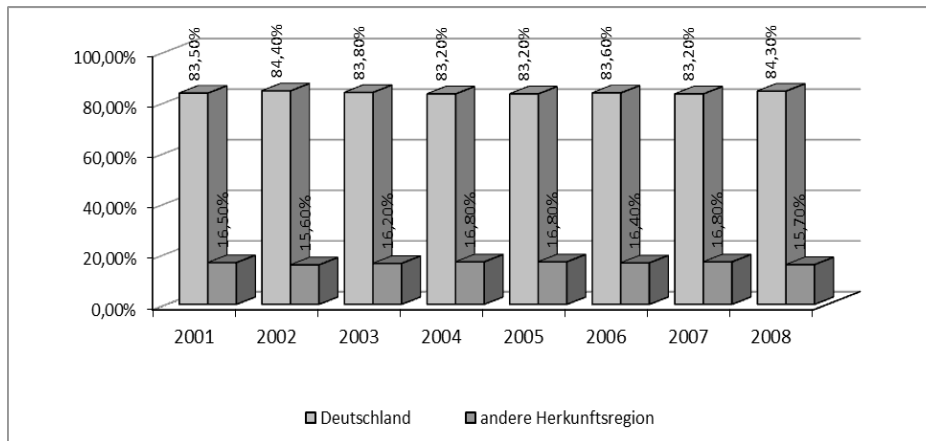


Abbildung 21: Anteile der Altersgruppen nach sozioökonomischem Status der Schwangeren (lebende Einlingsgeburten) in Niedersachsen 2001-2008

### 9.1.2 Herkunftsregion

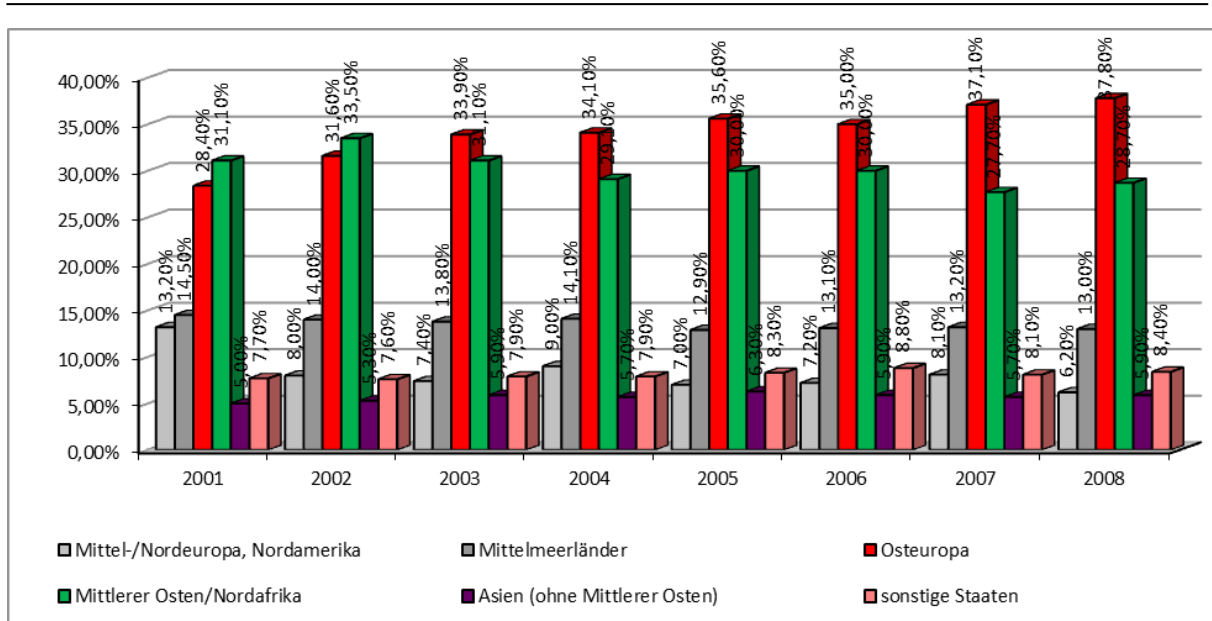
Lediglich für 41 Schwangere konnte keine Aussage über die Herkunftsregion getroffen werden. Der Anteil von Frauen, die ein anderes Herkunftsland als Deutschland hatten (n = 498.100), lag 2001 bis 2008 bei 16,4 Prozent.



**Abbildung 22: Anteil der Schwangeren mit lebenden Einlingsgeburten aus Deutschland oder einer anderen Herkunftsregion in Niedersachsen 2001-2008**

Wie die Abbildung 22 darstellt, lag der Anteil von Schwangeren mit einer anderen Herkunftsregion zwischen 2001 und 2008 zwischen 15,6 Prozent im Jahr 2002 und 16,8 Prozent in den Jahren 2004 und 2005 ( $p < 0.001$ ). Der Anteil entspricht ungefähr dem der Frauen mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung, sprich der 1. Generation, in der Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen in Niedersachsen, der 2005 bei 15,96 Prozent lag (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010(a) und eigene Berechnungen).

Die Herkunftsregionen der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland sind sehr heterogen, allerdings zeigte sich für das Kollektiv der Studiendesigns, ebenso wie auf Bundesebene, dass die Anteile der Schwangeren aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" am größten waren.



**Abbildung 23: Anteil der Schwangeren mit lebenden Einlingsgeburten und einer anderen Herkunftsregion als Deutschland in Niedersachsen 2001-2008**

Auffällig war der Rückgang des Anteils der Schwangeren mit der Herkunftsregion "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" von 13,2 Prozent im Jahr 2001 auf 6,2 Prozent im Jahr 2008. Ein leichter Rückgang war ebenfalls für den Anteil der Schwangeren aus den "Mittelmeerländern" von 14,5 Prozent auf 13,0 Prozent im Jahr 2008 zu verzeichnen. Asiatinnen hatten im Jahr 2005 mit 6,3 Prozent den höchsten Anteil im Jahresvergleich 2001-2008. Im Jahr 2008 betrug der Anteil an Schwangeren aus Asien ohne Mittlerer Osten 5,9 und im Jahr 2001 5 Prozent. Der Anteil von Schwangeren aus "sonstigen Staaten" variierte zwischen 7,6 Prozent im Jahr 2002 und 8,8 Prozent im Jahr 2006. Der größte Teil der Schwangeren mit einer anderen Herkunftsregion als Deutschland kam bis 2002 aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika". 2002 lag der Anteil von Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 33,5 Prozent. Bis 2008 fiel der Anteil auf 28,7 Prozent ab. Im Untersuchungszeitraum ist der Anteil von Frauen aus "Osteuropa" kontinuierlich angestiegen. 2001 lag der Anteil bei 28,4 Prozent und hatte im Jahr 2008 37,8 Prozent erreicht. Schwangere aus "Osteuropa" stellten somit in den letzten Jahren die größte Gruppe von Frauen mit einer anderen Herkunftsregion als Deutschland im klinisch-geburtshilflichen Setting.

Alle Ergebnisse waren nach dem Chi-Quadrat Test nach Pearson mit 0.001 signifikant.

### 9.1.3 Berufstätigkeit während der Schwangerschaft

Während der jetzigen Schwangerschaft waren  $n = 223.770$  Frauen berufstätig. Das entsprach 47,9 Prozent. Für 6,2 Prozent konnten keine Angaben ausgewertet werden.

Differenziert nach Herkunftsregion ergaben sich folgende Ergebnisse: 53,1 Prozent der Frauen aus Deutschland waren während der dokumentierten Schwangerschaft berufstätig. Hingegen lag der Anteil bei Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lediglich bei 27,4 bzw. 12,7 Prozent. 27,4 Prozent der Schwangeren aus "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" gingen während der jetzigen Schwangerschaft einer Berufstätigkeit nach. Bei den Schwangeren aus den "Mittelmeerländern" waren es 18,6 Prozent. Für Asiatinnen betrug der Anteil 20,3 Prozent und für Schwangere aus "sonstigen Staaten" 22,4 Prozent. Es zeigte sich, dass Schwangere aus anderen Herkunftsregionen signifikant ( $p < 0.001$ ) seltener einer Berufstätigkeit während der Schwangerschaft nachgegangen sind als Schwangere aus Deutschland.

### 9.1.4 Sozioökonomischer Status

Wie bereits an anderer Stelle beschrieben, lässt sich der sozioökonomische Status der Mutter in den Perinatalerhebungen ausschließlich über die Tätigkeit während der Schwangerschaft beschreiben.

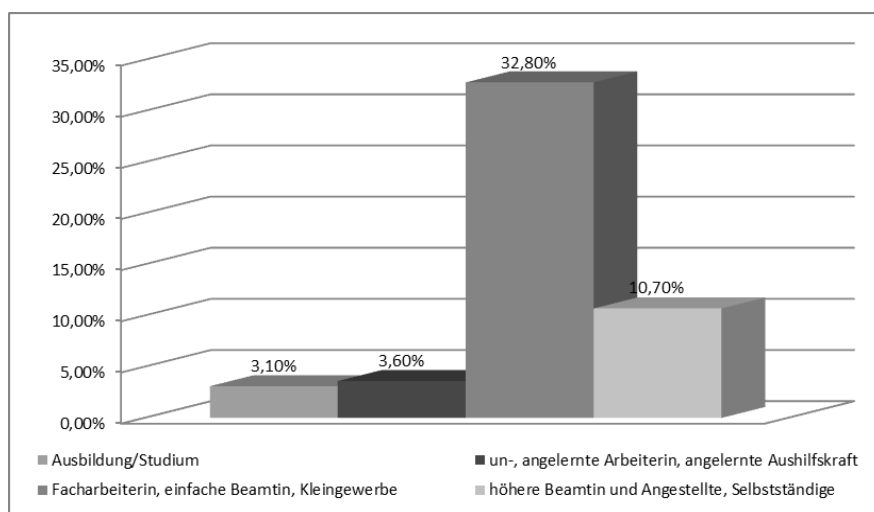
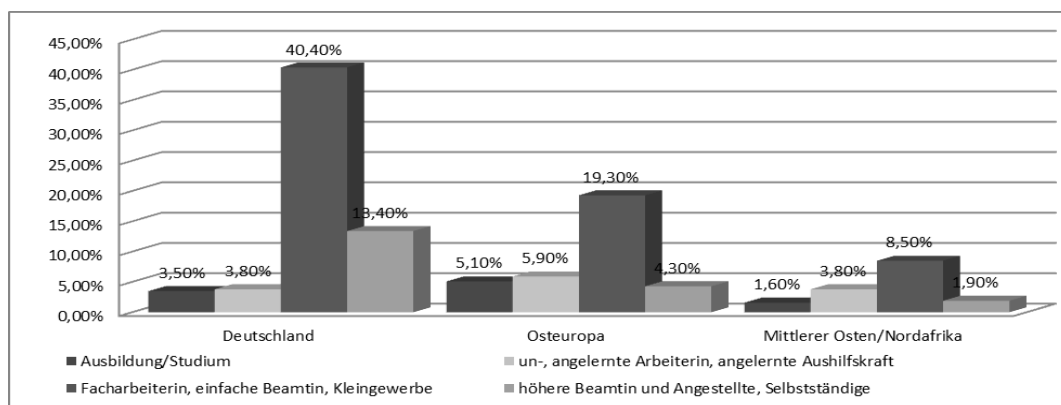


Abbildung 24: Tätigkeit der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft in Niedersachsen 2001-2008

Für 90,7 Prozent der Schwangeren (n = 467.084) im Studienkollektiv konnte eine Aussage zur Tätigkeit während der Schwangerschaft gemacht werden. 32,8 Prozent waren Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen oder betrieben ein Kleingewerbe. Der Anteil an höheren Beamtinnen und Angestellten sowie Selbstständigen betrug 10,7 Prozent. 3,6 Prozent waren un-, angelernte Arbeiterinnen und Angestellte und 3,1 Prozent befanden sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium. Der größte Teil der Frauen (40,4 Prozent) war Hausfrauen, die in der weiteren Ausführung erwähnt werden, aber da sie keine aussagekräftigen Aussagen bezüglich des sozioökonomischen Status der Schwangeren geben, werden sie nicht näher erläutert. Beim Vergleich nach Herkunftsregionen (n = 451.851) fällt für die Regionen des Studiendesigns auf, dass der Anteil der Frauen, die Hausfrauen waren, mehr als doppelt so hoch bei den Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (84,2 Prozent) im Vergleich Frauen aus Deutschland war (38,9 Prozent). Der Hausfrauenanteil für Frauen aus "Osteuropa" lag bei 65,4 Prozent.



**Abbildung 25: Tätigkeit der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft nach ausgewählten Herkunftsregionen in Niedersachsen 2001-2008**

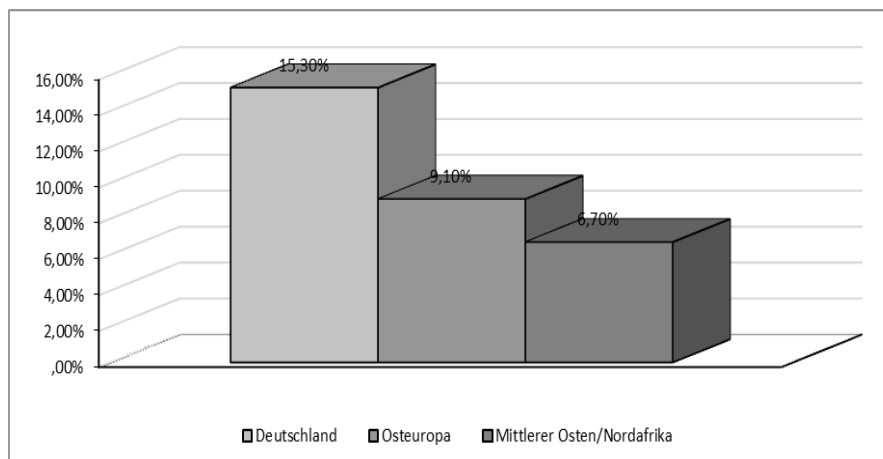
Lediglich 1,6 Prozent der Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" befanden sich in einer Ausbildung oder im Studium. Der Anteil lag für Frauen aus "Osteuropa" bei 5,1 Prozent. 1,9 Prozent der Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" waren höhere Beamtinnen oder Angestellte bzw. Selbstständige. Bei den deutschen Frauen waren es 13,4 Prozent und bei den Frauen aus "Osteuropa" 4,3 Prozent. Insgesamt fiel auf, dass Frauen mit Migrationshintergrund aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" seltener in Berufen mit einer höheren Ausbildung anzutreffen waren.

Alle Ergebnisse waren nach dem Chi-Quadrat Test nach Pearson mit  $p < 0.001$  signifikant.

### 9.1.5 Familienstand

Für 6,5 Prozent konnten keine Angaben über den Familienstand der Schwangeren in Bezug auf die Herkunftsregion gemacht werden ( $n = 465.591$ ).

Insgesamt waren 14,2 Prozent der Schwangeren aus dem Untersuchungskollektiv zum Zeitpunkt der Schwangerschaft alleinstehend. Hinsichtlich der Herkunftsregion der Schwangeren zeigten sich deutliche Differenzen. Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" waren mit 6,7 Prozent am seltensten alleinstehend. Der Anteil bei Frauen aus "Osteuropa" lag bei 9,1 Prozent und für deutsche Frauen bei 15,3 Prozent. 7,0 Prozent der Schwangeren aus "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" waren während der jetzigen Schwangerschaft alleinstehend. Bei Schwangeren aus den "Mittelmeerländern" betrug der Anteil 10,0 Prozent und für Asiatinnen 8,0 Prozent. 12,9 Prozent der Schwangeren aus "sonstigen Staaten" waren während der jetzigen Schwangerschaft alleinstehend. Am seltensten waren demnach Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" alleinstehend.

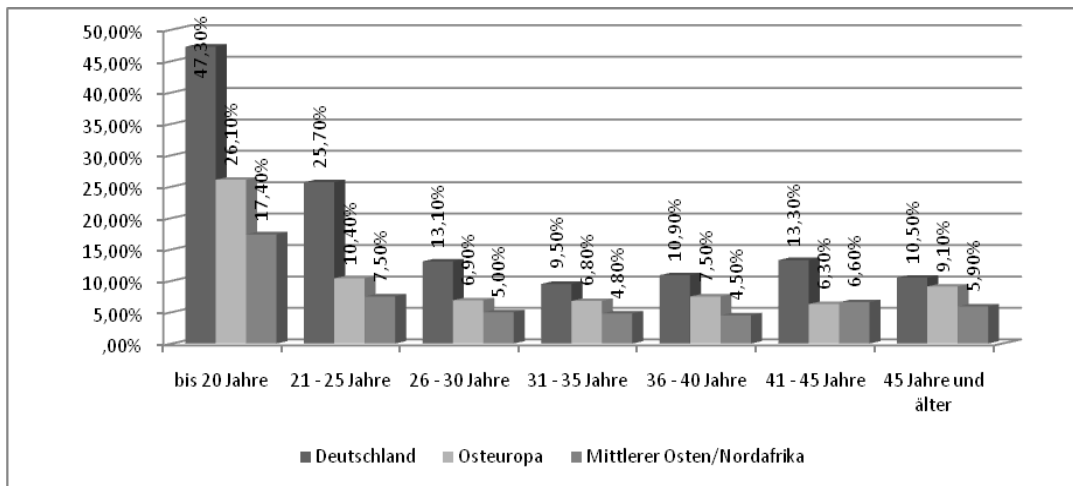


**Abbildung 26: Anteile von alleinstehenden Schwangeren in Niedersachsen nach ausgewählten Herkunftsregionen 2001-2008**

Betrachtet man die Ergebnisse differenziert nach dem Alter der Schwangeren ( $n = 465.553$ ), fällt auf, dass fast 47,3 Prozent der deutschen Schwangeren bis 20 Jahre alleinstehend waren, wohingegen es bei den Frauen aus "Osteuropa" lediglich 26,1 Prozent und bei den Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 17,4 Prozent waren. Das könnte damit zusammenhängen, dass Migrantinnen früher heiraten bzw. in einer Partnerschaft leben. Dies belegen auch andere Studien. Im Jahr 2004 waren bspw. 35,9 Prozent der ausländischen Frauen im Alter von 20 bis 25 Jahre verheiratet, wohingegen es bei deutschen Frauen lediglich 11,6 Prozent waren (Nauck 2007). Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil an alleinstehenden Frauen für alle

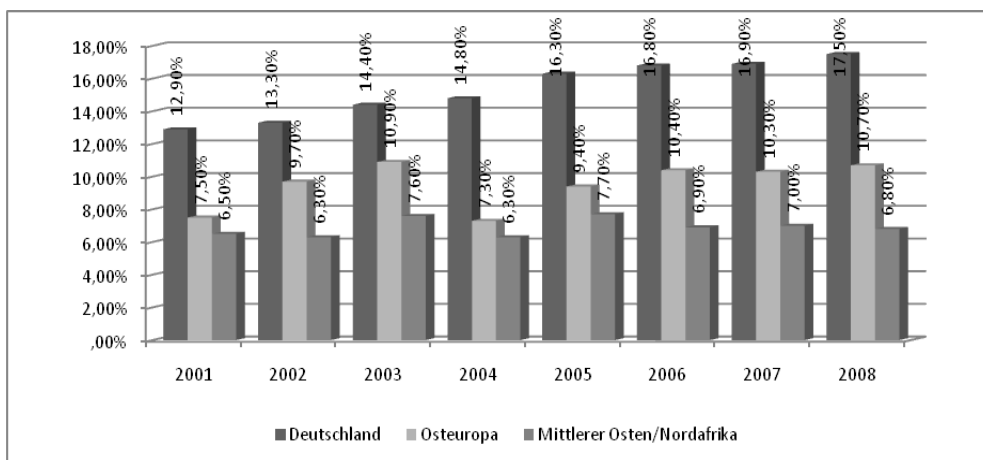


drei Herkunftsregionen. Allerdings ist ein Anstieg in der Altersgruppe 41 bis 45 Jahre bei deutschen Frauen wie auch bei Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" zu erkennen. Bei Frauen aus "Osteuropa" ist ein Anstieg in der Altersgruppe der 36- bis 40-Jährigen feststellbar. Mit 4,5 Prozent haben die Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" im Alter von 36 bis 40 Jahre den geringsten Anteil.



**Abbildung 27: Anteile von alleinstehenden Schwangeren in Niedersachsen nach ausgewählten Herkunftsregionen und Altersgruppen 2001-2008**

Beim Vergleich der Jahre 2001 bis 2008 (n = 465.591) fällt auf, dass der Anteil von Alleinstehenden insbesondere unter deutschen Frauen stetig von 12,9 Prozent 2001 auf 17,5 Prozent 2008 angestiegen ist. Auch bei Frauen aus "Osteuropa" ist tendenziell ein leichter Anstieg zu verzeichnen, allerdings unterliegt dieser Trend Schwankungen. Für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" sind die Anteile von Frauen, die alleinstehend waren, in den letzten Jahren relativ statisch geblieben.



**Abbildung 28: Anteile von alleinstehenden Schwangeren in Niedersachsen nach ausgewählten Herkunftsregionen und dem Geburtsjahr des Kindes 2001-2008**

---

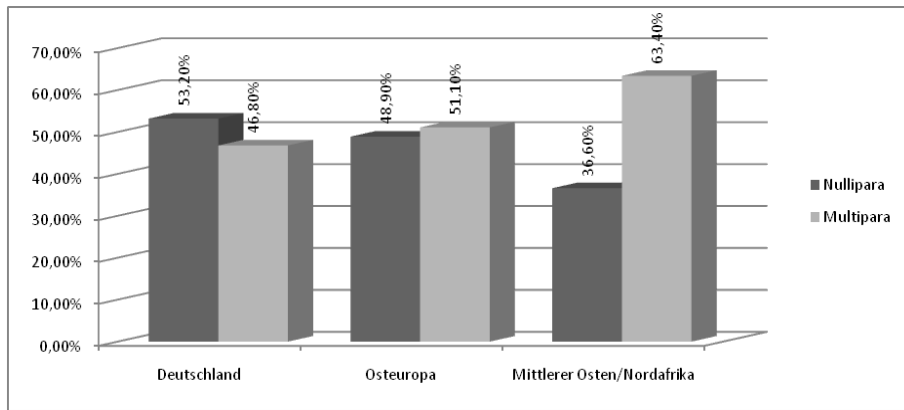
Insgesamt waren, differenziert nach sozioökonomischem Status (n = 431.976) 11,5 Prozent der Hausfrauen während der dokumentierten Schwangerschaft alleinstehend. Am häufigsten waren die Schwangeren, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, alleinstehend. In dieser Gruppe betrug der Anteil 41,4 Prozent. Unter den un- und angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften lag der Anteil bei 18,4, bei den Facharbeiterinnen/einfache Beamtinnen bei 13,6 und bei höheren Beamtinnen und Angestellten sowie Selbstständigen bei 11,9 Prozent. Alle Ergebnisse waren nach dem Chi-Quadrat Test nach Pearson mit  $p < 0.001$  signifikant.

### 9.1.6 Parität

Insgesamt waren zwischen 2001 und 2008 51,6 Prozent Nullipara und 48,4 Prozent Multipara (n = 498.123).

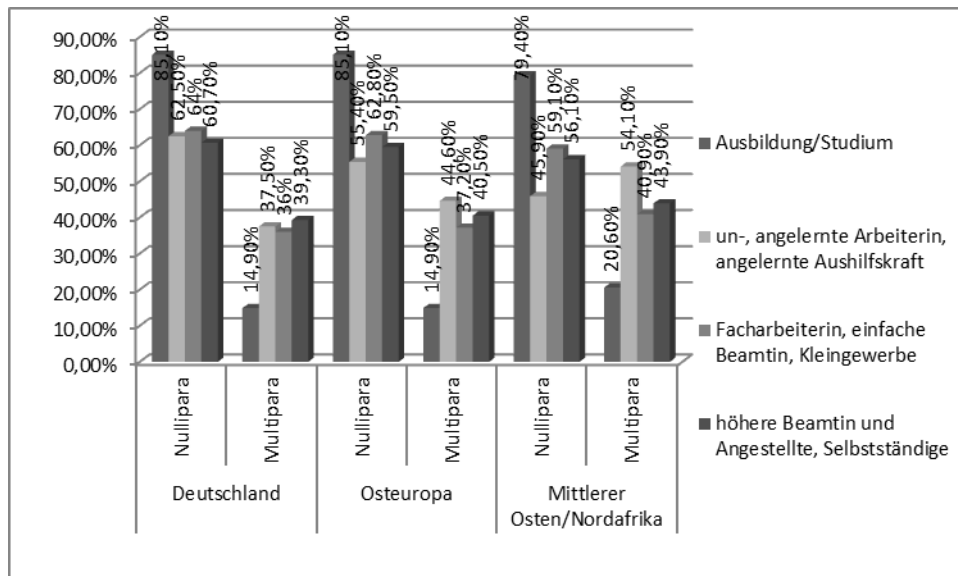
Bei der Analyse des gesamten Samples in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Schwangeren (n = 451.863) ergaben sich folgende Ergebnisse: 33,9 Prozent der Hausfrauen waren Nullipara. Für Frauen in der Ausbildung bzw. Studium lag der Anteil bei 84,8 Prozent, was sicherlich auch mit dem Alter der Schwangeren zusammenhängt. Bei den un- und angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften lag der Anteil bei 60,6, bei den Facharbeiterinnen und einfachen Beamtinnen bei 63,8 und 60,6 Prozent der Schwangeren, die höhere Beamtinnen oder Angestellte sowie Selbstständige waren, waren Nullipara.

Für die Analyse nach Herkunftsregion (n = 498.087) lag der Anteil der Multipara bei 46,8 Prozent für Frauen aus Deutschland, für Frauen aus "Osteuropa" bei 51,1 Prozent und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 63,4 Prozent. Für die übrigen Herkunftsregionen der Schwangeren sah die Verteilung der Parität, wie folgt aus. 44,8 Prozent der Schwangeren aus "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" waren Nullipara und demzufolge 55,2 Prozent Multipara. Bei den Schwangeren aus den Mittelmeerländern waren es 40,3 Prozent bzw. 59,7 Prozent. 46,1 Prozent der Asiatinnen waren Nullipara und 53,9 Multipara. Bei den "sonstigen Staaten" waren 47,4 Prozent Nullipara und 52,6 Multipara.



**Abbildung 29: Parität nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

Differenziert nach der Tätigkeit der Mutter und der Parität betrachtet, sind 9,3 Prozent der Angaben fehlend (n = 451.838). Auffällig ist, dass der Anteil von Multipara in der Ausbildung oder im Studium aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 20,6 Prozent deutlich über dem der deutschen Frauen und der Frauen aus "Osteuropa" mit jeweils 14,9 Prozent liegt. Fast 70 Prozent der Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika", die Hausfrauen sind, sind Multipara, wohingegen der Anteil bei Frauen aus "Osteuropa" bei 60,9 Prozent liegt. Bei höheren Beamtinnen und Angestellten sind sowohl bei Frauen aus Deutschland als auch bei den Osteuropäerinnen, mit ungefähr 60 Prozent hohe Anteile bei den Multipara zu verzeichnen.



**Abbildung 30: Parität der Schwangeren nach ausgewählten Herkunftsregionen und Tätigkeit in Niedersachsen 2001-2008**

Alle Ergebnisse waren nach dem Chi-Quadrat Test nach Pearson < 0.001 signifikant.

## 9.2 Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft

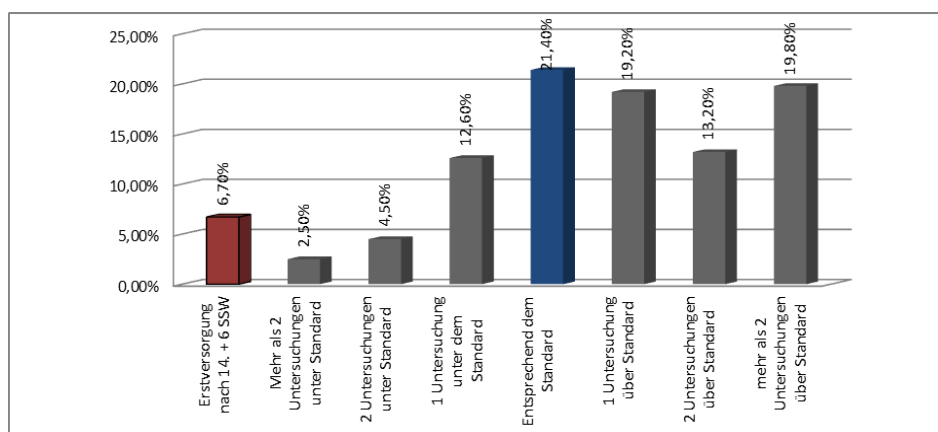
Insgesamt wurden bei 14,1 Prozent der Schwangeren mit lebenden Einlingsgeburten ( $n = 423.513$ ) ein Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft im Mutterpass dokumentiert. Differenziert nach Herkunftsregion ( $n = 423.446$ ) betrachtet, fällt auf, dass Frauen aus Deutschland mit 15 Prozent signifikant ( $p < 0.001$ ) häufiger in der Schwangerschaft rauchten als Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" mit 10,5 Prozent bzw. 8,4 Prozent. 11,3 Prozent der Schwangeren aus "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" rauchten während der Schwangerschaft. Bei Schwangeren aus den Mittelmeerländern waren es 14,6 Prozent, bei den Asiatinnen lediglich 2,6 Prozent und bei Schwangeren aus "sonstigen Staaten" 5,5 Prozent. Differenziert nach Frühgeburtlichkeit zeigte sich, dass 17,9 Prozent der Schwangeren aus Deutschland rauchten. Hingegen waren es bei den Schwangeren aus "Osteuropa" lediglich 13,0 Prozent der Schwangeren mit einer Frühgeburt und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug der Anteil 11,5 Prozent.

Bei der Analyse des Zigarettenkonsums in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Schwangeren während der dokumentierten Schwangerschaft ( $n = 395.049$ ) stellte sich heraus, dass der Anteil an Raucherinnen mit zunehmendem sozioökonomischen Status abnahm. Unter den Auszubildenden und Studentinnen lag der Anteil bei 21,3 Prozent. Differenziert betrachtet nach einer Frühgeburt waren es 23,6 Prozent. Die angelernten und ungelerten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte rauchten mit 22,4 Prozent am häufigsten, bei Frühgeburten waren es 26,2 Prozent. Der Anteil unter den Facharbeiterinnen und einfachen Beamtinnen lag bei 9,8 und bei höheren Beamtinnen bei 5,2 Prozent. Für Frühgeburten betrug der Anteil der Schwangeren, die Zigaretten konsumiert haben, 10,6 Prozent bzw. 6,2 Prozent. 18,6 Prozent der Hausfrauen rauchten während der Schwangerschaft.

## 9.3 Schwangerschaftsvorsorge

Insgesamt waren 19 Prozent Missings ( $n = 403.586$ ). Dazu gehörten einerseits die Schwangeren, bei denen möglicherweise die Dokumentation der Schwangerenvorsorge nicht vollständig erfolgte, andererseits handelte sich dabei um Schwangere, die nach der 40 + 0 Schwangerschaftswoche entbunden haben.

Zwischen 2001 und 2008 wurden 21,4 Prozent der Schwangeren bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche entsprechend dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien betreut. 2,5 Prozent hatten mehr als zwei Untersuchungen unter Standard, 4,5 Prozent zwei Untersuchungen unter Standard und 12,6 Prozent eine Untersuchung unter dem Standard. Der Anteil der Frauen mit einer Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard, war deutlich höher. 19,2 Prozent der Frauen hatten eine Schwangerschaftsvorsorge mit einer Untersuchung über dem Standard, 13,2 Prozent hatten zwei Untersuchungen über dem Standard und der größte Anteil der über Standarduntersuchungen war mit 19,8 Prozent mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard. 6,7 Prozent der Frauen, die bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche entbunden hatten, hatten eine Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche, das heißt, sie gehörten zu den Späterscheinenden.



**Abbildung 31: Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) nach Mutterschaftsrichtlinien (40 + 0 SSW) in Niedersachsen 2001-2008**

Beim Vergleich der Jahre 2001 und 2008 (n = 403.586) wurden folgende Ergebnisse ermittelt. Der Anteil von Frauen, die zur Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche erschienen, ist seit 2001 von 7,1 Prozent auf 6,3 Prozent im Jahr 2008 gesunken. Insgesamt sind ebenfalls die Anteile der Schwangeren, die eine Schwangerenvorsorge unter Standard hatten, im Untersuchungszeitraum zurückgegangen. Zum Beispiel ist der Anteil von Frauen, die mehr als zwei Untersuchungen unter Standard bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche hatten, von 3,0 auf 2,3 Prozent zurückgegangen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für zwei oder eine Untersuchung unter der Standard-Schwangerenvorsorge. Im Jahr 2001 hatten 22,0 Prozent der Schwangeren bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche eine Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard. Im Jahr 2008 lag der Anteil bei 20,9 Prozent. Auffällig ist, dass eine über dem Standard liegende Schwangerschaftsvorsorge

---

zwischen 2001 und 2008 signifikant zugenommen hat. 2001 lag der Anteil von Schwangeren, die eine Untersuchung über dem Standard hatten, bei 19,0 Prozent und im Jahr 2008 lag dieser Anteil bei 19,8 Prozent. Für eine Schwangerschaftsvorsorge von zwei Untersuchungen über dem Standard ist ein Anstieg um 1,4 Prozentpunkte von 12,5 Prozent im Jahr 2001 auf 13,9 Prozent im Jahr 2008 nachweisbar. Der größte prozentuale Anstieg zwischen 2001 und 2008 war bei einer Schwangerenvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard zu verzeichnen. Im Jahr 2001 lag der Anteil der Schwangeren, die mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche hatten, bei 17,8 Prozent. Am Ende des Untersuchungszeitraums im Jahr 2008 lag der Anteil bei 21,0 Prozent. Das bedeutet, dass mehr als ein Fünftel aller Schwangeren, die bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche entbunden haben, im Jahr 2008 mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard der regulären Schwangerschaftsvorsorge hatten.

Insgesamt kann für den Untersuchungszeitraum festgestellt werden, dass die Anteile der Frauen, die unter dem Standard der Schwangerenvorsorge, entsprechend dem Standard versorgt wurden, aber auch Späterscheinende zurückgegangen sind. Hingegen hat die Schwangerenvorsorge über dem Standard in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

Bei der Differenzierung nach Parität ( $n = 403.574$ ) konnte insbesondere bei Multipara festgestellt werden, dass die Schwangerenvorsorge über dem Standard geringer war als bei Nullipara. 18,9 Prozent der Multipara hatten eine Schwangerenvorsorge mit einer Untersuchung über dem Standard, wohingegen es bei den Nullipara 19,5 Prozent waren. Deutlichere Unterschiede zeigten sich noch bei der Schwangerenvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard. 21,4 Prozent der Nullipara hatten eine Schwangerenvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen, wohingegen es 18,2 Prozent bei den Multipara waren. Bei einer Schwangerenvorsorge unter zwei Untersuchungen unter dem Standard waren es 2,0 Prozent der Nullipara und 3,1 Prozent der Multipara.

Bei der Differenzierung nach Altersgruppen und Schwangerschaftsvorsorge ( $n = 403.557$ ) fiel auf, dass insbesondere jüngere Schwangere bis 20 Jahre mit 18,7 Prozent und Frauen im Alter von 46 Jahren und älter mit 19,3 Prozent die Erstuntersuchung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche hatten. Allerdings muss bei den älteren Schwangeren beachtet werden, dass es sich mit  $n = 47$  um eine kleine Fallzahl handelt. 11,3 Prozent der Schwangeren zwischen 41 und 45 Jahren hatten allerdings einen fast doppelt so hohen Anteil wie Späterscheinende, ebenso bei Frauen zwischen 36 und 40 Jahren mit 5,7 Prozent. Den geringsten Anteil bei den Späterscheinenden hatten die Schwangeren zwischen 31 und 45 Jahren mit 4,4 Prozent. Einen mehr als doppelt so hohen Anteil mit 9,6 Prozent hatten Frauen

zwischen 21 und 25 Jahren, die Späterscheinende in der Altersgruppe waren. Ähnliche Ergebnisse konnten auch für mehr als zwei Untersuchungen und zwei Untersuchungen unter dem Standard nachgewiesen werden. 5 bzw. 5,7 Prozent der Schwangeren unter 20 Jahren hatten, bezogen auf die Altersgruppen die größten Anteile für mehr als zwei bzw. zwei Untersuchungen unter der Standardschwangerenvorsorge. Die geringsten Anteile wiesen die Frauen in der Altersgruppe der 31- bis 35-Jährigen mit 2 bzw. 4,1 Prozent auf. Am häufigsten wurden die Schwangeren in der Altersgruppe 30 bis 35 Jahre mit 22,5 Prozent entsprechend dem Standard versorgt. Bei Schwangeren unter 20 Jahren lag der Anteil bei 17,6, für 21- bis 25-Jährige bei 20,4, in der Altersgruppe der 26 bis 30 Jahre alten Frauen lag der Anteil bei 21,6 und für Frauen zwischen 36 und 40 Jahren bei 21,5 Prozent. Festzustellen ist, dass sowohl mit zunehmendem als auch mit abnehmendem Alter der Anteil der Versorgung entsprechend dem Standard bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche abnimmt. Der Anteil von mehr als zwei Untersuchungen über der Standardschwangerenvorsorge lag für Frauen unter 20 Jahren bei 15,8 Prozent. Die Anteile nahmen mit zunehmendem Alter zu. In der Altersgruppe der 25- bis 30-Jährigen war der Anteil mit 20,5 Prozent, abgesehen von der Gruppe der Schwangeren über 46 Jahre, die allerdings nur eine kleine Fallzahl ( $n = 51$ ) aufweist, am größten. Für Schwangere mit zwei Untersuchungen über dem Standard war der Anteil innerhalb der Altersgruppe der Schwangeren zwischen 31 und 35 Jahren mit 13,8 Prozent am größten. Die Anteile lagen für Frauen bis 20 Jahre bei 10,3 und für Frauen zwischen 41 und 45 Jahren bei 12,8 Prozent. Die Anteile von zwei Untersuchungen über der Standardschwangerenvorsorge nahmen mit dem Alter der Schwangeren ab bzw. mit zunehmendem Alter zu. Ähnliche Ergebnisse konnten für eine Untersuchung über der Standardschwangerenvorsorge ermittelt werden. Der größte Anteil der Schwangeren zwischen 21 und 25 Jahren erhielt mit 20,4 Prozent eine Schwangerenvorsorge, die dem Standard entsprach. Dies gilt auch für die Altersgruppen der 26 bis 30 Jahre alten Frauen, der 31- bis 35-Jährigen, der 36 bis 40 Jahre alten Frauen sowie der 41- bis 45-Jährigen. Die Anteile lagen für diese Frauen entsprechend bei 21,6, 22,5, 21,5 und 19,7 Prozent für eine Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard. Die Ausnahme waren die Schwangeren, die 46 Jahre und älter waren. Der Großteil von ihnen (21 Prozent) hatte eine Schwangerenvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard, was mit einem höheren Risikofaktor der älteren Schwangeren verbunden sein kann.

In Bezug auf den Familienstand ( $n = 382.597$ ) wurden folgende Ergebnisse ermittelt. 11,2 Prozent der Schwangeren, die alleinstehend waren, waren Späterscheinende, das heißt, dass sie erst nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche zur ersten Untersuchung beim

Gynäkologen/bei der Gynäkologin erschienen sind. Hingegen waren es bei Schwangeren, die nicht alleinstehend waren, 5,9 Prozent. Entsprechend dem Standard wurden 21,6 Prozent der Schwangeren betreut, die nicht alleinstehend waren. Der Anteil bei Schwangeren ohne Partner lag bei 19,6 Prozent. Für eine Schwangerenvorsorge unter dem Standard konnten keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden. Sowohl bei alleinstehenden als auch bei Frauen, die in einer Partnerschaft lebten, lag der Anteil der Schwangerenvorsorge unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bei 14,0 Prozent. Hingegen zeigten sich bei Schwangeren, die alleinstehend waren, signifikante Unterschiede bei einer Schwangerenvorsorge, die mindestens eine Untersuchung über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bis einschließlich der 40 + 0 Schwangerschaftswoche war. Der Anteil betrug 14,8 Prozent. Lediglich 13,3 Prozent der alleinstehenden Schwangeren hatten eine Schwangerenvorsorge über dem Standard. Das bedeutet, dass eine Versorgung über dem Standard seltener bei Schwangeren, die alleinstehend waren, durchgeführt wurde.

Die weitere Analyse der Schwangerschaftsvorsorge nach sozioökonomischem Status sowie nach Herkunftsregion der Schwangeren erfolgt in den Kapiteln 13 und 14.

#### **9.4 Schwangerschaftsrisiken**

Im Folgenden werden soziale Schwangerschaftsrisiken, die im Mutterpass dokumentiert werden, nach Unterschieden bezüglich der Herkunftsregion, des sozioökonomischen Status der Schwangeren sowie in Bezug auf Frühgeburten ausgewertet. Für alle Schwangerschaftsrisiken lagen  $n = 498.018$  Angaben vor.

Die Dokumentation der Risiken erfolgt, um Risikoschwangerschaften zu erkennen, die in den Mutterschaftsrichtlinien wie folgt definiert sind: "Risikoschwangerschaften sind Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobener Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind zu rechnen ist" (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2008:8). Die Schwangerschaftsrisiken werden im Mutterpass dokumentiert. Die Einstufung der Schwangeren als Risikopatientin erfolgt auf noch nicht evidenzbasierter Basis (Schücking 2011:371). Die 52 Schwangerschaftsrisiken werden in die Risikokataloge A und B unterteilt. Der Risikokatalog A ist zur Dokumentation der Anamnese und allgemeiner Befunde vorgesehen. Bei 26 Schwangerschaftsrisiken handelt es sich um amnestische Befunde und bei den anderen 26

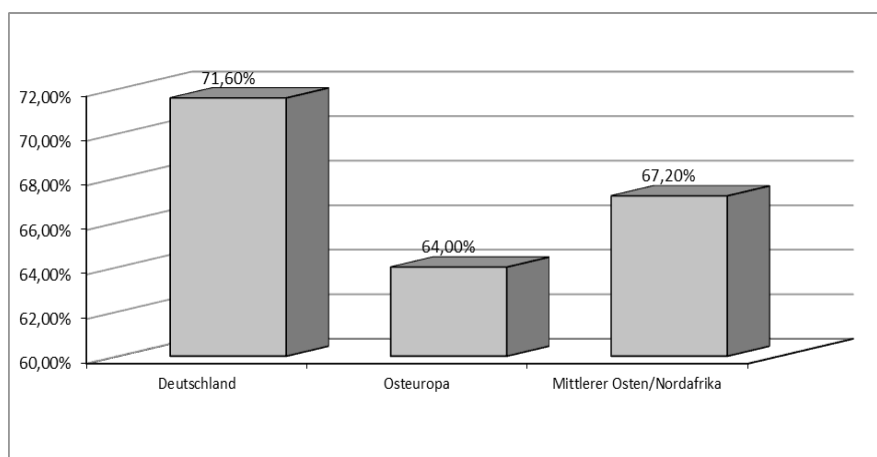


Schwangerschaftsrisiken, im Risikokatalog B, um Befunde der dokumentierten aktuellen Schwangerschaft. Die anamnestischen Risiken ergeben sich aus der Lebens- und/oder Krankengeschichte der Schwangeren, wie bspw. das Alter bei Erstgebärenden oder Komplikationen bei früheren Geburten (Schindele 1995:57). Im Risikokatalog B werden besondere Befunde im aktuellen Schwangerschaftsverlauf dokumentiert, wie bspw. erhöhter Blutdruck, vorzeitige Wehen, aber auch Unklarheiten über den Entbindungstermin (Schindele 1995:57).

Angesichts des umfangreichen Risikokatalogs erklärt sich, dass bei 70,6 Prozent der Schwangeren mit lebenden Einlingsgeburten mindestens ein Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert wurde. Die hohe Anzahl an Risikoschwangerschaften deutet auf eine Pathologisierung der Schwangerschaft hin. Bei der Risikobewertung der Schwangerschaftsrisiken im Mutterpass werden keine Differenzierungen vorgenommen, die sich auch zum Teil unnötig auf die Ängste und Verunsicherungen der Mutter auswirken können, da neben schwerwiegenden Erkrankungen auch eine harmlose Nickelallergie als Schwangerschaftsrisiko dokumentiert wird (Schücking 2011:371f.).

Um differenzierte Angaben zu Schwangerschaftsrisiken machen zu können, wurde der sozioökonomische Status der Schwangeren, bezogen auf Frühgeborene sowie Reifgeborene, einbezogen (n = 451.538). Bei der differenzierten Betrachtung der Schwangerschaftsrisiken, der Herkunftsregion der Schwangeren und der Unterteilung zwischen Frühgeburten und Reifgeborenen lagen n = 497.642 Angaben vor.

Bei 70,4 Prozent der Reifgeborenen (lebende Einlingsgeburten) war mindestens ein Schwangerschaftsrisiko dokumentiert, wohingegen es bei den Frühgeborenen 85,4 Prozent waren.



**Abbildung 32: Anteil Schwangerer mit mindestens einem Schwangerschaftsrisiko nach ausgewählten Herkunftsregionen in Niedersachsen 2001-2008**

Sowohl der Anteil für Frauen aus "Osteuropa" (64,0 Prozent) als auch für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (67,2 Prozent) mit dokumentierten Schwangerschaftsrisiken im Mutterpass war signifikant geringer ( $p < 0.001$ ) als derer mit dem Herkunftsland Deutschland (71,6 Prozent). Dies zeigte sich auch bei der Differenzierung nach Reifgeborenen und Frühgeburten. Deutsche Frauen hatten sowohl bei Reifgeborenen (70,6 Prozent) als auch bei Frühgeburten (84,4 Prozent) signifikant ( $p < 0.001$ ) höhere Anteile an mindestens einem dokumentierten Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass als Frauen aus "Osteuropa" oder dem "Mittleren Osten, Nordafrika". Für Frauen aus "Osteuropa" lag der Anteil bei Reifgeborenen bei 62,7 Prozent und für Frühgeburten bei 82,1 Prozent, wohingegen 66,0 Prozent der Frauen mit reifgeborenen Einlingen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mindestens ein Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass hatten. Für Frühgeburten lag der Anteil bei 84,0 Prozent.

Bei der Differenzierung nach dem sozioökonomischen Status der Schwangeren zeigte sich, dass 73,5 Prozent der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen am häufigsten mindestens ein Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert hatten. Bei Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden lag der Anteil bei 70,0 Prozent, bei un- und angelernten Arbeiterinnen sowie Aushilfskräften lag der Anteil bei 70,4 Prozent und bei Schwangeren, die sich in der Ausbildung oder im Studium befanden, lag der Anteil bei 69,3 Prozent. Hausfrauen hatten mit 72,5 Prozent annähernd so häufig wie höhere Beamtinnen mindestens ein Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert. Für 46.262 (9,3 Prozent) Schwangere konnten keine Angaben bezüglich der Dokumentation von Schwangerschaftsrisiken und der Tätigkeit der Schwangeren gemacht werden ( $p < 0.001$ ).

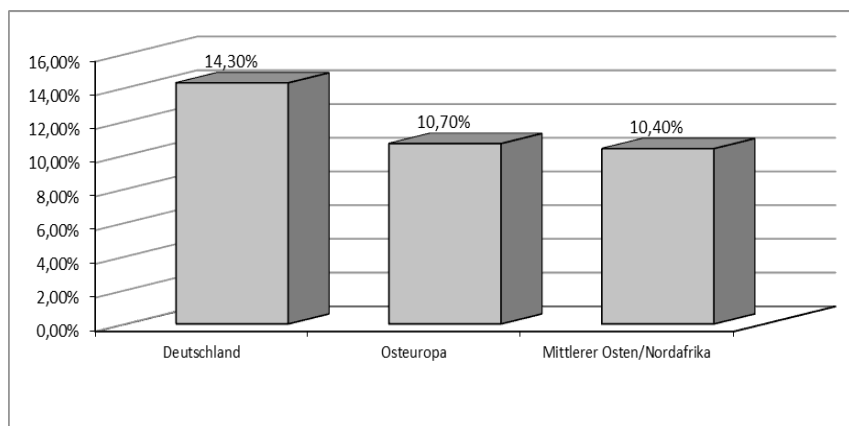
Signifikante Unterschiede ( $p < 0.001$ ) konnten für dokumentierte Schwangerschaftsrisiken von Reifgeborenen und Frühgeborenen dargestellt werden. Auch nach dem sozioökonomischen Status der Schwangeren differenziert nach Frühgeburten und Reifgeborenen konnten Unterschiede festgestellt werden. Bei Schwangeren in Ausbildung, die ein reifgeborenes Kind zur Welt gebracht haben, lag der Anteil bei 68,0 Prozent für mindestens ein dokumentiertes Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass. Für Ungelernte lag der Anteil bei 69,2 Prozent, für einfache Beamtinnen bei 69,0 und für höhere Beamtinnen bei 72,7 Prozent. Auch bei Frühgeborenen zeigen sich Unterschiede bezüglich des sozioökonomischen Status der Mutter. Der Anteil von mindestens einem dokumentierten Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass lag bei Schwangeren in Ausbildung bei 85,4, bei den Ungelernten 84,0, für einfache Beamtinnen bei 83,5 und für höhere Beamtinnen bei 85,6 Prozent. Für Hausfrauen, die nicht in die Differenzierung nach sozioökonomischen Status

eingegangen sind, lagen die Anteile von mindestens einem dokumentierten Schwangerschaftsrisiko für Reifgeborene bei 71,3 und für Frühgeburten bei 87,0 Prozent.

#### 9.4.1 Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung

Das Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung dokumentiert, ob in der Familie der Schwangeren bzw. in der Familie des biologischen Vaters z. B. Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Schulterdystokie, Hypoglykämie, Hypertonie, Präeklampsie sowie genetische oder psychische Krankheiten (bspw. Wochenbettpsychosen) bekannt sind (Schmidt 2010:217). Bei dem Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung handelt es sich nicht um einen Risikofaktor, der durch eine pathologische Veränderung oder serologische Untersuchung erkennbar ist, sondern ergibt sich gegebenenfalls aus dem Gespräch mit der Patientin. Insgesamt (n = 498.018) wurde bei 13,6 Prozent der Schwangeren mit Einlingen und Lebendgeburten das Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung dokumentiert.

Signifikant weniger ( $p < 0.001$ ) Frauen aus "Osteuropa" (10,7 Prozent) und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (10,4 Prozent) haben im Mutterpass eine familiäre Belastung in der Anamnese im Vergleich zu deutschen Frauen (14,3 Prozent).



**Abbildung 33: Anteil des Schwangerschaftsrisikos familiäre Belastung nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

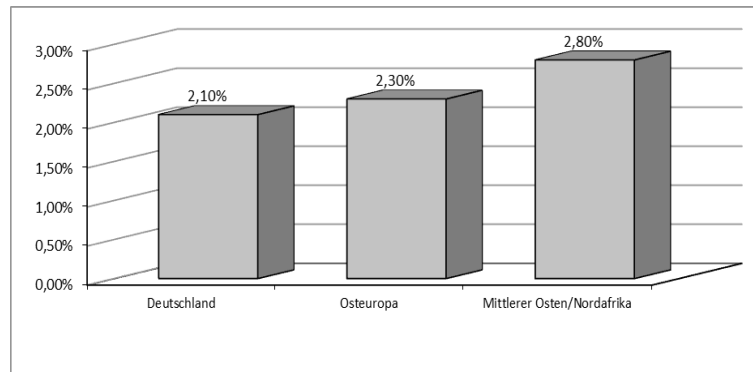
Auch bei der weiteren Differenzierung nach Frühgeburten und Reifgeborenen fällt auf, dass deutsche Frauen signifikant höhere Anteile an dem Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung gegenüber Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hatten. Insgesamt lagen die Anteile für das Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung für

Reifgeborene bei 13,6 und für Frühgeburten bei 14,3 Prozent (n = 497.661). Für Reifgeborene lag der Anteil für deutsche Frauen bei 14,3, für Frauen aus "Osteuropa" bei 10,5 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 10,3 Prozent. 14,9 Prozent der deutschen Frauen mit einer Frühgeburt hatten das Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung im Mutterpass dokumentiert, wohingegen es bei den Frauen aus "Osteuropa" 12,5 und bei Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 11,0 Prozent waren. Die Ergebnisse waren signifikant ( $p < 0.001$ ).

11,9 Prozent der Hausfrauen, die ein reifgeborenes Kind zur Welt brachten, haben das Risiko familiäre Belastung in Mutterpass dokumentiert. 12,6 Prozent waren es bei Frühgeburten. Es fällt auf, dass das Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung signifikant häufiger ( $p < 0.001$ ) bei Frauen mit höherem sozioökonomischen Status dokumentiert wurde. Eine Ausnahme sind die Schwangeren, die sich zur Zeit der Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden. Bei reifgeborenen Kindern von höheren Beamtinnen lag der Anteil bei 16,2, für Facharbeiterinnen bei 15,2, für Ungelernte bei 14,1 und für Schwangere in Ausbildung bei 14,9 Prozent. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für Frühgeburten. 15,4 Prozent der Frauen in Ausbildung hatten im Mutterpass das Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung dokumentiert. Für Ungelernte lag der Anteil bei 14,6, für Facharbeiterinnen bei 16,4 und für höhere Beamtinnen bei 17,0 Prozent (n = 451.553).

#### **9.4.2 Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese**

Bei der psychischen Belastung werden unter anderem familiäre oder berufliche Probleme erfasst. Unter dem Gesichtspunkt der sozialen Risikofaktoren für Frühgeburtslichkeit und Migration ist der Risikofaktor psychische Belastung ein wichtiger Ansatzpunkt. Wie gezeigt, haben Frauen mit Migrationshintergrund vielfach mehr Kinder und sind beruflich schlechter gestellt als deutsche Frauen.



**Abbildung 34: Anteil des Schwangerschaftsrisikos besondere psychische Belastung in der Anamnese nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

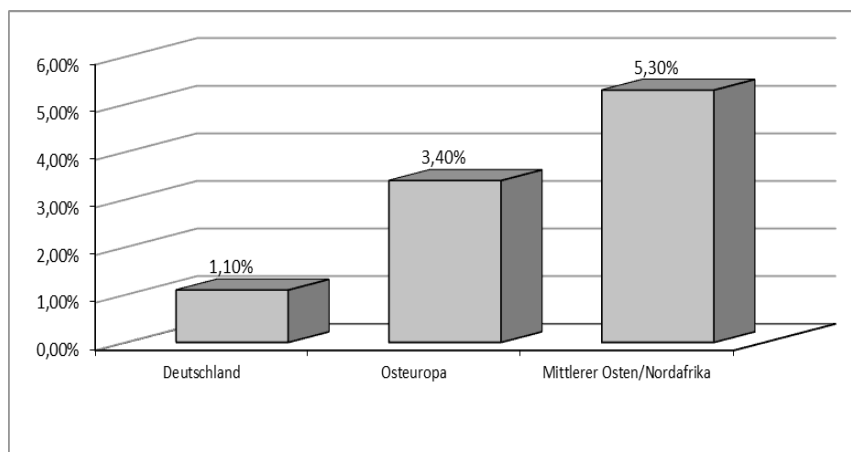
Durchschnittlich hatten 2,2 Prozent der Frauen des Studienkollektivs das Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese im Mutterpass dokumentiert ( $n = 498.018$ ). Bei den deutschen Frauen waren es 2,1 Prozent, bei den Osteuropäerinnen gab es signifikant ( $p < 0.001$ ) höhere Anteile mit 2,3 Prozent und für die Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag der Anteil bei 2,8 Prozent. Differenziert nach Frühgeborenen und Reifgeborenen zeigten sich hinsichtlich des Herkunftslandes ( $n = 497.661$ ) nicht so deutliche Unterschiede. Der Anteil von Frauen, die eine Frühgeburt hatten und das Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese im Mutterpass dokumentiert hatten, lag sowohl für deutsche Frauen als auch für Osteuropäerinnen bei 3,2 Prozent. Lediglich Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hatten einen signifikant ( $p < 0.05$ ) höheren Anteil mit 3,4 Prozent. Für Reifgeborene lag der Anteil bei deutschen Frauen bei 2,1, für Frauen aus "Osteuropa" bei 2,3 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 2,7 Prozent ( $p < 0.001$ ).

Frauen in Ausbildung bzw. Studium waren am häufigsten psychisch belastet (5,4 Prozent). Für Ungelernte lag der Anteil bei 2,5, für Facharbeiterinnen bei 1,4 und für höhere Beamtinnen bei 1,5 Prozent für reifgeborene Kinder. Auch bei Frühgeburten waren Auszubildende oder Studentinnen häufiger (7,1 Prozent) psychisch belastet. 3,3 Prozent der Ungelernten hatten das Schwangerschaftsrisiko psychische Belastung in der Anamnese im Mutterpass eingetragen. Bei den Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden waren es 2,2 und bei den höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen ebenfalls 2,2 Prozent. 2,6 Prozent der Hausfrauen mit einem reifgeborenen Kind hatten einen Eintrag dieses Schwangerschaftsrisikos und bei Frühgeburten waren es 3,9 Prozent. Die Ergebnisse waren signifikant ( $p < 0.001$ ) ( $n = 451.553$ ).

### 9.4.3 Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese

Dieses Schwangerschaftsrisiko wird bspw. mit Integrationsproblemen in Zusammenhang gebracht. Außerdem wird bei der sozialen Belastung auch die wirtschaftliche Situation der Schwangeren erfasst. Eine Schwangerschaft ist zu den sogenannten "life events" zu zählen (Holmes & Rahe 1967) (vgl. Kapitel 2.2.2.4). Wenn eine soziale Benachteiligung hinzukommt, wird eine Schwangerschaft noch durch materielle Unsicherheit belastet. Dies sowie eine Einschränkung der Handlungsfähigkeit in kulturellen und sozialen Lebensbereichen beeinflusst die Gesundheit der Schwangeren. Hinzu kommen können auch Abusus, eine schlechte Ernährung sowie negative Folgen einer Migration (Goeckenjan et al. 2009).

Insgesamt ( $n = 498.018$ ) war bei 1,7 Prozent der Schwangeren das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese dokumentiert. Zwischen Frauen aus Deutschland und den Herkunftsregionen "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" gab es signifikante ( $p < 0.001$ ) Unterschiede. 1,1 Prozent der deutschen Schwangeren, 3,4 Prozent der Schwangeren aus "Osteuropa" und 5,3 Prozent der Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hatten diesen Risikofaktor dokumentiert. Es wird deutlich, dass Schwangere aus den Herkunftsregionen, die im Fokus der Studie lagen, signifikant häufiger das Schwangerschaftsrisiko soziale Belastung in der Anamnese im Mutterpass dokumentiert hatten.



**Abbildung 35: Anteil des Schwangerschaftsrisikos besondere soziale Belastung in der Anamnese nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

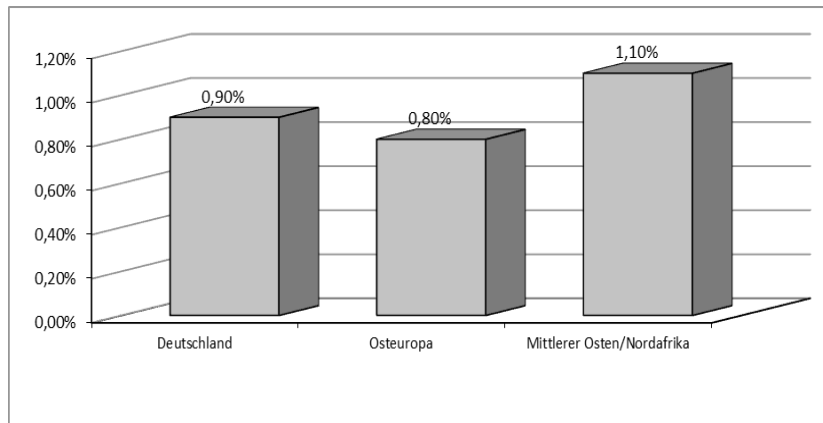
Dies konnte auch bei der weiteren Differenzierung nach Reif- und Frühgeburten sowie nach den Herkunftsregionen der Schwangeren nachgewiesen werden ( $n = 497.661$ ). Für deutsche

Schwangere mit einem reifgeborenen Kind lag der Anteil vom Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese bei 1,1 Prozent. Der Anteil bei Osteuropäerinnen lag bei 3,3 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 5,4 Prozent. Bei Frühgeburten betragen die Anteile 1,8, 4,5 und 4,4 Prozent. Die Ergebnisse waren mit  $p < 0.001$  signifikant.

Für die Differenzierung nach Frühgeborenen und Reifgeborenen sowie nach dem sozioökonomischen Status der Schwangeren lagen  $n = 451.553$  Angaben vor. 4,0 Prozent der Frauen in einer Ausbildung bzw. Studium mit einem reifgeborenen Kind hatten das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese im Mutterpass dokumentiert. Bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und angelernten Aushilfskräften waren es 1,5, bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibende 0,4 und bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen 0,3 Prozent. Es zeigte sich, dass mit zunehmendem sozioökonomischen Status der Anteil des dokumentierten Schwangerschaftsrisikos der besonderen sozialen Belastung in der Anamnese zurückging. Ähnliche Ergebnisse konnten auch bei den Frühgeburten nachgewiesen werden. Der Anteil bei Schwangeren, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden, lag bei 5,7 Prozent. Allerdings handelte es sich mit  $n = 69$  um eine sehr kleine Fallzahl. Dies war auch bei den anderen Tätigkeiten während der Schwangerschaft der Fall, sodass die Ergebnisse zwar mit  $p < 0.001$  signifikant waren, aber die Aussagekraft der kleinen Fallzahlen begrenzt ist. Un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte hatten zu 1,9 Prozent dieses Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert. Die Anteile für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende lagen bei 0,5 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 0,7 Prozent.

#### **9.4.4 Schwangerschaftsrisiko Schwangere < 18 Jahre**

Wie im Kapitel 2.2.2.6 gezeigt werden konnte, stellt das Lebensalter der Schwangeren einen Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit dar. Unter anderem ist aus diesem Grund im Mutterpass das Schwangerschaftsrisiko Schwangere < 18 Jahre bzw. Schwangere > 35 Jahre dokumentiert. Insgesamt hatten 0,9 Prozent der Schwangeren dieses Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert. Für Schwangere aus Deutschland lag der Anteil bei 0,9, für Osteuropäerinnen bei 0,8 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 1,1 Prozent.



**Abbildung 36: Anteil des Schwangerschaftsrisikos Schwangere < 18 Jahre nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

Ähnliche Ergebnisse konnten bei der Differenzierung nach Reifgeburten und Frühgeburten nach den Herkunftsregionen der Schwangeren nachgewiesen werden ( $n = 497.661$ ). 0,9 Prozent der Schwangeren aus Deutschland mit einer termingerechten Geburt waren unter 18 Jahre alt. Bei Frauen aus "Osteuropa" waren es 0,8 Prozent und der Anteil für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug 1,1 Prozent. Die Anteile bei reifgeborenen Kindern waren signifikant ( $p < 0.001$ ). Für Frühgeburten waren die Ergebnisse nicht signifikant, was unter Umständen mit den kleinen Fallzahlen zusammenhängen kann. Für deutsche Schwangere betrug der Anteil 1,3, für Frauen aus "Osteuropa" 1,6 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 1,3 Prozent.

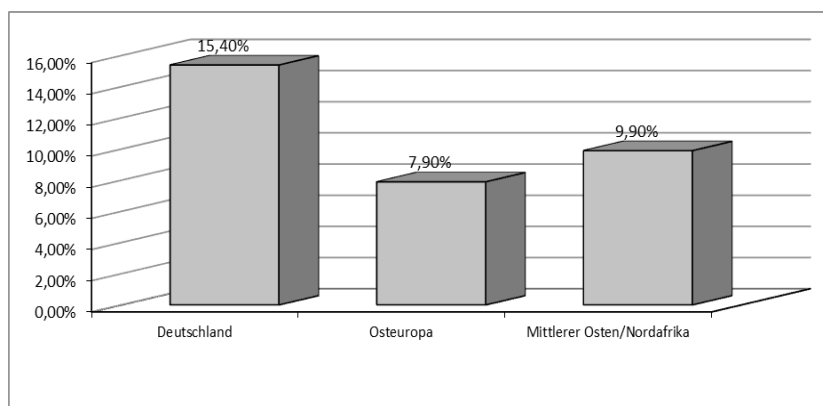
Bei der differenzierten Betrachtung nach sozioökonomischem Status der Schwangeren und der weiteren Differenzierung zwischen Frühgeburten und reifgeborenen Kindern ( $n = 451.553$ ) waren die Fallzahlen insbesondere bei qualifizierten Tätigkeiten sehr gering und die Anteile lagen größtenteils unter einem Prozentpunkt. Dies liegt hauptsächlich an dem Schwangerschaftsrisiko, das das Sample deutlich verkleinert. Auffällig war, dass Schwangere, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, mit 14 Prozent bei reifgeborenen Kindern das Schwangerschaftsrisiko < 18 Jahre im Mutterpass vermerkt hatten. Bei Frühgeburten betrug der Anteil 21,1 Prozent und war somit signifikant ( $p < 0.001$ ) höher.

#### 9.4.5 Schwangerschaftsrisiko Schwangere > 35 Jahre

Insgesamt waren 14,5 Prozent der Schwangeren über 35 Jahre ( $n = 498.018$ ). Deutsche hatten mit 15,4 Prozent den größten Anteil. Bei Osteuropäerinnen waren es 7,9 und bei den



Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 9,9 Prozent, die das Schwangerschaftsrisiko älter als 35 Jahre im Mutterpass dokumentiert hatten.



**Abbildung 37: Anteil des Schwangerschaftsrisikos Schwangere > 35 Jahre nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

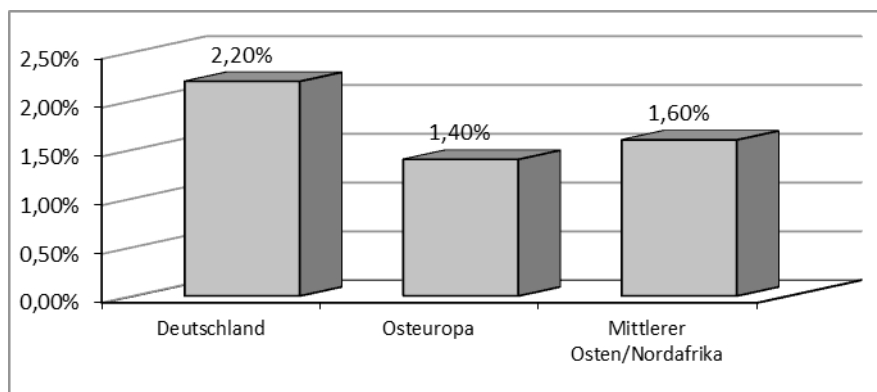
Schwangere mit Reifgeburten aus Deutschland hatten das Schwangerschaftsrisiko > 35 Jahre mit 15,3 Prozent signifikant ( $p < 0.001$ ) häufiger im Mutterpass dokumentiert als Osteuropäerinnen mit 7,6 und Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 9,6 Prozent. Bei den Frühgeburten betragen die Anteile 16,9 Prozent für deutsche Frauen, 11,8 Prozent für Schwangere aus "Osteuropa" und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 13,9 Prozent. Insbesondere für die Osteuropäerinnen und die Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" sind die Anteile unter den Frühgeburten signifikant höher als bei den reifgeborenen Kindern.

Bei der differenzierten Betrachtung nach dem sozioökonomischen Status ( $n = 451.553$ ) konnten deutliche Unterschiede zwischen der Tätigkeit der Schwangeren sowie der Anteile des dokumentierten Schwangerschaftsrisikos > 35 Jahre nachgewiesen werden. 2,3 Prozent der Schwangeren, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden und ein reifgeborenes Kind geboren hatten, hatten dieses Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert. Bei un-, angelernten Arbeiterinnen und angelernten Aushilfskräften waren es 13,0, bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden waren es 14,2 und bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen 23,0 Prozent. Bei Frühgeburten lag der Anteil für Schwangere in einer Ausbildung oder im Studium bei 1,9, für un-, angelernte Arbeiterinnen, angelernte Aushilfskräfte bei 16,7, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 15,9 und für höhere Beamtinnen und Angestellte sowie Selbstständige bei 25,2 Prozent. Mit zunehmendem sozioökonomischen Status stieg der Anteil beim dokumentierten Schwangerschaftsrisiko > 35 Jahre sowohl bei reifgeborenen Kindern als auch bei Frühgeburten. Allerdings war bei Frühgeburten der Anteil

bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden etwas geringer als bei angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften. Insgesamt waren die Anteile der Frühgeburten höher als bei reifgeborenen Kindern.

#### 9.4.6 Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung

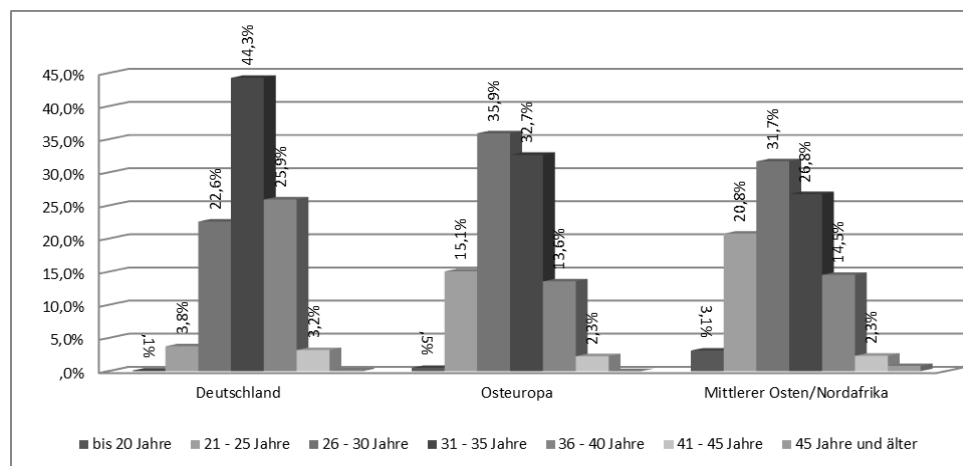
Wie im Kapitel 5.2.3 dargestellt, haben insbesondere Paare mit türkischem Migrationshintergrund eine höhere Intensität beim Kinderwunsch gegenüber deutschen Paaren, und es besteht eine große Therapiebereitschaft bei den Sterilitätsbehandlungen. Daher soll an dieser Stelle auch auf das Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung eingegangen werden. Insgesamt (n = 498.018) hatten 2,1 Prozent der Schwangeren dieses Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert. Bei den Schwangeren aus Deutschland waren es 2,2 Prozent. Die Anteile waren bei Osteuropäerinnen mit 1,4 und Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 1,6 Prozent signifikant geringer. Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" häufiger als deutsche Frauen das Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung hatten.



**Abbildung 38: Anteil des Schwangerschaftsrisikos Zustand nach Sterilitätsbehandlung nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

Am häufigsten waren deutsche Schwangere mit 44,3 Prozent und einem dokumentierten Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung zwischen 31 und 35 Jahre alt. Hingegen waren die größten Anteile bei Osteuropäerinnen in der Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen mit 35,9 Prozent nachweisbar. In der gleichen Altersgruppe hatten Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 31,7 Prozent den höchsten Anteil innerhalb der Herkunftsregion. Auffällig war, dass lediglich 3,8 Prozent der deutschen Schwangeren zwischen 21 und 25 Jahren dieses Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert

hatten. Wohingegen die Anteile der Osteuropäerinnen bei 15,1 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 20,8 Prozent lagen. Die Ergebnisse waren mit  $p < 0.001$  signifikant. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Schwangere aus den untersuchten Herkunftsregionen deutlich jünger als deutsche Frauen bei der Sterilitätsbehandlung sind.



**Abbildung 39: Anteil der Altersgruppen der Schwangeren mit dem Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

Hinsichtlich der Differenzierung nach Herkunftsregion und Frühgeburtlichkeit ( $n = 497.661$ ) konnten folgende Ergebnisse ermittelt werden. Deutsche Frauen mit einem reifgeborenen Kind hatten einen Anteil von 2,2 Prozent bei dem Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung. Bei Osteuropäerinnen lag der Anteil bei 1,4 und bei Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 1,5 Prozent. Für alle drei Herkunftsregionen war bei der Frühgeburtlichkeit ein leichter Anstieg bei den Anteilen nachweisbar. So hatten deutsche Schwangere einen Anteil von 3,2, Osteuropäerinnen von 2,0 und Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" von 2,8 Prozent. Die Ergebnisse waren nach dem Chi-Quadrat Test nach Pearson für Reifgeborene mit  $p < 0.001$  und für Frühgeburten mit  $p < 0.05$  signifikant.

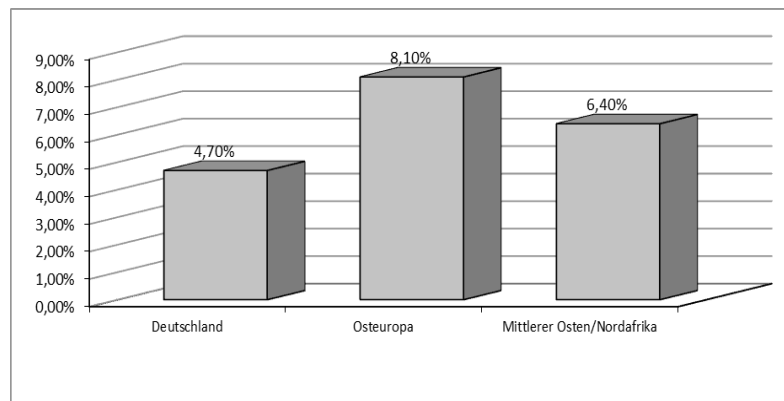
Für die Differenzierung nach dem Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung und dem sozioökonomischen Status der Schwangeren lagen  $n = 451.553$  Angaben vor. Der Anteil bei Schwangeren in einer Ausbildung bzw. im Studium mit einer Reifgeburt lag bei 0,5 Prozent. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte bei 1,9, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 2,8 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 3,2 Prozent. Für Frühgeburten lagen die Anteile für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen, Kleingewerbetreibende mit 4,3 und für höhere

Beamtinnen und Angestellte sowie Selbstständige mit 5,1 Prozent deutlich höher. Für Schwangere in einer Ausbildung bzw. Studium betrug der Anteil 0,4 Prozent und für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte 2,3 Prozent.

#### 9.4.7 Schwangerschaftsrisiko Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen

Im Kapitel 2.2.2.9 konnte gezeigt werden, dass Schwangerschaftsabbrüche ein Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit sind. Außerdem wurde auf die besondere Problematik von Schwangeren aus der ehemaligen Sowjetunion hingewiesen, die häufiger einen Schwangerschaftsabbruch haben.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam die Auswertung der Niedersächsischen Perinatalerhebungen der Jahre 2001-2008. Insgesamt (n = 498.018) wurde für 4,7 Prozent der deutschen Schwangeren das Schwangerschaftsrisiko Zustand nach zwei oder mehr Aborten oder Abbrüchen nachgewiesen. Für Frauen aus "Osteuropa" betrug der Anteil 8,1 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 8,4 Prozent.



**Abbildung 40: Anteil des Schwangerschaftsrisikos Zustand nach 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

Bei der Differenzierung nach Herkunft und Frühgeburtlichkeit lagen wiederum n = 497.661 Angaben vor. 4,5 Prozent der deutschen Schwangeren mit einer termingerechten Geburt hatten das Schwangerschaftsrisiko Zustand nach zwei oder mehr Aborten oder Abbrüchen im Mutterpass dokumentiert. Bei Osteuropäerinnen war es 7,8 und bei Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 6,0 Prozent. Für Frühgeburten lagen die Anteile des Schwangerschaftsrisikos differenziert nach Herkunftsregion deutlich höher. 7,0 Prozent der

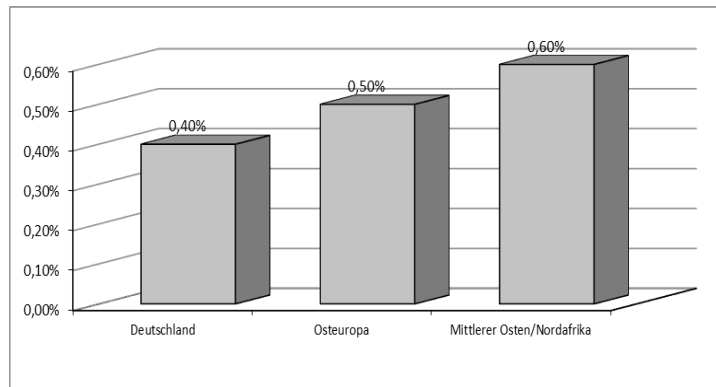
deutschen Schwangeren mit einer Frühgeburt hatten dieses Schwangerschaftsrisiko. Bei Osteuropäerinnen lag der Anteil bei 12,2 und der Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 11,0 Prozent. Dieser Risikofaktor zeichnet sich deutlich als bedeutend für Frühgeburtslichkeit ab.

Für die Schwangeren insgesamt, für die Angaben über den sozioökonomischen Status vorlagen ( $n = 451.553$ ), lag der Anteil bei Frauen, die sich während ihrer Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. Studium befanden, bei 2,1 Prozent. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte betrug der Anteil 5,1, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende 3,7 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige 4,3 Prozent, wenn das Kind termingerecht geboren wurde. Für Frühgeburten lag der Anteil für Schwangere in einer Ausbildung bzw. Studium bei 2,6 Prozent. Der Anteil für Schwangere, die während der Schwangerschaft als un-, angelernte Arbeiterin oder angelernte Aushilfskraft tätig waren, betrug der Anteil 8,8, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende 5,3 Prozent. Höhere Beamtinnen und Angestellte sowie Selbstständige hatten einen Anteil von 6,2 Prozent.

#### **9.4.8 Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft**

Das Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft gehört, ebenso wie das im nächsten Kapitel folgende Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft, zum Risikokatalog B im Mutterpass.

Insgesamt lagen  $n = 489.018$  Angaben vor. Eine psychische Belastung in der Schwangerschaft hatten 0,4 Prozent. Der Anteil bei Deutschen betrug 0,4, für Osteuropäerinnen 0,5 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 0,6 Prozent. Die Ergebnisse waren mit  $p < 0.05$  signifikant.



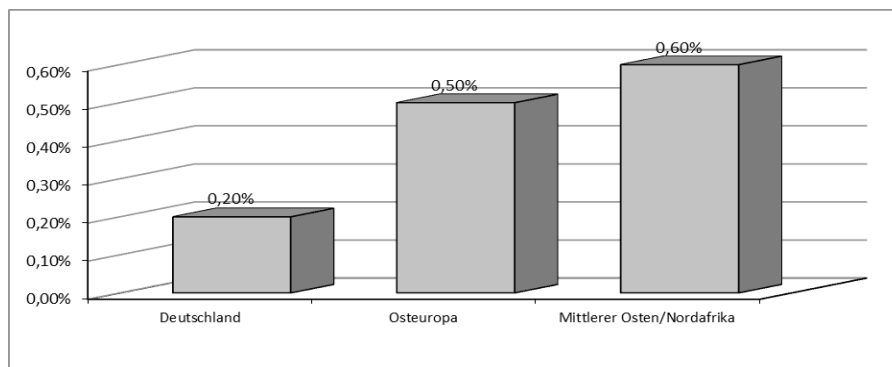
**Abbildung 41: Anteil des Schwangerschaftsrisikos besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

Bei Reifgeborenen, deren Mutter aus Deutschland kam, lag der Anteil bei der psychischen Belastung in der Schwangerschaft bei 0,4 Prozent. Für Osteuropäerinnen lag der Anteil bei 0,5 und für Schwangere aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" bei 0,6 Prozent. In Bezug auf Frühgeburten erhöhte sich der Anteil für deutsche Schwangere um 0,6 Prozentpunkte auf 1,0 Prozent. Bei Schwangeren aus "Osteuropa" erhöhte sich der Anteil ebenfalls auf 1,0 Prozent und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" auf 0,8 Prozent. Allerdings lagen bezogen auf die Herkunftsregionen, mit Ausnahme von Deutschland, geringe Fallzahlen vor. Dies kann unter Umständen damit zusammenhängen, dass die Schwangerenvorsorge nicht so häufig von Schwangeren mit Migrationshintergrund in Anspruch genommen wird (vgl. Kapitel 14) und somit eine Dokumentation im Mutterpass nicht erfolgt. Die Ergebnisse für Frühgeburten waren nicht signifikant.

Bezogen auf den sozioökonomischen Status der Schwangeren ( $n = 451.553$ ) hatten Schwangere, die sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. Studium befanden, mit 1,0 Prozent den größten Anteil innerhalb der Tätigkeit bei dem dokumentierten Schwangerschaftsrisiko psychische Belastung in der Schwangerschaft. Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende hatten mit 0,2 Prozent den geringsten Anteil bezogen auf die Tätigkeit und termingerechte Geburten. Der Anteil für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte lag bei 0,4 Prozent und der Anteil für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige betrug 0,3 Prozent. Für Frühgeburten konnte nach der Tätigkeit der Schwangeren ein leichter Anstieg der Anteile nachgewiesen werden. So hatten Frauen in einer Ausbildung bzw. im Studium mit 1,7 Prozent wiederum den höchsten Anteil. Danach folgten mit 1,1 Prozent die un-, angelernten Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte. Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden wiesen einen Anteil von 0,6 und höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige einen Anteil von 0,5 Prozent auf.

### 9.4.9 Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft hatten insgesamt (n = 498.018) 0,3 Prozent der Schwangeren eine besondere soziale Belastung im Mutterpass dokumentiert.



**Abbildung 42: Anteil des Schwangerschaftsrisikos besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft nach ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

Differenziert nach der Herkunftsregion betrachtet, haben Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 0,6 Prozent einen höheren Anteil an einem dokumentierten Schwangerschaftsrisiko der besonderen sozialen Belastung in der Schwangerschaft als deutsche Frauen mit 0,2 Prozent. Der Anteil für Schwangere aus "Osteuropa" lag bei 0,5 Prozent.

Für n = 497.661 Schwangere mit termingerechten Geburten oder Frühgeburten lagen Ergebnisse in Bezug auf die Herkunftsregion vor. 0,2 Prozent der deutschen Schwangeren, die eine termingerechte Geburt hatten, hatten im Mutterpass das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft dokumentiert. Bei den Frauen aus "Osteuropa" war es 0,5 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 0,6 Prozent. Bei Frühgeburten lag der Anteil der deutschen Frauen bei 0,5 Prozent. Frauen aus "Osteuropa" hatten einen Anteil von 1,1 und Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" von 0,9 Prozent.

Schwangere mit deutscher Herkunft, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden und deren Kind termingerecht geboren wurde, hatten mit 0,7 Prozent den höchsten Anteil innerhalb der Tätigkeit der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft. Den geringsten Anteil hatten höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige mit weniger als einem Prozent. Der Anteil für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende betrug 0,1 und für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte

0,3 Prozent. Für Frühgeburten lagen die Anteile geringfügig höher. So hatten 1,2 Prozent der Schwangeren, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, im Mutterpass das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft dokumentiert. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte betrug der Anteil 0,8 Prozent. 0,1 Prozent der Facharbeiterinnen, der einfachen Beamtinnen, Kleingewerbetreibenden, aber auch der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen hatten im Mutterpass einen Eintrag zur besonderen sozialen Belastung in der Schwangerschaft. Die Ergebnisse waren mit  $p < 0.001$  signifikant.

## 9.5 Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie

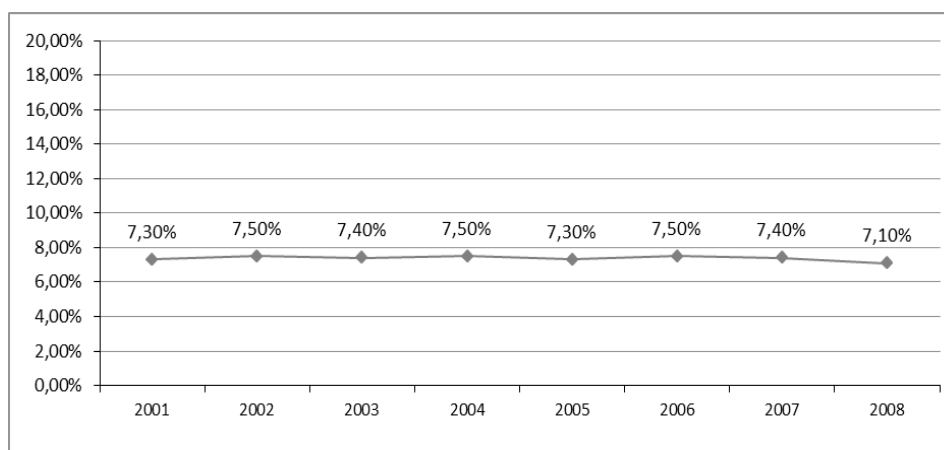
Insgesamt lagen für  $n = 497.661$  Schwangere mit lebenden Einlingsgeburten Angaben über das Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie vor, das als Kontrollvariable eingesetzt wird, um auszuschließen, dass das Ergebnis der logistischen Regressionsanalyse durch diese Variable beeinflusst wird. 6,9 Prozent der deutschen Schwangeren hatten bei einer Frühgeburt das Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie im Mutterpass dokumentiert. Für Schwangere aus der Herkunftsregion "Osteuropa" sowie dem "Mittleren Osten, Nordafrika" waren die Anteile mit 6,3 bzw. 4,7 Prozent signifikant ( $p < 0.05$ ) geringer.

Da die Kontrollvariable "Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie" auch bei der Analyse des Frühgeburtsrisikos in Bezug auf die sozioökonomische Lage der Schwangeren genutzt wurde, sollen an dieser Stelle auch die Anteile für das Geburtsrisiko bezugnehmend auf die Tätigkeit der Mutter während der Schwangerschaft angegeben werden. Es lagen insgesamt  $n = 451.553$  Angaben vor. 5,2 Prozent der Schwangeren, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden, hatten das Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie im Mutterpass dokumentiert. Bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und angelernten Aushilfskräften waren es 7,5 Prozent. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden betrug der Anteil 7,8 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige betrug der Anteil 8,0 Prozent. Das bedeutet, dass das Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie mit zunehmendem sozioökonomischen Status ansteigt. Die Ergebnisse waren mit  $p < 0.001$  signifikant.



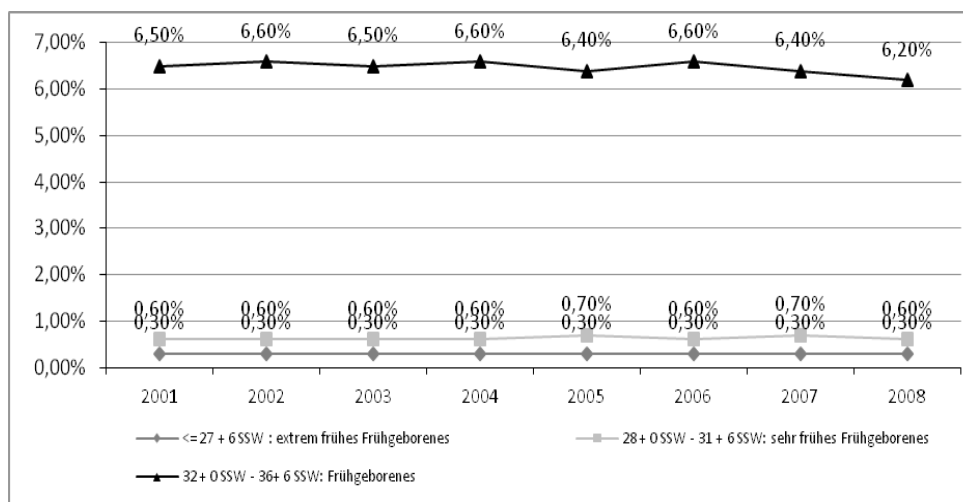
## 9.6 Geburtshilfliches Outcome: Frühgeburtlichkeit

Zwischen 2001 und 2008 lag die durchschnittliche Frühgeburtenrate  $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche im Studienkollektiv ( $n = 497.782$ ) beim Jahresvergleich bei 7,4 Prozent. 0,1 Prozent der Angaben fehlten.



**Abbildung 43: Frühgeburtenrate  $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) in Niedersachsen 2001-2008**

Im Jahr 2001 lag die Frühgeburtenrate ( $< 37 + 0$ ) bei 7,3 Prozent. Im Jahr 2008 konnte eine geringfügig niedrigere Frühgeburtenrate mit 7,1 Prozent nachgewiesen werden. Mit jeweils 7,5 Prozent hatten die Jahre 2002, 2004 und 2006 die höchste Frühgeburtenrate für lebende Einlingsgeburten in Niedersachsen. Ein leichter Abwärtstrend bei der Frühgeburtenrate war zu erkennen, obwohl diese noch auf einem sehr hohen Niveau liegt.



**Abbildung 44: Frühgeburtenrate differenziert nach Schwangerschaftswoche in Niedersachsen 2001-2008**

Ein leichter Abwärtstrend war auch bei der Differenzierung nach Schwangerschaftswochen für Frühgeborene, die zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden, zu erkennen. 2001 lag der Anteil bei 6,5 und im Jahr 2008 bei 6,2 Prozent. Mit 6,6 Prozent war der Anteil im Jahr 2004 am höchsten. Die Frühgeburtenraten für sehr frühe Frühgeborene schwankten zwischen 0,6 und 0,7 Prozent zwischen 2001 und 2008. Hingegen war die Frühgeburtenrate von extrem frühen Frühgeborenen mit 0,3 Prozent im gesamten Studienzeitraum statisch.

Wie im Kapitel 2.2 gezeigt wurde, ist in den letzten Jahren der Anteil von späten Frühgeburten (34 + 0 - 36 + 6 Schwangerschaftswoche) deutlich angestiegen. Dieser Trend ist in den Niedersächsischen Perinatalerhebungen von 2001 bis 2008 nicht erkennbar. Zwischen 2001 und 2008 wurden in Niedersachsen durchschnittlich von (n= 497.782) 5,7 Prozent der lebenden Einlingsgeburten als späte Frühgeburten geboren. 2001 lag der Anteil bei 5,7 Prozent und 2008 bei 5,5 Prozent. Es ist demnach eher ein absinkender Trend bei späten Frühgeburten erkennbar.

Da sich diese Studie auch mit der Schwangerschaftsvorsorge bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche (n = 403.468) nach den Mutterschaftsrichtlinien beschäftigt, soll an dieser Stelle auf die Vorsorge bezüglich der Frühgeburten eingegangen werden. Im weiteren soll das geburtshilfliche Outcome Frühgeburten in Bezug auf das Alter, die Berufstätigkeit, den Familienstand, die Parität sowie den Zigarettenkonsum der Schwangeren kurz dargestellt werden. 8,2 Prozent der Schwangeren mit einer Erstversorgung nach der 14 + 6 Gestationswoche hatten eine Frühgeburt < 37 + 0 Schwangerschaftswoche. Differenziert nach Schwangerschaftswochen lagen die Anteile für Späterscheinende bei 0,3 Prozent für extrem frühe Frühgeborene ( $\leq 27 + 6$  Schwangerschaftswoche), 0,8 Prozent für sehr frühe Frühgeborene, die zwischen der 28 + 0 und der 31 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden und 7,1 Prozent für Frühgeborene zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche. Für Schwangere, die mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard der Schwangerschaftsvorsorge hatten, lag der Anteil bei 8,2 und für Schwangere mit zwei Untersuchungen unter dem Standard bei 8,3 Prozent. Von den 8,2 Prozent der Frühgeborenen, deren Mütter eine Schwangerschaftsvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard hatten, waren 0,1 Prozent extrem frühe Frühgeborene, 0,4 Prozent sehr frühe Frühgeborene und 7,7 Prozent wurden zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren. Für zwei Untersuchungen unter dem Standard der Schwangerenvorsorge betragen die Anteile 0,2, 0,5 und 7,7 Prozent. 0,1 Prozentpunkt mehr hatten Schwangere mit einer Untersuchung unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien.

Bei einer Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung unter dem Standard wurden 0,3 Prozent als extrem frühe Frühgeborene zur Welt gebracht, 0,6 waren sehr frühe Frühgeborene und 7,5 wurden zwischen der 32 + 0 Schwangerschaftswoche und 36 + 6 geboren. Den größten Anteil an Frühgeburten mit 9 Prozent hatten Schwangere, die entsprechend dem Standard versorgt worden sind. Extrem frühe Frühgeborene machten einen Anteil von 0,4 und sehr frühe Frühgeborene einen von 0,8 Prozent aus. Die übrigen 7,8 Prozent wurden zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren. 8,8 Prozent der Kinder, deren Mutter während der Schwangerschaft mit einer Untersuchung über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien betreut wurde, waren eine Frühgeburt. Davon waren 0,3 Prozent extrem frühe Frühgeborene und 0,7 Prozent sehr frühe Frühgeborene. Für zwei Untersuchungen über dem Standard betrug der Anteil 7,7 Prozent und für mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard lag der Anteil bei 8,5 Prozent. 0,2 Prozent der Frühgeburten waren eine extrem frühe Frühgeburt, wenn die Mutter zwei Untersuchungen über dem Standard der Schwangerenvorsorge hatte. 0,6 Prozent waren sehr frühe Frühgeborene und 6,9 Prozent wurden zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren. Für eine Schwangerenvorsorge mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard lag der Anteil für extrem frühe Frühgeborene bei 0,3 und für sehr frühe Frühgeborene bei 0,7 Prozent. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass, bis auf zwei Untersuchungen über dem Standard, signifikant geringere Anteile an Frühgeburten bei einer Versorgung unter dem Standard, aber auch bei einer späten Erstversorgung nachgewiesen werden konnten.

Bei der Analyse der Frühgeburtenrate nach dem Alter der Schwangeren ( $n = 497.730$ ) ergaben sich folgende Ergebnisse. Mit 6,9 Prozent hatten die Frauen zwischen 31 und 32 Jahren die geringste Frühgeburtenrate. Die höchste Frühgeburtenrate war bei Schwangeren, die 45 Jahre und älter waren, zu verzeichnen. Der Anteil in dieser Altersgruppe lag bei 14,1 Prozent, wobei die Gesamtzahl der Frühgeburten mit ( $n = 39$ ) gering ist. Trotzdem lässt sich sowohl bei zunehmendem Alter der Schwangeren als auch bei Jüngeren ein Anstieg der Frühgeburtenrate feststellen. So lag bspw. die Frühgeburtenrate der Frauen bis 20 Jahre bei 8,8 Prozent und die der Frauen von 41-45 Jahre bei 9,9 Prozent. Alle Ergebnisse waren nach dem Chi-Quadrat Test nach Pearson mit  $< 0.001$  signifikant.

Bei der genaueren Analyse nach Frühgeburt und Reifgeborenen ( $n = 467.203$ ) zeigte sich, dass 45,7 Prozent der Schwangeren mit einer Frühgeburt berufstätig waren. Bei den Reifgeborenen waren es 48,1 Prozent. Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Analyse von Frühgeburten in Bezug auf das Herkunftsland und einer Berufstätigkeit während der

aktuellen Schwangerschaft ( $n = 467.084$ ). 50,5 Prozent der deutschen Schwangeren mit einer Frühgeburt waren während der Schwangerschaft berufstätig. Bei den Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag der Anteil bei 24,6 bzw. 11,9 Prozent. Die Ergebnisse waren nach dem Chi-Quadrat Test nach Pearson signifikant ( $p < 0.001$ ).

Die Frühgeburtenrate bei alleinstehenden Frauen während der Schwangerschaft ( $n = 465.363$ ) war mit 8,9 Prozent signifikant höher als bei Frauen, die nicht alleinstehend waren (7,1 Prozent). Bei der Differenzierung nach der Herkunftsregion der Schwangeren ( $n = 465.245$ ) zeigte sich, dass 18,4 Prozent der deutschen Frauen, die eine Frühgeburt hatten, alleinstehend waren. Signifikant geringere Anteile wurden für Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 11,9 bzw. 8,5 Prozent ermittelt. Bei der Auswertung der Daten in Bezug auf die Tätigkeit ( $n = 431.735$ ) stellte sich heraus, dass 50,9 Prozent der Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden und eine Frühgeburt hatten, alleinstehend waren. Bei den un- und angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften lag der Anteil bei 20,7, für Facharbeiterinnen und einfache Beamtinnen bei 15,6 und bei höheren Beamtinnen bei 13,3 Prozent. Es zeigte sich, dass mit zunehmender Qualifikation der Anteil der Frühgeburten bei alleinstehenden Schwangerschaften signifikant zurückgeht. Der Anteil bei den Hausfrauen lag bei 14,4 Prozent. Alle Ergebnisse waren nach dem Chi-Quadrat Test nach Pearson mit  $p < 0.001$  signifikant.

Die Differenzierung nach Parität ( $n = 497.765$ ) zeigte, dass die Frühgeburtenrate für Nullipara mit 8,1 Prozent signifikant über der Frühgeburtenrate von Multipara mit 6,6 Prozent lag. Die weitere Differenzierung nach Herkunftsregion der Schwangeren ( $n = 497.649$ ) ergab, dass 58,7 Prozent der Frauen aus Deutschland, die eine Frühgeburt hatten, Erstgebärende waren. Für Frauen aus "Osteuropa" lag der Anteil bei 49,7 Prozent und für Frauen aus dem "Mittlerem Osten, Nordafrika" bei 41,3 Prozent ( $p < 0.001$ ). Bei der differenzierten Analyse der Daten auf Parität und sozioökonomischen Status in Bezug auf Frühgeburtenlichkeit ( $n = 451.537$ ) fiel auf, dass Frauen in Ausbildung bzw. im Studium mit einer Frühgeburt zu 87,5 Prozent Nullipara waren und 12,5 Prozent Multipara. Bei den un- und angelernten Arbeiterinnen bzw. Aushilfskräften lagen die Anteile bei 64,1, bei Facharbeiterinnen und einfachen Beamtinnen bei 71,6 und bei höheren Beamtinnen bei 69,4 Prozent ( $p < 0.001$ ).

Bei der Analyse des Zigarettenkonsums von Schwangeren mit einer Frühgeburt ( $n = 423.167$ ) zeigte sich, dass 17,9 Prozent der deutschen Frauen, die eine Frühgeburt hatten, während der Schwangerschaft Zigaretten konsumiert haben. Hingegen war es bei den Frauen aus "Osteuropa" 13 und bei den Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 11,5 Prozent. Der Chi-Quadrat Test nach Pearson war mit  $< 0.001$  signifikant. Unterschiede beim

geburtshilflichen Outcome bezüglich des sozioökonomischen Status und dem Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft zeigten sich auch bei Frühgeburten ( $n = 394.793$ ). Der Anteil an Frühgeburten bei höheren Beamtinnen und Angestellten, die während der Schwangerschaft geraucht haben, lag bei 6,2 Prozent. Hingegen hatten 10,6 Prozent der Facharbeiterinnen, die eine Frühgeburt hatten, geraucht. Der Anteil bei un- und angelegerten Arbeiterinnen und Aushilfskräften lag bei 26,2 und bei Frauen in Ausbildung oder im Studium bei 23,6 Prozent.

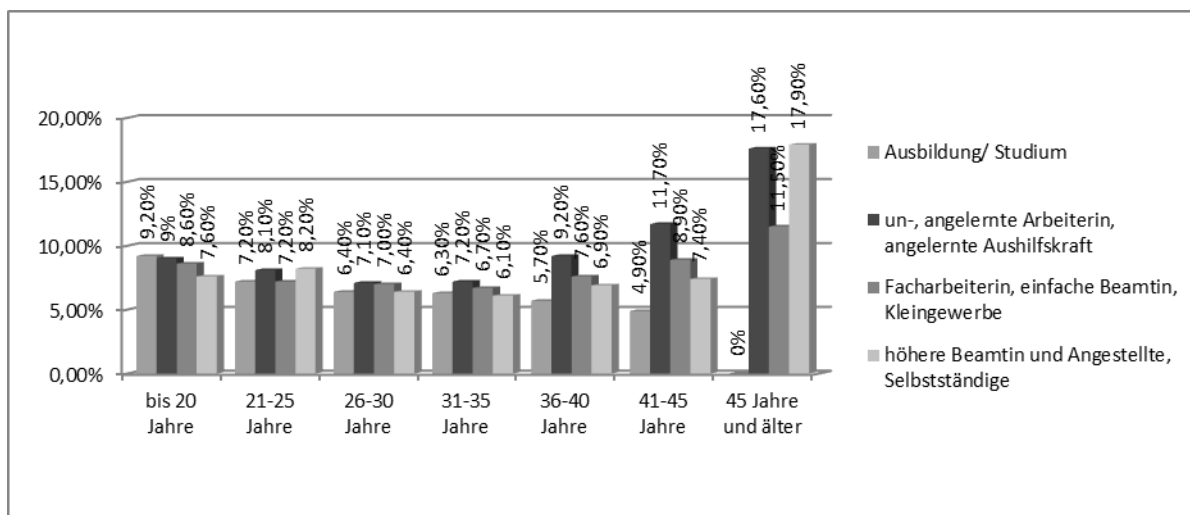
## 10 Frühgeburtnlichkeit als Problem sozialer Lagen in Niedersachsen

Zwischen 2001 und 2008 waren 45,7 Prozent der Frauen mit einer Frühgeburt berufstätig ( $n = 467.203$ ). Bei den Reifgeborenen waren es 48,1 Prozent. Frauen, die während der jetzigen Schwangerschaft berufstätig waren, wiesen eine Frühgeburtnrate von 7,0 Prozent auf. Hingegen war die Frühgeburtnrate von Frauen, die nicht berufstätig waren, mit 7,7 Prozent signifikant ( $p < 0.001$ ) höher. Die Berufstätigkeit an sich scheint also keinen negativen Einfluss auf die Frühgeburtnrate zu haben. Im Weiteren sollen Unterschiede bezüglich der beruflichen Stellung der Mutter dargestellt werden, die auf den sozioökonomischen Status schließen lässt.

Insgesamt lagen  $n = 451.513$  Angaben vor. 7,7 Prozent der Schwangeren, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden, hatten eine Frühgeburt. Bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und angelernten Aushilfskräften waren es 7,8 Prozent. Bei den Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden 7,1 und bei den höheren Beamtinnen und Angestellten sowie Selbstständigen 6,6 Prozent. Es zeigt sich, dass mit zunehmendem sozioökonomischen Status der Mutter, der über den Beruf der Mutter dokumentiert wurde, die Frühgeburtnrate zwischen 2001 und 2008 bei den lebenden Einlingsgeburten abnahm. Der Anteil der Hausfrauen lag bei 7,5 Prozent. Die Ergebnisse waren signifikant  $p < 0.001$ .

Bei der Analyse der Frühgeburtnraten nach Alter der Schwangeren ( $n = 451.517$ ) konnte gezeigt werden, dass Frauen zwischen 26 und 45 Jahren, die als höhere Beamtin, Angestellte bzw. selbstständig beschäftigt sind, die geringsten Frühgeburtnraten haben. Die Frühgeburtnraten lagen zwischen 6,1 Prozent der 31-35-Jährigen und 7,4 Prozent der Frauen zwischen 41 und 45 Jahren. Allerdings muss erwähnt werden, dass Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden und zwischen 36 und 45 Jahre alt waren, eine noch geringere Frühgeburtnrate mit 5,7 bzw. 4,9 Prozent hatten. Die geringen Frühgeburtnraten in dieser Altersgruppe können damit zusammenhängen, dass sich aufgrund des Alters nur noch wenige Frauen in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden und sich daher geringe Fallzahlen ergeben haben, die eine geringere Frühgeburtnrate ergeben. Lediglich 2,2 bzw. 0,3 Prozent der Frauen befanden sich in der Altersgruppe zwischen 36 und 40 sowie 41-45 Jahren in einer Ausbildung oder im Studium. Insgesamt zeigte sich auch bei der Differenzierung nach beruflicher Tätigkeit und Alter, dass die Frühgeburtnrate mit zunehmendem Alter ansteigt, aber auch bei jüngeren Schwangeren ein Anstieg der Frühgeburtnrate festzustellen ist. In der Altersgruppe der 31-35-Jährigen haben sowohl

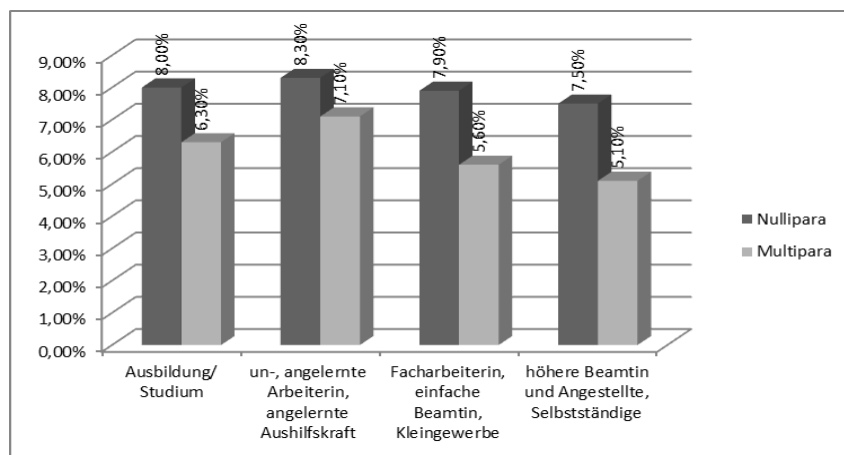
Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen, Kleingewerbetreibende aber auch höhere Beamtinnen und Angestellte sowie Selbstständige mit 6,7 bzw. 6,1 Prozent die geringsten Frühgeburtenraten. Hingegen haben Frauen zwischen 26 und 30 Jahren, die un-, angelernte Arbeiterinnen bzw. angelernte Aushilfskräfte sind, mit 7,0 Prozent die geringste Frühgeburtenrate ihrer Berufsgruppe. Mit 11,7 Prozent ist die Frühgeburtenrate dieser Berufsgruppe in der Altersgruppe der 41-45-Jährigen am höchsten. Bei den höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen hat die Altersgruppe der 21-25 Jahre alten Schwangeren mit 8,2 Prozent die höchste Frühgeburtenrate. Facharbeiterinnen zwischen 41 und 45 Jahre haben in ihrer Berufsgruppe mit 8,9 Prozent die höchste Frühgeburtenrate. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass Frauen, die 46 Jahre und älter bei der Geburt waren, höhere Frühgeburtenraten hatten als andere Altersgruppen. Diese lagen zwischen 11,5 für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende und 17,9 Prozent für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige. Es muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei um sehr kleine Fallzahlen handelt. Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 109 Kinder geboren, deren Mütter 46 Jahre und älter waren und denen ein beruflicher Status zugeordnet werden konnte. Die Ergebnisse waren nur für Frauen der Altersgruppen zwischen 41 und 45 Jahren, 36 und 40 Jahren, 31 und 35 Jahren signifikant ( $p < 0.05$ ).



**Abbildung 45: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für lebende Einlingsgeburten nach Beruf und Altersgruppen der Schwangeren 2001-2008 in Niedersachsen**

Auch bei der Differenzierung nach Parität fiel auf ( $n = 451.537$ ), dass die Frühgeburtenrate sowohl bei Nullipara als auch bei Multipara mit zunehmendem sozioökonomischen Status der Schwangeren abnahm. Eine Ausnahme bilden die Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw.

im Studium befanden. Die Frühgeburtenrate für Nullipara lag bei 8,0 und für Multipara bei 6,3 Prozent für diese Frauen. Un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte hatten eine Frühgeburtenrate von 8,3 Prozent für Nullipara und 7,1 Prozent für Multipara. Nullipara, die Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen oder Kleingewerbetreibende waren, hatten eine Frühgeburtenrate von 7,9 Prozent. Auch in dieser Berufsgruppe zeigte sich, dass Mehrgebärende mit 5,6 Prozent eine geringere Frühgeburtenrate als Erstgebärende hatten. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige. Multipara hatten eine Frühgeburtenrate von 5,1 und Nullipara von 7,5 Prozent. Die Ergebnisse waren mit  $p < 0.05$  signifikant.

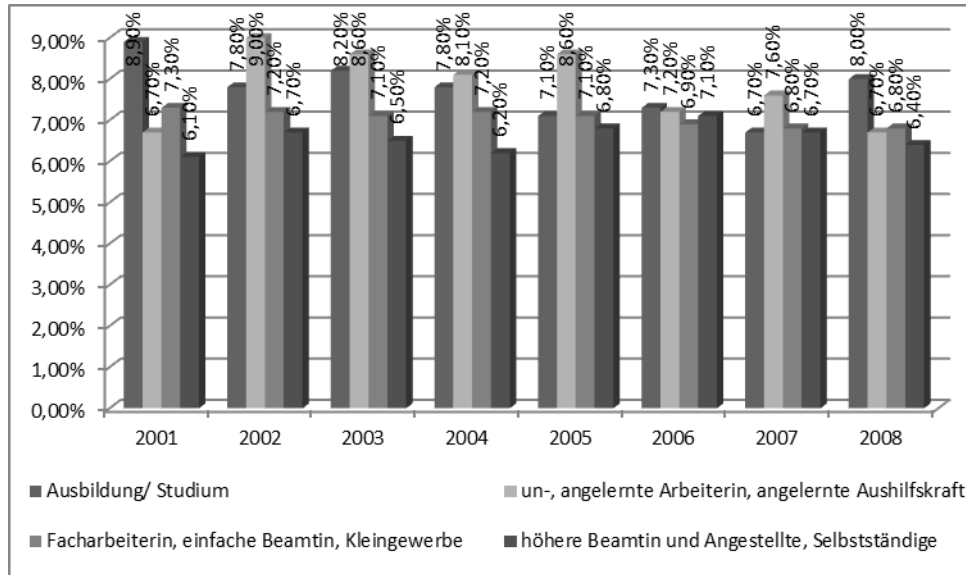


**Abbildung 46: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für lebende Einlingsgeburten nach Beruf und Parität der Schwangeren 2001-2008 in Niedersachsen**

Bei der Differenzierung der Frühgeburtenrate nach der beruflichen Stellung der Schwangeren und dem Geburtsjahr des Kindes ( $n = 451.553$ ) konnte festgestellt werden, dass die Frühgeburtenrate von höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen in den Jahren 2001 und 2008 zwischen 6,1 und 7,1 Prozent lag und somit im Vergleich zu den anderen beruflichen Stellungen, bis auf das Jahr 2006, am geringsten war. 2006 hatten Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende mit 6,9 Prozent die geringste Frühgeburtenrate in Niedersachsen. In den übrigen Jahren bewegte sich die Frühgeburtenrate zwischen 6,8 und 7,3 Prozent. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag die Frühgeburtenrate im Untersuchungszeitraum zwischen 6,7 und 9,0 Prozent. Bis auf die Jahre 2001 und 2008 hatten diese Frauen eine höhere Frühgeburtenrate als Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende. Frauen, die sich in einer Ausbildung befanden bzw. studierten, hatten eine Frühgeburtenrate von 6,7 Prozent im Jahr 2007 und 8,9 Prozent im Jahr 2001. In Bezug auf un-, angelernte Arbeiterinnen und



Aushilfskräfte konnte größtenteils im Jahresvergleich die höchste Frühgeburtenrate festgestellt werden. Die Ergebnisse waren bis auf die Jahre 2005, 2006 und 2008 signifikant ( $p < 0.05$ ).



**Abbildung 47: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für lebende Einlingsgeburten nach Beruf und Geburtsjahr des Kindes 2001-2008 in Niedersachsen**

Bei der Unterscheidung der Frühgeborenen nach Schwangerschaftswochen ( $n = 451.553$ ) zeigten sich ähnliche Unterschiede bei der Frühgeburtenrate in Bezug auf die Tätigkeit während der Schwangerschaft. So hatten 0,3 Prozent der Schwangeren, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden wie auch un-, angeleitete Arbeiterinnen und angeleitete Aushilfskräfte eine Geburt eines extrem frühen Frühgeborenen. Hingegen waren es bei den Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen, Kleingewerbetreibenden sowie höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen 0,2 Prozent. Diese Frauen hatten jeweils mit 0,5 Prozent einen gleichen Anteil an sehr frühen Frühgeborenen. Der Anteil dieser Kinder lag bei Frauen in Ausbildung bzw. im Studium bei 0,7 Prozent und für ungelernete, angeleitete Arbeiterinnen und Aushilfskräfte bei 0,6 Prozent. Die deutlichsten Unterschiede bezüglich der Frühgeburtenrate zeigten sich bei Frühgeborenen, die zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden. 6,8 Prozent der Frauen in einer Ausbildung bzw. im Studium hatten eine Frühgeburt. Bei ungelernen, angeleiteten Arbeiterinnen bzw. Aushilfskräften lag der Anteil bei 6,9, bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden bei 6,3 Prozent und den geringsten Anteil hatten höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige mit 5,8 Prozent. Die Ergebnisse waren signifikant  $p < 0.001$ .

Für extrem frühe Frühgeborene ( $\leq 27 + 6$  Schwangerschaftswoche) fiel auf, dass die Frühgeburtenrate dieser Kinder bei höheren Beamtinnen und Angestellten sowie Selbstständigen in den Jahren 2001-2008 zwischen 0,1 und 0,3 Prozent lag. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende lag die Frühgeburtenrate zwischen 0,2 und 0,3 Prozent. Für Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, sowie für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte lag die Frühgeburtenrate von extrem frühen Frühgeborenen zwischen 0,1 und 0,4 bzw. 0,2 und 0,4 Prozent.

Die weitere Differenzierung nach dem Geburtsjahr des Kindes zeigte, dass bei der Analyse der sehr frühen Frühgeborenen ( $28 + 0 - 31 + 6$  Schwangerschaftswoche) für die Jahre 2001-2005 eine geringere bzw. eine gleich hohe Frühgeburtenrate für höhere Beamtinnen, Angestellte sowie Selbstständige im Vergleich zu un-, angelernten Arbeitskräften und Aushilfskräften festgestellt werden konnte. Lediglich Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, hatten im Jahr 2005 und 2006 eine geringere Frühgeburtenrate als höhere Beamtinnen und Angestellte und Selbstständige. In den Jahren 2007 und 2008 hatten Frauen in einer Ausbildung bzw. im Studium mit je 1 Prozent die höchsten Frühgeburtenraten. In den Jahren 2006 und 2008 hatten höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige höhere Frühgeburtenraten als Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende. Insgesamt ist in der Altersgruppe der sehr frühen Frühgeborenen kein eindeutiger Trend festzustellen, der die Frühgeburtenrate in Bezug zur beruflichen Tätigkeit der Schwangeren setzen könnte. Höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige hatten im Untersuchungszeitraum 2001-2008 eine geringere Frühgeburtenrate für Frühgeborene, die in der  $32 + 0$  bis  $36 + 6$  Schwangerschaftswoche geboren wurden. Allein in den Jahren 2006 und 2007 war die Frühgeburtenrate für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen sowie Kleingewerbetreibende bzw. Frauen, die sich in der Ausbildung oder im Studium befanden, geringer. Die un-, angelernten Arbeiterinnen und Arbeitskräfte hatten bis auf die Jahre 2001 und 2008 eine geringere Frühgeburtenrate gegenüber den Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden. Der Chi-Quadrat-Test war bis auf die Jahre 2005, 2006 und 2008 signifikant ( $p < 0.05$ ).

Die Studie beschäftigte sich auch mit der Schwangerschaftsvorsorge, daher werden im folgenden Abschnitt Ergebnisse zur Frühgeburtenrate in Bezug zum sozioökonomischen Status der Schwangeren und zur Vorsorge während der Schwangerschaft bis zur  $40 + 0$  Schwangerschaftswoche dargestellt ( $n = 403.563$ ). Da die Ergebnisse für eine Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung unter dem Standard sowie einer und zwei

Untersuchungen über dem Standard nicht signifikant waren, werden dazu im Weiteren keine Angaben gemacht. Wenn eine Erstversorgung der Schwangeren nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche erfolgte, lag die Frühgeburtenrate für Schwangere, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden, bei 8,3 Prozent. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte betrug die Frühgeburtenrate 9,0 Prozent. Signifikant geringere Frühgeburtenraten hatten Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende mit 8,1 und höhere Beamtinnen, Angestellte sowie Selbstständige mit 6,8 Prozent. Bei mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard der Schwangerschaftsvorsorge lagen die Frühgeburtenraten für Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, bei 5,7, für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte bei 6,0, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 8,0 und für höhere Beamtinnen und Angestellte sowie Selbstständige bei 6,3 Prozent. Für zwei Untersuchungen unter dem Standard der Schwangerschaftsvorsorge gemäß den Mutterschaftsrichtlinien war erkennbar, dass mit zunehmendem sozioökonomischen Status die Frühgeburtenrate abnahm. So hatten 10,1 Prozent der Schwangeren, die in einer Ausbildung oder im Studium waren, eine Frühgeburt. Für un- und angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte betrug die Frühgeburtenrate 9,4, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende 8,0 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige 7,2 Prozent. Ähnliche Ergebnisse konnten auch für eine Schwangerschaftsvorsorge, die dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien entsprach, nachgewiesen werden. 9,3 Prozent der Frauen in einer Ausbildung oder im Studium hatten eine Frühgeburt. Bei Schwangeren, die einer un- oder angelernten Arbeit bzw. Aushilfstätigkeit während der Schwangerschaft nachgegangen sind, waren es 10,4 Prozent. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende betrug die Frühgeburtenrate 9,1 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige 8,3 Prozent. Schwangere, die während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium waren, hatten eine Frühgeburtenrate von 8,2 Prozent, wenn sie mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien hatten. Für un- und angelernte Arbeiterinnen oder Aushilfskräfte betrug die Frühgeburtenrate 8,4, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen oder Kleingewerbetreibende 8,2 und für höhere Beamtinnen und Angestellte sowie Selbstständige 7,5 Prozent. Auch bei einer Schwangerschaftsvorsorge, die mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard lag, zeigte sich, dass die Frühgeburtenrate mit steigendem sozioökonomischen Status absinkt.

Es konnte nicht eindeutig gezeigt werden, dass eine Untersuchung über dem Standard einen positiven Einfluss auf die Frühgeburtenrate hat. So lag bspw. die Frühgeburtenrate bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen mit mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard bei 6,3 Prozent hingegen betrug die Frühgeburtenrate bei mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard 7,5 Prozent. Schwangere, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, hatten eine Frühgeburtenrate von 10,1 Prozent bei einer Betreuung von zwei Untersuchungen unter dem Standard. Bei mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard lag die Frühgeburtenrate allerdings nur bei 8,2 Prozent.

Im Folgenden werden logistische Regressionsanalysen zur Berechnung des Frühgeburtsrisikos in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Schwangeren aufgezeigt. In die multivariate Analyse wurden 451.553 Fälle einbezogen. Risikofaktoren wurden als Kontrollvariablen zur Berechnung des Frühgeburtsrisikos in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Schwangeren einbezogen. Dazu gehörten: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere jünger als 18 Jahre und älter als 35 Jahre, Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft, Parität (Nullipara), Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie und Familienstand: alleinstehend. Bei der Adjustierung auf die Kontrollvariablen wurden 373.856 Fälle in die Analyse einbezogen. Es zeigte sich, dass nach Adjustierung auf die angegebenen Kontrollvariablen das Risiko einer Frühgeburtlichkeit zurückging.

Tätigkeit der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Höhere Beamtin + Angestellte, Selbstständige	1.0		1.0	
Ausbildung, Studium	1.191 (1.113 - 1.275)	< 0.001	1.030 (0.911 - 1.164)	n. s.
Un-, angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft	1.210 (1.135 - 1.290)	< 0.001	1.116 (1.039 - 1.198)	< 0.05
Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe	1.081 (1.040 - 1.124)	< 0.001	1.047 (1.002 - 1.094)	< 0.05

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität, Familienstand: alleinstehend und Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie

**Tabelle 2: Odds Ratios für das Frühgeburtsrisiko < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Beruf der Mutter in Niedersachsen 2001-2008**

Um den Einfluss einzelner sozialer Risikofaktoren auf das Frühgeburtsrisiko darzustellen, werden im Folgenden die Ergebnisse der einzelnen Adjustierung der Confounder dargestellt.

Bei der logistischen Regressionsanalyse der einzelnen Kontrollvariablen konnten keine

signifikanten Ergebnisse für Schwangere, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, nachgewiesen werden. Daher wird im Folgenden auch nicht weiter auf diese Schwangeren eingegangen.

Für Frauen, die als un-, angelernte Arbeiterinnen oder Aushilfskräfte tätig waren, lag das Frühgeburtsrisiko nach Adjustierung auf Zigarettenkonsum  $AOR = 1.124$  95 % CI 1.049 - 1.204,  $p < 0.05$ . Bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden konnte ein adjustiertes Frühgeburtsrisiko nach Einschluss der Kontrollvariable Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft von  $AOR = 1.046$ , 95 % CI 1.003 - 1.091,  $p > 0.05$  errechnet werden. Bei der Adjustierung auf die Kontrollvariable Schwangere  $< 18$  Jahre konnte für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte ein geringeres Frühgeburtsrisiko nach Adjustierung dieser Kontrollvariable nachgewiesen werden ( $AOR = 1.208$  95 % CI 1.133 - 1.288,  $p < 0.001$ ). Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende konnte kein unterschiedliches Frühgeburtsrisiko nach Adjustierung der Kontrollvariable Schwangere  $< 18$  Jahre im Vergleich zum Risiko ohne Adjustierung auf Kontrollvariablen nachgewiesen werden. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte erhöhte sich das Risiko nach Adjustierung der Kontrollvariable Schwangere  $> 35$  Jahre auf  $AOR = 1.229$  95 % CI 1.153 - 1.311,  $p < 0.001$  und für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende um 1,6 Prozent ( $AOR = 1.097$  95 % CI 1.055 - 1.141,  $p < 0.001$ ) im Vergleich zur Risikoberechnung ohne Adjustierung auf Kontrollvariablen. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte sank das Risiko für eine Frühgeburt  $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche nach Adjustierung der Kontrollvariable alleinstehend im Vergleich zur Risikoberechnung ohne diese Kontrollvariable ( $AOR = 1.178$  95 % CI 1.103 - 1.259,  $p < 0.001$ ). Ebenso konnte für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende ein vermindertes Risiko für Frühgeburtlichkeit nach Adjustierung dieser Kontrollvariable nachgewiesen werden ( $AOR = 1.072$  95 % CI 1.029 - 1.116,  $p < 0.05$ ).

Um weitere Confounder, die direkt auf die Einflussgröße einwirken können, auszuschließen, wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt, die insbesondere soziale und psychische Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit einbeziehen. Als Referenzgruppe wurden die höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen herangezogen. Confounder waren: Parität (Nullipara), Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangere unter 18 Jahre, Schwangere über 35 Jahre, Berufstätigkeit in der Schwangerschaft, alleinstehend, Geburtsrisiko Eklampsie/Gestose, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese,

Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft und Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft. 373.856 Fälle wurden in die Analyse einbezogen.

Tätigkeit der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Höhere Beamtin + Angestellte, Selbstständige	1.0		1.0	
Ausbildung, Studium	1.191 (1.113 - 1.275)	< 0.001	1.015 (0.898 - 1.148)	n. s.
Un-, angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft	1.210 (1.135 - 1.290)	< 0.001	1.111 (1.035 - 1.193)	< 0.05
Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe	1.081 (1.040 - 1.124)	< 0.001	1.049 (1.004 - 1.095)	< 0.05

\*Adjustierung auf: Parität (Nullipara), Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangere unter 18 Jahre, Schwangere über 35 Jahre, Berufstätigkeit in der Schwangerschaft, Familienstand: alleinstehend, Geburtsrisiko Eklampsie/Gestose, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft und Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft

**Tabelle 3: Odds Ratios für das Frühgeburtsrisiko < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Beruf der Mutter unter Einbeziehung von sozialen und psychischen Risikofaktoren in der Schwangerschaft in Niedersachsen 2001-2008**

Nach Adjustierung auf überwiegend soziale Risikofaktoren konnte für Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, ein höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit festgestellt werden als ohne Kontrollvariablen. Allerdings waren diese Ergebnisse nicht signifikant. Auch für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte konnte nach Adjustierung der sozialen und psychischen Risikofaktoren ein geringeres Frühgeburtsrisiko nachgewiesen werden. Lediglich für Frauen, die Facharbeiterinnen oder einfache Beamtinnen sind oder ein Kleingewerbe betreiben, konnte ein höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit nach Einschluss sozialer und psychischer Risikofaktoren gezeigt werden (AOR = 1.049, 95 % CI 1.004 - 1.095,  $p < 0.05$ ). Die Auswertung der einzelnen sozialen Schwangerschaftsrisiken familiäre Belastung, besondere psychische Belastung in der Anamnese, besondere soziale Belastung in der Anamnese, besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft und besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft für Frühgeburten < 37 + 0 Schwangerschaftswoche wird im Folgenden dargestellt. Beim Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung in der Schwangerschaft stieg das Schwangerschaftsrisiko für Frühgeburten < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte nach Adjustierung dieser Variablen im Vergleich zur Berechnung des

Frühgeburtsrisikos ohne Einbeziehung von Kontrollvariablen an (AOR = 1.212 95 % CI 1.136 - 1.292,  $p < 0.001$ ). Ebenso konnte ein Anstieg für die einfachen Beamtinnen, Facharbeiterinnen und Kleingewerbetreibende nachgewiesen werden (AOR = 1.082 95 % CI 1.041 - 1.125,  $p < 0.001$ ). Bei Adjustierung der Kontrollvariable besondere psychische Belastung in der Anamnese zeigte sich, dass sich die Chance einer Frühgeburt ( $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche) für einfache Beamtinnen, Facharbeiterinnen und Kleingewerbetreibende erhöhte (AOR = 1.082 95 % CI 1.040 - 1.125,  $p < 0.001$ ), wenn der Einfluss des Schwangerschaftsrisikos besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft ausgeschlossen wurde. Hingegen reduzierte sich das Frühgeburtsrisiko für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte (AOR = 1.204 95 % CI 1.129 - 1.284,  $p < 0.001$ ). Die Adjustierung der Kontrollvariable Schwangerschaftsrisiko soziale Belastung in der Anamnese konnte für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden kein unterschiedliches Risiko ermitteln. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte reduzierte sich das Risiko einer Frühgeburt ( $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche) (AOR = 1.205 95 % CI 1.130 - 1.285,  $p < 0.001$ ) im Vergleich zur nicht adjustierten logistischen Regressionsanalyse. Ebenso wie für die soziale Belastung in der Anamnese veränderte sich das Frühgeburtsrisiko ( $< 37 + 0$  Schwangerschaftswochen) für einfache Beamtinnen, Facharbeiterinnen und Kleingewerbetreibende nach Adjustierung der Kontrollvariablen besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft und besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft nicht. Ein Einfluss auf das Frühgeburtsrisiko zeigte sich allerdings für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte, wenn die Schwangerschaftsrisiken besondere psychische und soziale Belastung in der Schwangerschaft ausgeschlossen wurden. Das Frühgeburtsrisiko reduzierte sich auf AOR = 1.207 95 % CI 1.132 - 1.287,  $p < 0.001$ .

Bei der Berechnung des Frühgeburtsrisikos nach sozioökonomischem Status der Schwangeren konnten bei der Gruppe der extrem frühen Frühgeborenen  $\leq 27 + 6$  Schwangerschaftswoche, außer für un-, angelernte Arbeitskräfte und Aushilfskräfte, keine signifikanten Ergebnisse ermittelt werden. Für diese Schwangeren lag das Risiko einer Frühgeburt bei OR=1.536, 95 % CI 1.092 - 2.162,  $p < 0.05$ . Sie hatten somit ein 53,6 Prozent höheres Risiko für eine Frühgeburt im Vergleich zu höheren Beamtinnen, Angestellten sowie Selbstständigen. Für einfache Beamtinnen, Facharbeiterinnen und Kleingewerbetreibende lag das Risiko für eine Frühgeburt im Vergleich zur Referenzgruppe um 23,7 Prozent höher. Dieses Ergebnis war allerdings nicht signifikant. Bei Adjustierung der Kontrollvariable Schwangere jünger als 18 Jahre reduzierte sich das Risiko für eine Frühgeburt von extrem

frühen Frühgeborenen, deren Mutter als un-, angelernte Arbeiterin und Aushilfskraft tätig war, (AOR = 1.533 95 % CI 1.089 - 2.157,  $p < 0.05$ ) geringfügig. Ebenso zeigte sich für die Adjustierung der Kontrollvariablen Schwangerschaftsrisiko besondere psychische oder soziale Belastung in der Anamnese ein geringeres Frühgeburtsrisiko in dieser Berufsgruppe (AOR = 1.520 95 % CI 1.080 - 2.139,  $p < 0.05$  bzw. AOR = 1.523 95 % CI 1.082 - 2.143,  $p < 0.05$ ). Außerdem konnte gezeigt werden, dass die Schwangerschaftsrisiken besondere psychische oder soziale Belastung in der Schwangerschaft sich auf das Frühgeburtsrisiko für extrem frühe Frühgeborene auswirken. Das Risiko bei Adjustierung der Kontrollvariable besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft reduzierte das Frühgeburtsrisiko für Schwangere, die während der Schwangerschaft als un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte tätig waren, auf AOR = 1.523 95 % CI 1.082 - 2.143,  $p < 0.05$ . Ein ähnliches Ergebnis konnte für das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft nachgewiesen werden (AOR = 1.525 95 % CI 1.084 - 2.146,  $p < 0.05$ ). Für extrem frühe Frühgeborene konnten keine signifikanten Ergebnisse bei der einzelnen Adjustierung der Kontrollvariablen Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, alleinstehend, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere älter als 35 Jahre nachgewiesen werden.

Auch bei der Analyse der sehr frühen Frühgeborenen (28 + 0 - 31 + 6 Schwangerschaftswoche) zeigten sich bezüglich des sozioökonomischen Status keine signifikanten Unterschiede für das Frühgeburtsrisiko. Lediglich für Hausfrauen, für die allerdings keine Aussagen zum sozioökonomischen Status gemacht werden können, konnte ein signifikant ( $p < 0.05$ ) höheres Risiko von 1.180 errechnet werden. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende ergab sich ein geringeres Risiko von 0.999 für eine Frühgeburtlichkeit gegenüber höheren Beamtinnen, Angestellten sowie Selbstständigen. Allerdings war dies Ergebnis, wie schon erwähnt, nicht signifikant. Die Adjustierung auf einzelne Kontrollvariablen zeigte keine signifikanten Veränderungen innerhalb der Berufsgruppen bezüglich des Frühgeburtsrisikos von sehr frühen Frühgeborenen. Bei der Analyse der einzelnen Kontrollvariablen konnten für sehr frühe Frühgeborene keine sozialen Risikofaktoren ermittelt werden, die sich signifikant auf das Frühgeburtsrisiko auswirkten.

Genauere Unterschiede bezüglich des Frühgeburtsrisikos liefern die Frühgeborenen, die zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden.



Tätigkeit der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Höhere Beamtin + Angestellte, Selbstständige	1.0		1.0	
Ausbildung, Studium	1.176 (1.094 - 1.264)	< 0.001	1.029 (0.904 - 1.171)	n. s.
Un-, angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft	1.198 (1.118 - 1.281)	< 0.001	1.113 (1.032 - 1.200)	< 0.05
Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe	1.083 (1.039 - 1.129)	< 0.001	1.053 (1.006 - 1.103)	< 0.05

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität, Familienstand: alleinstehend und Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie

**Tabelle 4: Odds Ratios für das Frühgeburtsrisiko (32 + 0 bis 36 + 6 Schwangerschaftswoche) nach Beruf der Mutter in Niedersachsen 2001-2008**

Es zeigte sich, dass das Risiko einer Frühgeburt mit abnehmendem sozioökonomischen Status in Niedersachsen bei Frühgeburten zwischen der 32 + 0 und der 36 + 6 Schwangerschaftswoche zunahm. Nach Adjustierung auf Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere jünger als 18 bzw. älter als 35 Jahre, Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft, Parität (Nullipara) sowie Familienstand alleinstehend und Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie konnte ebenso ein höheres Risiko für Frauen mit niedrigerem sozioökonomischen Status gegenüber höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen nachgewiesen werden. Allerdings fällt auf, dass, wie bei der Auswertung der Kreuztabellen, Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden konnten. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag das Risiko einer Frühgeburt um 11,3 und für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende um 5,3 Prozent höher im Vergleich zur Referenzgruppe der höheren Beamtinnen, Angestellten sowie Selbstständigen. Die Adjustierung auf einzelne soziale Kontrollvariablen ergab folgende Ergebnisse. Frühgeburten, die zwischen der 32 + 0 und der 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden, hatten ein geringeres Frühgeburtsrisiko, wenn die Kontrollvariable Zigarettenkonsum ausgeschlossen wurde. Dies bezog sich allerdings nur auf die Berufsgruppen der un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte sowie für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende. Nach Adjustierung der Kontrollvariable Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft reduzierte sich das Frühgeburtsrisiko auf AOR = 1.113 95 % CI 1.034 - 1.197,  $p < 0.05$  für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte sowie auf AOR = 1.050 95 % CI 1.004 - 1.097,  $p < 0.05$  für Facharbeiterinnen, einfache

Beamtinnen und Kleingewerbetreibende. Die Adjustierung der Kontrollvariable Schwangerschaftsrisiko: Schwangere jünger als 18 Jahre verminderte ausschließlich das Risiko für eine Frühgeburt zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte (AOR = 1.195 95 % CI 1.116 - 1.279,  $p < 0.001$ ). Hingegen blieb das Frühgeburtsrisiko für einfache Beamtinnen, Facharbeiterinnen sowie Kleingewerbetreibende konstant. Im Gegensatz dazu erhöhte sich das Frühgeburtsrisiko beim Einschluss der Kontrollvariable Schwangerschaftsrisiko: Schwangere älter als 35 Jahre sowohl für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte als auch für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende. Das adjustierte Frühgeburtsrisiko betrug für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende AOR = 1.212 95 % CI 1.113 - 1.298,  $p < 0.001$  und für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte AOR = 1.095 95 % CI 1.051 - 1.142,  $p < 0.001$ . Wenn Schwangere während der jetzigen Schwangerschaft alleinstehend waren, reduzierte sich das Frühgeburtsrisiko für Schwangerschaften, die zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche endeten, nach Adjustierung dieser Kontrollvariable sowohl für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte AOR = 1.077 95 % CI 1.032 - 1.124,  $p < 0.05$  und für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende AOR = 1.171 95 % CI 1.092 - 1.256,  $p < 0.001$ . Der Einschluss der Kontrollvariable Schwangerschaftsrisiko: familiäre Belastung zeigte ein geringeres Frühgeburtsrisiko für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte als auch für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende. Die Chance einer Frühgeburt für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte erhöhte sich auf AOR = 1.199 95 % CI 1.120 - 1.283,  $p < 0.001$  und für einfache Beamtinnen, Kleingewerbetreibende und Facharbeiterinnen auf AOR = 1.084 95 % CI 1.040 - 1.129,  $p < 0.001$ . Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte konnte nach Adjustierung der Kontrollvariable Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese eine Reduzierung des Frühgeburtsrisikos nachgewiesen werden (AOR = 1.192 95 % CI 1.113 - 1.276,  $p < 0.001$ ) im Vergleich zur Risikoberechnung ohne die Adjustierung von Kontrollvariablen. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende konnte kein Unterschied gezeigt werden. Dies gilt auch für die Schwangerschaftsrisiken besondere soziale Belastung in der Anamnese, besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft und besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft. Wiederum konnte nach Adjustierung der Kontrollvariable soziale Belastung in Anamnese ein geringeres Frühgeburtsrisiko für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte ermittelt werden (AOR = 1.193 95 % CI 1.114 - 1.277,  $p < 0.001$ ). Ebenso konnte für das Schwangerschaftsrisiko besondere psychische

Belastung in der Schwangerschaft für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte nach Adjustierung dieser Kontrollvariable ein geringeres Frühgeburtsrisiko (AOR = 1.194 95 % CI 1.116 - 1.278,  $p < 0.001$ ) festgestellt werden. Ein ähnliches Ergebnis konnte für das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft nachgewiesen werden (AOR = 1.194 95 % CI 1.115 - 1.278,  $p < 0.001$ ).

Auch bei der weiteren Adjustierung auf soziale und psychische Risikofaktoren während der Schwangerschaft konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko einer Frühgeburt mit abnehmendem sozioökonomischen Status zunimmt. Allerdings konnte dies wiederum nicht für Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, nachgewiesen werden.

Tätigkeit der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Höhere Beamtin + Angestellte, Selbstständige	1.0		1.0	
Ausbildung, Studium	1.176 (1.094 - 1.264)	< 0.001	1.016 (0.892 - 1.156)	n. s.
Un-, angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft	1.198 (1.118 - 1.281)	< 0.001	1.109 (1.028 - 1.196)	< 0.05
Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe	1.083 (1.039 - 1.129)	< 0.001	1.055 (1.007 - 1.105)	< 0.05

\*Adjustierung auf: Parität (Nullipara), Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangere unter 18 Jahre, Schwangere über 35 Jahre, Berufstätigkeit in der Schwangerschaft, Familienstand: alleinstehend, Geburtsrisiko Eklampsie/Gestose, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft und Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft

**Tabelle 5: Odds Ratios für das Frühgeburtsrisiko (32 + 0 bis 36 + 6 Schwangerschaftswoche) nach Beruf der Mutter unter Einbeziehung von sozialen und psychischen Risikofaktoren in der Schwangerschaft in Niedersachsen 2001-2008**

Durch Einschluss der sozialen und psychischen Confounder konnte das Risiko für Frühgeburlichkeit nach Beruf der Mutter zum Teil gesenkt werden. Dennoch lag das Risiko einer Frühgeburt für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte um 10,9 Prozent und für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende um 5,5 Prozent höher als das der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen.

## 11 Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit und der Herkunftsregion der Schwangeren

Zwischen 2001 und 2008 lag die Frühgeburtenrate ( $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche) insgesamt für Schwangere mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland und lebenden Einlingsgeburten bei 6,7 Prozent. In die Analyse wurden  $n = 497.743$  Fälle einbezogen. Für Frauen aus Deutschland betrug die Frühgeburtenrate 7,5 Prozent und war damit signifikant höher. Für extrem frühe Frühgeborene, die bis zur  $27 + 6$  Schwangerschaftswoche geboren wurden, betrug die Frühgeburtenrate sowohl für Frauen aus Deutschland als auch für Frauen mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland 0,3 Prozent. Das bedeutet, dass keine Unterschiede zwischen den Herkunftsregionen der Schwangeren ausgemacht werden konnten. Auch für sehr frühe Frühgeborene, die zwischen der  $28 + 0$  und  $31 + 6$  Schwangerschaftswoche zur Welt kamen, lag die Frühgeburtenrate für Frauen aus Deutschland bei 0,6 Prozent und dies entsprach auch der Frühgeburtenrate von Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland. Bei der Differenzierung von Frühgeborenen, die zwischen der  $32 + 0$  und der  $36 + 6$  Schwangerschaftswoche geboren wurden, konnten signifikante Unterschiede ( $p < 0.001$ ) zwischen Frauen aus Deutschland mit 6,6 Prozent und Frauen aus einem anderen Herkunftsland mit 5,8 Prozent nachgewiesen werden.

In der nachfolgenden Abbildung wird die Frühgeburtenrate differenziert nach Schwangerschaftswoche, Herkunftsregion der Mutter und Geburtsjahr des Kindes differenziert. Bei extrem frühen und sehr frühen Frühgeborenen zeigten sich keine großen Unterschiede zwischen Schwangeren einer anderen Herkunftsregion und Schwangeren, die aus Deutschland stammten. Zwischen 2001 und 2008 lag die Frühgeburtenrate für extrem frühe Frühgeborene von Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland zwischen 0,3 und 0,4 Prozent. Im gleichen Zeitraum lag die Rate für Schwangere aus Deutschland zwischen 0,2 und 0,3 Prozent. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass die Frühgeburtenrate von extrem frühen Frühgeborenen für Schwangere mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland zwischen 2001 und 2008 entweder genauso hoch war, wie die der deutschen Schwangeren oder um 0,1 Prozentpunkt höher war. Die Frühgeburtenrate von sehr frühen Frühgeborenen lag für Schwangere aus Deutschland zwischen 0,6 und 0,7 Prozent. Für Schwangere mit einer anderen Herkunftsregion als Deutschland betrug die Frühgeburtenrate zwischen 0,5 und 0,7 Prozent für sehr frühe Frühgeborene. Zwischen 2001 und 2008 entsprach die Frühgeburtenrate von extrem frühen Frühgeborenen für Schwangere

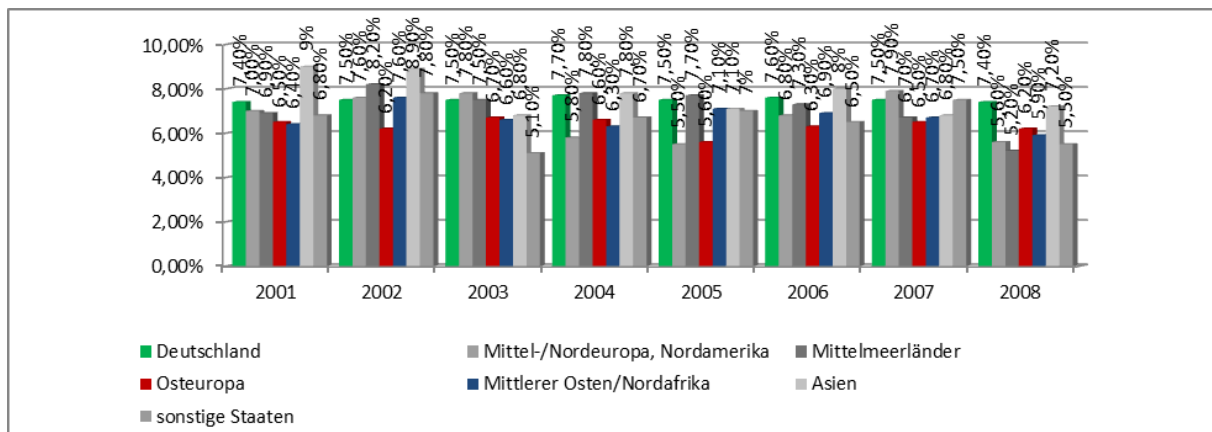
mit einer anderen Herkunftsregion als Deutschland der Frühgeburtenrate der Schwangeren aus Deutschland. In den Jahren 2001 und 2005 war die Frühgeburtenrate um 0,1 Prozentpunkt geringer als die der deutschen Schwangeren mit 0,6 bzw. 0,7 Prozent. Im Jahr 2003 hingegen 0,1 Prozentpunkt höher. Signifikante Unterschiede zeigten sich wiederum bei Frühgeborenen, die zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden. Insbesondere im Jahr 2008 betrug der Unterschied zwischen einem anderen Herkunftsland als Deutschland und Deutschland 1,5 Prozentpunkte, das bedeutet, dass die Frühgeburtenrate von Schwangeren bei lebenden Einlingsgeburten zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche im Untersuchungszeitraum der Jahre 2001-2008 zum Teil deutlich unter der Frühgeburtenrate der Schwangeren aus Deutschland lag.

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>&lt;= 27 + 6 SSW : extrem frühes Frühgeborenes</b>	<b>andere Herkunftsregion</b>	0,30%	0,40%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,40%
	<b>Deutschland</b>	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,20%	0,30%	0,30%	0,20%
<b>28 + 0 SSW - 31 + 6 SSW: sehr frühes Frühgeborenes</b>	<b>andere Herkunftsregion</b>	0,50%	0,60%	0,70%	0,60%	0,60%	0,60%	0,70%	0,60%
	<b>Deutschland</b>	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%	0,70%	0,60%	0,70%	0,60%
<b>32 + 0 SSW - 36+ 6 SSW: Frühgeborenes</b>	<b>andere Herkunftsregion</b>	6,00%	6,30%	5,70%	5,80%	5,70%	5,90%	5,80%	5,00%
	<b>Deutschland</b>	6,60%	6,60%	6,60%	6,80%	6,60%	6,70%	6,50%	6,50%

**Tabelle 6: Frühgeburtenrate differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen der Schwangeren (lebende Einlingsgeburten) 2001-2008 in Niedersachsen**

Insgesamt konnte daher festgestellt werden, dass die größten Unterschiede für die Frühgeburtenrate von Frühgeborenen zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche nachgewiesen werden konnten.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Frühgeburtenrate von lebenden Einlingsgeburten zwischen 2001 und 2008 nach der Herkunftsregion der Schwangeren.



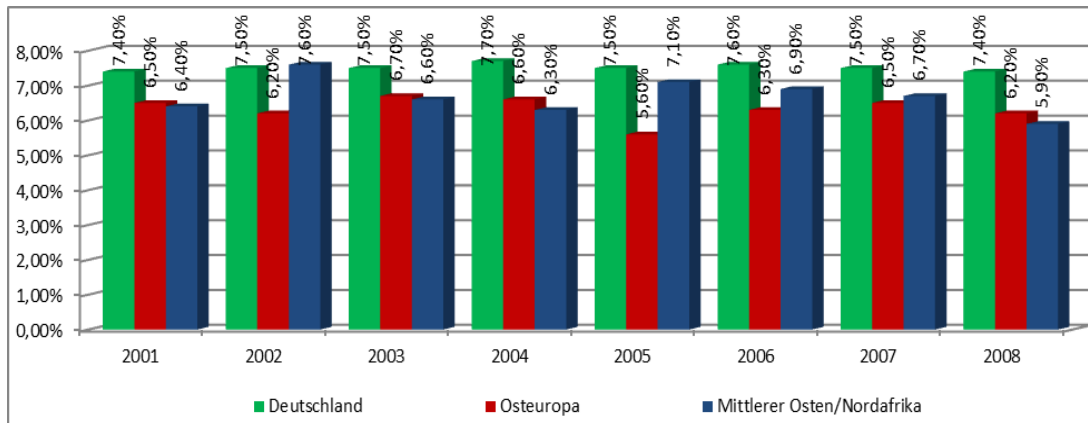
**Abbildung 48: Frühgeburtenrate von lebenden Einlingsgeburten (< 37 + 0 Schwangerschaftswoche) nach Herkunftsregion der Schwangeren in Niedersachsen 2001 - 2008**

Zwischen 2001 und 2008 betrug die Frühgeburtenrate (< 37 + 0 Schwangerschaftswoche) für Schwangere mit dem Herkunftsland Deutschland für lebende Einlingsgeburten zwischen 7,4 Prozent in den Jahren 2001 und 2008 und 7,7 Prozent im Jahr 2004. Schwangere aus der Herkunftsregion "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" hatten eine Frühgeburtenrate, die zwischen 5,5 im Jahr 2005 und 7,9 Prozent im Jahr 2007 lag. Die Frühgeburtenrate für Schwangere aus den Mittelmeerländern betrug im Untersuchungszeitraum zwischen 5,2 Prozent im Jahr 2008 und 8,2 Prozent im Jahr 2002. Für Schwangere aus "Asien" konnte im Jahr 2001 die höchste Frühgeburtenrate mit 9 Prozent nachgewiesen werden. Im Jahr 2003 und 2007 lag die geringste Frühgeburtenrate nach der Herkunftsregion "Asien" bei 6,7 Prozent. Schwangere aus "sonstigen Staaten" hatten im Jahr 2003 mit 5,1 Prozent die geringste Frühgeburtenrate und im Jahr 2002 mit 7,8 Prozent die höchste Frühgeburtenrate innerhalb der Herkunftsregion "sonstigen Staaten". Für die Fokusgruppen der Studie aus den Herkunftsregionen "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika", die die größten Anteile von Schwangeren mit einer anderen Herkunftsregion als Deutschland hatten, konnte größtenteils eine signifikant geringere Frühgeburtenrate oder eine gleich hohe im Vergleich zu den Schwangeren mit dem Herkunftsland Deutschland nachgewiesen werden. Die höchste Frühgeburtenrate für Osteuropäerinnen betrug im Jahr 2003 6,7 Prozent. Die niedrigste Frühgeburtenrate im Untersuchungszeitraum für Osteuropäerinnen lag im Jahr 2005 bei 5,6 Prozent. Für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug die Frühgeburtenrate im Jahr 2008 5,9 und im Jahr 2002 7,6 Prozent.

Im Weiteren liegt der Fokus auf den Schwangeren aus den Herkunftsregionen "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika".

7,5 Prozent der deutschen Frauen hatten zwischen 2001 und 2008 eine Frühgeburt. Bei Betrachtung der Herkunftsregionen "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" fiel auf,

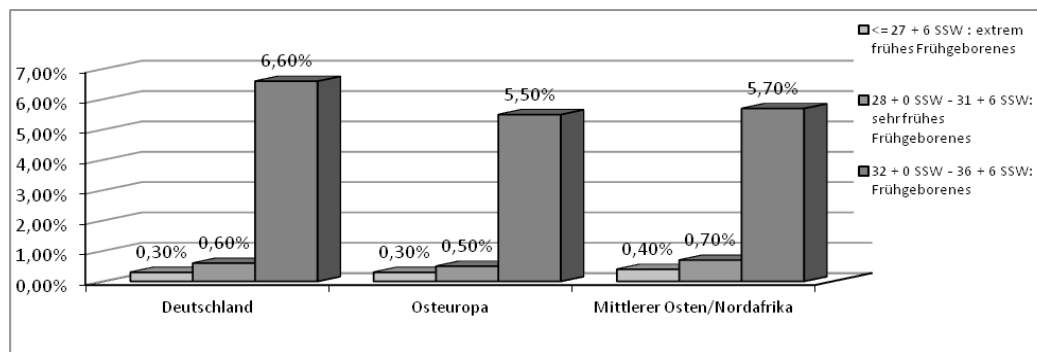
dass die Frühgeburtenraten mit 6,3 bzw. 6,7 Prozent signifikant ( $p < 0.001$ ) geringer waren als für deutsche Frauen.



**Abbildung 49: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" (lebende Einlingsgeburten) 2001-2008 in Niedersachsen**

Für Schwangere mit der Herkunftsregion "Osteuropa" betrug die niedrigste Frühgeburtenrate im Jahr 2005 5,6 Prozent. Die höchste Frühgeburtenrate für Osteuropäerinnen betrug im Jahr 2003 6,7 Prozent. Im Jahr 2008 hatten Frauen aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" mit 5,9 Prozent die geringste Frühgeburtenrate im Jahresvergleich innerhalb der Herkunftsregion. Die höchste Rate betrug im Jahr 2002 7,6 Prozent und lag somit auch höher als die Frühgeburtenrate der deutschen Schwangeren mit 7,5 Prozent. In den übrigen Jahren hatten Schwangere aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" signifikant geringere Frühgeburtenraten als Schwangere mit der Herkunftsregion Deutschland.

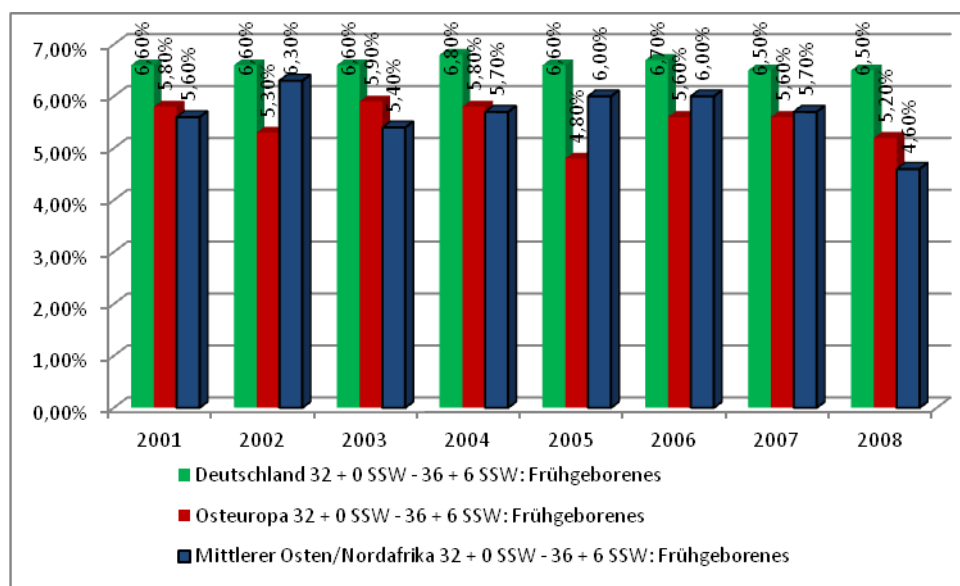
In der unten angegebenen Abbildung werden die Frühgeburtenraten des Herkunftslandes Deutschland und der Herkunftsregionen "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" gesondert dargestellt, um einen besseren Vergleich anstellen zu können.



**Abbildung 50: Frühgeburtenrate (lebende Einlingsgeburten) differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" in Niedersachsen 2001-2008**

Insgesamt betrug die Frühgeburtenrate für Schwangere aus Deutschland und "Osteuropa" für extrem frühe Frühgeborene 0,3 Prozent. Die Frühgeburtenrate für extrem frühe Frühgeborene aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" betrug 0,4 Prozent. Schwangere aus Deutschland hatten eine Frühgeburtenrate von 0,6 Prozent für sehr frühe Frühgeborene. Die Rate für Osteuropäerinnen lag 0,1 Prozentpunkt darunter und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" um 0,1 Prozentpunkt höher und somit bei 0,7 Prozent. Für Frühgeborene, die zwischen der 32 + 0 und der 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden, lag die Frühgeburtenrate für Schwangere aus "Osteuropa" bei 5,5 Prozent, für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 5,7 und für Schwangere aus Deutschland bei 6,6 Prozent und somit signifikant höher ( $p < 0.001$ ).

Um die Frühgeburtenraten zwischen Schwangeren aus Deutschland und den Fokusregionen "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" genauer zu betrachten, wird im Folgenden zwischen Frühgeborenen (32 + 0 bis 36 + 6 Schwangerschaftswoche), sehr frühen Frühgeborenen (28 + 0 und 31 + 6 Schwangerschaftswoche) und extrem frühen Frühgeborenen ( $\leq 27 + 6$  Schwangerschaftswoche) sowie dem Geburtsjahr des Kindes differenziert.



**Abbildung 51: Frühgeburtenrate 32 + 0 bis 36 + 6 Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Geburtsjahr des Kindes in Niedersachsen 2001-2008**

Für Frühgeburten, die im Untersuchungszeitraum 2001 bis 2008 mit einem Gestationsalter 32 + 0 bis 36 + 0 geboren wurden, zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Schwangeren aus Deutschland und den Herkunftsregionen "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika". Insgesamt lag die Frühgeburtenrate für die Herkunftsregionen



"Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" signifikant unter der der Schwangeren aus Deutschland. Osteuropäerinnen hatten mit 4,8 Prozent innerhalb der Herkunftsregion der Schwangeren im Jahr 2005 die geringste Frühgeburtenrate. Die höchste Frühgeburtenrate betrug im Jahr 2003 5,9 Prozent. Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" war die geringste Frühgeburtenrate im Jahr 2008 mit 4,6 Prozent zu verzeichnen. Diese war insgesamt auch die geringste Frühgeburtenrate im Vergleich der drei Herkunftsregionen. Im Jahr 2002 lag die Frühgeburtenrate von Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 6,3 Prozent innerhalb der Herkunftsregion am niedrigsten. Sowohl für Schwangere aus "Osteuropa" als auch für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ließ sich im Untersuchungszeitraum kein eindeutiger Trend einer Zu- oder Abnahme der Frühgeburtenrate erkennen. Beim Vergleich der Jahre 2001 und 2008 ist allerdings ein eindeutiger Rückgang der Frühgeburtenrate innerhalb der Herkunftsregionen erkennbar. Dazwischen schwanken die Werte allerdings. Auch für Schwangere aus Deutschland ist beim Vergleich des Anfangs- und Endjahres ein Rückgang der Frühgeburtenrate zu verzeichnen. 2001 betrug die Frühgeburtenrate für Frühgeborene zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche 6,6 Prozent. Im Jahr 2008 lag die Frühgeburtenrate bei 6,5 Prozent. Auch im Vorjahr konnte eine Frühgeburtenrate von 6,5 Prozent nachgewiesen werden. Die höchste Frühgeburtenrate innerhalb der Herkunftsregion war im Jahr 2004 mit 6,8 Prozent nachzuweisen. Die Frühgeburtenrate verringerte sich ab 2004 pro Jahr um 0,1 Prozentpunkte bis auf 6,5 Prozent im Jahr 2007.

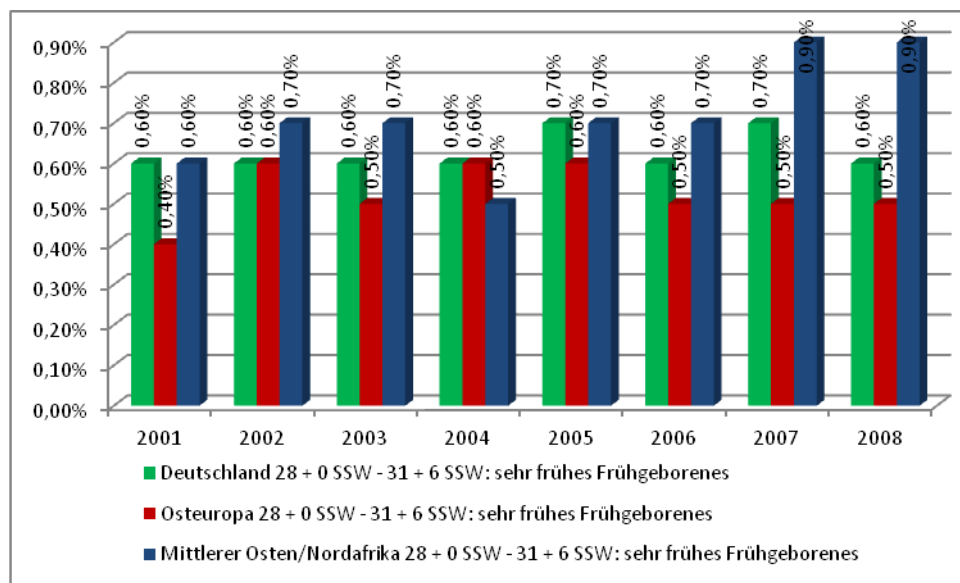
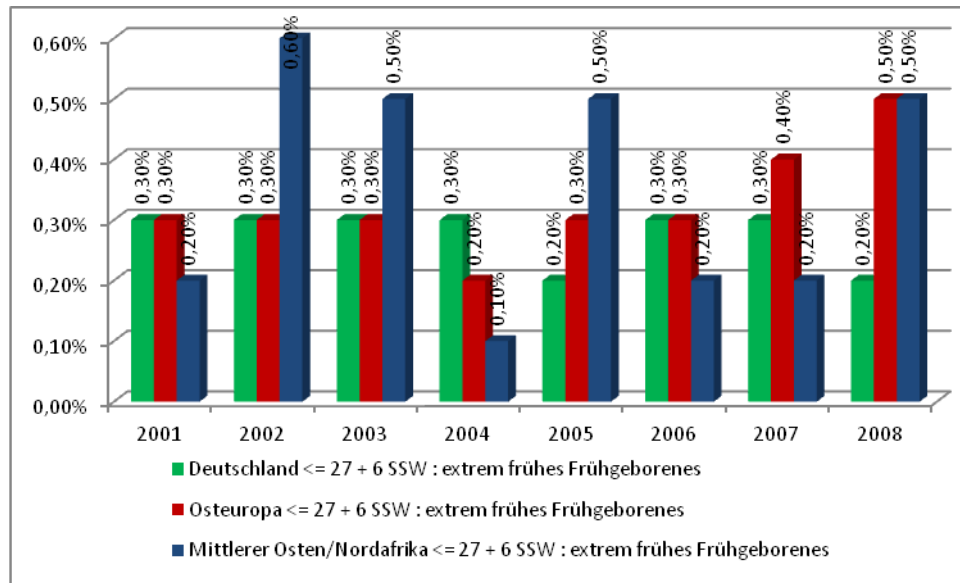


Abbildung 52: Frühgeburtenrate 28 + 0 bis 32 + 6 Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Geburtsjahr des Kindes in Niedersachsen 2001-2008

Beim Vergleich der Frühgeburtenrate von sehr frühen Frühgeborenen (28 + 0 bis 31 + 6 Schwangerschaftswoche) fiel auf, dass die Frühgeburtenrate bei Schwangeren aus Deutschland zwischen 2001 und 2008 zwischen 0,6 und 0,7 Prozent schwankte. Hingegen variierte die Frühgeburtenrate in dieser Altersgruppe für Schwangere aus "Osteuropa" zwischen 0,4 und 0,6 Prozent. Von 2006 bis 2008 lag die Frühgeburtenrate konstant bei 0,5 Prozent. Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" zeigten sich in den meisten Fällen signifikant höhere Frühgeburtenraten bei sehr frühen Frühgeborenen im Vergleich zu Osteuropäerinnen und Schwangeren aus Deutschland. Die Frühgeburtenrate lag zwischen 0,5 Prozent im Jahr 2004 und 0,9 Prozent in den Jahren 2007 und 2008. Im Vergleich zu den deutschen Schwangeren im Jahr 2008 lag die Frühgeburtenrate um 0,3 und im Vergleich zu Osteuropäerinnen um 0,4 Prozentpunkte höher.

Bei der Analyse der Frühgeburtenrate ( $\leq 27 + 6$  Schwangerschaftswoche) für lebende Einlingsgeburten der Jahre 2001 bis 2008 konnte gezeigt werden, dass die Frühgeburtenrate für Schwangere aus Deutschland zwischen 0,2 und 0,3 Prozent lag. Schwangere aus der Herkunftsregion "Osteuropa" hatten im Untersuchungszeitraum eine Frühgeburtenrate für extrem frühe Frühgeborene, die zwischen 0,2 Prozent im Jahr 2004 und 0,5 Prozent im Jahr 2008 lag. Im Vergleich zu deutschen Schwangeren im Jahr 2008 war die Frühgeburtenrate signifikant höher. Für Schwangere aus Deutschland betrug die Frühgeburtenrate 0,2 Prozent. Ab 2006 ist die Frühgeburtenrate für extrem frühe Frühgeborene bei den Osteuropäerinnen kontinuierlich von 0,3 auf 0,5 Prozent angestiegen. Für Schwangere aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" ist kein eindeutiger Trend erkennbar. Die Frühgeburtenrate für extrem frühe Frühgeborene lag zwischen 0,1 Prozent im Jahr 2004 und 0,6 Prozent im Jahr 2002.



**Abbildung 53: Frühgeburtenrate  $\leq 27 + 6$  Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) differenziert nach Schwangerschaftswoche und Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Geburtsjahr des Kindes in Niedersachsen 2001-2008**

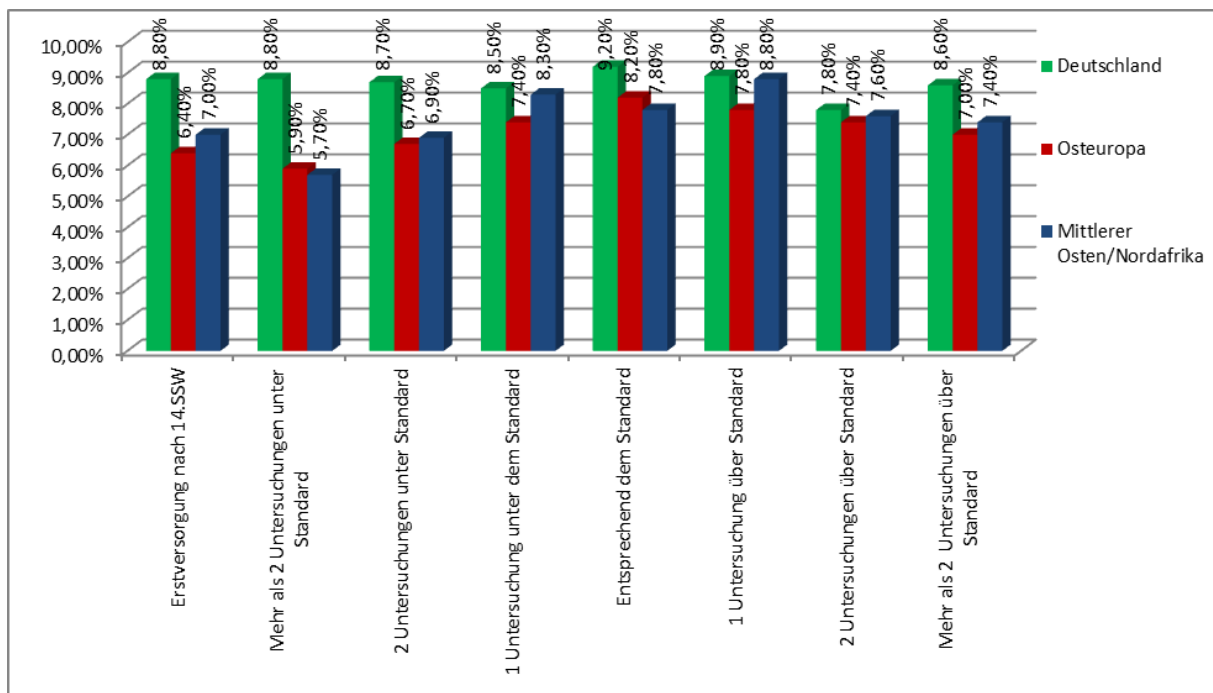
Bei der Analyse der Frühgeburtenrate unter Berücksichtigung des Familienstandes der Schwangeren in der jetzigen Schwangerschaft ( $n = 465.245$ ), zeigte sich, dass die Frühgeburtenrate bei lebenden Einlingsgeburten für Schwangere mit der Herkunftsregion Deutschland bei 7,2 Prozent lag, wenn die Schwangere nicht alleinstehend war. Für Frauen aus "Osteuropa" bleibt die Frühgeburtenrate bei 6,2 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 6,6 Prozent. Für Schwangere, die während der jetzigen Schwangerschaft alleinstehend waren, betrug die Frühgeburtenrate für Schwangere aus Deutschland 8,9, für Osteuropäerinnen 7,8 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 8,5 Prozent. Aufgrund der geringen Fallzahlen bei alleinstehenden Schwangeren innerhalb der Herkunftsregion waren die Ergebnisse allerdings nicht signifikant.

Die Analyse der Frühgeburt bezogen auf die Parität ( $n = 497.669$ ) konnte zeigen, dass bei den Nullipara die Frühgeburtenrate von Schwangeren aus Deutschland mit 8,3 Prozent signifikant über der Frühgeburtenrate von Osteuropäerinnen mit 6,4 und Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 7,6 Prozent lag. Für Multipara lag die Frühgeburtenrate für deutsche Schwangere bei 6,6, für Osteuropäerinnen und Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" jeweils bei 6,2 Prozent. Die Ergebnisse waren allerdings nicht signifikant. Im Weiteren wird die Frühgeburtenrate in Bezug auf die Herkunftsregionen und das Alter der Schwangeren genauer dargestellt ( $n = 497.622$ ). Bei der differenzierten Betrachtung konnte nachgewiesen werden, dass Schwangere bis 20 Jahre mit dem Herkunftsland Deutschland eine signifikant höhere Frühgeburtenrate mit 9,1 Prozent im Vergleich zu Osteuropäerinnen

mit 7,2 und Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 8,0 Prozent im Untersuchungszeitraum 2001 bis 2008 bei lebenden Einlingsgeburten hatten. In der Altersgruppe der 21-bis 25-Jährigen betrug die Frühgeburtenrate für deutsche Frauen 8,0, für Osteuropäerinnen 6,0 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 6,2 Prozent. Deutsche Schwangere, die zwischen 26 und 30 Jahre alt waren, hatten eine Frühgeburtenrate von 7,3 Prozent. Für Osteuropäerinnen lag die Frühgeburtenrate bei 5,3 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 5,7 Prozent. Osteuropäerinnen in der Altersgruppe der 31- bis 35-Jährigen hatten, wie auch deutsche Schwangere, eine Frühgeburtenrate von 6,9 Prozent. Die Frühgeburtenrate von Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag bei 7,1 Prozent. 7,7 Prozent der Schwangeren aus Deutschland im Alter von 36 bis 40 Jahren hatten eine Frühgeburt. Die Frühgeburtenrate für Osteuropäerinnen betrug 9,6 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 8,9 Prozent. In der Altersgruppe der Schwangeren, die zwischen 41 und 45 Jahre alt waren, lag die Frühgeburtenrate für deutsche Schwangere bei 9,6, für Osteuropäerinnen bei 10,5 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 11,5 Prozent. Die Angaben für Schwangere, die 46 Jahre und älter waren, werden an dieser Stelle nicht ausgeführt, weil die Fallzahlen für Frühgeburten extrem klein sind bzw. keine Frühgeburten vorlagen. Für die Altersgruppen 31 bis 35 Jahre und 41 bis 45 Jahre konnten keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden. Die Ergebnisse der anderen Altersgruppen waren mit ( $p < 0.05$ ) signifikant.

Da sich diese Studie auch mit der Schwangerschaftsvorsorge von Frauen mit Migrationshintergrund beschäftigt, soll an dieser Stelle auf die Frühgeburtenrate von Schwangeren in Bezug auf die Schwangerschaftsvorsorge eingegangen werden ( $n = 403.468$ ). Im Vergleich zu Frauen mit dem Herkunftsland Deutschland hatten Schwangere, die aus "Osteuropa" oder dem "Mittleren Osten, Nordafrika" kamen, signifikant geringere Frühgeburtenraten in Bezug auf die Schwangerschaftsvorsorge. Bei einer Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche lag die Frühgeburtenrate für Frauen aus Deutschland bei 8,8 Prozent. Die Frühgeburtenrate für Osteuropäerinnen war mit 6,4 Prozent am geringsten und Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hatten eine Frühgeburtenrate von 7,0 Prozent. Bei mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard der Schwangerenvorsorge hatten Frauen aus Deutschland eine ebenso hohe Frühgeburtenrate wie bei einer Späterscheinenden. Hingegen lag die Frühgeburtenrate für Osteuropäerinnen bei 5,9 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 5,7 Prozent. Die Frühgeburtenrate bei einer Schwangerschaftsvorsorge entsprechend dem Standard betrug 9,2 Prozent für Frauen mit dem Herkunftsland Deutschland. 8,2 Prozent der Frauen aus Osteuropa hatten bei

einer Standardversorgung eine Frühgeburt und 7,8 Prozent der Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika". Auch bei einer Schwangerschaftsvorsorge, die über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien lag, konnte eine geringere Frühgeburtenrate bei Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" nachgewiesen werden. So lag bspw. die Frühgeburtenrate bei einer Versorgung der Schwangeren mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard für deutsche Frauen bei 8,6, für Osteuropäerinnen bei 7,0 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 7,4 Prozent.



**Abbildung 54: Frühgeburtenrate < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Schwangerschaftsvorsorge gemäß den Mutterschaftsrichtlinien bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche in Niedersachsen 2001-2008**

Nach Durchführung der logistischen Regressionsanalyse konnte sowohl für Frauen aus "Osteuropa" sowie aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit nachgewiesen werden. Die Anzahl der verarbeiteten Fälle betrug  $n = 497.661$ . Nach Einschluss aller Kontrollvariablen wurden  $n = 393.640$  Fälle in die Analyse einbezogen. Das Risiko für Frühgeburtlichkeit lag für Schwangere aus "Osteuropa" bei OR 0.833 (95% CI: 0.793 - 0.876;  $p < 0.001$ ) im Vergleich zur Referenzgruppe der deutschen Schwangeren. Für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag das Frühgeburtsrisiko bei OR 0.890 (95% CI: 0.846 - 0.937;  $p < 0.001$ ). Nach Adjustierung von Kontrollvariablen erhöhte sich das Risiko für die Herkunftsregion "Osteuropa" auf AOR = 0.875 (95% CI: 0.824 - 0.929;  $p < 0.001$ ). Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" erhöhte

sich das adjustierte Risiko für Frühgeburtlichkeit auf (AOR = 0.928 (95% CI: 0.875 - 0.985; p < 0.05).

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.900 (0.818 - 0.990)	< 0.05	0.906 (0.809 - 1.041)	n. s.
Mittelmeerlande	0.958 (0.891 - 1.031)	n. s.	0.969 (0.889 - 1.056)	n. s.
Osteuropa	0.833 (0.793 - 0.876)	< 0.001	0.875 (0.824 - 0.929)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.890 (0.846 - 0.937)	< 0.001	0.928 (0.875 - 0.985)	< 0.05
Asien	1.024 (0.918 - 1.141)	n. s.	1.094 (0.964 - 1.241)	n. s.
sonstige Staaten	0.875 (0.793 - 0.965)	< 0.05	0.879 (0.786 - 0.984)	< 0.05

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität, Familienstand: alleinstehend und Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie

**Tabelle 7: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Herkunftsland der Schwangeren 2001-2008**

Die differenzierte Betrachtung des Frühgeburtsrisikos nach Herkunftsregionen der Schwangeren und der Schwangerschaftswoche konnte ebenfalls für Schwangere aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant geringeres Risiko für Frühgeburten zwischen der 32 + 0 und der 36 + 6 Schwangerschaftswoche mit OR 0.821 (95% CI: 0.778 - 0.865; p < 0.001) bzw. OR 0.850 (95% CI: 0.804 - 0.898; p < 0.001) nachgewiesen werden. Nach Adjustierung der Kontrollvariablen Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre bzw. älter als 35 Jahre, Berufstätigkeit während der Schwangerschaft, Familienstand alleinstehend, Parität sowie Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie konnte für Schwangere aus der Herkunftsregion "Osteuropa" wie auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit AOR = 0.851 (95% CI: 0.798 - 0.908; p < 0.001) bzw. AOR = 0.883 (95% CI: 0.828 - 0.941; p < 0.001) ein signifikant geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit gegenüber der Referenzgruppe der deutschen Schwangeren nachgewiesen werden.

Um den Einfluss der sozialen Risikofaktoren zu ermitteln, wurden die Kontrollvariablen Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre oder älter als 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft sowie Schwangere alleinstehend einzelnen überprüft. Nach Adjustierung des Frühgeburtsrisikos auf die Kontrollvariable Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft zeigte sich, dass das

Frühgeburtsrisiko für Frühgeburten zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche für Osteuropäerinnen anstieg (AOR = 0.833 95 % CI 0.783 - 0.885,  $p < 0.001$ ) und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (AOR = 0.830 95 % CI 0.781 - 0.881,  $p < 0.001$ ) zurückging. Die Adjustierung der Kontrollvariable Schwangere jünger als 18 Jahre konnte für Osteuropäerinnen kein unterschiedliches Frühgeburtsrisiko zeigen. Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" reduzierte sich das Frühgeburtsrisiko geringfügig (AOR = 0.849 95 % CI 0.803 - 0.898,  $p < 0.001$ ). Hingegen zeigte sich für die Kontrollvariable Schwangere älter als 35 Jahre, dass nach Adjustierung dieser Kontrollvariable das Frühgeburtsrisiko anstieg. Für Osteuropäerinnen lag das adjustierte Frühgeburtsrisiko bei AOR = 0.828 95 % CI 0.785 - 0.873,  $p < 0.001$  und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei AOR = 0.855 95 % CI 0.809 - 0.904,  $p < 0.001$ . Wenn die Kontrollvariable Berufstätigkeit während der Schwangerschaft ausgeschlossen wurde, reduzierte sich das Frühgeburtsrisiko für Osteuropäerinnen im Vergleich zu deutschen Schwangeren auf AOR = 0.799 95 % CI 0.756 - 0.845,  $p < 0.001$  und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" auf AOR = 0.822 95 % CI 0.776 - 0.871,  $p < 0.001$ . Die alleinige Adjustierung auf das Schwangerschaftsrisiko alleinstehend erhöhte das Frühgeburtsrisiko für Schwangere aus "Osteuropa" auf AOR = 0.840 95 % CI 0.794 - 0.888,  $p < 0.001$  und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" auf AOR = 0.865 95 % CI 0.817 - 0.916,  $p < 0.001$ .

Für sehr frühe Frühgeborene, die zwischen der 28 + 0 und 31 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden, konnte kein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko für die Herkunftsregionen "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" ermittelt werden. Das Frühgeburtsrisiko lag für Frauen aus der Herkunftsregion "Osteuropa" bei OR 0.861 (95% CI: 0.730 - 1.071;  $p > 0.05$ ). Frauen aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" hatten ein Frühgeburtsrisiko von OR 1.126 (95% CI: 0.965 - 1.315;  $p > 0.05$ ).

Dabei stellte sich heraus, dass bei der Durchführung der logistischen Regressionsanalyse mit der Kontrollvariable Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft ( $n = 467.084$ ) für Schwangere aus "Osteuropa" ein signifikant geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit bei sehr frühen Frühgeburten gegenüber den deutschen Schwangeren ermittelt werden konnte (AOR = 0.839 (95% CI: 0.707 - 0.994;  $p < 0.05$ )). Einer Berufstätigkeit während der Schwangerschaft nachzugehen, wirkt sich scheinbar nicht protektiv auf Osteuropäerinnen für sehr frühe Frühgeburten aus. Auch bei der Analyse des Risikofaktors Parität zeigten sich Besonderheiten. Nach Einschluss dieser Kontrollvariable konnte ein signifikant höheres Frühgeburtsrisiko für sehr frühe Frühgeborene, deren Mütter aus dem "Mittleren Osten,

Nordafrika" kamen, nachgewiesen werden (AOR = 1.168 (95% CI: 1.000 - 1.365;  $p < 0.05$ )). Für Schwangere aus der gleichen Herkunftsregion konnte auch ein signifikant höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit im Vergleich zu deutschen Schwangeren nachgewiesen werden, wenn das Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie vorlag. So hatten Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit AOR = 1.194 (95% CI: 1.023 - 1.395;  $p < 0.05$ ) ein höheres Risiko für sehr frühe Frühgeburten. Ein ähnliches Ergebnis konnte für diese Schwangeren bei dem Risikofaktor alleinstehend eruiert werden (AOR = 1.179 (95% CI: 1.004 - 1.383;  $p < 0.05$ )). Bei der Überprüfung aller Kontrollvariablen für sehr frühe Frühgeborene stellte sich ein signifikant höheres Risiko für Schwangere aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" mit AOR = 1.246 (95% CI: 1.042 - 1.489;  $p < 0.05$ ) heraus. Für Osteuropäerinnen konnte kein signifikantes Ergebnis nachgewiesen werden (AOR = 1.031 (95% CI: 0.852 - 1.248;  $p > 0.05$ )).

Auch für extrem frühe Frühgeborene ( $\leq 27 + 6$  Schwangerschaftswoche) konnte kein signifikant geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit gegenüber der Referenzgruppe der Frauen aus Deutschland nachgewiesen werden. Für Osteuropäerinnen betrug das Risiko OR 1.130 (95% CI: 0.905 - 1.411;  $p > 0.05$ ) und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" OR 1.339 (95% CI: 1.078 - 1.664 ;  $p > 0.05$ ) im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren aus Deutschland. Schwangere aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" hatten, nach Einschluss aller Kontrollvariablen, für extrem frühe Frühgeburten ein signifikant höheres Risiko als die Referenzgruppe der deutschen Schwangeren (AOR = 1.313 (95% CI: 1.014 - 1.700;  $p < 0.05$ )). Für Schwangere aus "Osteuropa" konnte kein signifikantes Ergebnis nachgewiesen werden (AOR = 1.147 (95% CI: 0.874 - 1.504;  $p > 0.05$ )). Allerdings konnten für einzelne Variablen signifikante Unterschiede für Schwangere aus bestimmten Herkunftsregionen eruiert werden. Für extrem frühe Frühgeborene konnte ein signifikant höheres Frühgeburtsrisiko nachgewiesen werden, wenn Schwangere aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" kamen und jünger als 18 Jahre alt waren (AOR = 1.338 (95% CI: 1.076 - 1.663;  $p < 0.05$ )). Für die Altersgruppe der Schwangeren über 35 Jahre aus der gleichen Herkunftsregion konnte ebenfalls ein signifikant höheres Risiko für eine extrem frühe Frühgeburt nachgewiesen werden (AOR = 1.371 (95% CI: 1.103 - 1.704;  $p < 0.05$ )). Das Alter der Schwangeren scheint bei der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" ein bedeutender Faktor für das Risiko einer extrem frühen Frühgeburt zu sein. Für den Risikofaktor Parität konnte auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant höheres Frühgeburtsrisiko für extrem frühe Frühgeborene ermittelt werden. Dieses lag bei AOR = 1.385 (95% CI: 1.114 - 1.723;  $p < 0.05$ ). Nach der



Adjustierung auf das Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie zeigte sich wiederum für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant höheres Risiko für eine extrem frühe Frühgeburt im Vergleich zu deutschen Frauen AOR = 1.399 (95% CI: 1.125 - 1.739;  $p < 0.05$ ). Nach Adjustierung auf die Kontrollvariable alleinstehend konnte sowohl für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" als auch für Frauen aus "Osteuropa" ein signifikant höheres Frühgeburtsrisiko für extrem frühe Frühgeborene nachgewiesen werden. Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag das adjustierte Risiko bei AOR = 1.436 (95% CI: 1.147 - 1.797;  $p < 0.05$ ). Für Osteuropäerinnen war das Risiko mit AOR = 1.272 (95% CI: 1.014 - 1.596;  $p < 0.05$ ) etwas geringer.

Da bestimmte soziale Risikofaktoren für Schwangere mit Migrationshintergrund, wie in Kapitel 9.4 und folgenden erläutert, von Bedeutung sind, wurden zusätzliche Kontrollvariablen zur Überprüfung des Frühgeburtsrisikos verwendet. Zusätzlich zu den in der Tabelle 3 genutzten Variablen wurden in die Analyse folgende Schwangerschaftsrisiken einbezogen: besondere psychische und soziale Belastung in der Anamnese, familiäre Belastung, Zustand nach Sterilitätsbehandlung, Zustand nach zwei oder mehr vorausgegangenen Abbrüchen oder Aborten aus dem Risikokatalog A sowie aus dem Risikokatalog B des Mutterpasses die Schwangerschaftsrisiken soziale und psychische Belastung in der Schwangerschaft. In die Analyse wurden  $n = 393.647$  Fälle einbezogen.

Herkunftsland der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.900 (0.818 - 0.990)	< 0.05	0.902 (0.805 - 1.009)	n. s.
Mittelmeerländer	0.958 (0.891 - 1.031)	n. s.	0.935 (0.858 - 1.020)	n. s.
Osteuropa	0.833 (0.793 - 0.876)	< 0.001	0.860 (0.810 - 0.913)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.890 (0.846 - 0.937)	< 0.001	0.901 (0.849 - 0.913)	< 0.05
Asien	1.024 (0.918 - 1.141)	n. s.	1.103 (0.972 - 1.251)	n. s.
sonstige Staaten	0.875 (0.793 - 0.965)	< 0.05	0.866 (0.773 - 0.969)	< 0.05

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Familienstand: alleinstehend, Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach zwei oder mehr vorausgegangenen Abbrüchen/Aborten, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach Sterilitätsbehandlung und Schwangerschaftsrisiko: familiäre Belastung

**Tabelle 8: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37. Schwangerschaftswoche nach Herkunftsregion der Schwangeren 2001-2008**

Die Ergebnisse zeigten für Frühgeburten < 37 + 0 Schwangerschaftswoche sowohl für Osteuropäerinnen als auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko als für die Referenzgruppe der deutschen Schwangeren. Das adjustierte Frühgeburtsrisiko betrug für Osteuropäerinnen AOR = 0.860 (95% CI: 0.810 - 0.913;  $p < 0.001$ ) und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" AOR = 0.901 (95% CI: 0.849 - 0.913;  $p < 0.05$ ).

Für Frühgeburten zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche wurden 393.647 Fälle einbezogen. Das adjustierte Frühgeburtsrisiko betrug für Osteuropäerinnen AOR = 0.840 (95% CI: 0.787 - 0.896;  $p < 0.001$ ) und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" AOR = 0.860 (95% CI: 0.806 - 0.917;  $p < 0.001$ ). Das bedeutet, dass für Schwangere mit Migrationshintergrund "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika", auch nach Adjustierung auf mehrere Kontrollvariablen, die Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit sind und besonders für Schwangere mit Migrationshintergrund von Bedeutung sind, dass sie ein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko bei Frühgeburten zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche als die Referenzgruppe der deutschen Schwangeren haben.

Für das Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, das sich auf Vorerkrankungen der Schwangeren selbst, aber auch des biologischen Vaters bezieht, konnte für das Frühgeburtsrisiko nach Adjustierung auf diese Kontrollvariable eine höhere Chance für eine Frühgeburt bei Osteuropäerinnen (AOR = 0.822 95 % CI 0.780 - 0.867,  $p < 0.001$ ) wie auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (AOR = 0.852 95 % CI 0.806 - 0.901,  $p < 0.001$ ) nachgewiesen werden. Auch bei dem Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese konnten nur geringfügige Abweichungen von dem nicht adjustierten Risiko einer Frühgeburt nachgewiesen werden. Osteuropäerinnen hatten bei der Adjustierung auf dieses Schwangerschaftsrisiko folgendes Ergebnis: AOR = 0.820 (95 % CI 0.788 - 0.865 ,  $p < 0.001$ ). In diesem Fall war das Konfidenzintervall sogar identisch. Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug das adjustierte Frühgeburtsrisiko AOR = 0.847 95 % CI 0.802 - 0.896,  $p < 0.001$ ). Die Adjustierung auf das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in Anamnese ergab sowohl für Osteuropäerinnen (AOR = 0.814 95 % CI 0.772 - 0.859,  $p < 0.001$ ) als auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (AOR = 0.837 95 % CI 0.792 - 0.885,  $p < 0.001$ ) ein geringeres Frühgeburtsrisiko. Beim Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung konnte für Osteuropäerinnen und Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" nach Adjustierung dieser Kontrollvariable ein höheres Frühgeburtsrisiko von AOR = 0.823 95 % CI 0.781 - 0.868,  $p < 0.001$  bzw. AOR = 0.852 95 % CI 0.860 -

0.901,  $p < 0.001$  nachgewiesen werden. Beim Schwangerschaftsrisiko Zustand nach zwei oder mehr Aborten oder Abbrüchen zeigte sich nach Adjustierung mit dieser Kontrollvariable, dass das Frühgeburtsrisiko sowohl für Schwangere aus "Osteuropa" (AOR = 0.807 95 % CI 0.765 - 0.851,  $p < 0.001$ ) als auch aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (AOR = 0.843 95 % CI 0.797 - 0.891,  $p < 0.001$ ) geringer war als das nicht adjustierte Frühgeburtsrisiko. Das Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft, das zur Adjustierung des Frühgeburtsrisikos genutzt wurde, wies für Osteuropäerinnen (AOR = 0.820 95 % CI 0.777 - 0.865,  $p < 0.001$ ) und Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (AOR = 0.848 95 % CI 0.802 - 0.897,  $p < 0.001$ ) ein geringeres Frühgeburtsrisiko auf als das nicht adjustierte Frühgeburtsrisiko. Ebenso zeigte sich dies für das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft für Osteuropäerinnen (AOR = 0.818 95 % CI 0.776 - 0.863,  $p < 0.001$ ) und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (AOR = 0.846 95 % CI 0.800 - 0.894,  $p < 0.001$ ).

Nach Adjustierung der Kontrollvariablen konnte für sehr frühe Frühgeburten kein signifikant niedrigeres oder höheres Risiko einer Frühgeburt gegenüber der Referenzgruppe der deutschen Schwangeren und Frauen aus "Osteuropa" nachgewiesen werden. Das adjustierte Risiko für Osteuropäerinnen betrug AOR = 0.995 (95% CI: 0.822 - 1.205;  $p > 0.05$ ). Hingegen hatten Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant höheres Risiko als deutsche Frauen für eine sehr frühe Frühgeburt (AOR = 1.201 (95% CI: 1.005 - 1.436;  $p < 0.05$ )).

Für extrem frühe Frühgeburten konnte weder für schwangere Osteuropäerinnen oder Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant höheres oder niedrigeres Risiko für Frühgeburtlichkeit im Vergleich zu deutschen Schwangeren eruiert werden. Das adjustierte Risiko betrug für schwangere Osteuropäerinnen AOR = 1.076 (95% CI: 0.820 - 1.413;  $p > 0.05$ ) und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" AOR = 1.233 (95% CI: 0.952 - 1.598;  $p > 0.05$ ).

Als Einflussfaktor konnte das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese für Schwangere aus den Herkunftsregion "Osteuropa" nachgewiesen werden. Nach Einschluss dieser Kontrollvariable konnte ein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko für sehr frühe Frühgeborene im Vergleich zu deutschen Schwangeren nachgewiesen werden AOR = 0.847 (95% CI: 0.718 - 1.000;  $p < 0.05$ ), allerdings war die Fallzahl mit  $n = 149$  sehr gering. Ebenso konnte nach Einschluss des Schwangerschaftsrisikos Zustand nach zwei oder mehr Abbrüchen oder Aborten ein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko für sehr frühe Frühgeburten im Vergleich deutschen Schwangeren ermittelt werden AOR = 0.831

(95% CI: 0.704 - 0.981;  $p < 0.05$ ). Allerdings war auch hier eine geringe Fallzahl mit  $n = 149$  nachweisbar. Somit scheint der Einschluss der Risikofaktoren besondere soziale Belastung in der Anamnese, aber auch der Zustand nach zwei oder mehr Abbrüchen bzw. Aborten eine protektive Wirkung für Schwangere aus "Osteuropa" zu haben.

Für extrem frühe Frühgeburten konnte bei der einzelnen Adjustierung der dokumentierten Schwangerschaftsrisiken im Mutterpass festgestellt werden, dass das Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung für Schwangere aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" bedeutsam ist. Nach Adjustierung mit dieser Kontrollvariable stellte sich ein signifikant höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit gegenüber der Referenzgruppe der deutschen Schwangeren dar  $AOR = 1.335$  (95% CI: 1.074 - 1.659;  $p < 0.05$ ). Mit  $n = 88$  handelte es sich auch hier um eine kleine Fallzahl. Ebenso konnte ein signifikant höheres Risiko für das Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese nachgewiesen werden. Dieses lag für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei  $AOR = 1.330$  (95% CI: 1.070 - 1.653;  $p < 0.05$ ). Ein ähnliches Ergebnis konnte für die Kontrollvariable besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft festgestellt werden ( $AOR = 1.331$  (95% CI: 1.071 - 1.655;  $p < 0.05$ )). Nach Einschluss der Kontrollvariable besondere soziale Belastung in der Anamnese konnte für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant höheres Risiko für eine extrem frühe Frühgeburt ermittelt werden  $AOR = 1.288$  (95% CI: 1.035 - 1.603;  $p < 0.05$ ). Das adjustierte Risiko für das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft deutete ebenfalls auf ein höheres Risiko im Vergleich zu deutschen Schwangeren hin ( $AOR = 1.326$  (95% CI: 1.066 - 1.648;  $p < 0.05$ )). Für die vier Variablen betrug die Fallzahl wiederum  $n = 88$ . Das bedeutet, dass soziale Risikofaktoren bei Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" einen großen Einfluss auf das Risiko einer Frühgeburt von extrem frühen Frühgeborenen haben. Aber auch der Zustand nach einer Sterilitätsbehandlung scheint sich auf das Risiko einer Frühgeburt von extrem frühen Frühgeborenen für die Schwangeren aus dieser Herkunftsregion auszuwirken. Nach Einschluss der Kontrollvariable Zustand nach Sterilitätsbehandlung ( $n = 88$ ) konnte ein signifikant höheres Risiko gegenüber den deutschen Schwangeren festgestellt werden  $AOR = 1.350$  (95% CI: 1.086 - 1.678;  $p < 0.05$ ). Auch der Einschluss der Kontrollvariable Zustand nach zwei oder mehr Abbrüchen oder Aborten ( $n = 88$ ) deutete bei Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" auf ein signifikant höheres Risiko einer extrem frühen Frühgeburt hin ( $AOR = 1.304$  (95% CI: 1.049 - 1.621;  $p < 0.05$ )). Für Schwangere aus "Osteuropa" konnten hingegen keine signifikanten Ergebnisse nach Adjustierung einzelner Kontrollvariablen ermittelt werden.

## **12 Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit mit der Herkunftsregion und dem sozioökonomischen Status der Schwangeren**

Wie im vorangegangenen Kapitel gezeigt, besteht ein Zusammenhang - insbesondere für Frühgeburten zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche - zwischen dem Risiko einer Frühgeburt und den Herkunftsregionen "Mittlerer Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" in Bezug zur Referenzgruppe der Schwangeren aus Deutschland. Ein geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit bestand auch nach Adjustierung mehrerer Kontrollvariablen.

Im Weiteren soll dargestellt werden, ob sich das geringere Risiko einer Frühgeburtlichkeit auch dann zeigt, wenn nach dem sozioökonomischen Status der Schwangeren differenziert wird.

Insgesamt lagen Angaben für  $n = 451.455$  Schwangerschaften vor. Allerdings wird im Weiteren auf die Auswertung der Hausfrauen ( $n = 201.112$ ) verzichtet, da dieser Status keine Angaben über die sozioökonomische Lage der Schwangeren beinhaltet. Da es sich um sehr große, aussagekräftige Fallzahlen handelt, soll an dieser Stelle kurz auf die Frühgeburtenrate ( $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche) eingegangen werden. 7,7 Prozent der Schwangeren aus Deutschland, die Hausfrauen waren, hatten eine Frühgeburt. Die Frühgeburtenrate für Osteuropäerinnen lag bei 6,5 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 6,7 Prozent und war somit mit  $p < 0.001$  signifikant geringer.

Tätigkeit der Schwangeren	Herkunftsland		Frühgeburt < 37 + 0 SSW	Reifgeborenes
Ausbildung, Studium $p < 0.05$	Deutschland	Anzahl	1058	12152
		%	8%	92%
	Osteuropa	Anzahl	71	1197
		%	5,6%	94,4%
	Mittlerer Osten/ Nordafrika	Anzahl	20	338
		%	5,6%	94,4%
Un-, angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft $p < 0.05$	Deutschland	Anzahl	1184	13271
		%	8,2%	91,8%
	Osteuropa	Anzahl	92	1384
		%	6,2%	93,8%
	Mittlerer Osten/ Nordafrika	Anzahl	48	802
		%	5,60%	94,40%
Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe $p < 0.001$	Deutschland	Anzahl	10942	142000
		%	7,2%	92,8%
	Osteuropa	Anzahl	253	4550
		%	5,3%	94,7%
	Mittlerer Osten/ Nordafrika	Anzahl	119	1806
		%	6,2%	93,8%
Höhere Beamtin + Angestellte, Selbstständige n. s.	Deutschland	Anzahl	3336	47327
		%	6,6%	93,4%
	Osteuropa	Anzahl	73	993
		%	6,8%	93,2%
	Mittlerer Osten/ Nordafrika	Anzahl	29	397
		%	6,8%	93,2%

**Tabelle 9: Frühgeburtenraten < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nach Herkunftsregionen Deutschland, "Osteuropa", "Mittlerer Osten, Nordafrika" und Tätigkeit der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft in Niedersachsen 2001-2008**

Schwangere, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden und aus den Herkunftsregionen "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" stammten, hatten mit jeweils 5,6 Prozent eine signifikant geringere ( $p < 0.05$ ) Frühgeburtenrate für Schwangerschaften, die vor der 37 + 0 Schwangerschaftswoche beendet wurden, als Schwangere aus Deutschland mit 8,0 Prozent. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte betrug die Frühgeburtenrate von Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 5,6 Prozent und für Frauen aus "Osteuropa" 6,2 Prozent und war somit signifikant geringer ( $p < 0.05$ ) als die Frühgeburtenrate bei Frauen aus Deutschland mit 8,2 Prozent. Die Frühgeburtenrate für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende betrug bei den deutschen Frauen 7,2 Prozent. Wiederum konnten signifikant geringere ( $p < 0.001$ ) Frühgeburtenraten für Osteuropäerinnen mit 5,3 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 6,2 Prozent nachgewiesen werden. Lediglich für Schwangere, die während der jetzigen Schwangerschaft höhere Beamtinnen, Angestellte oder Selbstständige waren, konnte eine höhere Frühgeburtenrate mit jeweils 6,8

Prozent für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" gegenüber deutschen Schwangeren mit 6,6 Prozent nachgewiesen werden. Die Ergebnisse waren allerdings nicht signifikant, was unter Umständen durch die kleinen Fallzahlen begründet ist.

Um das Frühgeburtsrisiko für Schwangere aus anderen Herkunftsregionen nach deren sozioökonomischen Status zu ermitteln, wurden wieder die Kontrollvariablen genutzt, die schon in den vorangegangenen Kapiteln zur Adjustierung des Risikos eingesetzt wurden. Eine Differenzierung nach Gestationsalter wurde nicht vorgenommen, sondern es wurden ausschließlich Frühgeburten < 37 + 0 ausgewertet, da sich die Fallzahlen durch eine Differenzierung verringern würden und keine aussagekräftigen Ergebnisse ermittelt werden könnten.

Für Schwangere, die sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, lagen n = 15.571 Fälle vor, die in die Analyse einbezogen werden konnten. Nach Adjustierung der Kontrollvariablen reduzierte sich die Anzahl auf n = 12.690. Lediglich für Osteuropäerinnen konnte ein signifikant (p < 0.05) geringeres Risiko für Frühgeburtslichkeit zur Referenzgruppe der deutschen Schwangeren nachgewiesen werden OR 0.681 (95% CI: 0.532 - 0.873; p < 0.001). Nach Adjustierung der Kontrollvariablen konnten allerdings keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.654 (0.304 - 1.404)	n. s.	0.698 (0.282 - 1.730)	n. s.
Mittelmeerländer	1.261 (0.782 - 2.034)	n. s.	0.973 (0.536 - 1.767)	n. s.
Osteuropa	0.681 (0.532 - 0.873)	< 0.05	0.840 (0.637 - 1.107)	n. s.
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.680 (0.431 - 1.072)	n. s.	0.717 (0.430 - 1.195)	n. s.
Asien	1.176 (0.711 - 1.945)	n. s.	1.481 (0.847 - 2.591)	n. s.
sonstige Staaten	0.632 (0.352 - 1.134)	n. s.	0.807 (0.447 - 1.457)	n. s.

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität, Familienstand: alleinstehend und Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie

**Tabelle 10: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für Schwangere in Ausbildung oder im Studium nach Herkunftsregion 2001-2008**

Auch nach der Adjustierung mit weiteren Kontrollvariablen, die sich insbesondere auf Schwangere mit Migrationshintergrund beziehen, konnten keine signifikanten Ergebnisse ermittelt werden. Allerdings war festzustellen, dass das adjustierte Risiko nach Einbeziehung

der Risikofaktoren besondere psychische Belastung in der Anamnese, besondere soziale Belastung in der Anamnese, besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft, besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft, Zustand nach zwei oder mehr vorausgegangen Abbrüchen oder Aborten, Zustand nach Sterilitätsbehandlung sowie des Schwangerschaftsrisikos familiäre Belastung, für die Fokusregionen "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" geringer, aber nicht signifikant war. Für Osteuropäerinnen betrug das adjustierte Frühgeburtsrisiko AOR = 0.837 (95% CI: 0.635 - 1.104;  $p > 0.05$ ) und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" AOR = 0.700 (95% CI: 0.420 - 1.168;  $p > 0.05$ ).

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.654 (0.304 - 1.404)	n. s.	0.690 (0.278 - 1.710)	n. s.
Mittelmeerländer	1.261 (0.782 - 2.034)	n. s.	0.960 (0.528 - 1.745)	n. s.
Osteuropa	0.681 (0.532 - 0.873)	< 0.05	0.837 (0.635 - 1.104)	n. s.
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.680 (0.431 - 1.072)	n. s.	0.700 (0.420 - 1.168)	n. s.
Asien	1.176 (0.711 - 1.945)	n. s.	1.487 (0.850 - 2.601)	n. s.
sonstige Staaten	0.632 (0.352 - 1.134)	n. s.	0.794 (0.440 - 1.434)	n. s.

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Familienstand: alleinstehend, Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach zwei oder mehr vorausgegangenen Abbrüchen/Aborten, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach Sterilitätsbehandlung und Schwangerschaftsrisiko: familiäre Belastung

**Tabelle 11: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für Schwangere in Ausbildung oder im Studium nach Herkunftsregion und migrationspezifischen Kontrollvariablen 2001-2008**

Für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte lagen insgesamt  $n = 17.953$  Angaben vor. Nach der Adjustierung mit den Kontrollvariablen reduzierte sich die Anzahl auf  $n = 15.087$ . Sowohl für Frauen aus "Osteuropa" als auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag ein geringeres Frühgeburtsrisiko mit OR 0.745 (95% CI: 0.598 - 0.928;  $p < 0.05$ ) bzw. OR 0.671 (95% CI: 0.498 - 0.903;  $p < 0.05$ ) vor. Nach Adjustierung der Kontrollvariablen konnten allerdings keine signifikanten Ergebnisse für ein geringeres Frühgeburtsrisiko nachgewiesen werden.



Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit mit der Herkunftsregion und dem sozioökonomischen Status der Schwangeren

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.721 (0.391 - 1.330)	n. s.	0.778 (0.394 - 1.536)	n. s.
Mittelmeerländer	0.827 (0.578 - 1.184)	n. s.	0.870 (0.589 - 1.285)	n. s.
Osteuropa	0.745 (0.598 - 0.928)	< 0.05	0.844 (0.660 - 1.080)	n. s.
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.671 (0.498 - 0.903)	< 0.05	0.782 (0.568 - 1.078)	n. s.
Asien	1.048 (0.681 - 1.613)	n. s.	1.034 (0.625 - 1.710)	n. s.
sonstige Staaten	0.905 (0.558 - 1.468)	n. s.	1.012 (0.605 - 1.695)	n. s.

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität, Familienstand: alleinstehend und Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie

**Tabelle 12: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte nach Herkunftsregion 2001-2008**

Auch bei Schwangeren aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" konnte nach Adjustierung zusätzlicher Kontrollvariablen ein Rückgang, der allerdings nicht signifikant war, des Frühgeburtsrisikos gegenüber deutschen Schwangeren, die auch als un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte tätig waren, nachgewiesen werden. Für Osteuropäerinnen betrug das adjustierte Risiko AOR = 0.798 (95% CI: 0.623 - 1.022;  $p > 0.05$ ) und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" AOR = 0.751 (95% CI: 0.545 - 1.035;  $p > 0.05$ ). Auch wenn das Ergebnis nicht signifikant war, konnte auch für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" nach Adjustierung von Confoundern ein epidemiologisches Paradox, ähnlich dem "Latina Paradox", nachgewiesen werden, da die Konfidenzintervalle nicht besonders von der Referenzgruppe der deutschen Schwangeren abwichen.

Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit mit der Herkunftsregion und dem sozioökonomischen Status der Schwangeren

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.721 (0.391 - 1.330)	n. s.	0.793 (0.401 - 1.565)	n. s.
Mittelmeerländer	0.827 (0.578 - 1.184)	n. s.	0.851 (0.576 - 1.258)	n. s.
Osteuropa	0.745 (0.598 - 0.928)	< 0.05	0.798 (0.623 - 1.022)	n. s.
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.671 (0.498 - 0.903)	< 0.05	0.751 (0.545 - 1.035)	n. s.
Asien	1.048 (0.681 - 1.613)	n. s.	1.011 (0.611 - 1.674)	n. s.
sonstige Staaten	0.905 (0.558 - 1.468)	n. s.	1.005 (0.600 - 1.685)	n. s.

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Familienstand: alleinstehend, Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach zwei oder mehr vorausgegangenen Abbrüchen/Aborten, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach Sterilitätsbehandlung und Schwangerschaftsrisiko: familiäre Belastung

**Tabelle 13: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte nach Herkunftsregion und migrationspezifischen Kontrollvariablen 2001-2008**

Die größte Gruppe, für die Angaben über den sozioökonomischen Status und die Herkunftsregion vorlagen, war die Gruppe der Schwangeren, die während der jetzigen Schwangerschaft als Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen oder Kleingewerbetreibende tätig waren. Insgesamt lagen n = 163.411 Angaben vor. Nach Adjustierung mit den Kontrollvariablen konnten n = 137.369 Fälle in die Analyse einbezogen werden. Für die Fokusregionen dieser Studie konnte lediglich für Osteuropäerinnen ein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko gegenüber den deutschen Schwangeren nachgewiesen werden (OR 0.722 (95% CI: 0.635 - 0.820; p < 0.001)). Dieses blieb auch bei der Adjustierung auf die Kontrollvariablen Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko Schwangere jünger als 18 und älter als 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität, alleinstehend, sowie dem Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie bestehen (AOR = 0.775 (95% CI: 0.669 - 0.899; p < 0.001)).

Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit mit der Herkunftsregion und dem sozioökonomischen Status der Schwangeren

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.997 (0.793 - 1.255)	n. s.	1.024 (0.791 - 1.325)	n. s.
Mittelmeerländer	0.877 (0.695 - 1.108)	n. s.	0.863 (0.662 - 1.125)	n. s.
Osteuropa	0.722 (0.635 - 0.820)	< 0.001	0.775 (0.669 - 0.899)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.855 (0.710 - 1.030)	n. s.	0.981 (0.803 - 1.199)	n. s.
Asien	0.743 (0.492 - 1.122)	n. s.	0.864 (0.555 - 1.347)	n. s.
sonstige Staaten	0.741 (0.552 - 0.995)	< 0.05	0.734 (0.529 - 1.020)	n. s.

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität, Familienstand: alleinstehend, Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie

**Tabelle 14: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende nach Herkunftsregion 2001-2008**

Auch nach der Adjustierung zusätzlicher Kontrollvariablen konnte für Osteuropäerinnen ein signifikant geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit gegenüber der Referenzgruppe nachgewiesen werden (AOR = 0.757 (95% CI: 0.653 - 0.877;  $p < 0.001$ ). Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" konnte auch nach Adjustierung mit zusätzlichen Kontrollvariablen kein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko nachgewiesen werden, allerdings war wiederum ein Rückgang des Risikos nachweisbar (AOR = 0.948 (95% CI: 0.776 - 1.159;  $p > 0.05$ ) vs (AOR = 0.981 (95% CI: 0.803 - 1.199;  $p > 0.05$ )).

Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit mit der Herkunftsregion und dem sozioökonomischen Status der Schwangeren

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.997 (0.793 - 1.255)	n. s.	1.014 (0.783 - 1.312)	n. s.
Mittelmeerländer	0.877 (0.695 - 1.108)	n. s.	0.839 (0.644 - 1.093)	n. s.
Osteuropa	0.722 (0.635 - 0.820)	< 0.001	0.757 (0.653 - 0.877)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.855 (0.710 - 1.030)	n. s.	0.948 (0.776 - 1.159)	n. s.
Asien	0.743 (0.492 - 1.122)	n. s.	0.855 (0.549 - 1.332)	n. s.
sonstige Staaten	0.741 (0.552 - 0.995)	< 0.05	0.728 (0.524 - 1.010)	n. s.

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Familienstand: alleinstehend, Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach zwei oder mehr vorausgegangenen Abbrüchen/Aborten, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach Sterilitätsbehandlung und Schwangerschaftsrisiko: familiäre Belastung

**Tabelle 15: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende nach Herkunftsregion und migrationsspezifischen Kontrollvariablen 2001-2008**

Insgesamt lagen für n = 53.497 Schwangere, die während der jetzigen Schwangerschaft als höhere Beamtin, Angestellte oder Selbstständige tätig waren, vor. Nach Adjustierung der Kontrollvariablen bezieht sich die Anzahl der Fälle, die in die Analyse einbezogen wurde, auf n = 42.114. Für keine Herkunftsregion der Schwangeren konnten signifikante Ergebnisse zur Referenzgruppe der deutschen Schwangeren nachgewiesen werden.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.725 (0.476 - 1.104)	n. s.	0.762 (0.473 - 1.227)	n. s.
Mittelmeerländer	0.854 (0.549 - 1.328)	n. s.	0.700 (0.400 - 1.225)	n. s.
Osteuropa	1.043 (0.820 - 1.326)	n. s.	1.071 (0.795 - 1.442)	n. s.
Mittlerer Osten/ Nordafrika	1.036 (0.710 - 1.513)	n. s.	1.275 (0.851 - 1.910)	n. s.
Asien	1.274 (0.750 - 2.164)	n. s.	1.454 (0.778 - 2.718)	n. s.
sonstige Staaten	0.804 (0.493 - 1.312)	n. s.	0.901 (0.533 - 1.523)	n. s.

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität, Familienstand: alleinstehend, Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie

**Tabelle 16: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige nach Herkunftsregion 2001-2008**

Wie auch bei anderen Berufskategorien reduzierte sich das adjustierte Risiko einer Frühgeburt nach Durchführung der logistischen Regressionsanalyse mit zusätzlichen migrationspezifischen Risikofaktoren gegenüber der Berechnung ohne diese Confounder. Trotzdem konnten keine signifikanten Ergebnisse für Frühgeburtlichkeit auch nach Einbeziehung der Confounder nachgewiesen werden.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.725 (0.476 - 1.104)	n. s.	0.770 (0.478 - 1.241)	n. s.
Mittelmeerländer	0.854 (0.549 - 1.328)	n. s.	0.655 (0.374 - 1.147)	n. s.
Osteuropa	1.043 (0.820 - 1.326)	n. s.	1.047 (0.777 - 1.410)	n. s.
Mittlerer Osten/ Nordafrika	1.036 (0.710 - 1.513)	n. s.	1.216 (0.811 - 1.824)	n. s.
Asien	1.274 (0.750 - 2.164)	n. s.	1.455 (0.778 - 2.723)	n. s.
sonstige Staaten	0.804 (0.493 - 1.312)	n. s.	0.901 (0.534 - 1.522)	n. s.

\*Adjustierung auf: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Familienstand: alleinstehend, Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach zwei oder mehr vorausgegangenen Abbrüchen/Aborten, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach Sterilitätsbehandlung und Schwangerschaftsrisiko: familiäre Belastung

**Tabelle 17: Odds Ratios des Frühgeburtsrisikos < 37 + 0 Schwangerschaftswoche für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige nach Herkunftsregion und migrationspezifischen Kontrollvariablen 2001-2008**

Da bei der Differenzierung nach beruflicher Tätigkeit während der Schwangerschaft wenige signifikante Ergebnisse ermittelt wurden, wurde eine logistische Regressionsanalyse für Hausfrauen durchgeführt, um festzustellen, ob es für diese Schwangeren signifikante Unterschiede bezüglich des Risikos einer Frühgeburt gibt. In die Analyse wurden insgesamt n = 201.112 Fälle einbezogen. Das Risiko für Frühgeburtlichkeit gegenüber der Referenzgruppe der deutschen Schwangeren betrug für Frauen aus "Osteuropa" OR 0.827 (95% CI: 0.775 - 0.883; p < 0.001) und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" OR 0.854 (95% CI: 0.804 - 0.907; p < 0.001). Nach Adjustierung der Kontrollvariablen wurden n = 166.505 Fälle in die Analyse einbezogen. Zunächst wurde auf die Kontrollvariablen Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere < 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko: Schwangere > 35 Jahre, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft, Parität, Geburtsrisiko Gestose/Eklampsie und alleinstehend adjustiert. Für Osteuropäerinnen betrug das adjustierte Risiko für Frühgeburtlichkeit gegenüber der

Referenzgruppe der deutschen Schwangeren AOR = 0.907 (95% CI: 0.840 - 0.979;  $p < 0.05$ ) und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" AOR = 0.923 (95% CI: 0.862 - 0.988;  $p < 0.05$ ). Bei der weiteren Analyse wurden, neben den schon vorhandenen Kontrollvariablen, die folgenden Variablen als Confounder genutzt: Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in Anamnese, Schwangerschaftsrisiko: besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach zwei oder mehr vorausgegangenen Abbrüchen/Aborten, Schwangerschaftsrisiko: Zustand nach Sterilitätsbehandlung und Schwangerschaftsrisiko: familiäre Belastung. Auch für diese Berechnung des adjustierten Risikos konnten signifikante Ergebnisse ermittelt werden. Das Risiko für Frühgeburtlichkeit für Hausfrauen aus "Osteuropa" betrug AOR = 0.890 (95% CI: 0.824 - 0.961;  $p < 0.05$ ) und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" AOR = 0.907 (95% CI: 0.847 - 0.971;  $p < 0.05$ ).

### 13 Vorsorge und sozioökonomischer Status

Beim Vergleich der Schwangerenvorsorge in Bezug auf den Beruf der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft (n = 371.376) zeigte sich, dass signifikant weniger höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige eine Erstvorsorge nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche hatten. Der Anteil betrug 3,0 Prozent. Hingegen lag der Anteil bei un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften bei 6,8 und für Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, bei 15,4 Prozent. Der Anteil von Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden unter den Späterscheinenden betrug 3,2 Prozent. Am häufigsten wurden Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende entsprechend dem Standard der Schwangerenvorsorge bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche betreut. Der Anteil lag bei 23,3 Prozent. Mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard hatten in dieser Berufsgruppe 1,5 Prozent, zwei Untersuchungen unter dem Standard 3,6 Prozent und 12,3 Prozent hatten eine Untersuchung unter dem Standard. Mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard hatten 22,2 Prozent der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden, zwei Untersuchungen über dem Standard 14,4 und eine Untersuchung über dem Standard 20,5 Prozent.

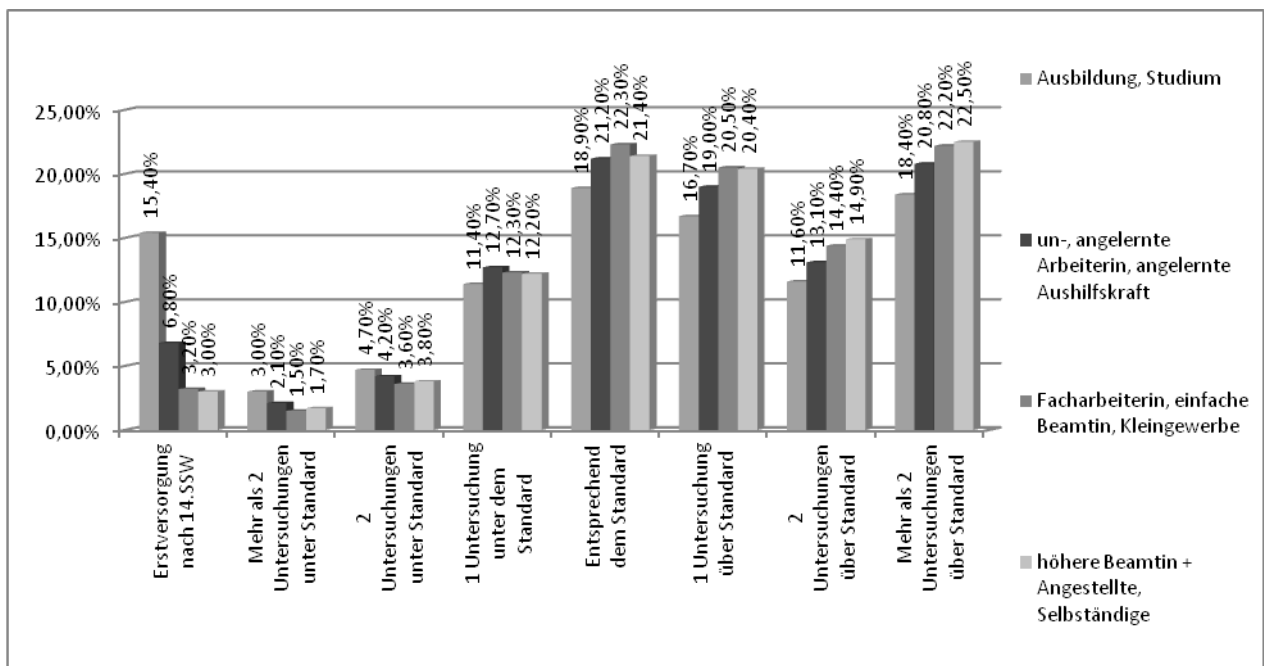


Abbildung 55: Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) nach Mutterschaftsrichtlinien (40 + 0 SSW) und Beruf der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008

Un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte hatten im Untersuchungszeitraum zwischen 2001 und 2008 bei lebenden Einlingsgeburten signifikant höhere Anteile bei der Schwangerenvorsorge unter dem Standard als Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende sowie höhere Beamtinnen und Angestellte oder Selbstständige. 2,1 Prozent der un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte hatten eine Schwangerenvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche. Bei Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, lag der Anteil bei 3,0 Prozent. Für zwei Untersuchungen unter Standard lag ihr Anteil bei 4,9 und bei 11,4 Prozent, wenn eine Untersuchung unter dem Standard der Schwangerenvorsorge vorlag. Der Anteil bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften lag bei 4,2 bzw. 12,7 Prozent. 1,7 Prozent der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen hatten eine Schwangerenvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen unter Standard. Dieser Anteil lag bei 0,2 Prozent über dem der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden. Bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen hatten 3,6 Prozent zwei Untersuchungen unter dem Standard Schwangerenvorsorge und 12,3 Prozent eine Untersuchung unter dem Standard. Es fiel auf, dass insbesondere Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen, Kleingewerbetreibende, aber auch höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige höhere Anteile bei einer Schwangerenvorsorge über dem Standard hatten. Insgesamt hatten zwischen 19,1 Prozent der Schwangeren unter 20 Jahren, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, und 19,9 Prozent der Facharbeiterinnen, Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden eine Schwangerenvorsorge, die unter dem Standard lag. Frauen, die sich während ihrer Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, hatten signifikant geringere Anteile bei einer Schwangerenvorsorge über dem Standard. Der Anteil lag bei einer Untersuchung über dem Standard bei 16,7, bei zwei Untersuchungen über dem Standard bei 11,6 und bei einer Schwangerenvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard bei 18,4 Prozent. Für Frauen, die einer un-, angelernten Tätigkeit nachgingen bzw. eine angelernte Aushilfskraft waren, lag der Anteil von Frauen mit mehr als zwei Untersuchungen über der Schwangerenvorsorge bei 20,8 Prozent. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 22,2 Prozent, und den größten Anteil beim Vergleich der Berufsgruppen hatten die höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen mit 22,5 Prozent. Auch bei einer Schwangerenvorsorge mit zwei Untersuchungen über dem Standard hatten höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige mit 14,9 Prozent den größten Anteil im Vergleich zu Facharbeiterinnen,



einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden mit 14,4 und un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften mit 13,1 Prozent. Bei einer Untersuchung über dem Standard der Schwangerenvorsorge lagen 19 Prozent der un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte, 20,5 Prozent der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden sowie 20,4 Prozent der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen. Tendenziell kann festgestellt werden, dass mit zunehmendem beruflichen Status auch die Schwangerenvorsorge über dem Standard zunimmt und eine Versorgung unter dem Standard häufiger in Berufsgruppen mit niedrigerem sozioökonomischen Status anzutreffen ist.

Wie sich auch bei der Differenzierung nach Altersgruppen gezeigt hat, konnte auch bei einer weiteren Differenzierung nach Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft ( $n = 371.348$ ) nachgewiesen werden, dass insbesondere Schwangere unter 21 Jahren eine späte Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche hatten. 25,5 Prozent der Angaben fehlten und die Ergebnisse für Schwangere, die 46 Jahre und älter waren, waren nicht signifikant. Bei der Analyse der Schwangerschaftsvorsorge bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche nach Altersgruppen und Tätigkeit der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft fiel auf, dass 25 Prozent der Frauen bis 20 Jahre, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, Späterscheinende waren. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag der Anteil in dieser Altersgruppe bei 18,8, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 11,6 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 16,7 Prozent. Allerdings haben höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige mit  $n = 37$  eine kleine Fallzahl. Von den höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen unter 21 Jahren hatten 4,1 Prozent mehr als zwei Untersuchungen unter der Standardschwangerenvorsorge. Allerdings ist hier auch wieder anzumerken, dass es sich um eine kleine Fallzahl ( $n = 9$ ) handelt. Der Anteil unter den Frauen in der Ausbildung bzw. im Studium betrug 3,6 Prozent, für Frauen, die als un-, angelernte Arbeiterinnen bzw. angelernte Aushilfskraft tätig waren, lag der Anteil bei 2,9 und für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 2,7 Prozent. Eine Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche hatten 16,4 Prozent der Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden. Mit zunehmender beruflicher Qualifikation nahmen die Anteile innerhalb der Berufsgruppen einer Standardschwangerenvorsorge zu. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag der Anteil bei 18,9 und für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 19,7 Prozent. Einzig die höheren Beamtinnen, Angestellten und

Selbstständigen hatten einen geringeren Anteil innerhalb der Berufsgruppe mit 18,0 Prozent. Dies liegt unter Umständen an der geringen Fallzahl mit  $n = 40$ . Beispielfür die Versorgung von Schwangeren unter 21 Jahren nach Tätigkeit der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft sollen die Ergebnisse für zwei Untersuchungen über der Standardschwangerenvorsorge dargestellt werden. 9,7 Prozent der Schwangeren, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden und unter 21 Jahren waren, hatten eine Schwangerenvorsorge von zwei Untersuchungen über dem Standard. Bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften betrug der Anteil 12,1 Prozent, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende 12,6 und für höhere Beamtinnen und Angestellte sowie Selbstständige 9,5 Prozent, wobei wieder darauf hingewiesen werden muss, dass es sich um eine kleine Fallzahl  $n = 21$  handelt. Bei einer Versorgung mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard fiel auf, dass ein Fünftel der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden unter 21 Jahren eine intensive Schwangerschaftsbetreuung erhalten haben. Hingegen lagen die Anteile für Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden bei 16,2 und für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte bei 16,2 bzw. 16,8 Prozent. Insgesamt hatten 39,5 Prozent der Schwangeren, die sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, eine Schwangerenvorsorge, die oberhalb des Standards lag. Bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften in der gleichen Altersgruppe der unter 21-Jährigen ergab sich ein Anteil von 43,1 Prozent. Für einfache Beamtinnen, Facharbeiterinnen und Kleingewerbetreibende lag der Anteil bei 48,9 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 46,4 Prozent. In der Altersgruppe der 21- bis 25-Jährigen konnte festgestellt werden, dass eine Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche innerhalb der Berufsgruppen mit zunehmender beruflicher Qualifikation zurückgeht. Allerdings fiel auf, dass der Anteil bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen im Vergleich zu Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden geringfügig anstieg. Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, hatten einen Anteil von 12,2 Prozent in der Altersgruppe. Der Anteil von Späterscheinenden lag für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte bei 8,1, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen sowie Kleingewerbetreibende bei 5,1 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 6,0 Prozent. Bei einer Schwangerenvorsorge von einer Untersuchung unter dem Standard zeigte sich, dass auch in der Altersgruppe der 21 bis 25 Jahre alten Frauen eine leichte Tendenz dahingehend zu erkennen war, dass Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende den geringsten Anteil innerhalb der Tätigkeit der

Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft hatten. Der Anteil lag bei 11,6 Prozent. Der Anteil bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen lag hingegen bei 13,0 Prozent. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag der Anteil in dieser Altersgruppe bei 12,2 Prozent und für Schwangere, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, 0,1 Prozentpunkt darunter. In der Altersgruppe der 21- bis 25-Jährigen hatten 18,9 Prozent der Schwangeren, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, eine Schwangerschaftsvorsorge, die unter dem Standard lag. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag der Anteil bei 19,1, für einfache Beamtinnen, Facharbeiterinnen und Kleingewerbetreibende bei 17,2 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 19,0 Prozent. Die Unterschiede bezüglich der Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche in der Altersgruppe der 21 bis 25 Jahre alten Schwangeren zeigten etwas andere Ergebnisse. 19,9 Prozent der Frauen in einer Ausbildung bzw. im Studium hatten in dieser Altersgruppe eine Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard. Dieser Anteil lag um 0,3 Prozentpunkte über dem der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen in der gleichen Altersgruppe. Der Anteil von Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen sowie Kleingewerbetreibenden lag bei 21,9 Prozent und diese Berufsgruppe hatte somit den höchsten Anteil bezüglich einer Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard gegenüber den anderen Berufsgruppen in der Altersklasse der 20- bis 25-Jährigen. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag der Anteil bei 20,1 Prozent. Die größten Anteile innerhalb der Tätigkeit der Schwangeren in der Altersgruppe 20-25 Jahre sind überwiegend in einer Schwangerenvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche zu finden. Die Ausnahme bilden die Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden. Innerhalb der Tätigkeit der Schwangeren war der größte Anteil mit 19,9 Prozent bei einer Versorgung entsprechend dem Standard nachweisbar. Der Anteil dieser Schwangeren lag bei einer Versorgung mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard bei 19,7 Prozent. Ungelernte und angelernte Arbeiterinnen sowie angelernte Aushilfskräfte zwischen 20 und 25 Jahren hatten zu 21 Prozent eine Schwangerenvorsorge, die mit zwei Untersuchungen über dem Standard lag. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen, Kleingewerbetreibende sowie für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige ergab sich jeweils ein Anteil von 22,6 Prozent. Insgesamt waren 48,9 Prozent der Schwangeren, die sich in der Ausbildung bzw. im Studium befanden und zwischen 21 und 25 Jahre alt waren, über dem Standard versorgt. Bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften betrug der Anteil 52,8, bei den

Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Aushilfskräften 55,8 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige ergab sich ein Anteil von 55,5 Prozent. Das bedeutet, dass mehr als ein Fünftel der Frauen zwischen 20 und 25 Jahre mit einer mittleren oder höheren beruflichen Qualifikation eine Schwangerschaftsvorsorge weit oberhalb der Standardversorgung hatte. In der Altersgruppe der 20-30 Jahre alten Schwangeren konnte gezeigt werden, dass der Anteil der Späterscheinenden mit zunehmender beruflicher Stellung abnimmt. Das heißt, dass 5,7 Prozent der Schwangeren, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden und zwischen 26 und 30 Jahre alt waren, erst nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche die erste Vorsorge hatten. Bei un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften waren es 5,2, bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden 2,6 und bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen 2,5 Prozent. Insgesamt hatten 19,7 Prozent der Frauen zwischen 26 und 30 Jahren, die in der Ausbildung oder im Studium waren, eine Schwangerenvorsorge unter dem Standard. Der Anteil für die un-, angelernten Arbeiterinnen und angelernten Aushilfskräften in der gleichen Altersgruppe lag bei 18,9 Prozent. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende betrug der Anteil 17,0 Prozent und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige 16,8 Prozent. Bei diesem Ergebnis zeigt sich auch, dass der Anteil der Versorgung unter dem Standard der Schwangerenvorsorge mit zunehmender beruflicher Qualifikation abnimmt. Die Versorgung von Schwangeren entsprechend dem Standard zeigten sich keine großen Unterschiede. 21,3 Prozent der Frauen, die sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung oder im Studium befanden, hatten in der Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen eine Versorgung entsprechend dem Standard. Bei ungelerten oder angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften lag der Anteil 0,1 Prozentpunkt darunter. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende betrug der Anteil 22,2 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige 20,9 Prozent. Alle vier Berufsgruppen hatten in der Altersklasse der 26- bis 30-Jährigen sehr hohe Anteile bezüglich einer Schwangerenvorsorge über dem Standard. 53,3 Prozent der Frauen, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden, hatten eine Schwangerenvorsorge, die mindestens mit einer Untersuchung über dem Standard lag. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag der Anteil bei 54,7 Prozent. Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende in dieser Altersgruppe wiesen einen Anteil bei der Schwangerenvorsorge über dem Standard von 58,3 Prozent auf. Mit fast 60 Prozent, nämlich 59,7 Prozent, hatten höhere Beamtinnen, Angestellte sowie Selbstständige in der Altersgruppe der 26-30 Jahre alten Frauen den größten Anteil bezüglich

einer Schwangerenvorsorge, die über dem Standard der Schwangerenvorsorge lag. In der Altersgruppe der Schwangeren zwischen 31 und 35 Jahre zeigte sich ebenfalls, dass mit zunehmender beruflicher Stellung der Anteil an Frauen, die zu den Späterscheinenden gehören, abnahm. So hatten Schwangere, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, einen Anteil von 5,1 Prozent. Bei un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften lag der Anteil bei 4,6, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 2,5 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 2,3 Prozent. Eine unter Standard Schwangerenvorsorge hatten 17,7 Prozent der Frauen zwischen 31 und 35 Jahren, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden. In der gleichen Altersgruppe lag der Anteil bei un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften bei 19,4, bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden bei 17,4 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 17,3 Prozent. Es zeigte sich auch hier, dass mit zunehmender beruflicher Qualifikation die Anteile der Schwangerenvorsorge unter dem Standard zurückgehen. Bei der beruflichen Qualifikation zeigte sich ebenfalls, dass mit zunehmender Qualifikation die Anteile innerhalb der Berufsgruppen bei einer Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard abnahmen. Die Ausnahme waren Schwangere, die sich während der Schwangerschaft in einer Ausbildung oder im Studium befanden. Ihr Anteil lag in der Altersgruppe der 31- bis 35-Jährigen bei 19,8 Prozent. Hingegen waren es bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen 22,7 Prozent. Der Anteil unter den un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften betrug 23,1 und für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende 22,9 Prozent. Eine Schwangerenvorsorge über dem Standard hatten 57,3 Prozent der Schwangeren, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden und zwischen 31 und 35 Jahre alt waren. Bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und angelernten Aushilfskräften waren es in der gleichen Altersgruppe 52,9 Prozent. 57,1 Prozent waren es bei den Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden und 57,7 Prozent bei den höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen. Es konnte nachgewiesen werden, dass mit zunehmender beruflicher Qualifikation eine Schwangerenvorsorge über dem Standard zunimmt. Eine Ausnahme bildeten allerdings die Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden. In der Altersgruppe der 36-40 Jahre alten Schwangeren und auch in den folgenden Altersgruppen soll nicht weiter auf Frauen, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, eingegangen werden, da die Fallzahlen gering ausfielen. Mit 7,2 Prozent hatten un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte einen mehr als doppelt so hohen Anteil bei den Späterscheinenden gegenüber Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und

Kleingewerbetreibenden mit 3,3 und im Vergleich zu höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen mit 3,2 Prozent innerhalb der Tätigkeit der Schwangeren. Es zeigt sich auch in dieser Altersgruppe, dass die berufliche Qualifikation mit einer späten ersten Versorgung während der Schwangerschaft verbunden ist. 18,7 Prozent der ungelerten und angelernten Aushilfskräfte und Arbeiterinnen hatten eine Schwangerenvorsorge, die bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche unterhalb der Standardvorsorge lag. Bei den Frauen, die als Facharbeiterinnen bzw. als einfache Beamtinnen tätig waren oder ein Kleingewerbe betrieben, betrug der Anteil 17,8 und bei höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen stieg der Anteil auf 19,1 Prozent an. Die Anteile einer Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard lagen zwischen 20,3 für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige und 22,1 Prozent bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag der Anteil in der Altersgruppe der 36- bis 40-Jährigen bei 21,0 Prozent. Eine Versorgung während der Schwangerschaft mit bis zu zwei Untersuchungen über dem Standard hatten 53,1 Prozent der un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte. Die Anteile für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende sowie höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige lagen bei 56,7 bzw. 57,4 Prozent signifikant darüber. Die Altersgruppe der Frauen, die zwischen 41 und 45 Jahren schwanger waren, stellte sich bei der Schwangerenvorsorge wie folgt dar. Auf die Ergebnisse einer Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche soll nicht weiter eingegangen werden, da es sich um sehr kleine Fallzahlen zwischen  $n = 48$  und  $n = 180$  handelt. Allerdings ist zu erkennen, dass auch in dieser Altersgruppe mit zunehmender beruflicher Qualifikation die Anteile einer späten Erstversorgung in der Schwangerschaft abnehmen. Bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften dieser Altersgruppe hatten 17,9 Prozent eine Schwangerenvorsorge unter dem Standard. Für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige lag der Anteil bei 17,6 und für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 16,1 Prozent. Entsprechend dem Standard bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche wurden in der Altersgruppe der 41- bis 45-Jährigen 17,3 Prozent der un- oder angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte versorgt. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende sowie höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige lagen die Anteile bei 21,1 bzw. 21,6 Prozent. Eine Schwangerenvorsorge mit bis zu mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard wiesen 50,1 der un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte auf. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende betrug der Anteil 54,0 und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige 54,9 Prozent. Da es für die Frauen über 46 Jahre

keine signifikanten Ergebnisse gab, sollen diese im Weiteren auch nicht genauer dargestellt werden.

Es wurde weiterhin eine Analyse der Vorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien bis zur 40 + 0 in Bezug auf die Parität und den sozioökonomischen Status der Schwangeren vorgenommen (n = 371.364). Dabei wurde zwischen Nullipara und Multipara differenziert. Nullipara, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, hatten zu 16,2 Prozent eine Schwangerenvorsorge nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche, das bedeutet, es handelte sich dabei um Späterscheinende. Der Anteil bei den Multipara betrug in dieser Berufsgruppe 10,6 Prozent. Wie auch beim Alter konnte gezeigt werden, dass mit zunehmender beruflicher Qualifikation eine späte Erstversorgung abnahm. Allerdings lag der Anteil bei Multipara, die höhere Beamtinnen, Angestellte oder Selbstständige waren, mit 3,5 Prozent signifikant über dem Anteil der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden mit 3,3 Prozent. Der Anteil von Späterscheinenden war mit 7,2 Prozent für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte mehr als doppelt so hoch. Für Nullipara dieser Berufsgruppe betrug der Anteil 6,6 Prozent. Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende hatten einen Anteil von 3,1 und höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige ein Anteil von 2,7 Prozent. Bis auf die Schwangeren, die sich an einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, waren die Anteile an Späterscheinenden Schwangeren bei Nullipara geringer. Eine Schwangerenvorsorge unter dem Standard mit bis zu mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard hatten 18,5 Prozent der Nullipara, die sich in einer Ausbildung bzw. Studium befanden. Unter den Multipara waren es 24,1 Prozent. Das bedeutet, dass Mehrgebärende, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, einen höheren Anteil bei einer Schwangerenvorsorge unter dem Standard hatten. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte lag der Anteil bei Multipara, die unter dem Standard versorgt wurden, bei 20,3 und für Nullipara bei 18,2 Prozent. Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende hatten als Nullipara einen Anteil der Schwangerenvorsorge unter dem Standard von 16,4 und Multipara von 18,9 Prozent. Für Multipara, die höhere Beamtinnen, Angestellte oder Selbstständige waren, lag der Anteil bei einer Unterversorgung bei 19,7 und für Nullipara bei 16,4 Prozent. Insgesamt kann festgestellt werden, dass eine Schwangerenvorsorge unter Standard häufiger bei Multipara festzustellen war, auch wenn eine Differenzierung nach beruflichem Status vorgenommen wurde. Entsprechend dem Standard der Schwangerenvorsorge bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche wurden 18,7 Prozent der Nullipara, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, 21,5 Prozent der un-, angelernten Arbeiterinnen und

Aushilfskräfte, 21,9 Prozent der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden und 20,8 Prozent der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen versorgt. Für die Multipara lagen die Anteile bei 19,6 Prozent der Frauen, die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden. 20,7 Prozent der ungelernten und angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte hatten eine Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard. Der Anteil der Multipara, die Facharbeiterinnen bzw. einfache Beamtinnen waren oder ein Kleingewerbe betrieben, lag bei 23,1 und bei höheren Beamtinnen, Angestellten sowie Selbstständigen bei 22,4 Prozent. Erstaunlich ist, dass bei einer Schwangerenvorsorge entsprechend den Mutterschaftsrichtlinien, die Anteile innerhalb der Tätigkeit der Schwangeren bei Multipara größer waren als bei Nullipara. Eine Ausnahme bildeten die ungelernten bzw. angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte. 36,6 Prozent der Auszubildenden bzw. der studierenden Schwangeren, die Nullipara waren, hatten im Untersuchungszeitraum eine Schwangerenvorsorge, die mit bis zu über zwei Untersuchungen über dem Standard lag. Bei den Multipara waren es 47,4 Prozent. Die Multipara, die ungelernete oder angelernte Arbeiterinnen bzw. Aushilfskräfte waren, hatten einen Anteil von 51,9 Prozent. Bei den Multipara, die Facharbeiterinnen oder einfache Beamtinnen waren bzw. ein Kleingewerbe betrieben, lag der Anteil bei 54,7 Prozent und für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 54,5 Prozent. Der Anteil für Nullipara lag entsprechend für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige bei 60,1, für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende bei 58,5 und für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte bei 53,7 Prozent. Festgehalten werden kann, dass die meisten Berufsgruppen, in denen die Schwangeren Nullipara waren, einen höheren Anteil bei der Schwangerenvorsorge über dem Standard haben, als Multipara. Schwangere, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, waren in diesem Fall die Ausnahme.

Bezugnehmend auf den Familienstand der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft und der beruflichen Tätigkeit (n = 355.720) konnte gezeigt werden, dass 19,5 Prozent der Schwangeren, die nicht alleinstehend waren und sich in der Ausbildung bzw. im Studium befanden, eine Schwangerenvorsorge unter dem Standard hatten. Hingegen waren es bei alleinstehenden Frauen mit der gleichen Tätigkeit lediglich 18,8 Prozent. Alleinstehende un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte hatten eine Schwangerenvorsorge unterhalb des Standards von 18,6 Prozent. In der gleichen Berufsgruppe, in der die Schwangere allerdings mit einem Partner zusammenlebte, konnte ein Anteil von 19,1 Prozent nachgewiesen werden. Die Anteile für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden waren mit 17,2 Prozent bei alleinstehenden und



nicht alleinstehenden Schwangeren gleich. Für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige ergab sich ein Anteil bezüglich der Schwangerenversorgung unter dem Standard von 17,8 Prozent für Frauen, die in einer Partnerschaft lebten, und 16,1 Prozent für Alleinstehende. Insgesamt zeigte sich, dass sich der Familienstand alleinstehend, unter Berücksichtigung der sozioökonomischen Lage, nicht negativ auf eine Schwangerenversorgung unter Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien auswirkt. Allerdings konnten Unterschiede bei den Hausfrauen nachgewiesen werden. 22 Prozent der Hausfrauen, die nicht alleinstehend waren, hatten eine Schwangerenvorsorge unter dem Standard. Hingegen waren es bei alleinstehenden Frauen 23,1 Prozent.

Um Risiken für eine Unterversorgung bei der Schwangerenvorsorge bei Schwangeren mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status darzustellen, werden im Folgenden logistische Regressionsanalysen durchgeführt. In der nachfolgenden Abbildung wird das Risiko einer Schwangerenvorsorge mit mindestens einer Untersuchung unter dem Standard bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche gemäß den Mutterschaftsrichtlinien dargestellt. Um weitere Unterschiede bezüglich der Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard zu eruieren, wird die gleiche Berechnung für eine Schwangerschaftsvorsorge "eine Untersuchung unter Standard", "zwei Untersuchungen unter Standard" sowie "mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard" durchgeführt. Als Kontrollvariablen werden besondere soziale Belastung in der Anamnese, besondere psychische Belastung in der Anamnese, familiäre Belastung, Schwangere ist jünger als 18 Jahre, alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten einbezogen. In die Analyse wurden n = 371.376 Fälle einbezogen. Die Anzahl der Fälle reduzierte sich nach Einbeziehung der Kontrollvariablen auf n = 285.394.

Tätigkeit der Schwangeren	OR (95% CI)	P	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Höhere Beamtin + Angestellte, Selbstständige	1.0		1.0	
Ausbildung, Studium	1.095 (1.041 - 1.152)	< 0.001	1.051 (0.982 - 1.125)	n. s.
Un-, angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft	1.093 (1.042 - 1.147)	< 0.001	1.070 (1.009 - 1.133)	< 0.05
Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe	0.975 (0.948 - 1.003)	n. s.	0.954 (0.922 - 0.987)	< 0.05

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 18: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) unter Standard nach Mutterschaftsrichtlinien und Beruf der Mutter (bis einschließlich 40 + 0 SSW) (2001-2008)**

Bei der Analyse der Schwangerschaftsvorsorge bezüglich des beruflichen Status der Schwangeren konnte nachgewiesen werden, dass auch nach Adjustierung von Kontrollvariablen un- und angelernte Arbeiterinnen sowie Aushilfskräfte ein signifikant höheres Risiko einer Schwangerenvorsorge unter dem Standard hatten, als höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige, die als Referenzgruppe dienten. Für Frauen in einer Ausbildung oder im Studium ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende hatten nach Adjustierung der Kontrollvariablen ein signifikant geringeres Risiko einer Schwangerenvorsorge unter dem Standard als die Referenzgruppe. Hausfrauen, die allerdings nicht in die Gesamtanalyse mit einbezogen wurden, hatten ein signifikant höheres Risiko nach Adjustierung der Kontrollvariablen einer Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard von mindestens einer Untersuchung AOR = 1.276 (95 % CI 1.236 - 1.318; p < 0.001).

Tätigkeit der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Höhere Beamtin + Angestellte, Selbstständige	1.0		1.0	
Ausbildung, Studium	0.924 (0.869 - 0.983)	< 0.05	0.975 (0.898 - 1.058)	n. s.
Un-, angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft	1.045 (0.987 - 1.106)	n. s.	1.068 (0.998 - 1.144)	n. s.
Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe	1.005 (0.972 - 1.039)	n. s.	1.003 (0.964 - 1.044)	n. s.

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 19: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) eine Untersuchung unter Standard nach Mutterschaftsrichtlinien und Beruf der Mutter (bis einschließlich 40 + 0 SSW) (2001-2008)**

Bei der Analyse der Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung unter dem Standard konnten nach Adjustierung der Kontrollvariablen keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden. Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende hatten eine ähnlich hohe Chance von einer Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien wie höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige. Allerdings hatten Hausfrauen gegenüber der Referenzgruppe der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen nach Adjustierung der Kontrollvariablen ein signifikant höheres Risiko einer Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung unter dem Standard (AOR = 1.115 (95 % CI 1.073 - 1.158; p < 0.001)).

Tätigkeit der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Höhere Beamtin + Angestellte, Selbstständige	1.0		1.0	
Ausbildung, Studium	1.224 (1.112 - 1.347)	< 0.001	1.087 (0.954 - 1.239)	n. s.
Un-, angeleitete Arbeiterin, angeleitete Aushilfskraft	1.098 (0.999 - 1.207)	n. s.	1.022 (0.911 - 1.146)	n. s.
Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe	0.938 (0.886 - 0.993)	< 0.05	0.896 (0.838 - 0.958)	< 0.05

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 20: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) zwei Untersuchungen unter Standard nach Mutterschaftsrichtlinien und Beruf der Mutter (bis einschließlich 40 + 0 SSW) (2001-2008)**

Bei der Analyse des Risikos einer Schwangerschaftsvorsorge von zwei Untersuchungen unter dem Standard konnte gezeigt werden, dass Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende ein signifikant geringeres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge von zwei Untersuchungen unter dem Standard hatten. Für die anderen Berufsgruppen konnten nach Adjustierung der Kontrollvariablen keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden. Wiederum zeigte sich allerdings, dass Hausfrauen ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge von zwei Untersuchungen unter dem Standard im Vergleich zur Referenzgruppe der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen hatten (AOR = 1.313 (95 % CI 1.233 - 1.398;  $p < 0.001$ )).

Tätigkeit der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Höhere Beamtin + Angestellte, Selbstständige	1.0		1.0	
Ausbildung, Studium	1.855 (1.636 - 2.103)	< 0.001	1.391 (1.179 - 1.641)	< 0.001
Un-, angeleitete Arbeiterin, angeleitete Aushilfskraft	1.308 (1.144 - 1.495)	< 0.001	1.145 (0.976 - 1.342)	n. s.
Facharbeiterin, einfache Beamtin, Kleingewerbe	0.884 (0.811 - 0.964)	< 0.05	0.819 (0.741 - 0.905)	< 0.001

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 21: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mehr als zwei Untersuchungen unter Standard nach Mutterschaftsrichtlinien und Beruf der Mutter (bis einschließlich 40 + 0 SSW) (2001-2008)**

Im Vergleich zu den vorherigen Untersuchungen zeigten sich eindeutigere Ergebnisse bei der Analyse einer Schwangerschaftsvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard. Schwangere, die sich in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, hatten ein signifikant höheres Risiko, dass sie eine Schwangerschaftsvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard erhielten. Im Gegensatz dazu konnte nach Adjustierung der Kontrollvariablen für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende nachgewiesen werden, dass sie ein signifikant geringeres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter der Schwangerschaftsvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien hatten. Für un- und angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte konnten für eine Schwangerschaftsvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard keine signifikanten Ergebnisse nach Adjustierung der Kontrollvariablen errechnet werden. Allerdings zeigte sich, dass auch bei einer Schwangerenvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard Hausfrauen ein signifikant höheres Risiko  $AOR = 1.855$  (95 % CI 1.695 - 2.031;  $p < 0.001$ ) hatten.

## 14 Vorsorge von Schwangeren mit Migrationshintergrund

Um Unterschiede bezüglich der Schwangerenvorsorge nach Herkunftsregion der Schwangeren zu machen, wurde zunächst zwischen der Herkunftsregion Deutschland und einer anderen Herkunftsregion differenziert (n = 403.551). Zwischen 2001 und 2008 hatten 12,6 Prozent der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland eine Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche. Der Anteil bei den Frauen aus Deutschland betrug 5,5 Prozent. Signifikante Unterschiede konnten auch bei der weiteren Differenzierung zwischen Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland und Frauen aus Deutschland eruiert werden. 4,7 Prozent der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland hatten eine Schwangerenvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard. Für Frauen aus Deutschland betrug der Anteil 2,1 Prozent. Zwei Untersuchungen unter dem Standard hatten 6,1 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund und 4,1 Prozent der Frauen aus Deutschland. Für eine Untersuchung unter dem Standard lagen die Anteile bei 13,1 bzw. 12,5 Prozent für Frauen aus Deutschland. Entsprechend dem Standard der Schwangerenvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche wurden 19,2 Prozent der Frauen mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland versorgt und 21,8 Prozent der Frauen aus Deutschland. Auch bei der Versorgung über dem Standard konnten deutliche Unterschiede zwischen Schwangeren mit Migrationshintergrund und schwangeren Deutschen festgestellt werden. 16,5 Prozent der Frauen aus einem anderen Herkunftsland als Deutschland hatten eine Untersuchung über dem Standard. Hingegen waren es bei deutschen Frauen 19,7 Prozent. 11 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund hatten zwei Untersuchungen über dem Standard und der Anteil betrug für Frauen aus Deutschland 13,7 Prozent. Mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard hatten 16,8 Prozent der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland und 20,4, also mehr als ein Fünftel, der Frauen aus Deutschland. Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Frauen aus anderen Herkunftsregionen als Deutschland häufiger zu den Späterscheinenden gehören, häufiger eine Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard erhalten und seltener entsprechend dem Standard bzw. über dem Standard versorgt werden.

Zwischen 2001 und 2008 konnte ein Rückgang der Anteil der Schwangeren, die erst nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche erstmals zur Versorgung erschienen, sowohl bei Frauen aus Deutschland und Frauen mit einem anderen Herkunftsland, nachgewiesen werden. Der Anteil der deutschen Frauen ging von 5,6 auf 5,3 Prozent im Jahr 2008 zurück. Im gleichen Zeitraum

konnte ein Rückgang bei den Frauen mit einem anderen Herkunftsland von 14,2 auf 11,6 Prozent festgestellt werden. Auch bei der Schwangerenversorgung unter dem Standard ist ein Rückgang in beiden Herkunftsgruppen zu verzeichnen. Hatten 25,5 Prozent der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland noch im Jahr 2001 eine Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard, so lag der Anteil im Jahr 2008 bei 22,0 Prozent. Für Frauen mit dem Herkunftsland Deutschland lag der Anteil im Jahr 2008 bei 17,5 was einen Rückgang von 3,4 Prozentpunkten gegenüber dem Jahr 2001 bedeutete. Bei den deutschen Frauen ist ein leichter Rückgang in Bezug auf die Schwangerenvorsorge entsprechend dem Standard zu verzeichnen. 2001 lag der Anteil bei 22,7 und im Jahr 2008 bei 21,1 Prozent. Hingegen variierten die Anteile bei Frauen mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland zwischen 2001 und 2008 nur geringfügig. Die bedeutendsten Veränderungen sind bei der Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche zu erkennen. Im Jahr 2001 wurden 41,2 Prozent der Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland über dem Standard versorgt. Bis 2008 stieg der Anteil auf 47,1 Prozent an. Bei den deutschen Frauen sind ähnliche Ergebnisse festzustellen. Lag der Anteil der Schwangeren, die über dem Standard versorgt wurden, im Jahr 2001 bei 50,9 Prozent, folgte bis zum Jahr 2008 ein Anstieg auf 56,1 Prozent. Insgesamt kann festgestellt werden, dass der Anteil der Späterscheinenden und der Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard in beiden Herkunftsgruppen zurückgegangen ist. Hingegen ist ein signifikanter Anstieg der Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard zwischen 2001 und 2008 für beide Herkunftsgruppen festzustellen.

Die weitere Auswertung soll Versorgungslücken der Frauen mit Migrationshintergrund in der Schwangerenvorsorge aufzeigen. In der nachfolgenden Analyse soll insbesondere auf die Schwangeren aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" eingegangen werden, da diese die Fokusgruppen der Analyse ausmachen.

Bei der Differenzierung der Vorsorge nach Herkunftsregionen (n = 403.490) konnten deutliche Unterschiede dargestellt werden. Im vorausgegangenen Abschnitt wurden die Anteile der deutschen Frauen bezüglich der Schwangerenvorsorge bereits dargestellt. Daher werden an dieser Stelle die Unterschiede zwischen den Osteuropäerinnen und Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" dargestellt. Mit 15,2 Prozent lag der Anteil der Späterscheinenden unter den Osteuropäerinnen deutlich höher als der Anteil der Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 9,2 Prozent. Mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien hatten 3,9 Prozent der Schwangeren aus "Osteuropa". Der Anteil für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag bei 5,2 Prozent. Auch bei

der Differenzierung nach zwei bzw. einer Untersuchung unter dem Standard wiesen Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" höhere Anteile mit 6,6 bzw. 13,7 Prozent gegenüber den Frauen aus "Osteuropa" mit 5,9 und 13,4 Prozent auf. 20 Prozent der Schwangeren aus "Osteuropa" wurden entsprechend dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien betreut. Hingegen lag der Anteil für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 18,9 Prozent. Bei der Schwangerenvorsorge über dem Standard konnte nachgewiesen werden, dass Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" höhere Anteile hatten, als Frauen aus "Osteuropa". Für eine Untersuchung über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche lagen die Anteile bei 17,3 bzw. 16,8 Prozent. Für zwei Untersuchungen über dem Standard bei 11,4 bzw. 10,7 Prozent. Mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard hatten 14,2 Prozent der Frauen aus "Osteuropa" und 17,6 Prozent der Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika". Insgesamt konnte festgestellt werden, dass Frauen aus der Region "Mittlerer Osten, Nordafrika" höhere Anteile bei einer Schwangerenvorsorge unter dem Standard, aber auch über dem Standard hatten und seltener zu den Späterscheinenden Schwangeren gehörten als Osteuropäerinnen.

In den anderen Herkunftsregionen fiel auf, dass bspw. Schwangere aus "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" einen signifikant höheren Anteil mit 27,1 Prozent gegenüber den deutschen Frauen bei einer Schwangerenvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard hatten. Schwangere aus dieser Herkunftsregion hatten ebenfalls einen hohen Anteil mit 14,2 Prozent bei den Späterscheinenden.

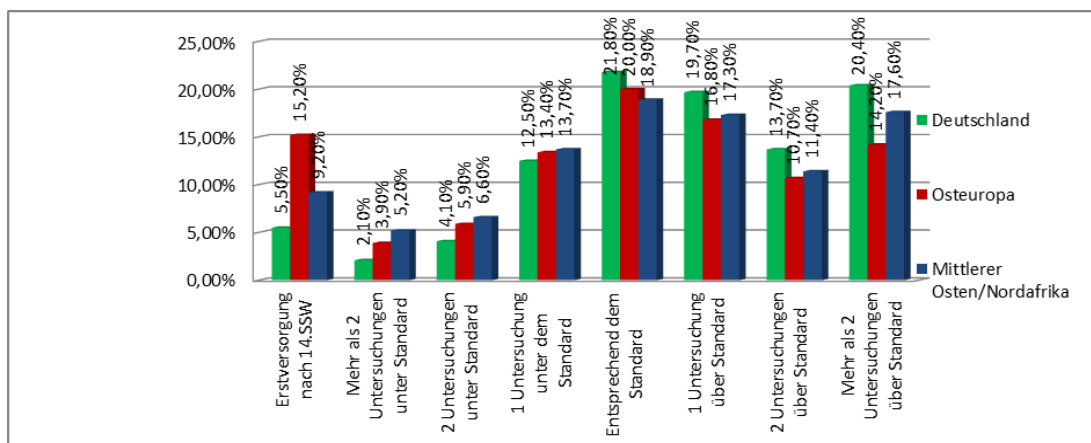


Abbildung 56: Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) nach Mutterschaftsrichtlinien (40 + 0 SSW) und ausgewählten Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008

Im Weiteren sollen ausgewählte Ergebnisse bezüglich der Herkunftsregion und des Alters der Schwangeren dargestellt werden (n = 403.461). Schwangere mit dem Herkunftsland

Deutschland, die bis 20 Jahre alt waren, waren mit 18,7 Prozent zu den Späterscheinenden zu zählen. 21,2 Prozent waren unter dem Standard versorgt und 42,2 Prozent über dem Standard. Signifikante Unterschiede zu Frauen mit dem Herkunftsland Deutschland konnten für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und Osteuropäerinnen eruiert werden. Lediglich 11 Prozent der Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" in der Altersgruppe der bis zu 20 Jahre alten Schwangeren waren Späterscheinende. Für Osteuropäerinnen lag der Anteil bei 25,2 Prozent. 30,5 Prozent der Osteuropäerinnen hatten mindestens eine Untersuchung unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien, wohingegen der Anteil bei den Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 21,8 Prozent lag. 35,8 Prozent der Schwangeren aus "Osteuropa" wurden über dem Standard mit mindestens einer Untersuchung betreut. Der Anteil für Schwangere bis zu 20 Jahren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug 40,8 Prozent. Es konnte auch bei der Differenzierung nach Alter der Schwangeren festgestellt werden, dass Osteuropäerinnen, aber auch Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika", im Vergleich zu deutschen Frauen häufiger eine unter Standardversorgung in der Schwangerschaft und seltener eine über Standardversorgung erhalten. In der Altersgruppe der 21- bis 25-Jährigen konnte nachgewiesen werden, dass der Anteil von Späterscheinenden unter den deutschen Schwangeren signifikant auf 8,4 Prozent zurückgegangen ist. Ebenso war ein Rückgang bei der unter Standardversorgung gemäß den Mutterschaftsrichtlinien zu erkennen. Der Anteil betrug 19,8 Prozent. Der Anteil der Überversorgung mit mindestens einer Untersuchung über dem Standard ist hingegen auf 51,0 Prozent angestiegen. Auch bei den Frauen aus osteuropäischen Ländern und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" war ein Anstieg bezüglich der Versorgung über dem Standard nachzuweisen. Die Anteile betrugen 41,5 bzw. 44,7 Prozent. Für Frauen aus "Osteuropa" lag der Anteil für Frauen, die eine Versorgung unter dem Standard erhalten haben, mit 23,5 Prozent über dem der vorangegangenen Altersgruppe. Hingegen ist der Anteil bei der Unterversorgung gemäß den Mutterschaftsrichtlinien bei den Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" auf 26,9 Prozent zurückgegangen. Für beide Herkunftsregionen konnte ebenso ein Rückgang des Anteils der Späterscheinenden nachgewiesen werden. Für Frauen aus Osteuropa lag der Anteil bei 14,6 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 9,7 Prozent. Für die Altersgruppe der 26-30 Jahre alten Schwangeren konnten für Späterscheinende Schwangere bei der ersten Untersuchung ähnlich hohe Anteile für Osteuropäerinnen mit 12,1 Prozent und 8,2 Prozent für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" nachgewiesen werden. In der gleichen Altersgruppe lag der Anteil bei Frauen, die aus Deutschland kamen, bei lediglich 4,0 Prozent. Ein leichter Rückgang einer Schwangerenvorsorge unter dem Standard auf 18,3



Prozent konnte für Schwangere aus Deutschland nachgewiesen werden. 23,4 Prozent der Schwangeren aus Osteuropa wurden im Untersuchungszeitraum unter dem Standard versorgt. Der Anteil für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug 25,3 und der Anteil für eine Überversorgung während der Schwangerschaft lag in der Herkunftsgruppe bei 46,9 Prozent. Der Anteil der Osteuropäerinnen, der während der Schwangerschaft über dem Standard versorgt wurden, lag bei 43,7 Prozent. Auch mit zunehmendem Alter sind Schwangere aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" signifikant seltener über dem Standard im Vergleich zu deutschen Frauen versorgt. Auch in der Altersgruppe der 31- bis 35-Jährigen Schwangeren zeigte sich, dass deutsche Frauen den geringsten Anteil unter den Späterscheinenden mit 3,5 Prozent hatten. Die Anteile für Osteuropäerinnen lagen bei 14,9 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug 8,3 Prozent. 55,3 Prozent der Schwangeren hatten eine Schwangerenvorsorge, die über dem Standard lag, wenn die Schwangere aus Deutschland stammte. Für Osteuropäerinnen lag der Anteil bei 42,2 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 49,4 Prozent. Für die Unterversorgung gemäß den Mutterschaftsrichtlinien zeigte sich wie in den anderen Altersgruppen auch, dass Osteuropäerinnen und Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 23,2 und 22,9 Prozent signifikant häufiger unterversorgt waren als deutsche Frauen mit 18,3 Prozent. 4,8 Prozent der deutschen Frauen waren in der Altersgruppe der 36- bis 40-Jährigen Späterscheinende. Mit mindestens einer Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung unter dem Standard waren 18,8 Prozent der deutschen Frauen unterversorgt. 54,6 Prozent hingegen waren mit mindestens einer Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung über dem Standard. Auffällig ist, dass in dieser Altersgruppe 20,5 Prozent der Osteuropäerinnen Späterscheinende waren und der Anteil der Schwangeren, die mindestens eine Untersuchung über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien hatten, auf 38,6 Prozent abgesunken ist. Der Anteil bei der Unterversorgung gemäß den Mutterschaftsrichtlinien lag bei Osteuropäerinnen bei 21,8 Prozent. Für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag der Anteil bei den Späterscheinenden bei 9,9 und für eine Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard bei 47,8 sowie eine Standardversorgung unter dem Standard bei 24,5 Prozent. In der Altersgruppe der Frauen zwischen 41 und 45 Jahren betrug der Anteil der Späterscheinenden Frauen mit deutscher Herkunft 9,7 Prozent. 18,4 Prozent wurden unter dem Standard versorgt und 51,8, also mehr als die Hälfte, über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien. Bei den Schwangeren aus "Osteuropa" waren 33,5 Prozent der Schwangeren Späterscheinende. 16,7 Prozent waren es bei den Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika". Allerdings ist bei diesen Frauen eine sehr kleine Fallzahl von n= 55 zu berücksichtigen. 20,5 Prozent der

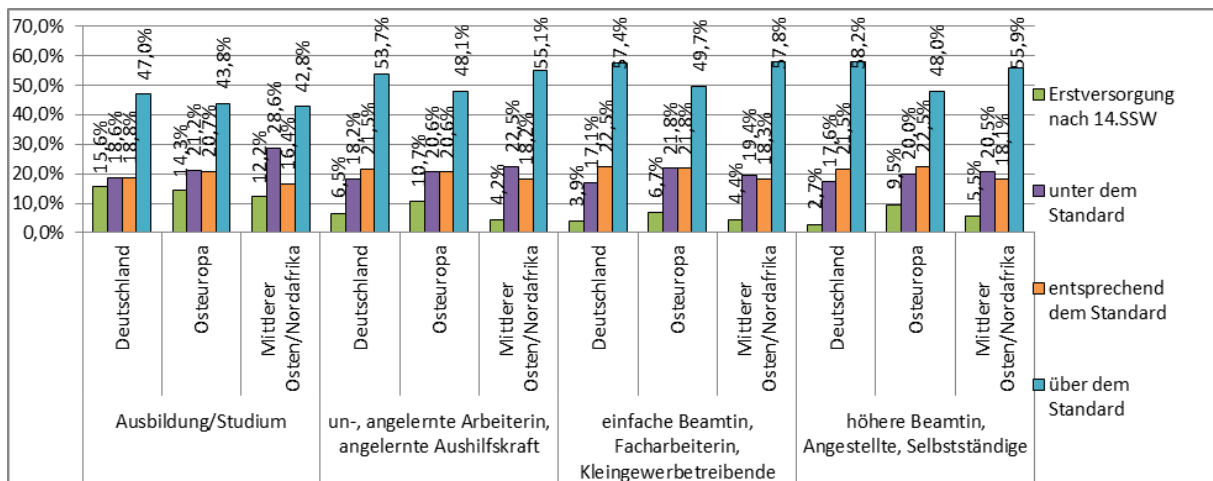
Osteuropäerinnen wurden unter dem Standard versorgt und 32,7 Prozent über dem Standard, bei den Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" waren es 20,1 bzw. 46,2 Prozent. Für Schwangere, die über 46 Jahre alt waren, wird auf die weitere Analyse verzichtet, da sich keine signifikanten Ergebnisse abzeichneten, was durch die geringen Fallzahlen innerhalb der Herkunftsländer begründet sein kann.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" signifikant später zu der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung kommen. Außerdem sind sie seltener über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche versorgt. Hingegen werden sie aber häufiger im Vergleich zu deutschen Frauen unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien betreut.

Bei der Differenzierung der Vorsorge nach Herkunftsregion und Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft (n = 371.299) zeigte sich, dass 15,6 Prozent der Schwangeren aus Deutschland, die sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden, erst nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche zur ersten Vorsorgeuntersuchung erschienen. Die Anteile für Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betragen 14,3 bzw. 12,2 Prozent. Das bedeutet, dass die Anteile der Späterscheinenden unter den Frauen aus den Herkunftsregionen, die im Fokus dieser Studie stehen, signifikant geringer als bei den deutschen Frauen waren. Allerdings handelt es sich bei Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" um eine kleine Fallzahl von n = 37 und bei Frauen aus "Osteuropa" um n = 147. Eine Versorgung entsprechend dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien hatten 20,7 Prozent der Osteuropäerinnen. Für Frauen aus Deutschland betrug der Anteil 18,8 Prozent und Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hatten einen signifikant geringeren Anteil mit 16,4 Prozent. Für diese Frauen spielt allerdings wiederum die kleine Fallzahl von n = 50 eine Rolle. Eine Schwangerenvorsorge unter dem Standard hatten 18,6 Prozent der Frauen mit dem Herkunftsland Deutschland. Die Anteile für Osteuropäerinnen und Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lagen mit 21,2 bzw. 28,6 Prozent signifikant darüber. Hingegen hatten die Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" signifikant geringere Anteile für eine Schwangerenvorsorge, die über dem Standard lag. Die Anteile betragen 43,8 bzw. 42,8 Prozent. Der Anteil für Frauen aus Deutschland lag bei 47,0 Prozent. Für Schwangere, die während der jetzigen Schwangerschaft einer un- oder angelernten Tätigkeit nachgingen bzw. als angelernte Aushilfskraft tätig waren, konnte nachgewiesen werden, dass 55,1 Prozent der Schwangeren aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" über dem Standard der Schwangerenvorsorge betreut wurden. Dieser Anteil lag signifikant über dem der Frauen

aus Deutschland mit 53,7 und Osteuropäerinnen mit 48,1 Prozent. Sowohl Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" hatten signifikant höhere Anteile für eine Schwangerschaftsvorsorge, die unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien lag als Schwangere mit dem Herkunftsland Deutschland. Der Anteil für Frauen aus Deutschland betrug 18,2, für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 23,5 und für Osteuropäerinnen 20,6 Prozent in der Gruppe der un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräfte. Signifikant geringere Anteile hatten Osteuropäerinnen mit 20,6 Prozent, wenn die Schwangerschaftsvorsorge dem Standard entsprach. Der Anteil für die Frauen aus Deutschland betrug 21,5 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 18,2 Prozent. Lediglich 4,2 Prozent der Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" waren Späterscheinende. Allerdings handelte es sich dabei um eine kleine Fallzahl von  $n = 29$ . 6,5 Prozent der Schwangeren mit dem Herkunftsland Deutschland waren unter den un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften Späterscheinende. Der Anteil unter den Osteuropäerinnen betrug 10,7 Prozent und lag damit signifikant über dem Anteil der Frauen aus Deutschland. Unter den Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden hatten 3,0 Prozent der Frauen, die das Herkunftsland Deutschland hatten, eine Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche. Unter den Osteuropäerinnen waren es 6,7 Prozent und Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" wiesen einen Anteil von 4,4 Prozent auf. Allerdings sind Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende mit einer späten Erstversorgung durch eine kleine Fallzahl ( $n = 69$ ) gekennzeichnet. 22,5 Prozent der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden aus Deutschland hatten eine Schwangerenvorsorge, die dem Standard entsprach. 17,1 Prozent wurden unterhalb des Standards versorgt und 57,4 Prozent über dem Standard. Auffällig war, dass Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" zu 57,8 Prozent mit mindestens einer Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung über dem Standard betreut wurden. Der Anteil war signifikant höher als unter den deutschen Frauen. Allerdings wiesen die Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" einen höheren Anteil mit 19,4 Prozent als die deutschen Frauen bei einer Schwangerschaftsvorsorge, die unterhalb der Standards lag, auf. Für Osteuropäerinnen betrug der Anteil sogar 21,8 Prozent. Entsprechend dem Standard der Schwangerschaftsvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien wurden ebenfalls 21,8 Prozent der Frauen aus "Osteuropa" betreut. Der Anteil von Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug 18,3 Prozent. Innerhalb der Gruppe der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen lag der Anteil unter den deutschen Späterscheinenden bei 2,7 Prozent. Für Schwangere aus "Osteuropa" betrug der Anteil 9,5

und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 5,5 Prozent. Allerdings sind die Fallzahlen sowohl für Osteuropäerinnen mit n = 80 als auch für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit n = 20 relativ gering. 21,5 Prozent der Schwangeren mit dem Herkunftsland Deutschland wurden entsprechend dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien betreut. Für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lagen die Anteile bei 22,5 bzw. 18,1 Prozent. Die Fallzahl bei Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug allerdings lediglich n = 66. 17,6 Prozent der Schwangeren aus Deutschland wurden unterhalb der Standardvorsorge betreut. 58,2 Prozent wurden mit mindestens einer Untersuchung über dem Standard versorgt. Die Anteile für die Schwangeren aus Osteuropa betragen 20,0 Prozent und 48,0 Prozent. Eine Versorgung unterhalb des Standards hatten 20,5 Prozent der Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und 55,9 Prozent wurden oberhalb der Standardvorsorge betreut.



**Abbildung 57: Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) nach Mutterschaftsrichtlinien (40 + 0 SSW), ausgewählten Herkunftsregionen und Tätigkeit der Schwangeren in Niedersachsen 2001-2008**

Beim Vergleich des sozioökonomischen Status, der über den Beruf der Schwangeren angegeben wird, und der Herkunftsregion der Schwangeren konnte nachgewiesen werden, dass mit zunehmender beruflicher Qualifikation der Anteil der Schwangerenvorsorge über dem Standard der Schwangeren aus allen drei Herkunftsregionen zunahm. Allerdings wiesen Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" die höchsten Anteile bei einer Schwangerenvorsorge über dem Standard bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden aus. Hingegen haben Frauen aus Deutschland den höchsten Anteil einer Versorgung über dem Standard unter den Frauen der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen. Mit zunehmender Qualifikation nahm bei fast allen Frauen der

untersuchten Herkunftsregionen der Anteil derer, die unter dem Standard der Schwangerenvorsorge betreut wurden, ab. Ausnahmen bildeten die Frauen aus Deutschland, die als höhere Beamtin, Angestellte und Selbstständige tätig sind. Außerdem sind Frauen, die aus "Osteuropa" kommen und Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen oder Kleingewerbetreibende sind, eine Ausnahme, ebenso höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige mit der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika".

Weiterhin wurde die Schwangerschaftsvorsorge bezüglich des Herkunftslandes und der Parität differenziert betrachtet (n = 403.481). 5,2 Prozent der Schwangeren, die Deutschland als Herkunftsland hatten und Nullipara waren, waren Späterscheinende. Bei den Multipara ebenfalls aus Deutschland waren es 5,8 Prozent der Schwangeren. Für Nullipara aus "Osteuropa" betrug der Anteil 14,9 und für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 9,1 Prozent. Für die Multipara dieser Herkunftsregionen betrugen die Anteile 15,5 bzw. 9,2 Prozent. Die Anteile der Späterscheinenden sind in den untersuchten Herkunftsregionen mit der Parität der Schwangeren angestiegen. Schwangere mit der Herkunftsregion Deutschland erhielten mit 56,0 Prozent am häufigsten eine Schwangerenvorsorge über dem Standard, wenn sie Nullipara waren. Den größten Anteil nahmen davon 22,0 Prozent mit einer Schwangerschaftsvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard ein. Für Frauen aus "Osteuropa" betrug der Anteil insgesamt 43,4 Prozent. Im Gegensatz zu den Frauen aus Deutschland lag der größte Anteil mit 17,0 Prozent bei einer Schwangerschaftsvorsorge mit einer Untersuchung über dem Standard. Insgesamt betrug der Anteil bei Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei einer Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard 48,9 Prozent. Wie bei den Frauen aus Deutschland war der größte Anteil mit 19,7 Prozent bei einer Schwangerschaftsvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard zu finden. 21,4 Prozent der Nullipara aus Deutschland wurden entsprechend dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien versorgt. Die Anteile für Osteuropäerinnen und Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrugen 20,5 bzw. 18,3 Prozent. 17,4 Prozent der Nullipara aus Deutschland wurden während der Schwangerschaft unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien versorgt. Den größten Anteil nahm mit 11,9 Prozent eine Schwangerschaftsvorsorge mit einer Untersuchung unter dem Standard ein. Insgesamt lag der Anteil der Schwangeren, die unter dem Standard versorgt wurden, für die Osteuropäerinnen bei 21,3 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 23,7 Prozent. Der größte Anteil bei einer Versorgung der Schwangeren aus "Osteuropa" waren mit 12,7 Prozent bei einer Schwangerenvorsorge mit einer Untersuchung unter dem Standard zu finden. Für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug der

Anteil 13,2 Prozent. Multipara wurden, wenn sie das Herkunftsland Deutschland hatten, zu 22,3 Prozent entsprechend dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien betreut. Die Anteile bei Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betragen 19,5 bzw. 19,3 Prozent. Unter den deutschen Schwangeren ist der Anteil bei der Versorgung der Schwangeren über dem Standard um 4,4 Prozentpunkte auf 51,6 Prozent zurückgegangen gegenüber den Multipara. Bei den Osteuropäerinnen ist ein Rückgang um 3,3 Prozentpunkte auf 40,1 Prozent zu beobachten und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug der Anteil 44,9 Prozent, was einem Rückgang um 4,0 Prozentpunkte gegenüber den Nullipara bedeutete. Multipara aus Deutschland, die während der Schwangerschaft über dem Standard betreut wurden, hatten den größten Anteil unter einer Schwangerschaftsvorsorge mit einer Untersuchung über dem Standard. Der Anteil betrug 19,6 Prozent. Für Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" waren ebenso die höchsten Anteile bei einer Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung über dem Standard nachzuweisen. Die Anteile betragen 16,6 bzw. 17,3 Prozent. Für alle drei Herkunftsregionen ist ein Anstieg einer Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard bei Multipara im Vergleich zu Nullipara zu erkennen. Für deutsche Frauen betrug der Anteil 20,2, für Frauen aus "Osteuropa" 24,8 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 26,6 Prozent. Alle drei Herkunftsregionen hatten die höchsten Anteile bei einer Untersuchung unter dem Standard. Für Frauen aus Deutschland betrug der Anteil 13,2 und sowohl für Osteuropäerinnen als auch für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" 14 Prozent.

Bei der Analyse der Schwangerschaftsvorsorge in Bezug auf den Familienstand der Schwangeren während der Schwangerschaft (n = 382.505) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Frauen, die alleinstehend und denen, die nicht alleinstehend waren. Schwangere mit dem Herkunftsland Deutschland, die während der jetzigen Schwangerschaft alleinstehend waren, waren zu 10,4 Prozent Späterscheinende. Die Anteile für Osteuropäerinnen und Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lagen bei 20,4 bzw. 13,6 Prozent. Für alle drei Herkunftsregionen konnten signifikant geringere Anteile für Späterscheinende bei der Schwangerschaftsvorsorge nachgewiesen werden. Für Frauen aus Deutschland lag der Anteil bei 4,6, für Frauen aus "Osteuropa" bei 14,2 und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bei 8,8 Prozent. Das bedeutet, dass Schwangere signifikant häufiger nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche zur ersten Vorsorgeuntersuchung kommen, wenn sie alleinstehend sind. Außerdem sind die Anteile unter den Späterscheinenden für Osteuropäerinnen wie auch für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" signifikant höher als für Frauen mit dem Herkunftsland Deutschland. 18,6

Prozent der Schwangeren, die nicht alleinstehend waren und aus Deutschland kamen, wurden unterhalb der Standardversorgung während der Schwangerschaft betreut. Den größten Anteil machte mit 12,6 Prozent eine Schwangerschaftsvorsorge mit einer Untersuchung unter dem Standard aus. Für alleinstehende Schwangere lag der Anteil bei 19,0 Prozent. 11,8 Prozent davon wurden mit einer Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung unter dem Standard betreut. 21,6 Prozent der Osteuropäerinnen, die alleinstehend waren, wurden unter dem Standard der Schwangerschaftsvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien betreut. 11,4 Prozent davon mit einer Untersuchung unter dem Standard. Bei den Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag der Anteil einer Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard bei 27,0 Prozent. 14,7 Prozent hatten eine Untersuchung unter dem Standard nach den Mutterschaftsrichtlinien. Auffällig war, dass Frauen aus "Osteuropa", die nicht alleinstehend waren, mit 23,1 Prozent signifikant häufiger unter dem Standard der Schwangerschaftsvorsorge betreut wurden. Hingegen lag der Anteil unter den nicht alleinstehenden Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 25,3 Prozent signifikant höher im Vergleich zu Alleinstehenden aus der gleichen Herkunftsregion. Von den Frauen aus Deutschland, die nicht alleinstehend waren, wurden 54,6 Prozent über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien betreut. Den größten Anteil machten darunter 20,6 Prozent mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard aus. Osteuropäerinnen hatten zu 42,4 Prozent eine Schwangerenvorsorge über dem Standard, wenn sie nicht alleinstehend waren. Den größten Anteil machte mit 17,1 Prozent eine Schwangerenvorsorge mit einer Untersuchung über dem Standard aus. Insgesamt wurden unter den Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika", die nicht alleinstehend waren, 46,9 Prozent über dem Standard versorgt. 17,7 Prozent - und somit der größte Anteil - lag bei einer Schwangerschaftsvorsorge mit zwei Untersuchungen über dem Standard. Für die alleinstehenden Frauen aus Deutschland ergab sich ein Anteil von 50,8 Prozent einer Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien. 20,6 Prozent davon hatten eine Schwangerschaftsvorsorge, die mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard aufwies. Sowohl für Osteuropäerinnen als auch für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag der Anteil der Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard bei 40,8 Prozent. 15,5 Prozent der Osteuropäerinnen hatten eine Schwangerschaftsvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard. Der Anteil für alleinstehende Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" betrug 17,1 Prozent. Insgesamt kann festgehalten werden, dass Schwangere, die alleinstehend waren, signifikant seltener eine Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien hatten. Außerdem lag der Anteil bei Osteuropäerinnen und

Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" signifikant unter dem der Frauen mit dem Herkunftsland Deutschland.

Um Versorgungslücken für die Schwangerschaftsvorsorge von Frauen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik darzustellen, wird im Folgenden das Risiko einer Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien durch die Berechnung einer logistischen Regressionsanalyse dargestellt. Um mögliche Einflussfaktoren auszuschließen, wurden Kontrollvariablen wie in vorangegangenen Kapiteln eingesetzt. Es handelte sich dabei um die Kontrollvariablen: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten. Um das Risiko einer Schwangerschaftsvorsorge differenzierter darstellen zu können, wurden gesonderte Analysen für eine Untersuchung unter dem Standard der Schwangerenvorsorge, zwei Untersuchungen unter dem Standard sowie mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard dargestellt werden. Außerdem wird das Risiko einer späten Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche berechnet, und die Schwangerschaftsvorsorge entsprechend dem Standard wird analysiert. Zudem werden Analysen bezüglich einer über dem Standard liegenden Schwangerenvorsorge durchgeführt. Dabei wird zunächst insgesamt die Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien ausgewertet. Danach werden differenzierte Analysen in Bezug auf eine Untersuchung über dem Standard, zwei Untersuchungen über dem Standard und mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard durchgeführt. Als Referenzgruppe werden Frauen mit dem Herkunftsland Deutschland herangezogen. In die Analyse der logistischen Regression für eine Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard werden  $n = 403.490$  Fälle einbezogen. Durch die Adjustierung auf Kontrollvariablen reduziert sich die Anzahl auf  $n = 306.130$ .



Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.854 (0.794 - 0.918)	< 0.001	0.836 (0.770 - 0.907)	< 0.001
Mittelmeerländer	1.657 (1.582 - 1.736)	< 0.001	1.638 (1.555 - 1.725)	< 0.001
Osteuropa	1.302 (1.261 - 1.345)	< 0.001	1.299 (1.251 - 1.349)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	1.486 (1.438 - 1.535)	< 0.001	1.432 (1.381 - 1.485)	< 0.001
Asien	1.340 (1.245 - 1.443)	< 0.001	1.342 (1.234 - 1.459)	< 0.001
sonstige Staaten	1.235 (1.157 - 1.318)	< 0.001	1.206 (1.121 - 1.297)	< 0.001

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 22: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mindestens eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Mit der Berechnung der logistischen Regressionsanalyse für eine Vorsorge bei lebenden Einlingsgeburten mit mindestens einer Untersuchung unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche konnte - auch nach Adjustierung auf Kontrollvariablen - für fast alle Herkunftsregionen ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge, die unter dem Standard lag, nachgewiesen werden. Die Ausnahme bildeten Frauen aus "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika", die auch nach Adjustierung der Confounder ein geringeres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge mit mindestens einer Untersuchung unter dem Standard hatten. Bezüglich der Fokusgruppen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" zeigte sich, dass das Risiko einer Schwangerenvorsorge unter dem Standard bei Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" höher war als bei Frauen aus "Osteuropa".

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.721 (0.657 - 0.790)	< 0.001	0.678 (0.610 - 0.754)	< 0.001
Mittelmeerländer	1.085 (1.021 - 1.153)	< 0.05	1.118 (1.045 - 1.196)	< 0.001
Osteuropa	1.078 (1.036 - 1.121)	< 0.001	1.094 (1.045 - 1.146)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	1.110 (1.065 - 1.157)	< 0.001	1.111 (1.061 - 1.163)	< 0.001
Asien	1.060 (0.966 - 1.162)	n. s.	1.050 (0.944 - 1.167)	n. s.
sonstige Staaten	1.018 (0.938 - 1.104)	n. s.	1.020 (0.931 - 1.117)	n. s.

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 23: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW ) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Nach Durchführung der logistischen Regressionsanalyse zur Berechnung des Risikos von einer Untersuchung unter dem Standard der Schwangerschaftsvorsorge gemäß der Mutterschaftsrichtlinien bis zur 40 + 0 Schwangerschaftswoche konnten keine signifikanten Ergebnisse für Frauen aus der Herkunftsregion "Asien" und aus sonstigen Staaten im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren mit dem Herkunftsland Deutschland nachgewiesen werden. Wiederum zeigte sich, dass Schwangere aus "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" ein signifikant geringeres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung unter dem Standard hatten als Frauen mit dem Herkunftsland Deutschland. Für die anderen Herkunftsregionen ergab sich ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge mit einer Untersuchung unter dem Standard. Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hatten ein höheres Risiko als Frauen aus "Osteuropa".

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.929 (0.808 - 1.068)	n. s.	0.968 (0.830 - 1.129)	n. s.
Mittelmeerländer	1.791 (1.651 - 1.941)	< 0.001	1.660 (1.513 - 1.820)	< 0.001
Osteuropa	1.452 (1.370 - 1.539)	< 0.001	1.406 (1.313 - 1.506)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	1.653 (1.560 - 1.751)	< 0.001	1.565 (1.467 - 1.669)	< 0.001
Asien	1.653 (1.560 - 1.751)	< 0.001	1.722 (1.497 - 1.982)	< 0.001
sonstige Staaten	1.294 (1.146 - 1.461)	< 0.001	1.248 (1.089 - 1.430)	< 0.001

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 24: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) zwei Untersuchungen unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Im Untersuchungszeitraum 2001-2008 konnte nach Durchführung der logistischen Regressionsanalyse für eine Vorsorge von lebenden Einlingsgeburten mit zwei Untersuchungen unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien kein signifikantes Ergebnis für Schwangere aus "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" eruiert werden. Für alle anderen Herkunftsregionen konnte ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge für zwei Untersuchungen unter dem Standard festgestellt werden. Für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" konnte ein höheres Risiko als für Frauen aus "Osteuropa" nachgewiesen werden.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	1.566 (1.346 - 1.823)	< 0.001	0.968 (0.830 - 1.129)	< 0.001
Mittelmeerländer	3.529 (3.248 - 3.834)	< 0.001	1.660 (1.513 - 1.820)	< 0.001
Osteuropa	1.866 (1.737 - 2.005)	< 0.001	1.406 (1.313 - 1.506)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	2.537 (2.375 - 2.711)	< 0.001	1.565 (1.467 - 1.669)	< 0.001
Asien	1.858 (1.579 - 2.186)	< 0.001	1.722 (1.497 - 1.982)	< 0.001
sonstige Staaten	2.031 (1.772 - 2.327)	< 0.001	1.248 (1.089 - 1.430)	< 0.001

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 25: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Nach Durchführung der logistischen Regressionsanalyse für die Vorsorge von lebenden Einlingsgeburten im Untersuchungszeitraum 2001-2008 zeigte sich, dass bei einer Vorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien für alle Herkunftsregionen im Vergleich zu Schwangeren aus Deutschland ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter Standard bestand.

Die folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse für eine Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche, das heißt, dass es sich dabei um Schwangere handelt, die als Späterscheinende bezeichnet werden. Nach Adjustierung der Kontrollvariablen konnte im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren mit dem Herkunftsland Deutschland für alle Herkunftsregionen ein signifikant höheres Risiko für eine späte Erstversorgung in der Schwangerschaft nachgewiesen werden.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	2.822 (2.610 - 3.050)	< 0.001	2.901 (2.648 - 3.177)	< 0.001
Mittelmeerländer	2.196 (2.056 - 2.346)	< 0.001	1.662 (1.537 - 1.796)	< 0.001
Osteuropa	3.067 (2.949 - 3.190)	< 0.001	2.916 (2.780 - 3.059)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	1.729 (1.645 - 1.817)	< 0.001	1.396 (1.318 - 1.479)	< 0.001
Asien	2.511 (2.285 - 2.758)	< 0.001	2.320 (2.072 - 2.597)	< 0.001
sonstige Staaten	3.000 (2.778 - 3.240)	< 0.001	2.645 (2.419 - 2.891)	< 0.001

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 26: Odds Ratios für die Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche (lebende Einlingsgeburten) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Um Unterschiede bezüglich einer Schwangerenvorsorge bei lebenden Einlingsgeburten entsprechend dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bis einschließlich der 40 + 0 Schwangerschaftswoche nachweisen zu können, wurde eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass Schwangere mit einer anderen Herkunftsregion als Deutschland ein signifikant geringeres Risiko hatten, eine Schwangerschaftsvorsorge entsprechend dem Standard zu erhalten. Eine Ausnahme waren Schwangere aus der Herkunftsregion Asien, für die keine signifikanten Ergebnisse ermittelt werden konnten.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.643 (0.597 - 0.693)	< 0.001	0.624 (0.574 - 0.679)	< 0.001
Mittelmeerländer	0.871 (0.827 - 0.918)	< 0.001	0.888 (0.837 - 0.942)	< 0.001
Osteuropa	0.893 (0.864 - 0.924)	< 0.001	0.889 (0.855 - 0.925)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.836 (0.807 - 0.867)	< 0.001	0.858 (0.824 - 0.892)	< 0.001
Asien	0.955 (0.855 - 1.031)	n. s.	0.965 (0.884 - 1.053)	n. s.
sonstige Staaten	0.804 (0.750 - 0.863)	< 0.001	0.807 (0.746 - 0.873)	< 0.001

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 27: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) entsprechend dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Des Weiteren wurde untersucht, ob sich bei der logistischen Regressionsanalyse Unterschiede im Risiko einer Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard zwischen den Herkunftsregionen der Schwangeren darstellen lassen. Zunächst wurde untersucht, ob es Unterschiede bei einer Schwangerschaftsvorsorge von mindestens einer Untersuchung über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien gab. Danach wurde zwischen einer Untersuchung über dem Standard, zwei Untersuchungen über dem Standard und mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard differenziert.

Bei der logistischen Regressionsanalyse konnte festgestellt werden, dass Schwangere aus "Mittel-Nordeuropa, Nordamerika" ein signifikant höheres Risiko auch nach Adjustierung der Kontrollvariablen bezüglich einer Schwangerenvorsorge von mindestens einer Untersuchung über dem Standard hatten im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren aus Deutschland. Für die anderen Herkunftsregionen konnte ein signifikant geringeres Risiko einer Schwangerenvorsorge von mindestens einer Untersuchung über dem Standard nachgewiesen werden.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	1.447 (1.362 - 1.537)	< 0.001	1.565 (1.463 - 1.674)	< 0.001
Mittelmeerländer	0.738 (0.698 - 0.781)	< 0.001	0.782 (0.734 - 0.833)	< 0.001
Osteuropa	0.645 (0.621 - 0.671)	< 0.001	0.670 (0.640 - 0.701)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.832 (0.802 - 0.863)	< 0.001	0.886 (0.851 - 0.924)	< 0.001
Asien	0.654 (0.598 - 0.715)	< 0.001	0.691 (0.624 - 0.764)	< 0.001
sonstige Staaten	0.843(0.785 - 0.904)	< 0.001	0.917 (0.848 - 0.992)	< 0.05

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 28: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mindestens eine Untersuchung über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Bei der Auswertung der logistischen Regressionsanalyse bezüglich einer Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien konnte festgestellt werden, dass für alle Herkunftsregionen im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren aus Deutschland ein signifikant geringeres Risiko bestand, eine Untersuchung über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien zu erhalten. Das bedeutet, dass Schwangere mit einer anderen Herkunftsregion seltener mit einer Untersuchung über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien betreut wurden.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.721 (0.669 - 0.777)	< 0.001	0.701 (0.644 - 0.763)	< 0.001
Mittelmeerländer	0.731 (0.691- 0.775)	< 0.001	0.757 (0.710 - 0.808)	< 0.001
Osteuropa	0.821 (0.792 - 0.851)	< 0.001	0.826 (0.792 - 0.862)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.850 (0.819 - 0.882)	< 0.001	0.880 (0.844 - 0.917)	< 0.001
Asien	0.847 (0.780 - 0.919)	< 0.001	0.828 (0.752 - 0.911)	< 0.001
sonstige Staaten	0.748 (0.694 - 0.806)	< 0.001	0.763 (0.702 - 0.830)	< 0.001

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 29: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) eine Untersuchung über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.858 (0.790 - 0.932)	< 0.001	0.859 (0.782 - 0.942)	< 0.001
Mittelmeerländer	0.713 (0.666 - 0.764)	< 0.001	0.752 (0.696 - 0.812)	< 0.001
Osteuropa	0.753 (0.721 - 0.787)	< 0.001	0.780 (0.741 - 0.820)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.813 (0.778 - 0.850)	< 0.001	0.846 (0.806 - 0.889)	< 0.001
Asien	0.769 (0.695 - 0.850)	< 0.001	0.809 (0.722 - 0.906)	< 0.001
sonstige Staaten	0.794 (0.729 - 0.866)	< 0.001	0.798 (0.725 - 0.879)	< 0.001

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 30: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) zwei Untersuchungen über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Bei der Analyse der logistischen Regression für eine Vorsorge von zwei Untersuchungen über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien im Untersuchungszeitraum 2001-2008 konnten ähnliche Ergebnisse nachgewiesen werden. Im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren aus Deutschland hatten die Schwangeren aus den anderen Herkunftsregionen eine signifikant geringere Chance, eine Schwangerenvorsorge von zwei Untersuchungen über dem Standard zu erhalten.

Wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, konnte dies auch für eine Schwangerenvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien nachgewiesen werden. Allerdings hatten Schwangere aus "Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika" ein höheres Risiko, eine Schwangerenvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren aus Deutschland zu erhalten. Dieses Ergebnis war allerdings nicht signifikant.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	1.011 (0.958 - 1.067)	n. s.	1.059 (0.996 - 1.125)	n. s.
Mittelmeerländer	0.604 (0.579 - 0.630)	< 0.001	0.653 (0.622 - 0.684)	< 0.001
Osteuropa	0.612 (0.596 - 0.629)	< 0.001	0.636 (0.616 - 0.657)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	0.739 (0.718 - 0.760)	< 0.001	0.798 (0.773 - 0.823)	< 0.001
Asien	0.633 (0.594 - 0.674)	< 0.001	0.657 (0.611 - 0.706)	< 0.001
sonstige Staaten	0.687(0.651 - 0.726)	< 0.001	0.734 (0.690 - 0.780)	< 0.001

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 31: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten) mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

In der weiteren Analyse wurden logistische Regressionen in Bezug auf die Schwangerenvorsorge und Herkunftsregion der Schwangeren durchgeführt. Dazu wurde aber auch die sozioökonomische Lage der Schwangeren in Betracht gezogen, um die Fragestellung zu beantworten, ob Unterschiede bezüglich der Schwangerschaftsvorsorge bei gleichem sozioökonomischen Status der Schwangeren zwischen den Herkunftsregionen, insbesondere "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" nachzuweisen waren. Der sozioökonomische Status wurde dabei über den Beruf der Schwangeren während der jetzigen Schwangerschaft angegeben.

Zunächst werden die Ergebnisse für Frauen dargestellt, die sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden. Dazu wurden n = 12.686 Fälle in die Analyse einbezogen. Nach Adjustierung auf die Kontrollvariablen reduzierte sich die Anzahl auf n = 7305.

Wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, konnte lediglich für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" nach Adjustierung der Kontrollvariablen ein signifikant höheres Risiko einer Schwangerenvorsorge von mindestens einer Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien im Untersuchungszeitraum 2001-2008 nachgewiesen werden.



Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	0.604 (0.338 - 1.081)	n. s.	0.414 (0.165 - 1.040)	n. s.
Mittelmeerländer	0.945 (0.631 - 1.416)	n. s.	0.856 (0.490 - 1.496)	n. s.
Osteuropa	1.173 (1.002 - 1.373)	< 0.05	1.098 (0.877 - 1.375)	n. s.
Mittlerer Osten/ Nordafrika	1.751 (1.359 - 2.256)	< 0.001	1.995 (1.460 - 2.726)	< 0.001
Asien	0.978 (0.648 - 1.478)	n. s.	0.816 (0.459 - 1.452)	n. s.
sonstige Staaten	1.369 (0.965 - 1.943)	n. s.	1.345 (0.883 - 2.050)	n. s.

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 32: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft: Ausbildung/Studium) mindestens eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Für Frauen, die sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung oder im Studium befanden, konnten keine signifikanten Unterschiede für eine Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche nachgewiesen werden. Ebenso konnten keine signifikanten Unterschiede zu der Referenzgruppe der Schwangeren mit dem Herkunftsland Deutschland in Bezug auf eine Schwangerschaftsvorsorge, die dem Standard entsprach, nachgewiesen werden. Weiterhin konnten für eine Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung über dem Standard und zwei Untersuchungen über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden. Beim Einschluss der Kontrollvariablen zeigte sich nach der Berechnung der logistischen Regressionsanalyse, dass lediglich signifikante Ergebnisse für eine Untersuchung unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien für Schwangere aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" nachzuweisen waren. Das adjustierte Risiko einer Versorgung mit einer Untersuchung unter dem Standard betrug für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika", die sich in einer Ausbildung oder im Studium befanden, AOR = 1.520 (95% CI: 1.031 - 2.242; p < 0.05 ). Auch bei einer Schwangerschaftsvorsorge von zwei Untersuchungen unter dem Standard konnten lediglich nach Adjustierung der Kontrollvariablen signifikante Ergebnisse für Frauen aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" nachgewiesen werden. Das adjustierte Risiko betrug AOR = 1.764 (95% CI: 1.007 - 3.008; p < 0.05 ). Für Schwangere, die sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium befanden und aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" kamen, konnte ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen gegenüber der Referenzgruppe der Frauen mit dem Herkunftsland

Deutschland eruiert werden. Nach Adjustierung auf die Kontrollvariablen betrug das Risiko  $AOR = 2.923$  (95% CI: 1.655 - 5.163;  $p < 0.001$ ). Für alle anderen Herkunftsregionen konnten keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden. Hinsichtlich einer Schwangerenvorsorge von mindestens einer Untersuchung über dem Standard konnte lediglich für Schwangere aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika" nach Adjustierung der Kontrollvariablen ein signifikantes Ergebnis eruiert werden. Die Schwangeren aus der Herkunftsregion "Mittlerer Osten, Nordafrika", die während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung bzw. im Studium waren, hatten ein geringeres Risiko einer Schwangerenvorsorge von mindestens einer Untersuchung über dem Standard. Das adjustierte Risiko betrug:  $AOR = 0.698$  (95% CI: 0.521 - 0.935;  $p < 0.05$ ). Bei der Differenzierung nach mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien konnte ein signifikantes Ergebnis für Osteuropäerinnen nachgewiesen werden. Die Schwangeren hatten nach Adjustierung der Kontrollvariablen ein geringeres Risiko, mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren, deren Herkunftsland Deutschland war, zu haben. Das Risiko lag bei:  $AOR = 0.756$  (95% CI: 0.594 - 0.961;  $p < 0.05$ ).

Für un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskräfte konnte in Bezug auf die Herkunftsregion der Schwangeren ein signifikant höheres Risiko einer Schwangerschaftsvorsorge mit mindestens einer Untersuchung unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien im Vergleich zur Referenzgruppe im Untersuchungszeitraum nachgewiesen werden. Für diese Analyse wurden  $n = 14.656$  Fälle einbezogen. Die Adjustierung mit Kontrollvariablen reduzierte die Anzahl auf  $n = 10.022$ . Wie die folgende Tabelle zeigt, konnte nur für Schwangere aus den "Mittelmeerländern" und für Osteuropäerinnen ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge mit mindestens einer Untersuchung unter dem Standard nach Adjustierung der Kontrollvariablen nachgewiesen werden.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	1.496 (1.023 - 2.188)	< 0.05	1.377 (0.851 - 2.226)	n. s.
Mittelmeerländer	1.525 (1.215 - 1.915)	< 0.001	1.634 (1.253 - 2.132)	< 0.001
Osteuropa	1.166 (1.006 - 1.351)	< 0.05	1.144 (0.957 - 1.369)	n. s.
Mittlerer Osten/ Nordafrika	1.306 (1.086 - 1.571)	< 0.05	1.339 (1.086 - 1.650)	< 0.05
Asien	1.272 (0.929 - 1.741)	n. s.	1.357 (0.952 - 1.934)	n. s.
sonstige Staaten	1.527 (1.101 - 2.119)	< 0.05	1.386 (0.928 - 2.070)	n. s.

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 33: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft: un-, angelernte Arbeiterinnen und angelernte Aushilfskraft) mindestens eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Bei der Differenzierung der Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien konnte für eine Untersuchung unter dem Standard kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Für eine Schwangerschaftsvorsorge von zwei Untersuchungen unter dem Standard zeigten sich weder für Osteuropäerinnen noch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" signifikante Ergebnisse. Allerdings konnten nach Adjustierung der Kontrollvariablen ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard gegenüber der Referenzgruppe der Schwangeren mit dem Herkunftsland Deutschland für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" festgestellt werden. Das adjustierte Risiko für Osteuropäerinnen betrug: AOR = 1.744 (95% CI: 1.140 - 2.668;  $p < 0.05$ ). Für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" lag das Risiko bei: AOR = 1.872 (95% CI: 1.134 - 3.090;  $p < 0.05$ ). Bei der Analyse der Schwangerenvorsorge, die dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bis einschließlich der 40 + 0 Schwangerschaftswoche entsprach, konnte gezeigt werden, dass Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant geringeres Risiko als die Referenzgruppe hatten, eine Schwangerschaftsvorsorge entsprechend dem Standard zu erhalten (AOR = 0.779 (95% CI: 0.620 - 0.978;  $p < 0.05$ )). Bei der Analyse der Schwangerschaftsvorsorgefrequenz von mindestens einer Untersuchung über dem Standard konnte lediglich ein geringeres Risiko für Frauen aus "Osteuropa" nachgewiesen werden. Dieses lag nach Adjustierung der Kontrollvariablen bei: AOR = 0.788 (95% CI: 0.683 - 0.910;  $p < 0.001$ ). Nach der differenzierten Betrachtung der Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard konnten für Schwangere aus dem "Mittleren

Osten, Nordafrika" und "Osteuropa" keine signifikanten Unterschiede gegenüber der Referenzgruppe bei einer Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung über dem Standard nachgewiesen werden. Für zwei Untersuchungen über dem Standard ergab sich ein signifikant geringeres Risiko für Osteuropäerinnen gegenüber der Referenzgruppe (AOR = 0.662 (95% CI: 0.519 - 0.843;  $p < 0.001$ )). Bei einer Schwangerenvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard konnte für Osteuropäerinnen ein signifikant geringeres Risiko im Vergleich zur Referenzgruppe nach Adjustierung der Kontrollvariablen eruiert werden. Für Osteuropäerinnen betrug das Risiko: AOR = 0.815 (95% CI: 0.676 - 0.982;  $p < 0.05$ ). Hingegen hatten Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" im Vergleich zu der Referenzgruppe ein signifikant höheres Risiko einer Schwangerschaftsvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien (AOR = 1.227 (95% CI: 1.002 - 1.503;  $p < 0.001$ )).

Für die Fokusgruppen dieser Studie konnte lediglich für Osteuropäerinnen ein signifikant höheres Risiko für eine Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche im Vergleich zu Referenzgruppe nachgewiesen werden (AOR = 1.852 (95% CI: 1.457 - 2.352;  $p < 0.001$ )).

Im Weiteren wurde die Schwangerschaftsvorsorge für einfache Beamtinnen, Facharbeiterinnen und Kleingewerbetreibende analysiert. Für Osteuropäerinnen als auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" bestand ein signifikant höheres Risiko für eine Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren mit dem Herkunftsland Deutschland bei der Auswertung von einfachen Beamtinnen, Facharbeiterinnen und Kleingewerbetreibenden. Das Risiko betrug für Osteuropäerinnen AOR = 2.253 (95% CI: 1.907 - 2.662;  $p < 0.001$ ) und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" AOR = 1.349 (95% CI: 1.005 - 1.810;  $p < 0.05$ ).

In der folgenden Abbildung wird das Risiko einer Schwangerenvorsorge von mindestens einer Untersuchung unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien dargestellt. Bei der logistischen Regressionsanalyse für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende in Bezug auf die Schwangerenvorsorge und die Herkunftsregion der Schwangeren konnten  $n = 132.179$  Fälle in die Analyse einbezogen werden. Nach Adjustierung der Kontrollvariablen lagen noch  $n = 94.361$  Fälle vor. Nach Adjustierung der Kontrollvariablen konnte lediglich für Osteuropäerinnen aus den Fokusgruppen ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge mit mindestens einer Untersuchung unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien nachgewiesen werden.

Herkunftsregion der Schwangeren	OR (95% CI)	p	adjustiertes OR (95% CI)*	p
Deutschland	1.0		1.0	
Mittel-/Nordeuropa, Nordamerika	1.091 (0.921 - 1.294)	n. s.	1.024 (0.837 - 1.253)	n. s.
Mittelmeerländer	1.289 (1.105 - 1.503)	< 0.001	1.287 (1.078 - 1.537)	< 0.05
Osteuropa	1.348 (1.247 - 1.458)	< 0.001	1.406 (1.279 - 1.547)	< 0.001
Mittlerer Osten/ Nordafrika	1.168 (1.030 - 1.325)	< 0.05	1.154 (0.997 - 1.335)	n. s.
Asien	1.482 (1.168 - 1.880)	< 0.001	1.501 (1.138 - 1.980)	< 0.05
sonstige Staaten	1.106 (0.916 - 1.335)	n. s.	1.020 (0.810 - 1.285)	n. s.

\*Adjustierung auf: Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko besondere psychische Belastung in der Anamnese, Schwangerschaftsrisiko familiäre Belastung, Schwangerschaftsrisiko Schwangere ist jünger als 18 Jahre, Schwangerschaftsrisiko Familienstand: alleinstehend sowie drei oder mehr vorausgegangene Lebendgeburten

**Tabelle 34: Odds Ratios für die Vorsorge (lebende Einlingsgeburten, Berufstätigkeit während jetziger Schwangerschaft: einfache Beamtin, Facharbeiterin, Kleingewerbetreibende) mindestens eine Untersuchung unter dem Standard gemäß den Mutterschaftsrichtlinien (bis einschließlich 40 + 0 SSW) und Herkunftsregion der Mutter (2001-2008)**

Bezogen auf die Fokusgruppen der Studie konnte lediglich bei der Differenzierung der Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard der Schwangerenvorsorge für eine Untersuchung unter dem Standard ein signifikant höheres Risiko für Osteuropäerinnen nachgewiesen werden (AOR = 1.267 (95% CI: 1.133 - 1.416;  $p < 0.001$ )). Das adjustierte Risiko für Frauen aus "Osteuropa" betrug für zwei Untersuchungen unter dem Standard AOR = 1.423 (95% CI: 1.184 - 1.711;  $p < 0.001$ ). Für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" konnte kein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerenvorsorge für zwei Untersuchungen unter dem Standard im Vergleich zur Referenzgruppe nachgewiesen werden. Das Risiko einer Schwangerschaftsvorsorge von mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard war sowohl für Schwangere aus "Osteuropa" (AOR = 1.885 (95% CI: 1.466 - 2.423;  $p < 0.001$ )) als auch für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (AOR = 1.553 (95% CI: 1.048 - 2.423;  $p < 0.05$ )) signifikant höher im Vergleich zur Referenzgruppe der Schwangeren mit dem Herkunftsland Deutschland. Im Untersuchungszeitraum 2001-2008 war für Schwangere, die aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" stammten, das Risiko im Vergleich zur Referenzgruppe geringer, dass sie entsprechend dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bis einschließlich der 40 + 0 Schwangerschaftswoche betreut wurden (AOR = 0.793 (95% CI: 0.684 - 0.918;  $p < 0.05$ )). Für Osteuropäerinnen hingegen konnte kein signifikantes Ergebnis nachgewiesen werden. Frauen aus Osteuropa hatten bei der Schwangerschaftsvorsorge von mindestens einer Untersuchung über dem Standard ein signifikant geringeres Risiko als die Referenzgruppe (AOR = 0.741 (95% CI: 0.685 - 0.802;  $p < 0.001$ )), allerdings konnte für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" kein

signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Auch für eine Schwangerschaftsvorsorge von einer Untersuchung und zwei Untersuchungen über dem Standard konnte ein geringeres Risiko für Osteuropäerinnen nach Adjustierung der Kontrollvariablen festgestellt werden (AOR = 0.899 (95% CI: 0.813 - 0.994;  $p < 0.05$ )) bzw. (AOR = 0.855 (95% CI: 0.760 - 0.963;  $p < 0.05$ )). Bei einer Schwangerschaftsvorsorge, die mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard lag, konnte für Osteuropäerinnen (AOR = 0.789 (95% CI: 0.713 - 0.873;  $p < 0.001$ )) ein signifikant geringeres Risiko für eine Teilhabe an einer Schwangerschaftsvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard im Vergleich zur Referenzgruppe festgestellt werden. Hingegen hatten Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (AOR = 1.237 (95% CI: 1.086 - 1.408;  $p < 0.001$ )) ein signifikant höheres Risiko für eine Schwangerschaftsvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard im Vergleich zur Referenzgruppe.

Im folgenden Abschnitt soll die Schwangerschaftsvorsorge in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Schwangeren für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige dargestellt werden. Für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige konnten  $n = 43.202$  bzw. nach Adjustierung mit den Kontrollvariablen  $n = 30.414$  Fälle in die Analyse einbezogen werden. Für eine Schwangerenvorsorge, die dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien entsprach, konnten keine signifikanten Ergebnisse für das Risiko der Fokusgruppen "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika" nachgewiesen werden. Bei der Auswertung des Risikos einer Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche zeigte sich, dass das Risiko für Osteuropäerinnen signifikant über dem der Referenzgruppe lag (AOR = 3.308 (95% CI: 2.438 - 4.489;  $p < 0.001$ )). Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" konnte kein signifikant höheres Risiko nachgewiesen werden. Bei der Analyse der Schwangerschaftsvorsorge mit mindestens einer Untersuchung unter dem Standard konnten für keine Fokusgruppen nach Adjustierung der Kontrollvariablen signifikante Ergebnisse ermittelt werden. Bei der differenzierten Analyse der Schwangerschaftsvorsorge von einer bzw. zwei Untersuchungen unter dem Standard konnten ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse für ein höheres oder niedrigeres Risiko im Vergleich zur Referenzgruppe nachgewiesen werden. Die Auswertung von mehr als zwei Untersuchungen unter dem Standard konnte für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant höheres Risiko im Vergleich zur Referenzgruppe nachweisen (AOR = 2.124 (95% CI: 1.148 - 3.928;  $p < 0.05$ )). Insgesamt stellte sich heraus, dass bei der Analyse der Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard, Schwangere aus "Osteuropa" nach Adjustierung der Kontrollvariablen ein signifikant geringeres Risiko hatten, eine

Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard zu haben (AOR = 0.725 (95% CI: 0.612 - 0.859;  $p < 0.001$ )). Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" konnte ebenfalls ein geringeres Risiko nachgewiesen werden, das allerdings nicht signifikant war und daher nicht weiter erläutert wird. Ebenso zeigte sich ein signifikant geringeres Risiko für eine Teilhabe an der Schwangerschaftsvorsorge mit mehr als zwei Untersuchungen über dem Standard für Osteuropäerinnen (AOR = 0.738 (95% CI: 0.591 - 0.922;  $p < 0.05$ )). Für eine bzw. zwei Untersuchungen über dem Standard der Schwangerenvorsorge konnten keine signifikanten Ergebnisse für die Fokusgruppen nachgewiesen werden.

---

## 15 Diskussion

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus den Kapiteln 10 bis 14 werden im Folgenden die Hypothesen der Fragestellungen aus dem Kapitel 7.1 diskutiert. Weiterhin werden die Ergebnisse mit dem bisherigen Forschungsstand, der in den Kapiteln 2.2.2, 5.3 und 5.4 dargestellt wird, verglichen. Am Ende der Diskussion werden die limitierenden Aspekte dieser Studie ausführlich dargestellt. Darauf folgen eine Zusammenfassung sowie ein Ausblick und der Verweis auf zukünftige Forschungsfelder.

### 15.1 Frühgeburtlichkeit als Problem sozialer Lagen in Niedersachsen

Zunächst sollte geklärt werden, ob sich Frühgeburtlichkeit auch in Niedersachsen als ein Problem sozialer Lagen darstellt. Forschungen aus der Gesundheitssoziologie und Sozialepidemiologie belegen, dass der sozioökonomische Status mit der Morbidität und Mortalität korreliert, das bedeutet, dass je höher der sozioökonomische Status ist, desto geringer ist die Morbidität und die altersstandardisierte Mortalität (Jungbauer-Gans 2006:86). Auch in reichen Ländern, wie der Bundesrepublik Deutschland, haben sozial benachteiligte Menschen ungleiche Gesundheitschancen (Rosenbrock & Kümpers 2006:249). Dies konnte auch in der vorliegenden Studie nachgewiesen werden. Allerdings bilden die Schwangeren, die sich während der jetzigen Schwangerschaft in einer Ausbildung oder im Studium befanden, eine Ausnahme. Dies kann unter Umständen daran liegen, dass das Merkmal Ausbildung oder Studium nichts über die Qualifizierung der Tätigkeit bzw. der Ausbildung aussagt. Hinter diesem Merkmal können sich unterschiedliche berufliche Qualifizierungen verbergen, die von einer betrieblichen Ausbildung bis hin zu einem Hochschulstudium reichen können und somit eine sehr heterogene Gruppe darstellen. Aus diesem Grunde sind Aussagen zur sozioökonomischen Lage dieser Frauen sehr schwierig.

Dass der sozioökonomische Status der Schwangeren mit der Frühgeburtenrate in Zusammenhang steht, konnte auch nach Adjustierung auf das Alter der Schwangeren, der Parität, dem Geburtsjahr des Kindes, der Differenzierung nach Schwangerschaftswoche und zum Teil für die Schwangerschaftsvorsorge gemäß den Mutterschaftsrichtlinien nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit anderen Studien, die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und Frühgeburtlichkeit nachgewiesen haben (Ancel



& Bréart 2000; Beinder 2010:520; Ancel et al. 1999(b); Jansen et al. 2009; Larson 2007; Morgen et al. 2008). Allerdings haben die meisten Studien, die ein ähnliches Studiendesign aufwiesen, die Schwangerschaftsvorsorge nicht in ihre Analyse mit einbezogen. Dennoch ist die Schwangerschaftsvorsorge ein wichtiger Faktor bei der Betreuung und Versorgung während der Schwangerschaft.

Die Vergleichbarkeit der Studien war allerdings schwierig, weil verschiedene Indikatoren zur Festlegung des sozioökonomischen Status in den unterschiedlichen Studien genutzt wurden. So konnten bspw. Morgen et al. (2008) für Frauen mit einem niedrigeren Haushaltseinkommen ein nicht signifikant geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit nachweisen, daher gehen sie davon aus, dass ein niedriges Einkommen nicht als ein Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit zu werten ist. Insgesamt zeigte sich, dass die berufliche Tätigkeit einen stärkeren Einfluss auf das geburtshilfliche Outcome in Bezug auf Frühgeburtlichkeit hatte. Das bedeutet, dass Schwangere mit einem niedrigeren Bildungsniveau ein höheres Risiko für Frühgeburtlichkeit haben als Schwangere, die ein höheres Bildungsniveau haben. Hinzu kommt, dass schichtspezifische Persönlichkeitsstrukturen, Kompetenzen, Verhaltensweisen sowie Verhaltensmöglichkeiten das Risiko einer Frühgeburt negativ beeinflussen kann. Collatz et al. (1983:208f.) führen die erhöhte Frühgeburtlichkeit in der unteren sozialen Schicht auf mangelnde Compliance der Patientinnen zurück. Das heißt, dass gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, die durch den Arzt oder die Ärztin empfohlen werden, wie bspw. Ernährungsverhalten oder Zigarettenkonsum, nicht eingehalten werden. Lumley et al. (2009) konnten in einem Cochrane-Review zeigen, dass durch Programme zur Raucherentwöhnung die Inzidenz für Frühgeburtlichkeit gesenkt werden konnte. Sie kommen zu dem Schluss, dass spezielle Programme zur Raucherentwöhnung während der Schwangerschaft durchgeführt werden sollten, um auch sozialen Ungleichheiten entgegenzuwirken.

Bei der Betrachtung der Altersgruppen konnten lediglich in der Altersgruppe der 21-25 Jahre alten Schwangeren sowie 45 Jahre und älter nicht nachgewiesen werden, dass die Frühgeburtenrate mit zunehmendem sozioökonomischen Status abnimmt. Dies liegt gegebenenfalls darin begründet, dass gerade bei den jungen schwangeren Frauen und älteren Schwangeren mit einem höheren sozioökonomischen Status die Fallzahlen gering waren.

Allerdings konnten nur zum Teil für das Frühgeburtisrisiko für sehr frühe und extrem frühe Frühgeborene Unterschiede ermittelt werden, die größtenteils aber nicht signifikant waren. Trotzdem ist es von Bedeutung, Unterschiede bezüglich der Frühgeborenen nach Schwangerschaftswochen darzustellen. Die meisten anderen Studien haben keine

differenzierten Analysen für extrem frühe und sehr frühe Frühgeborene vorgenommen, sondern haben lediglich frühgeborene und reifgeborene Neugeborene verglichen.

Am deutlichsten zeigte sich das höhere Frühgeburtsrisiko für Frühgeborene, die zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche geboren wurden.

Auffällig war für Frühgeburten zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche, dass nach Adjustierung auf soziale und psychische Risikofaktoren das Risiko bei Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden zunahm, wohingegen es bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften abnahm. Demnach wirken sich soziale und psychische Risikofaktoren negativ auf das Frühgeburtsrisiko von Schwangeren mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status aus.

Die Adjustierung einzelner sozialer Kontrollvariablen auf das Frühgeburtsrisiko nach Berufsgruppen zeigte sehr unterschiedliche Ergebnisse auch bei einer Differenzierung nach Schwangerschaftswochen.

Für extrem frühe Frühgeborene konnten lediglich signifikante Ergebnisse für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte nachgewiesen werden. Insbesondere psychische und soziale Risikofaktoren erhöhten das Frühgeburtsrisiko, sodass signifikante Ergebnisse nachweisbar waren. Es zeigte sich, dass soziale und psychische Risikofaktoren insbesondere Schwangere mit niedrigem sozioökonomischen Status beeinflussen. Für sehr frühe Frühgeborene konnten keine sozialen Risikofaktoren nachgewiesen werden, die das Frühgeburtsrisiko innerhalb der Berufsgruppen signifikant veränderten. Die Tatsache, dass für die Adjustierung einzelner sozialer Risikofaktoren auf das Frühgeburtsrisiko bei extrem frühen und sehr frühen Frühgeborenen größtenteils keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden konnten, hängt unter anderem wahrscheinlich mit den kleinen Fallzahlen zusammen. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass insbesondere für diese Frühgeburten weniger soziale Risikofaktoren, sondern eher mütterliche oder kindliche Pathologien ausschlaggebend sind. Es ist daher von großer Bedeutung differenziertere Analysen bezüglich der Schwangerschaftswoche der Entbindung zu erhalten.

Zahlreiche Studien haben belegt, dass sich der Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft negativ auf das geburtshilfliche Outcome auswirkt. Insbesondere Frühgeburtslichkeit wird damit in Verbindung gebracht (Voigt et al. 2009(a); American College of Obstetricians and Gynecologists 2010). Für Frühgeburten < 37 + 0 Schwangerschaftswoche reduzierte sich das Frühgeburtsrisiko für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte sowie für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende nach Adjustierung der Kontrollvariable Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft erheblich. Zigarettenkonsum in

der Schwangerschaft zeigte sich auch als ein Risikofaktor für Schwangerschaften, die zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche endeten. Durch die Adjustierung von Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft bei der Risikoberechnung zeigte sich, dass die Unterschiede bezüglich des Frühgeburtsrisikos zwischen dem unterschiedlichen sozioökonomischen Status der Schwangeren für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende fast aufgehoben werden. Aus diesem Grunde ist es von Bedeutung, dass Schwangere über diese Risikominderung schon bei der Erstuntersuchung ausführlich informiert werden oder Präventionsprogramme durchgeführt werden sollten (Lumley et al. 2009). Der Verzicht auf Zigaretten während der Schwangerschaft ist ein bedeutender und beeinflussbarer Faktor, der maßgeblich vom Verhalten der Schwangeren abhängig ist. Ähnlich wie bei Collatz et al. (1983) konnte gezeigt werden, dass ein nicht gesundheitsbewusstes Verhalten der Schwangeren in Bezug auf Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status der Schwangeren stand.

Risikofaktoren wie Alter oder auch soziale und psychische Belastungen sind nicht oder nur teilweise durch die Schwangere und ihre Umgebung beeinflussbar. Das Schwangerschaftsrisiko Schwangere jünger als 18 Jahre stellt einen Risikofaktor für Schwangere dar, allerdings ist noch nicht geklärt, ob biologische Faktoren das Risiko erhöhen (da Silva 2003). Wahrscheinlich hängt dies auch mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status der Schwangeren zusammen. Es besteht die Möglichkeit, dass bei dieser Personengruppe auch noch ein gesundheitsschädliches Verhalten hinzukommt, das allerdings nicht in den Perinataldaten erhoben wird. Sicherlich trägt ein erhöhter Zigarettenkonsum im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zum gesundheitsschädlichen Verhalten bei. Beim Schwangerschaftsrisiko Schwangere jünger als 18 Jahre für Frühgeburten < 37 + 0 Schwangerschaftswoche zeigte sich, dass, wenn die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse auf diesen Risikofaktor adjustiert wurden, keine Unterschiede bezüglich des Frühgeburtsrisikos für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende beobachtbar waren. Hingegen konnten für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte Unterschiede bezüglich des Frühgeburtsrisikos bei Adjustierung auf die Kontrollvariable Schwangerschaftsrisiko Schwangere jünger als 18 Jahre gezeigt werden. Die deskriptive Statistik hatte allerdings gezeigt, dass es sich bei qualifizierten Tätigkeiten um sehr geringe Fallzahlen handelt. Statistisch signifikante Differenzen waren daher nur schwer nachweisbar.

Im Gegensatz dazu stand der Einschluss der Kontrollvariable Schwangerschaftsrisiko: Schwangere älter als 35 Jahre mit einem höheren Frühgeburtsrisiko für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte sowie Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden in Verbindung als bei der nicht adjustierten Berechnung. Allerdings konnte nach Adjustierung dieser Kontrollvariable der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Frühgeburtlichkeit nicht mehr nachgewiesen werden. Schwangere, die als un-, angelernte Arbeiterin und Aushilfskraft tätig waren, hatten nach Adjustierung auf diese Kontrollvariable ein geringeres Frühgeburtsrisiko als Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende. Dies könnte unter Umständen damit zusammenhängen, dass Schwangere in dem Alter als Risikopatientinnen gelten und sie sich dessen bewusst sind. Gegebenenfalls werden gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie bspw. Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft, vermieden. Es besteht die Möglichkeit, dass ältere Schwangere auch seltener alleinstehend sind und sich in einer gefestigten Partnerschaft befinden, die sich positiv auf das geburtshilfliche Outcome auswirkt. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass sich die berufliche Tätigkeit der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden in dieser Altersgruppe negativ auf das geburtshilfliche Outcome auswirkt. Unter Umständen könnte das damit zusammenhängen, dass diese Schwangeren beruflich stark eingebunden sind.

Das Schwangerschaftsrisiko alleinstehend, das sich als Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit darstellt (Beeckman et al. 2009; Zeitlin et al. 2002; Raatikainen et al. 2005), scheint einen größeren Einfluss auf un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte zu haben als auf Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende. Dies zeigte sich darin, dass das Risiko einer Frühgeburt nach Adjustierung der Kontrollvariable alleinstehend deutlicher als bei den un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften zurückging. Die deskriptive Analyse hat gezeigt, dass un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte signifikant häufiger alleinstehend waren als Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende sowie höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige. Außerdem konnte gezeigt werden, dass mit zunehmender Qualifikation die Frühgeburtenraten zurückgingen. Ebenso wie bei der Adjustierung auf das Schwangerschaftsrisiko Schwangere älter als 35 Jahre konnte auch bei diesem Risikofaktor nicht mehr nachgewiesen werden, dass der sozioökonomische Status im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit steht. Wenn das Frühgeburtsrisiko also auf das Schwangerschaftsrisiko adjustiert wird, wirkt sich dies positiv auf un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte aus. Hingegen hat es negative Auswirkungen auf Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende.

Im Gegensatz zu den meisten anderen Kontrollvariablen wirkt sich die Adjustierung des Schwangerschaftsrisikos familiäre Belastung während der Schwangerschaft auf das Frühgeburtsrisiko für Schwangerschaften  $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche mit geringeren Frühgeburtsrisiken für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte sowie Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende aus. Dies könnte unter Umständen daran liegen, dass die familiäre Belastung innerhalb der Familie bekannt ist bzw. in der Anamnese in der frühen Schwangerschaft erhoben wurde. Schwangere, die sich dieser Problematik bewusst sind, achten gegebenenfalls mehr auf ihre Gesundheit und ihr Verhalten während der Schwangerschaft, um eine Frühgeburt zu vermeiden. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass die Schwangerenvorsorge bei diesen Schwangeren intensiviert wird, um frühzeitig präventive Maßnahmen einzuleiten.

Die Adjustierung der Kontrollvariable besondere psychische Belastung in der Anamnese hatte für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende keinen Einfluss auf das Frühgeburtsrisiko für Frühgeburten, die zwischen der  $32 + 0$  und  $36 + 6$  Schwangerschaftswoche endeten. Dies zeigte sich auch für die Schwangerschaftsrisiken besondere soziale Belastung in der Anamnese, besondere psychische Belastung in der Schwangerschaft und besondere soziale Belastung in der Schwangerschaft für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende, obwohl die deskriptive Analyse signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen zeigte. Das galt auch für die besondere soziale Belastung in der Anamnese sowie die besondere psychische und soziale Belastung in der Anamnese. Hingegen wirken sich diese Risikofaktoren für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte negativ auf das Frühgeburtsrisiko aus. Psychische und soziale Risikofaktoren scheinen das Frühgeburtsrisiko von Schwangeren, deren Schwangerschaft in der  $32 + 0$  bis  $36 + 6$  Schwangerschaftswoche endeten, und die als Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende tätig waren, nicht so stark zu beeinflussen wie bei un-, angelernten Arbeiterinnen und Aushilfskräften. Aufgrund der sozialen Situation haben eventuell soziale Risikofaktoren für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte eine stärkere Wirkung auf das Frühgeburtsrisiko als bei anderen Berufsgruppen.

Allerdings muss an dieser Stelle auch erwähnt werden, dass Frühgeburtlichkeit sich auch in dieser Analyse als ein multifaktorielles Ereignis darstellt. Gegebenenfalls besteht die Möglichkeit, dass auch andere Faktoren auf die Frühgeburtlichkeit wirken, die allerdings nicht in den Perinataldaten erhoben werden. Unter Umständen können dies Verhaltensweisen der Schwangeren sein, die sich negativ auf den Gesundheitszustand während der

Schwangerschaft auswirken und somit für das höhere Risiko einer Frühgeburt bei Schwangeren mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status verantwortlich sind. Präventive Maßnahmen zur Vermeidung einer Frühgeburt können allerdings nicht bei dem Risikofaktor des niedrigen sozioökonomischen Status ansetzen, da bestimmte Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit nicht beeinflussbar sind. Beispielsweise können das Alter der Schwangeren und der Familienstand nicht von außen beeinflusst werden (Papiernik 1984).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass auch in Niedersachsen ein Zusammenhang zwischen sozialer Lage der Schwangeren und Frühgeburtlichkeit gezeigt werden konnte. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass soziale und psychische Risikofaktoren nicht immer für alle Berufsgruppen einen Einfluss auf das Frühgeburtsrisiko haben. Die Unterschiede bezüglich des Frühgeburtsrisikos und des sozioökonomischen Status der Schwangeren bleiben nicht immer nach der Adjustierung auf einzelne soziale Kontrollvariablen bestehen. Es konnte keine Variable ermittelt werden, die die sozialen Unterschiede bezüglich der Frühgeburtlichkeit beeinflussen konnte. Wenn dies so gewesen wäre, hätten präventive Maßnahmen einen Beitrag dazu leisten können, die schichtspezifischen Unterschiede bezüglich des Frühgeburtsrisikos zu beeinflussen. Es sollte daher zukünftig weitere Untersuchungen zu den sozialen Risikofaktoren von Frühgeburtlichkeit geben. Wahrscheinlich ist, dass sich die Risikofaktoren gegenseitig bedingen. Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass alleinstehende Frauen häufiger Zigaretten konsumieren als verheiratete Frauen (Raatikainen et al. 2005). Zudem sollten differenziertere Analysen bezüglich der Parität, des Alters der Schwangeren und der familiären Situation durchgeführt werden, um differenzierte Aussagen zu den Risikofaktoren von Frühgeburtlichkeit in Bezug auf die Schwangeren machen zu können. Außerdem sollten differenzierte Analysen für extrem frühe, sehr frühe und Frühgeborene zwischen der 32 + 0 und 36 + 6 Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, um gegebenenfalls unterschiedliche Risikofaktoren zu eruieren.

## **15.2 Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit und der Herkunftsregion der Schwangeren**

Diese Hypothese stand im engen Zusammenhang zur vorangegangenen Hypothese, bei der davon ausgegangen wurde, dass sich Frühgeburtlichkeit auch in Niedersachsen als ein Problem sozialer Lagen darstellt. Vor dem Hintergrund, dass Frauen mit

Migrationshintergrund häufiger einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, konnte davon ausgegangen werden, dass auch die Frühgeburtlichkeit in dieser Bevölkerungsgruppe höher ist. Unter anderem hatten Ancel & Bréart (2000) festgestellt, dass das Risiko einer Frühgeburt durch die sozioökonomische Lage der Familien beeinflusst wird. Folglich müsste davon ausgegangen werden, dass Frauen mit Migrationshintergrund aufgrund ihres niedrigeren sozioökonomischen Status häufiger von einer Frühgeburt bedroht sind. Wie in vorangegangenen Kapiteln gezeigt, konnte dies allerdings nicht für alle Altersgruppen und in unterschiedlichen Schwangerschaftswochen durchgängig belegt werden. Aus diesem Grunde wurde auch die Herkunftsregionen der Schwangeren mit in die Analyse einbezogen, um den Einfluss der Herkunftsregion mit einfließen zu lassen. Hintergrund der Überlegungen war, dass Studien aus den USA belegen, dass Schwangere mit Migrationshintergrund aus der ersten Generation eine niedrigere oder vergleichbare Frühgeburtenrate wie US-Amerikanerinnen haben (Cervantes et al. 1999). Dieses epidemiologische Paradox wird als "Latina Paradox" bezeichnet. Auch europäische Studien konnten für bestimmte Herkunftsregionen geringere oder gleiche Frühgeburtenraten bzw. ein geringeres Frühgeburtsrisiko oder aber auch eine geringere perinatale Mortalitätsrate konstatieren als für einheimische Frauen (Vahratian et al. 2004; Goedhart et al. 2008; Zeitlin et al. 2004; Leitner et al. 2011). Für die Analyse des epidemiologischen Paradoxes in dieser Untersuchung wurde das "Latina Paradox" als Grundlage gewählt, da einerseits Vergleiche zwischen Studien gezogen werden konnten und andererseits theoretische Ansätze des "Latina Paradox" in Bezug auf das Untersuchungskollektiv diskutiert werden können.

In Deutschland haben David et al. (2006) die Perinatalerhebungen in Berlin analysiert und ein "Turkish Paradox" für Frühgeburtlichkeit nachweisen können. In der Berliner Perinatalerhebung konnten die Autoren soziale Klassen bilden, da sie auch über den Beruf des Vaters Daten vorliegen hatten. Dies war ein eindeutiger Vorteil der Studie, da somit auch die Hausfrauen in die Analyse einbezogen wurden. Bezogen auf das "Latina Paradox", konnte nicht gezeigt werden, dass es sich bei den Frauen mit Migrationshintergrund aus der Türkei um die erste Generation handelt. Diese waren sogar in der Minderheit. Trotzdem konnte ein "Turkish Paradox" nachgewiesen werden (David et al. 2006). Unter anderem wurde das "Turkish Paradox" mit dem funktionierenden informellen familiären Netzwerk erklärt. "Dieses weibliche Netzwerk gilt neben den Frauen der ersten Generation auch für die zweite und dritte Generation, vor allem dann, wenn noch eine große Beziehung zum eigenen Kulturkreis besteht" (Celik-Bilgili 2008:36). Allerdings wurden Frühgeburten mit einer Gestationsdauer von  $\leq 34$ . Schwangerschaftswochen einbezogen, was eine Vergleichbarkeit

der Ergebnisse mit der vorliegenden Studie erschwert. Die Studie von David et al. beschränkte sich ausschließlich auf Berlin. Es war sicherlich von Bedeutung, die Situation von Frauen mit Migrationshintergrund außerhalb einer Großstadt zu untersuchen, um festzustellen, ob auch im nicht großstädtischen Bereich das "Turkish Paradox" nachweisbar ist. Dies ist sicherlich ein Defizit der Studie von David et al. (2006). Daher ist es von großer Bedeutung, dass ein Flächenland wie Niedersachsen, das ein sogenanntes Durchschnittsbundesland ist, Ergebnisse bezüglich der Frühgeburtlichkeit von Schwangeren mit Migrationshintergrund liefern konnte.

Wie gezeigt werden konnte, haben Frauen aus den Herkunftsregionen "Osteuropa" und "Mittlerer Osten" mit 6,3 bzw. 6,7 Prozent signifikant geringere Frühgeburtenraten als Frauen ohne Migrationshintergrund in Niedersachsen. Dies ist umso erstaunlicher als das der Zugang zur medizinischen Versorgung, die sozioökonomische Lage, Kommunikationsprobleme oder auch kulturelle bzw. ethnische Unterschiede diese Frauen zu einer vulnerablen Gruppe machen. Hinzu kommt, dass die Frühgeburtenrate in den Herkunftsländern zum Teil deutlich höher ist, als die der deutschen Frauen und somit auch höher als der Frauen mit Migrationshintergrund. Die Angaben zu den Frühgeburtenraten aus den Herkunftsregionen der Schwangeren variieren aber sehr stark. Danishevski et al. (2005) konnten in einer Studie einer russischen Stadt eine Frühgeburtenrate von 12,4 Prozent ermitteln, die deutlich über der Frühgeburtenrate anderer industrialisierter Länder lag. Zudem konnte aber auch nachgewiesen werden, dass die sozioökonomische Lage Einfluss auf die Frühgeburtenrate hatte. In einer weiteren Kohortenstudie von Grjibovski et al. (2005) wurde in einer Stadt im Nordwesten Russlands untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen soziodemografischen, gynäkologischen und lifestyle Risikofaktoren und dem Risiko einer spontanen Frühgeburt gibt. Im Gegensatz zur Studie von Danishevski et al. (2005) lag die Frühgeburtenrate insgesamt bei 5,6 Prozent. Der einzige soziodemografische Faktor, der bei der bivariaten Analyse im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit stand, war die mütterliche Ausbildung, und es zeigte sich, dass sich auch hier soziale Ungleichheiten nachweisen ließen. Auch das Alter der Schwangeren hatte Einfluss auf die Frühgeburtenrate in Russland (Monaghan et al. 2001). Die Frühgeburtenraten variieren in den einzelnen Studien erheblich, und da nicht genau gesagt werden kann, aus welchen Regionen bzw. Ländern die Schwangeren der Perinatalerhebungen kommen, ist es schwierig, genaue Aussagen zu machen, um die Frühgeburtenrate von Frauen mit Migrationshintergrund und deren Herkunftsländern zu vergleichen. Festzuhalten ist aber, dass auch in den Herkunftsregionen der Schwangeren in Niedersachsen ähnliche Faktoren sich negativ auf das Frühgeburtsrisiko auswirken. Da aber



ausschließlich die Frühgeburtenrate nach Herkunftsregionen und nicht nach den Herkunftsländern bekannt ist, konnten folgende vergleichende Frühgeburtenraten der Herkunftsregionen dargestellt werden. Bezogen auf die Herkunftsregionen der Schwangeren zeigte sich, dass die Frühgeburtenrate der Frauen aus "Osteuropa"  $< 8$  Prozent sind. Dies entsprach auch der Frühgeburtenrate der Osteuropäerinnen in Niedersachsen. Hingegen liegt die Frühgeburtenrate von Frauen aus dem "Mittleren Osten" zwischen 9 und 9,9 Prozent und für Frauen aus "Nordafrika"  $\geq 10$  Prozent (Howson et al. 2009). Hingegen hatten Beck et al. (2010) im Zuge ihrer weltweiten Studie zu Inzidenz von Frühgeburt feststellen können, dass die Frühgeburtenrate in Nordafrika bei 8,7 Prozent lag. Das 95 Prozent Konfidenzintervall lag zwischen 6.2-11.2. Dies verdeutlicht die Schwierigkeit, unterschiedliche Studien aus den Herkunftsregionen der Schwangeren zu vergleichen. Insbesondere die nordafrikanischen Ländern haben eine sehr unterschiedliche Qualität in Bezug auf die Gesundheitsversorgung. Hinzu kommt, dass keine differenzierten Angaben über die Frühgeburtenrate nach Schwangerschaftswochen vorlagen. Dies ist insofern von Bedeutung, als das auch nach der Differenzierung nach Schwangerschaftswochen gezeigt werden konnte, dass größtenteils Schwangere aus den Fokusregionen eine geringere Frühgeburtenrate hatten. Lediglich für extrem und sehr frühe Frühgeborene aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" konnte eine geringfügig höhere Frühgeburtenrate im Vergleich zu den deutschen Schwangeren nachgewiesen werden. Insbesondere in den letzten beiden Jahren des Untersuchungszeitraums ist diese für sehr frühe Frühgeborene stark angestiegen. Bei den extrem frühen Frühgeborenen gab es starke Schwankungen.

Die Berechnung des Frühgeburtsrisikos für Schwangerschaften, die vor der 37 + 0 Schwangerschaftswoche endeten, konnte sowohl für Osteuropäerinnen als auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko im Vergleich zur Referenzgruppe der deutschen Schwangeren, auch nach Adjustierung auf soziale und migrationsspezifische Risikofaktoren, nachgewiesen werden. Ähnliche Ergebnisse konnten für Frühgeburten, die zwischen der 32 + 0 und 36 + 0 Schwangerschaftswoche endeten, nachgewiesen werden. Somit kann gesagt werden, dass es sich hier um ein epidemiologisches Paradox ähnlich dem des US-amerikanischen "Latina Paradox" handelt. Allerdings wurde bei dieser Analyse noch nicht nach sozioökonomischem Status der Schwangeren differenziert, was für eine Verifizierung des "Latina Paradoxes" von Bedeutung ist. Nicht nachweisbar war ein geringeres Frühgeburtsrisiko für extrem frühe und sehr frühe Frühgeborene der Schwangeren aus den Fokusregionen im Vergleich zu den deutschen Schwangeren. Dies zeigte sich auch schon bei den Frühgeburtenraten. Unter

anderem kann dies damit zusammenhängen, dass es sich bei dieser Gruppe um sehr kleine Fallzahlen handelt, die keine signifikanten Ergebnisse möglich machen. Ähnlich geringe Fallzahlen konnten in der Hessischen Perinatalerhebung nachgewiesen werden (Misselwitz 2011). Außerdem besteht die Möglichkeit, dass bei den extrem und sehr frühen Frühgeborenen häufiger mütterliche oder kindliche Pathologien eine Rolle spielen und weniger die Herkunftsregion bzw. die sozioökonomische Lage der Schwangeren, sodass die Schwangerschaften gegebenenfalls aus diesen Gründen vorzeitig beendet werden müssen.

Unterschiedliche Ergebnisse konnten für die Adjustierung einzelner Kontrollvariablen für Schwangerschaften, die zwischen der 32 + 0 und der 36 + 6 Schwangerschaftswoche endeten, dargestellt werden. Da sich die Einzelanalysen am Besten für Frühgeburten zwischen der 32 + 0 und der 36 + 6 Schwangerschaftswoche darstellen lassen, soll an dieser Stelle auf die Diskussion für extrem und sehr frühe Frühgeborene verzichtet werden.

So stellte sich bspw. die Kontrollvariable Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" als Risikofaktor für Frühgeburten zwischen der 32 + 0 und der 36 + 6 Schwangerschaftswoche dar. Dies kann damit zusammenhängen, dass sie einen signifikant höheren Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft hatten als bspw. Osteuropäerinnen. Bei Adjustierung der Kontrollvariable Schwangere jünger als 18 Jahre zeigten sich geringfügige bzw. gar keine Veränderungen bezüglich des Frühgeburtsrisikos. Das Alter bei den Fokusgruppen scheint also eine nicht zu starke Bedeutung für Frühgeburten zu haben. Wie bei der Analyse des Frühgeburtsrisikos in Bezug auf den sozioökonomischen Status der Schwangeren stellte sich die Kontrollvariable Schwangere älter als 35 Jahre als Protektivfaktor dar. Dies kann unter Umständen, wie auch bei der Analyse des sozioökonomischen Status dargestellt, mit dem Bewusstsein einhergehen, dass es sich bei dieser Schwangerschaft um eine Risikoschwangerschaft handelt. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass sich diese Schwangeren häufiger in einer gefestigten Partnerschaft befinden und sie während der Schwangerschaft Unterstützung erhalten. Hinzu kommt, dass diese Schwangeren, die einen Migrationshintergrund aufweisen, sich gegebenenfalls schon länger in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten und feste soziale Strukturen haben sowie umfassend über gesundheitsschädigende Verhaltensweisen informiert sind. Hingegen konnte nachgewiesen werden, dass die Berufstätigkeit von Schwangeren mit Migrationshintergrund ein Risikofaktor für Frühgeburten ist. Einerseits kann dies damit zusammenhängen, dass Frauen mit Migrationshintergrund häufiger als deutsche Schwangere eine niedrigere berufliche Stellung haben. Der sozioökonomische Status kann durchaus das Frühgeburtsrisiko vergrößern. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass die traditionellen

familiären Strukturen häufiger dazu führen, dass Schwangere mit Migrationshintergrund einer Doppelbelastung ausgesetzt sind (Steinbach 2000). Dadurch kann es zu vermehrtem Stress kommen, der sich negativ auf das geburtshilfliche Outcome auswirken kann. Die Adjustierung auf das Schwangerschaftsrisiko alleinstehend zeigte einen Anstieg des Frühgeburtsrisikos im Vergleich zur nicht adjustierten Berechnung. Signifikant weniger Frauen aus den Fokusregionen "Osteuropa" und "Mittlerer Osten, Nordafrika", die eine Frühgeburt hatten, waren alleinstehend. Unter Umständen hängt diese Tatsache mit den engeren familiären Bindungen zusammen, die eine projektive Wirkung auf die Schwangerschaft haben könnten. Informelle soziale Netzwerke sind auch Protektivfaktoren für das "Latina Paradox" (McGlade 2004; Shaw et al. 2010; Abraído-Lanza et al. 1999). Außerdem konnte in Studien nachgewiesen werden, dass sich eine soziale Unterstützung während der Schwangerschaft protektiv auf das geburtshilfliche Outcome in Bezug auf Frühgeburtlichkeit auswirkt (Davids & Rosengren 1962). Dies gilt nicht nur für die Familieunterstützung, sondern auch für die professionelle Unterstützung durch eine Hebamme, die wie gezeigt werden konnte, auch nachhaltig ist (Oakley et al. 1996). Hinzu kommt, dass die deskriptive Analyse ergeben hatte, dass Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" signifikant häufiger Multipara waren, deren Risiko für Frühgeburtlichkeit gegenüber Nullipara im Allgemeinen geringer ist. Bezüglich des Schwangerschaftsrisikos familiäre Belastung in der Schwangerschaft konnten für die Fokusregionen nur geringfügige Unterschiede bezüglich des nicht adjustierten und adjustierten Frühgeburtsrisikos nachgewiesen werden. Einerseits kann dies damit zusammenhängen, dass es sich hierbei um ein Schwangerschaftsrisiko handelt, das in der Anamnese erhoben wird. Das bedeutet, dass dieses Risiko über das Gespräch mit der Patientin und gegebenenfalls des Partners ermittelt wird. Bei Kommunikationsproblemen zwischen dem medizinischen Personal und den Patientinnen (Razum et al. 2004) besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Informationen dokumentiert werden.

Die besondere psychische Belastung in der Anamnese wirkte sich nicht besonders auf das Frühgeburtsrisiko aus, obwohl Schwangere mit Migrationshintergrund sich häufiger in einer schlechteren beruflichen Situation befinden und häufiger eine höhere Anzahl an Kindern haben, die zu den psychischen Belastungen in der Schwangerschaft zu zählen ist. Die Tatsache, dass dieser Risikofaktor sich nicht stärker auf das Frühgeburtsrisiko auswirkt, kann unter Umständen damit zusammenhängen, dass psychische Probleme aufgrund des Krankheitsverständnisses von Schwangeren mit Migrationshintergrund nicht genannt werden. Außerdem können Kommunikationsprobleme für eine Nichtnennung verantwortlich sein.

Wahrscheinlich kann davon ausgegangen werden, dass dieser Faktor nicht von so starker Bedeutung ist, als dass er sich im Risiko für Frühgeburtlichkeit widerspiegelt. Hingegen gab eine Adjustierung auf das Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese ein geringeres Frühgeburtsrisiko als das nicht adjustierte Frühgeburtsrisiko. Bei der deskriptiven Auswertung zeigte sich deutlich, dass Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und Osteuropäerinnen signifikant häufiger dieses Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert hatten. Dies hängt vornehmlich an der Tatsache, dass dieser Risikofaktor auch für Integrationsprobleme steht. Obwohl dieser Risikofaktor bei der Adjustierung einen Effekt zeigte, war dieser allerdings nicht so stark, als dass er als eindeutiger Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit von Schwangeren mit Migrationshintergrund ausgemacht werden konnte. Wahrscheinlich wird dieser Risikofaktor automatisch von der Gynäkologin oder dem Gynäkologen im Mutterpass dokumentiert, wenn ersichtlich ist, dass die Schwangere eventuell Kommunikationsprobleme hat. Dies könnte unter Umständen auf Integrationsprobleme hindeuten. Es müssen daher andere Protektivfaktoren wirken, die die Schwangere ähnlich wie beim "Latina Paradox" vor Frühgeburtlichkeit schützt. Gegebenenfalls können das familiäre Netzwerke sein, die die vorhandenen Integrationsprobleme nicht zum Tragen kommen lassen. Ein geringeres Frühgeburtsrisiko im Vergleich zum nicht adjustierten Frühgeburtsrisiko galt auch für die Schwangerschaftsrisiken besondere psychische und soziale Belastung in der Schwangerschaft und bei der Adjustierung auf die Kontrollvariable Zustand nach zwei oder mehr Aborten oder Abbrüchen. Bei den Schwangerschaftsrisiken besondere psychische und soziale Belastung in der Schwangerschaft kommen wahrscheinlich ähnliche Faktoren zum Tragen wie bei dem Schwangerschaftsrisiko besondere soziale Belastung in der Anamnese. Die Anteile für Osteuropäerinnen wie auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" waren signifikant höher als für deutsche Frauen. Allerdings waren weniger als 1 Prozent der Schwangeren davon betroffen. Bei den sozialen Risikofaktoren wurde sowohl für deutsche als auch für Schwangere mit Migrationshintergrund mit höheren Anteilen gerechnet, da die Armutsgefährdungsquote 2009 für Menschen mit Migrationshintergrund bei 29,7 Prozent in Niedersachsen lag. Für Menschen ohne Migrationshintergrund betrug sie 11,5 Prozent (Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010 (c)). Goeckenjan et al. (2009) erwarteten bei der Auswertung des Schwangerschaftsrisikos "besondere soziale Belastung" der Perinataldaten der Jahre 2003-2007 in zwei deutschen Kliniken, dass der Anteil bei 10 Prozent liegen müsste, da 10 Prozent der Haushalte in Deutschland armutsgefährdet seien. Für Heidelberg lag der Anteil lediglich bei 3 und für Neukölln bei 0,5 Prozent. Die Autoren geben

mehrere Gründe für diese Ergebnisse an. Zum einen gehen sie davon aus, dass es sich um eine allgemeine Unterbewertung der sozialen Lage als Wirkfaktor für die Geburtshilfe handelt. In Neukölln, der ein Berliner Stadtteil ist, in dem vorwiegend Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status leben, wurden ihrer Meinung nach nur besonders auffällige Schwangere dokumentiert. Außerdem gehen sie davon aus, dass eine Stigmatisierung der Schwangeren vermieden werden sollte (Goeckenjan et al. 2009). Die geringen Anteile für eine besondere soziale Belastung in der Anamnese oder in der Schwangerschaft können auch damit zusammenhängen, dass von den Schwangeren dieses verschwiegen wird, um nicht als sozial benachteiligt zu gelten. Es besteht auch die Möglichkeit, dass Schwangere diese Frage aus Scham nicht richtig beantworten. Nicht zuletzt sind der Zeitfaktor, Verständigungsprobleme oder Kommunikationsprobleme zu nennen. Vermutlich gelten ähnliche Faktoren auch für die geringen Anteile bei den Schwangerschaftsrisiken besondere psychische Belastung in der Anamnese und Schwangerschaft.

Um eine "besondere soziale Belastung" in der Schwangerschaft zu ermitteln, empfehlen Goeckenjan et al. (2009) folgende Fragen im Anamnesegespräch zu stellen:

War die Schwangerschaft geplant?

Wie ist die Beziehung zum Vater des Kindes?

Haben Sie in letzter Zeit körperliche Gewalt erfahren?

Wie schätzen Sie Ihre wirtschaftliche Situation ein?

Haben Sie finanzielle Sorgen?

Um präventiv handeln zu können, sollten diese Fragen in der Anamnese gestellt werden, um soziale Belastungen und akuten, aber auch chronischen Stress erfassen zu können, die die sensible Situation in der Schwangerschaft und der Geburt gefährden könnten (Goeckenjan et al. 2009).

Migrationsspezifische Risikofaktoren sind, wie schon erwähnt, Schwangerschaftsabbrüche aber auch Sterilitätsbehandlungen. Die Adjustierung auf das Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung ergab ein höheres Frühgeburtsrisiko als die Analyse ohne Kontrollvariablen. Deutsche Frauen hatten signifikant häufiger das Schwangerschaftsrisiko Zustand nach Sterilitätsbehandlung im Mutterpass dokumentiert als Schwangere aus dem Fokusregionen. Wie an anderer Stelle gezeigt, haben insbesondere Schwangere aus der Türkei eine hohe Bereitschaft eine Sterilitätsbehandlung durchführen zu lassen, um schwanger zu werden (Gacinski et al. 2000:84). Die familiären Strukturen und die religiöse Sozialisierung sind oftmals Ausgangspunkt für den starken Kinderwunsch. Aus diesem Wunsch heraus nehmen Schwangere aus der Türkei häufiger in jüngeren Jahren eine Sterilitätsbehandlung in

Anspruch (Kentenich et al. 1998:124; van Rooij et al. 2006). Gegebenenfalls hat das Alter bei der Sterilitätsbehandlung eine protektive Wirkung, sodass es sich nicht so stark auf das Frühgeburtsrisiko auswirkt. Der Zustand nach zwei oder mehr Abbrüchen oder Aborten zeigte in der deskriptiven Analyse deutlich, dass signifikant häufiger Schwangere aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit einer Frühgeburt dieses Schwangerschaftsrisiko im Mutterpass dokumentiert hatten. Allerdings zeigte die Adjustierung auf dieses Frühgeburtsrisiko keinen eindeutigen Effekt. Obwohl Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion häufiger einen Schwangerschaftsabbruch haben (Entwisle & Kozyreva 1997).

Die Einzelanalyse der Kontrollvariablen hat gezeigt, dass keine eindeutigen Risiko- bzw. Protektivfaktoren nachgewiesen werden konnten. Vergleichbare Studien konnten nachweisen, dass Frauen mit Migrationshintergrund aus der ersten Generation aus bestimmten Herkunftsregionen ein geringeres Frühgeburtsrisiko hatten als die einheimischen Frauen. Die Perinataldaten geben allerdings keine Auskunft darüber, ob die Schwangeren tatsächlich der ersten Generation angehören. Da sich das nächste Kapitel mit dieser Frage noch auseinandersetzen wird, soll an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen werden. Für Frühgeburtlichkeit könnte demnach ein Protektivfaktor die Herkunftsregion der Schwangeren sein.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich für Osteuropäerinnen sowie für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein epidemiologisches Paradox in den Niedersächsischen Perinatalerhebungen für Frühgeburten < 37 + 0 Schwangerschaftswoche nachweisen lässt.

Um die Ergebnisse allerdings zu verifizieren, musste der sozioökonomische Status der Schwangeren einbezogen werden.

### **15.3 Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit mit der Herkunftsregion und dem sozioökonomischen Status der Schwangeren**

Es konnte gezeigt werden, dass sich auch in Niedersachsen ein epidemiologisches Paradox in Bezug auf Frühgeburtlichkeit für Schwangere aus "Osteuropa" und für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" nachweisen lässt. In Anlehnung an das US-amerikanische "Latina Paradox" kann in Bezug auf Frühgeburtlichkeit von einem "Easteuropean Paradox" bzw. "Middle East, Northafrican Paradox" gesprochen werden. Es ist fraglich, ob

Erklärungsansätze für das "Latina Paradox" auch auf die Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" gelten.

Um gegebenenfalls sozioökonomische Unterschiede auszuschließen, wurde überprüft, ob sich dieses Paradox auch für bestimmte Berufsgruppen darstellen lässt, da der sozioökonomische Status bei der Ermittlung von sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsbereich nicht unbedeutend ist. Razum et al. (1999) konnten anhand der Geburts- und Sterberegister der Jahre 1980-1996 zeigen, dass das Sterblichkeitsrisiko von nicht-deutschen Schwangeren unter der Geburt höher ist. Allerdings war in den Jahren ein Rückgang des Sterblichkeitsrisikos zu verzeichnen. Dies wurde in Zusammenhang mit einer rückläufigen Fehlgeburtenrate gebracht. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass es Ungleichheiten in der Versorgung von deutschen und nicht-deutschen Schwangeren gibt, diese allerdings nicht ausschließlich auf die Herkunftsregion zurückzuführen sind, sondern auch in Verbindung mit dem sozioökonomischen Status stehen. Insofern kann ein epidemiologisches Paradox nicht für alle Bereiche gelten, sondern die Ergebnisse zeigten, dass eine bessere gesundheitliche Versorgung sich positiv auf das geburtshilfliche Outcome auswirken kann.

Da die Theorieansätze des "Latina Paradoxes" unter anderem davon ausgehen, dass sich mit zunehmender Akkulturation an die Aufnahmegesellschaft dieses epidemiologische Paradox nicht mehr nachweisen lässt (David & Borde 2006), wurde davon ausgegangen, dass für Schwangere aus "Osteuropa", zu denen die Spätaussiedlerinnen zu zählen sind, bei der differenzierten Betrachtung nach sozioökonomischen Status sich dieses Paradox nicht mehr nachweisen lässt. Ähnlich wie bei David et al. (2006) wurde davon ausgegangen, dass sich für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" dieses Paradox konstatieren ließe.

Umfassende logistische Regressionsanalysen der einzelnen Berufsgruppen zeigten allerdings, dass lediglich für Osteuropäerinnen in der Berufsgruppe der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibende und zum Teil für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte dieses Paradox für Frühgeburten  $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche nachweisbar war. Ebenso war das Paradox für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika", die als un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte tätig waren, nachweisbar. Diese Ergebnisse waren allerdings nicht signifikant. Es stellte sich die Frage, warum dieses Paradox nur mit signifikanten Ergebnissen für die Gruppe der osteuropäischen Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden nachgewiesen werden konnte. Einerseits könnte dies damit zusammenhängen, dass in dieser Gruppe mit großen Fallzahlen gerechnet werden konnte. Die Fallzahlen für höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige waren zum Teil sehr gering, sodass keine signifikanten Ergebnisse zu erwarten waren. Das gleiche

galt für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte. Ähnliche kleine Fallzahlen konnten auch für diese Personengruppe in den Hessischen Perinatalerhebungen nachgewiesen werden (Misselwitz 2011). Dass die kleinen Fallzahlen eine Rolle spielen könnten, zeigte sich auch darin, dass die Durchführung der logistischen Regressionsanalyse für Hausfrauen, deren Fallzahlen sehr groß waren, zu einem ähnlichen Ergebnis kam. In diesem Fall konnte sogar für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko ( $< 37 + 0$  Schwangerschaftswoche) nachgewiesen werden. Andererseits könnten in diesem Falle auch informelle soziale Netzwerke der Familie unter den Spätaussiedlerinnen einen Beitrag für das geringere Frühgeburtsrisiko leisten. Diese werden beim "Latina Paradox" als Erklärungsansatz genannt (McGlade 2004; Shaw et al. 2010; Abraído-Lanza et al. 1999). Die Perinataldaten geben leider keine Auskunft über die familiäre Situation. Ausschließlich der Familienstand der Schwangeren kann ermittelt werden. Für Osteuropäerinnen wie auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" konnte bspw. gezeigt werden, dass Frauen signifikant seltener alleinstehend waren. Außerdem werden besondere psychische und soziale Belastungen in der Anamnese und in der Schwangerschaft erfasst. In Bezug auf diese Belastungen hatten Schwangere dieser Fokusregionen größtenteils signifikant geringere Anteile als deutsche Frauen. Es sollten daher weitere Informationen über die familiäre Situation in den Perinataldaten erhoben werden. Unter den Frauen aus der ehemaligen Sowjetunion ist die Familie bspw. eine feststehende Institution (Bauer 2007:137). Auch in türkischen Familien ist der familiäre Zusammenhalt sehr groß und familiäre Netzwerke haben eine protektive Wirkung auf den einzelnen (Ataca 2009:111ff.). Funktionierende familiäre Netzwerke werden einerseits als fördernd für die Integration an die Aufnahmegesellschaft angesehen (Boll 1993:164), andererseits besteht auch die Gefahr, dass sie sich von der Aufnahmegesellschaft abkapseln (Theis 2006:18). Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009:7) stellte fest, dass Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler bessere Integrationswerte aufwiesen als die Vergleichsgruppe der Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. Hinzu kommt, dass ein Großteil der Osteuropäerinnen wahrscheinlich die deutsche Staatsangehörigkeit haben, was einen Teil der Integration bzw. Akkulturation an die Aufnahmegesellschaft ausmacht. Dies könnte darauf hinweisen, dass ein Akkulturationsprozess an die Aufnahmegesellschaft schon stattgefunden hat, und würde gegen ein epidemiologisches Paradox sprechen, dass mit zunehmender Akkulturation verloren geht (Coonrod et al. 2004). Allerdings muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass in den Perinatalerhebungen die Herkunftsregion dokumentiert wird, aber nicht gesichert ist, ob es sich dabei tatsächlich um die erste Generation von Frauen



mit Migrationshintergrund handelt, die Grundlage des "Latina Paradoxes" ist. Es konnte nachgewiesen werden, dass bestimmte soziodemografische Daten nicht ausreichend dokumentiert werden (Pateisky & Geraedts 2000:983, Stein et al. 2006). Aus diesem Grund wurde auf Sekundärdaten des Landesbetriebes für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen zurückgegriffen. Der Anteil der ersten Generation von Frauen mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung entsprach in etwa den Schwangeren, die zwischen 2001 und 2008 eine andere Herkunftsregion als Deutschland bei der Geburt hatten.

Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009:7) konnte ebenso nachweisen, dass die Spätaussiedlerinnen mit einem relativ hohen Bildungsstand nach Deutschland eingereist sind, der einen protektiven Einfluss auf das Frühgeburtsrisiko haben kann. Die Berufsgruppe der Facharbeiterinnen, einfachen Beamtinnen und Kleingewerbetreibenden verfügt gegebenenfalls auch über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Informationen, die schließlich auch für ein besseres geburtshilfliche Outcome verantwortlich sein können. Bspw. konnte gezeigt werden, dass der Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft bei Spätaussiedlerinnen signifikant geringer war als bei deutschen Frauen. Der geringere Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft wirkt sich in jedem Fall protektiv auf das geburtshilfliche Outcome aus, wie zahlreiche Studien belegen konnten (Voigt et al. 2009(a); American College of Obstetricians and Gynecologists 2010). Die Perinataldaten geben leider keine Auskunft über das Ernährungsverhalten, das neben einem geringeren Tabakkonsum als Protektivfaktor beim "Latina Paradox" genannt wird (Fuentes-Afflick et al. 1999; Abraído-Lanza et al. 1999; Abraído-Lanza et al. 2005). Ein weiterer wichtiger Faktor, der als Erklärungsansatz für das "Latina Paradox" genannt wird, ist die Religiosität (Abraído-Lanza et al. 1999, Magaña & Clark 1995). Es konnte gezeigt werden, dass Religiosität für Spätaussiedlerinnen einen großen Einfluss auf ihr Leben hat, obwohl sie bspw. in der ehemaligen Sowjetunion keine oder nur eine geringe kirchliche Sozialisation erfahren hatten (Boll 1992:191). Sie haben zum Teil sehr strenge religiöse moralische Vorstellungen. Zum Beispiel ist der offene Umgang mit Sexualität ein Tabuthema und der Konsum von Alkohol und Zigaretten eine Sünde (Dietz & Hilkes 1994: 113). Dies erklärt, warum auch in dieser Untersuchung ein geringerer Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft bei Osteuropäerinnen nachgewiesen werden konnte. Auch bei den Schwangeren aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" kann davon ausgegangen werden, dass Religiosität eine große Bedeutung im alltäglichen Leben, aber auch bei der gynäkologischen Behandlung hat (Anegg-Moazedi 2009:181f; David & Ilkilic 2010). Die Perinatalerhebungen können leider

keine Aussage über die Religionszugehörigkeit der Schwangeren oder ihrer Familie machen, sodass die gegebenenfalls protektive Wirkung nicht analysiert werden konnte. Ein weiterer theoretischer Ansatzpunkt ist die "Healthy Migrant Theory", die von einer Selektion der Migrantinnen ausgeht. Danach würden überwiegend gesunde Migrantinnen ihr Heimatland verlassen. In Bezug auf Osteuropäerinnen stellt sich deren Situation anders dar, als die der Frauen aus lateinamerikanischen Ländern. Das Ausreisemotiv entspricht größtenteils nicht dem der Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten, sondern häufig steht der Wunsch als Deutscher unter Deutschen zu leben im Vordergrund. Wirtschaftliche Gründe für die Migration gewinnen zwar unter Osteuropäerinnen an Bedeutung, aber sie sind und waren nicht die Hauptmotive. Andererseits sind Familienzusammenführungen von großer Bedeutung. Dies deutet wieder auf die wichtigen informellen Netzwerke hin, die auch nach der Migration in der Bundesrepublik Deutschland gepflegt werden. Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hat dieser Theorieansatz durchaus seine Berechtigung. Frauen aus diesen Regionen kommen häufig nach Deutschland, um einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen oder als Heiratsmigrantinnen.

Ein weiterer theoretischer Ansatz des "Latina Paradoxes" ist der "Salmon Bias". Dieser Ansatz geht davon aus, dass Migrantinnen und Migranten bei einer schweren Erkrankung, im Alter oder zur Entbindung in ihr Heimatland zurückkehren (Abraído-Lanza et al. 1999). Bezogen auf die Osteuropäerinnen ist dieser theoretische Ansatz obsolet, da sie als deutsche Staatsbürger nicht in ihr Ursprungsland zurückkehren werden, um dort zu entbinden. Dieser theoretische Ansatz kann durchaus für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" Bedeutung haben. Es liegen keine Angaben darüber vor, ob bestimmte Schwangere in ihr Herkunftsland zurückkehren, um dort in der schützenden Umgebung der Familie zu entbinden.

Im Vergleich zu anderen Staaten ist eine weitere Analyse von Osteuropäerinnen von besonderer Bedeutung, da sie größtenteils andere Wandlungsmotive haben als bspw. Arbeitsmigrantinnen, Heiratsmigrantinnen oder Migrantinnen, die aufgrund von politischer Verfolgung ihr Land verlassen müssen. Es handelt sich dabei um eine weltweit fast einmalige Migrationsbewegung. Daher ist ein internationaler Vergleich dieser Migrantinnengruppe auch kaum möglich. Vorhandene europäische Studien haben unter anderem die Frühgeburtenraten zwischen einheimischen Schwangeren und Schwangeren aus ehemaligen Kolonialgebieten und Arbeitsmigrantinnen untersucht, die aber auch nicht mit den Spätaussiedlerinnen vergleichbar sind. Spätaussiedlerinnen haben bzw. hatten bei ihrer Einreise in die

Bundesrepublik Deutschland finanzielle und gesetzliche Vorteile, die andere Migrantinnengruppen nicht haben.

Wie gezeigt, sind die meisten Erklärungsansätze des "Latina Paradoxes" nur bedingt oder gar nicht auf die Frauen mit Migrationshintergrund aus "Osteuropa" übertragbar. Um genauere Aussagen über die Risiko- bzw. Protektivfaktoren von Frühgeburtlichkeit für Osteuropäerinnen machen zu können, bedarf es einer Einzelfallanalyse und auch qualitativer Forschung.

#### **15.4 Vorsorge und sozioökonomischer Status**

Wie gezeigt, sind über 70 Prozent der Schwangerschaften im Untersuchungskollektiv Risikoschwangerschaften, gemäß dem Risikokatalog A und B im Mutterpass. Hingegen liegt der Anteil in den Niederlanden bei lediglich 20 Prozent (Schindele 1995:56). Bedeutet das, dass die deutschen Frauen kränker sind als die Frauen in den Niederlanden? Oder bedeutet dies, dass es in Deutschland zu einer zunehmenden Pathologisierung der Schwangerschaft kommt?

Es konnte in einer Untersuchung gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen der Dichte der ärztlichen Versorgung und einem Anstieg an Risikoschwangerschaften gibt (Schindele 1995:58). Die ärztliche Versorgung während der Schwangerschaft, die durch die Mutterschaftsrichtlinien geregelt ist, ist aber auch vom sozioökonomischen Status der Schwangeren abhängig. Rowe & Garcia (2003) konnten in einem systematischen Review zeigen, dass Frauen aus den unteren sozialen Schichten später zum ersten Untersuchungstermin erschienen sowie weniger Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen hatten als andere Frauen. Für die Schwangerenvorsorge in der Bundesrepublik Deutschland konnten mehrere Studien nachweisen, dass im Besonderen gut ausgebildete deutsche Frauen mit einem geringen Risikopotenzial die Schwangerenvorsorge intensiver nutzten als Frauen mit einem höheren Risiko (Simoes et al. 2009; Urbschat 1999; Collatz et al. 1983). In der Perinatalstudie von Collatz et al. (1983:151f.) konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach der Dokumentation im Mutterpass nachgewiesen werden. Urbschat (1999) konnte zeigen, dass 24,5 Prozent der Schwangeren mit einem niedrigen Berufsstand eine Schwangerschaftsvorsorge hatten, die unter dem Standard lag bzw. dass diese Schwangeren zu den Späterscheinenden gehörten. Der Anteil für Schwangere mit einem

hohen Berufsstand betrug 9,1 Prozent. Urbschat (1999:31) weist aber darauf hin, dass bspw. Einflussgrößen wie Parität und Alter, die auch in dieser Analyse berücksichtigt wurden, in Wechselwirkung zu der Schwangerenvorsorge stehen können.

Die Analyse der Perinatalerhebungen hat gezeigt, dass Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status seltener eine Schwangerschaftsvorsorge über dem Standard hatten als Schwangere in einer höheren sozioökonomischen Lage. Es konnte auch gezeigt werden, dass Schwangere mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status häufiger eine Erstuntersuchung nach der 14. Schwangerschaftswoche hatten und somit zu den Späterscheinenden zu zählen waren. Sie hatten außerdem häufiger eine Schwangerenvorsorge, die unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien lag. Für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte bestand ein signifikant höheres Risiko, eine Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien im Vergleich zur Referenzgruppe der höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen zu haben. Bei der weiteren Differenzierung zeigte sich, dass dieses Risiko insbesondere für zwei Untersuchungen unter dem Standard nachgewiesen werden konnte. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende konnte dies nach Adjustierung auf Kontrollvariablen nicht nachgewiesen werden. Daher scheint für un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräfte ein höheres Risiko einer Unterversorgung während der Schwangerschaft zu bestehen. Für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende besteht eine geringere Chance, während der Schwangerschaft unterhalb des Standards der Mutterschaftsrichtlinien versorgt zu werden.

Die unterschiedliche Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen konnte auch für andere Bereiche festgestellt werden. Lungen et al. (2009:85f.) konnten bei der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen deutliche Unterschiede nach sozialer Schicht feststellen. Die oberen sozialen Schichten nahmen mehr Vorsorgeleistungen in Anspruch als untere soziale Schichten. Zum Beispiel zeigte sich dies bei der Vorsorgeuntersuchung zum Gebärmutterkrebs. 16,49 Prozent aus der unteren Schicht nahmen diese Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. In der oberen mittleren Schicht und oberen Schicht waren es hingegen 22,36 bzw. 18,45 Prozent.

Die Vergleichbarkeit internationaler Studien zur Schwangerenvorsorge ist schwierig, da die Schwangerschaftsvorsorge unterschiedlich geregelt ist. Mit den Mutterschaftsrichtlinien legt die Bundesrepublik Deutschland einen extrem hohen Standard und eine professionelle Versorgung während der Schwangerschaft fest. Die Reduzierung der Anzahl der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen auf fünf Untersuchungen bei Low-Risk-

Schwangeren konnte keine negativen Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind nachweisen (World Health Organization 2002). Allerdings waren die Frauen mit den größeren Untersuchungsintervallen unzufriedener (World Health Organization 2003) und sie empfanden die Untersuchungsintervalle als zu lang (Dowswell et al. 2010). Dies könnte sich auch bei der Analyse der Perinatalerhebungen auswirken. Es besteht die Möglichkeit, dass Schwangere mit einem höheren sozioökonomischen Status ein größeres Sicherheitsgefühl benötigen als Schwangere mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status. Außerdem könnte eine intensivere Schwangerschaftsvorsorge bei Schwangeren mit höherem sozioökonomischen Status damit zusammenhängen, dass diese Schwangeren gegebenenfalls nur ein Kind und somit ein größeres Sicherheitsbedürfnis haben. Beispielsweise hatten höhere Beamtinnen, Angestellte und Selbstständige, die Nullipara waren, mit 60,1 Prozent eine Schwangerschaftsvorsorge von mindestens einer Untersuchung über dem Standard. Hingegen waren es bei den un-, angelernte Arbeiterinnen und Aushilfskräften lediglich 53,6 Prozent. Allerdings ist in diesem Fall nicht klar, ob sich die Schwangeren für weitere Kinder entscheiden. Allerdings konnten in Deutschland bspw. deutliche Unterschiede zwischen dem Bildungsstand der Frauen und der Anzahl der Kinder festgestellt werden. 53 Prozent der Frauen mit einer hohen Bildung hatten mehr als ein Kind, wohingegen 63 Prozent der Frauen mit niedriger formaler Bildung zwei oder mehr Kinder hatten (Statistisches Bundesamt 2007 (a)). Ebenso konnte festgestellt werden, dass Schwangere bei der ersten Geburt des Kindes älter waren (Statistisches Bundesamt 2007 (a)). Dass sich eine geringere Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen nicht für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende nachweisen ließ, könnte unter Umständen damit zusammenhängen, dass diese Berufsgruppen ein stärker ausgeprägtes gesundheitsbewusstes Verhalten hat. Lungen et al. (2009) konnten ebenso für Vorsorgeuntersuchungen zum Gebärmutterkrebs feststellen, dass in der oberen mittleren Schicht der Anteil höher war als bei der oberen Schicht.

Zwischen der Anzahl der ärztlichen Untersuchungen und Frühgeburtsrate (nach dem Indikator Geburtsgewicht < 2500 g) konnten Collatz et al. (1983:148f.) bei der Analyse der Ergebnisse der klinischen Dokumentation in Bremen und im Großraum Hannover signifikante Zusammenhänge nachweisen. Bei 13 und mehr Untersuchungen betrug die Frühgeburtsrate 3,5 Prozent, wohingegen die Frühgeburtsrate bei ein bis drei Untersuchungen bei 13,2 Prozent lag. Anders als bei Collatz et al. (1983) konnte bei der Analyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen der Jahre 2001-2008 kein Zusammenhang zwischen einer größeren Schwangerschaftsvorsorge und Frühgeburtsrate nachgewiesen werden. Allerdings wurden ausschließlich deskriptive Analysen zur Vorsorge durchgeführt.

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass die Schwangerschaftsvorsorge mit dem sozioökonomischen Status der Schwangeren korreliert. Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten können sich durch eine Gesundheitsförderung, die sich nicht auf bestimmte Zielgruppen ausrichtet, verstärken. Zukünftig sollten daher gezielte Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung einer Unterversorgung von benachteiligten Gruppen gefördert werden. Den Betreuenden muss einerseits die Bedeutung einer gefährdeten Zielgruppe bewusst sein, und andererseits müssen diese für das betreuende medizinische Personal eindeutig identifizierbar sein, um gezielte Maßnahmen einzuleiten. Simoes et al. (2009:389) fordern in diesem Zusammenhang die "Niedrigschwelligkeit des Zugangs und die Erreichbarkeit des Versorgungsangebots". Im speziellen Maße gilt dies auch für Schwangere mit Migrationshintergrund, deren Ergebnisse zur Schwangerschaftsvorsorge im nächsten Abschnitt diskutiert werden.

### **15.5 Vorsorge von Schwangeren mit Migrationshintergrund**

Präventions- und Vorsorgeangebote werden von Migrantinnen und Migranten seltener in Anspruch genommen (Spallek & Razum 2007). Die geringere Teilnahme an Vorsorgeprogrammen kann zum Teil über Zugangsbarrieren erklärt werden. Diese hängen mit den kulturellen und religiösen Hintergründen, der Aufenthaltsdauer in Deutschland, der Sprachkompetenz, dem Geschlecht, der Ausbildung sowie dem sozialen Status zusammen (Spallek et al. 2010).

Auch bei der Schwangerenvorsorge konnten Unterschiede bezüglich der Herkunftsregion der Schwangeren nachgewiesen werden. Schwangere aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hatten signifikant häufiger als deutsche Frauen eine Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien bzw. eine Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche. Dies wirkte sich aber, wie gezeigt, nicht negativ auf die Chance einer Frühgeburt aus. In einem Cochrane-Review konnte ebenso eindeutig belegt werden, dass eine geringere Schwangerschaftsvorsorge sich nicht negativ auf das geburtshilfliche Outcome auswirkt (Dowswell et al. 2010). Es sollte daher auch in der Bundesrepublik Deutschland überprüft werden, ob sich eine hohe Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft tatsächlich positiv auf das geburtshilfliche Outcome auswirkt. Der Vorteil dieser Untersuchung liegt darin, dass das geburtshilfliche Outcome sowie die

Schwangerschaftsvorsorgeintensität in einem Sample untersucht werden konnten. Die meisten anderen Studien beschränken sich entweder auf das geburtshilfliche Outcome oder auf die Teilhabe an Vorsorgeuntersuchungen.

Die Informationen der Perinatalerhebungen geben allerdings keine Auskunft darüber, ob Schwangere mit einer anderen Herkunftsregion als Deutschland, die eine geringere Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen haben, schon in ihrem Herkunftsland betreut wurden. Insbesondere sind diese Ergebnisse Bedeutung, da wenig Informationen über die Schwangerschaftsvorsorge von Osteuropäerinnen in der Bundesrepublik vorliegen. Dieser Bereich ist noch nicht intensiv untersucht worden und ist von besonderer Bedeutung, weil diese Frauen auch quantitativ zunehmend für die Geburtshilfe von Bedeutung sind. Eine ältere Studie von Urbschat (1999:34) konnte ebenso signifikante Unterschiede bezüglich der Schwangerenvorsorge von deutschen und Schwangeren aus anderen Herkunftsregionen, auch nach Überprüfung auf Parität, nachweisen. Zu einem ähnlichen Ergebnis bezüglich einer späteren Inanspruchnahme der Schwangerschaft kam eine britische Studie. Dieser Studie zufolge war das Risiko einer späteren Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge nach der 12. Schwangerschaftswoche für Frauen größer, die außerhalb des britischen Königreiches geboren worden sind  $AOR = 4.37$  (95% CI: 2.25 - 8.52;  $p = 0.0004$ ) (Rowe et al. 2008). Dass eine spätere Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge nicht unbedingt mit schlechteren Zugangsbedingungen verbunden sein muss, zeigte eine US-amerikanische Studie von Sarnoff & Adams (2001). Sie konnten eine höhere Prävalenz einer späteren Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge, nämlich nach dem ersten Trimester, für Frauen aus Mexiko im Vergleich zu weißen Frauen, die nicht aus Lateinamerika stammten, nachweisen. Die Autorinnen erklärten dies unter anderem damit, dass die mexikanischen Frauen mit dem späten Zeitpunkt der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung zufrieden waren.

Es ist daher notwendig, ein besseres Verständnis für die Vorstellungen und Bedürfnisse unterschiedlicher ethnischer Gruppen in der Geburtshilfe und Gesundheitsfürsorge zu bekommen, um das unterschiedliche Verhalten bei der Schwangerenvorsorge zu verstehen. In der Auswertung der Perinataldaten ist es nicht möglich, Aussagen über die Gründe der späteren Schwangerschaftsvorsorge zu machen. Aus diesem Grunde ist es nötig, in diesem Bereich weiter zu forschen, um Unterschiede erklären zu können und gegebenenfalls eine adäquate Vorsorge für Frauen mit Migrationshintergrund gewährleisten zu können.

Die Ergebnisse der Auswertung der Niedersächsischen Perinatalerhebungen belegen weiter, dass deutsche Frauen signifikant häufiger eine Versorgung entsprechend dem Standard oder über dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien hatten. Ebenso wie bei der

Schwangerschaftsvorsorge in Bezug auf den sozioökonomischen Status konnten auch bei der Analyse nach den Herkunftsregionen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung nachgewiesen werden. Allerdings fiel auf, dass Schwangere aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" höhere Anteile als die deutschen Schwangeren bei einer Schwangerenvorsorge über dem Standard für Facharbeiterinnen, einfache Beamtinnen und Kleingewerbetreibende hatten. Begründet werden könnte dies unter anderem mit den angegebenen kleinen Fallzahlen unter den höheren Beamtinnen, Angestellten und Selbstständigen bei den Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika". So hatten schwangere Osteuropäerinnen wie auch Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" ein signifikant höheres Risiko, eine Schwangerschaftsvorsorge von mindestens einer Untersuchung unter dem Standard zu haben als die Referenzgruppe der deutschen Schwangeren. Das Risiko einer Erstversorgung nach der 14 + 6 Schwangerschaftswoche war für Frauen aus "Osteuropa" fast dreimal so hoch wie für deutsche Frauen. Für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" war das Risiko nicht zu hoch. Die Chance, entsprechend dem Standard der Mutterschaftsrichtlinien versorgt zu werden, war sowohl für Osteuropäerinnen als auch für Schwangere aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" signifikant geringer als für die Referenzgruppe der deutschen Schwangeren. Ähnliche Ergebnisse konnten für eine Schwangerschaftsvorsorge von mindestens einer, einer Untersuchung, zwei, zwei oder mehr Untersuchungen über dem Standard nachgewiesen werden. Unter Einbeziehung der beruflichen Tätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft konnten zum Teil keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden. Tendenziell zeigten sich aber ähnliche Ergebnisse.

Eine geringere Teilnahme an der Schwangerschaftsvorsorge kann auch damit zusammenhängen, dass Schwangere mit osteuropäischem Migrationshintergrund wie auch Schwangere aus dem "Mittleren Osten/Nordafrika", zum Teil aus religiösen Gründen, ein größeres Schamgefühl haben (Baumgartner Biçer 2007:72). Eine weitere Begründung wären, die schon an anderer Stelle beschriebenen, familiären Netzwerke (McGlade 2004; Shaw et al. 2010; Abraído-Lanza et al. 1999). Weibliche Familienangehörige geben dabei ihre Erfahrungen und ihre Kenntnisse bezüglich Schwangerschaft und Geburt an die Schwangere weiter. Um diesen Ansatz aber weiterzuverfolgen, wären Einzelfallanalysen und qualitative Forschung notwendig. Hinzu kommen Kommunikations- und Verständigungsprobleme, die die Teilnahme an Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen erschweren können. Über die Sprachkompetenz gibt es allerdings keine Angaben in den Perinatalerhebungen. Aus diesem



Grund ist es in zukünftigen Studien von Bedeutung, auf diese Problematik in Einzelfallanalysen weiter einzugehen.

Eine unzureichende Schwangerschaftsvorsorge bedeutet nicht unbedingt ein schlechteres Outcome, allerdings kann eine geringere Schwangerschaftsvorsorge auch belastend für die Mütter sein. Daher sollte die Schwangerschaftsvorsorge von allen Frauen in gleichem Maße genutzt werden können, wenn der Bedarf bei der Frau vorhanden ist. In diesem Zusammenhang fordert die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2010:34) umfassende Maßnahmen für einen leichteren frühzeitigen Zugang zu den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Dies sollte auch in Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft, verschiedenen Institutionen und Akteuren aus dem Bildungs- und Gesundheitsbereich geschehen. Dazu zählen auch aufsuchende Angebote, die den persönlichen Kontakt mit Schwangeren herstellen, die gefährdet sind, eine Schwangerschaftsvorsorge zu haben, die nicht den Mutterschaftsrichtlinien entspricht. Insbesondere Familiengesundheitslotsen und Familienhebammen haben sich für diese Aufgabe bewährt (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2010:34). Exemplarisch sollen zwei Projekte in Niedersachsen kurz dargestellt werden, die sich mit Gesundheitsförderung und Prävention für Migrantinnen und Migranten beschäftigen. Insbesondere für Schwangere mit Migrationshintergrund bietet sich das MiMi-Gesundheitsprojekt - mit Migrantinnen für Migrantinnen an. Im Ethno-medizinischen Zentrum in Hannover wurde ein Konzept der Gesundheitsmediatoren entwickelt, das darauf abzielt, Migrantinnen und Migranten den Zugang zum Gesundheitssystem und zur Information primärpräventiv zu ermöglichen. Durch dieses Modell soll die Prävention und Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Migranten sowie die Förderung der Stärkung der Selbstverantwortung dieser Personengruppe im Bereich Prävention und Gesundheit verbessert werden (Salman 2008:21).

Die Internetseite "Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen" ist ein Portal, das eine gezielte Recherche nach Gesundheitsdienstleistern nach Standort, Fachgebiet und Sprachkenntnissen möglich macht. Hinzu kommt eine Sammlung mit Weblinks, die zu fremdsprachigem Informationsmaterial führt. Außerdem werden Ansprechpartner auf Landes- und Bundesebene genannt. Neben Deutsch wird die Internetseite auch auf Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Türkisch angeboten (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. 2011).

Insgesamt hat sich gezeigt, dass Bedarf besteht, Informationen über Gesundheitsförderung, Prävention aber auch Gesundheitsinformationen zu erhalten, damit Frauen mit

Migrationshintergrund die Vorsorgemöglichkeiten nutzen, die das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland hat. Dies muss zum einen geschehen, damit bei den Frauen mit Migrationshintergrund zukünftig nicht weitere Versorgungslücken auftreten. Andererseits besteht die Möglichkeit, dass durch die Teilhabe an der Gesundheitsförderung soziale Ungleichheiten induziert werden und der Integrationsprozess im Bereich Gesundheit voranschreitet. Um dies zu forcieren, muss ein multidisziplinärer Ansatz unterstützt werden, der bspw. Krankenkassen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen oder Behördenmitarbeiter/Behördenmitarbeiterinnen auf bestimmte Risikogruppen, zu denen die Frauen mit Migrationshintergrund, aber auch sozial Benachteiligte gehören, aufmerksam macht.

## 15.6 Limitation der Studie

Wie jede Studie unterliegt auch diese Studie Limitationen bezüglich der Daten und der Methodik.

Da Niedersachsen ein sogenanntes "Mittelfeld"- Bundesland ist, ist es möglich, die erhobenen Ergebnisse auf die Bundesrepublik Deutschland zu übertragen (Initiative für Neue Soziale Marktwirtschaft & WirtschaftsWoche 2011).

Die Niedersächsischen Perinataldaten, die im Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen in Hannover dokumentiert werden, haben eine gute Validität und zeichnen sich durch ihre Vollständigkeit aus (vgl. Kapitel 6). Da es sich um eine populationsbasierte Erhebung handelt, kann davon ausgegangen werden, dass bei der Erfassung kein Selektionsbias zu berücksichtigen war.

Die Datenqualität ist bei den Perinatalerhebungen recht uneinheitlich. Die klinischen Daten sind sehr gut dokumentiert, wohingegen soziodemografische Daten eine schlechtere Übertragungsqualität aufwiesen (vgl. Kapitel 8.2).

Da es sich bei der Analyse um Sekundärdaten der Niedersächsischen Perinatalerhebungen handelt, besteht eine Limitation der Studie darin, dass diese Daten zur administrativen Gesundheitsstatistik gehören und hauptsächlich für die Planung, Bedarfsermittlung, Ressourcenallokation und Qualitätsprüfungen verwendet werden (O'Donnell et al. 2008:18). Zum Beispiel konnten der Migrationsstatus und das Herkunftsland der Schwangeren nicht differenziert genug dargestellt werden, um genaue Aussagen zu bestimmten

Migrantengruppen und Herkunftsländern machen zu können. Diese Limitation zeigt sich auch in anderen Bereichen. "Repräsentative Studien über die quantitativ kleineren Nationalitäten gibt es kaum, auch in den Statistiken werden, wenn überhaupt, alle diese Migrantengruppen in der Kategorie „Sonstige“ oder „andere“ zusammengefasst, obwohl sie zusammengenommen ca. 40% der ausländischen Bevölkerung ausmachen. So gibt es z.B. in Deutschland über die Migranten aus Afrika kaum Kenntnisse, geschweige denn über die Älteren unter ihnen" (Dietzel-Papakyriakou 2005).

Bei der Analyse der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung werden in gesundheitswissenschaftlichen Studien häufig Routinedaten genutzt. "Ihre Tauglichkeit für eine migrationsensible Datenanalyse und Berichterstattung hängt u. a. davon ab, ob Migranten im Datensatz als solche identifizierbar sind" (Schenk et al. 2006:853). In den Perinatalerhebungen wird ausschließlich die Herkunftsregion der Schwangeren ermittelt. Allerdings stehen bei der Dokumentation auch Herkunftsländer zur Auswahl, die dann wiederum der Herkunftsregion zugeordnet werden müssen. Bei einer korrekt durchgeführten Dokumentation durch Ärztinnen, Ärzte oder Hebammen bedeutet dies, dass die Schwangere in einem anderen Land als Deutschland geboren worden ist und somit der ersten Generation von Frauen mit Migrationshintergrund angehören müsste. "Außerdem ist die genaue Definition des "Herkunftslandes" in der Praxis unklar" (Reeske et al. 2011:21). Da dies nicht überprüfbar war, wurden Sekundärdaten des Landes Niedersachsen herangezogen, um diese Angaben zu verifizieren. In den Perinataldaten von 2001 bis 2008 ergab sich ein Anteil von Frauen mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland von 15,6 Prozent. Im Jahr 2005 hatten in Niedersachsen 15,9 Prozent der Frauen zwischen 15 und 45 Jahren einen Migrationshintergrund mit eigener Migrationserfahrung. Das bedeutet, dass die Anteile der Frauen in der reproduktiven Phase in der amtlichen Statistik sowie in den Perinataldaten auf Ähnlichkeiten hinweisen. Keine Aussagen werden darüber gemacht, ob es sich bei den Schwangeren um Ausländerinnen oder Deutsche handelt. Durch die Angabe der Herkunftsregion in den Perinataldaten werden auch Spätaussiedlerinnen oder eingebürgerte Frauen mit Migrationshintergrund erfasst, die bspw. in Routinedatensätzen, die ausschließlich nach der Staatsangehörigkeit differenzieren, nicht erfasst werden würden. Darin liegt sicherlich ein Vorteil der Perinataldaten, weil perspektivisch das Merkmal Staatsangehörigkeit weniger geeignet ist, Migrantinnen zu klassifizieren (Schenk et al. 2006). Es ist daher von Bedeutung, Spätaussiedlerinnen in die Analyse von Migrantinnen mit einzubeziehen, da sie, wie die Migrationsforschung zeigen konnte, ähnliche Probleme bei der Akkulturation an die Aufnahmegesellschaft haben wie andere Migrantengruppen (Theis

2006:18). "Das singuläre Merkmal der Staatsangehörigkeit ist darüber hinaus nicht in der Lage, die Migrantenpopulation in ihrer Heterogenität abzubilden" (Schenk et al. 2006:854). Durch den Mikrozensus, der alle vier Jahre erhoben wird, können auch Aussagen zu eingebürgerten Migrantinnen und Aussiedlerinnen gemacht werden. Dies erweitert die Möglichkeiten der Auswertung der amtlichen Statistiken erheblich. Schenk et al. (2006) haben einen Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationshintergrundes entwickelt. Dafür wird das Geburtsland sowohl des Vaters als auch der Mutter getrennt ermittelt. Wenn beide Elternteile in einem anderen Land geboren wurden oder die Person selbst und ein Elternteil im Ausland geboren wurden, wird die Untersuchungsperson als Migrant klassifiziert. Aufgrund dieser Differenzierung ist bspw. eine Analyse von binationalen Ehen möglich. Die exakte Erfassung des Geburtslandes der Eltern ermöglicht Rückschlüsse auf die Herkunftskultur oder landesspezifische Morbiditätsprofile. Die Erhebung des Einreisejahres sehen Schenk et al. (2006) als bedeutsam für die Erfassung der Einwanderergeneration an. Außerdem können Rückschlüsse auf das Einreisejahr in Kombination mit dem Untersuchungsjahr zur Ermittlung der Aufenthaltsdauer gemacht werden. Weiterhin sollte zur Erfassung der Mindestindikatoren die Muttersprache erhoben werden, weil diese als Indikator für die Ethnizität herangezogen werden kann. Ebenso sollten Deutschkenntnisse der befragten Personen ermittelt werden, da diese als Indikator für den Grad der Integration bedeutsam sind. Als letzter Indikator sollte der Aufenthaltsstatus der Untersuchungspersonen ermittelt werden, da dieser aufzeigt, welche rechtlichen, bspw. beruflichen Möglichkeiten die Untersuchungspersonen haben. In diesem Zusammenhang sollte auch die Staatsangehörigkeit erfragt werden. Langfristig sollten bei der Erfassung des Migrationsstatus solche Instrumente eingesetzt werden, um ein möglichst genaues Bild der Migrantenpopulation zu erhalten. Gegebenenfalls sollten Besonderheiten, die sich auf die Fragestellung beziehen, einbezogen werden. Nur durch eine genaue Differenzierung des Migrationsstatus besteht die Möglichkeit, gesundheitliche Unterschiede und Ungleichheiten zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zu eruieren (Schenk et al. 2006). Hinzu kommt, dass die Perinataldaten keine Auskunft über die Aufenthaltsdauer in der Bundesrepublik Deutschland geben. Dies könnte dazu führen, dass Schwangere, die in ihrem Heimatland schon versorgt wurden, dies nicht in ihrem Mutterpass dokumentiert haben. Das erweckt den Eindruck, als ob diese Schwangeren eine mangelhafte Schwangerschaftsvorsorge erhalten haben. Die Aufenthaltsdauer könnte außerdem ein Indikator für den Grad der Akkulturation an das Aufnahmeland sein. Diesbezüglich könnten auch Informationen zur Sprachkenntnis einen

Beitrag dazu leisten, den Akkulturationsgrad der Frauen mit Migrationshintergrund festzulegen.

Bei den sozioökonomischen Unterschieden der gesundheitlichen Ungleichheit wird vornehmlich auf die Ausbildung, den beruflichen Status und das Einkommen zurückgegriffen (Mielck 2000:12). Zur Festlegung des sozioökonomischen Status verwenden andere Studien bspw. die Dauer der Schulbildung der Schwangeren (Thompson et al. 2006, Morgen et al. 2008) anstatt der beruflichen Tätigkeit der Schwangeren. In anderen Studien wird der sozioökonomische Status über den Beruf oder die berufliche Tätigkeit des Partners ermittelt (Fairley & Leyland 2006). Es ist daher zum Teil problematisch, Studien zu vergleichen, da unterschiedliche Indikatoren zur Festlegung des sozioökonomischen Status genutzt werden. Um genauere Analysen durchführen zu können, die die sozioökonomische Lage der Schwangeren bzw. der Familie beschreiben können, müssten weitere Variablen erhoben werden. Zum Beispiel wäre es sinnvoll, zukünftig auch den Beruf des Partners oder das Haushaltseinkommen zu erheben. Aufgrund der Tatsache, dass keine Angaben über den Partner vorliegen und die Kategorie "Hausfrau" keine adäquate Aussage über den sozioökonomischen Status gibt, ist es sehr schwierig, diese Personengruppe genauer zu differenzieren. Da der größte Teil der Schwangeren in dieser Analyse Hausfrau war, konnten diese Ergebnisse nur teilweise mit in die Analyse einfließen. Aus diesem Grunde sollte überlegt werden, ob auf dem Dokumentationsbogen nicht nach dem erlernten Beruf der Schwangeren gefragt werden könnte. Zukünftig sollte allerdings versucht werden, weitere Informationen bezüglich des Haushaltseinkommens, des erlernten Berufes oder des sozioökonomischen Status des Hauptverdieners zu erhalten. Durch weitere Angaben könnte unter Umständen ein Sozialstatus-Index gebildet werden, der aussagekräftigere Angaben über die sozioökonomische Lage einer einzelnen Person bzw. einer Familie geben könnte. Dies ist von besonderer Bedeutung, um bspw. die Vergleichbarkeit zu anderen internationalen Studien herzustellen.

## **15.7 Zusammenfassung**

Die vorliegende Dissertation untersuchte Einflussfaktoren auf und den Hintergrund von Frühgeburtslichkeit in Niedersachsen aus sozialwissenschaftlicher Perspektive.

Der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung, der ersten Generation, zwischen 15 und 45 Jahre, lag 2005 in Niedersachsen bei ungefähr 16 Prozent und der Anteil von Schwangeren mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland betrug 16,8 Prozent. Diesen relevanten Anteil bezogen auf die perinatalen Ergebnisse differenziert zu betrachten war zentrales Anliegen der Studie.

Insbesondere Frühgeburtlichkeit ist für die Geburtshilfe von Bedeutung, da sie trotz medizinischer Verbesserungen und umfassender Schwangerenvorsorge in Niedersachsen zwischen 2001-2008 bei durchschnittlich 8,1 Prozent lag. Die Ursachen sind multifaktoriell und beinhalten soziale und psychische Faktoren. Unter anderem stellen Spätaussiedlerinnen, durch Nichtanerkennung von Schulabschlüssen und Heiratsmigrantinnen, aufgrund des Verlustes von sozialen Netzwerken, in diesem Zusammenhang eine vulnerable Gruppe dar, weil sie häufig einen niedrigen Sozialstatus haben sowie psychisch durch Migration belastet sein können.

Um Unterschiede in Bezug auf Frühgeburtlichkeit von Schwangeren aus unterschiedlichen Herkunftsregionen darzustellen und zu erklären, wurde das in den USA konstatierte "Latina Paradox" mit einbezogen. Danach haben Frauen aus lateinamerikanischen Ländern in der ersten Generation ein besseres geburtshilfliche Outcome in Bezug auf Frühgeburtlichkeit als US-Amerikanerinnen mit dem gleichen sozioökonomischen Status, obwohl sie eine geringere Schwangerenvorsorge erhielten. Fraglich war, ob sich dieses Paradox auch in Niedersachsen für Schwangere mit Migrationshintergrund nachweisen ließ.

Basis für die empirische Untersuchung waren die Niedersächsischen Perinatalerhebungen der Jahre 2001-2008. Alle lebenden Einlingsgeburten mit einem Gestationsalter von  $< 37 + 0$  SSW wurden in Bezug auf die berufliche Tätigkeit und Herkunftsregion der Mütter betrachtet. Bei den Frühgeborenen wurde zwischen Frühgeborenen, die zwischen der  $32 + 0$  und  $36 + 6$  Schwangerschaftswoche geboren wurden, sehr frühen Frühgeborenen und extrem frühen Frühgeborenen differenziert. Der Fokus lag auf Frauen aus "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" und als Vergleichsgruppe wurden Schwangere aus Deutschland mit gleicher beruflicher Stellung herangezogen. Neben deskriptiven wurden auch multivariate Analysen durchgeführt.

Bei der Analyse der  $N = 498.141$  lebenden Einlingsgeburten zeigte sich, dass die größten Anteile eines anderen Herkunftslandes als Deutschland Frauen aus "Osteuropa" mit 5,6 Prozent und aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" mit 4,9 Prozent hatten. Erwartungsgemäß konnte festgestellt werden, dass Schwangere mit Migrationshintergrund aus Osteuropa und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" im Vergleich zu deutschen Schwangeren niedrigere

Bildungsabschlüsse hatten. Die Frühgeburtenrate betrug für lebende Einlingsgeburten (Herkunftsland der Mutter Deutschland) in den Jahren 2001-2008 zwischen 7,4 Prozent und 7,7 Prozent. Für Frauen aus "Osteuropa" zwischen 5,6 Prozent und 6,7 Prozent sowie für Frauen aus dem "Mittleren Osten, Nordafrika" zwischen 5,9 Prozent und 7,6 Prozent. Nach Durchführung der Logistischen Regression wurde ein signifikant geringeres Frühgeburtsrisiko für Frauen aus "Osteuropa" (AOR = 0.88; 95% CI, 0.82-0.93) ( $p < 0.001$ ); und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" (AOR = 0.93; 95% CI, 0.88-0.99) ( $p < 0.05$ ) nachgewiesen. Die differenzierte Betrachtung nach beruflicher Tätigkeit der Schwangeren zeigte nach Adjustierung für Osteuropäerinnen, die als Facharbeiterin bzw. einfache Beamtin tätig waren oder ein Kleingewerbe betrieben, ein signifikant geringeres Risiko für Frühgeburtlichkeit gegenüber der Referenzgruppe (AOR = 0.757; 95% CI, 0.653 - 0.877) ( $p < 0.001$ ), obwohl diese Frauen eine signifikant höhere Chance einer Schwangerschaftsvorsorge von mindestens einer Untersuchung unter dem Standard (AOR = 1.406 (95 % CI, 1.279 - 1.547) ( $p < 0.001$ ) hatten. Soziale Risikofaktoren, die aus dem Eintrag im Mutterpass einbezogen wurden, hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Frühgeburtsrisiko für Schwangere mit einem anderen Herkunftsland als Deutschland.

Frauen mit Migrationshintergrund "Osteuropa" und dem "Mittleren Osten, Nordafrika" hatten im Vergleich zu Schwangeren ohne Migrationshintergrund ein geringeres Risiko einer Frühgeburt, ähnlich dem US-amerikanischen "Latina Paradox", obwohl sie häufiger eine Schwangerschaftsvorsorge unter dem Standard hatten. Insbesondere zeigte sich dieses Paradox für Schwangere aus "Osteuropa", die als Facharbeiterin, einfache Beamtin tätig waren bzw. ein Kleingewerbe betrieben.

Diese Befunde unterstützen die Annahme, dass Schwangere aus bestimmten Herkunftsregionen Protektivfaktoren für Frühgeburtlichkeit besitzen und führen zu dem Schluss, dass diese Faktoren in weiteren Studien eruiert werden sollten, um protektiv auf das geburtshilfliche Outcome einwirken zu können.

This PhD thesis examined the risk factors for prematurity in Lower Saxony, Germany from a social science perspective.

In 2005, the proportion of women between the ages of 15 and 45 in Lower Saxony who were foreign-born, the so-called first generation, was about 16 percent and the proportion of pregnant women with a country of origin other than Germany was 16.8 percent. The main purpose of this study was to analyze this relevant proportion in relationship to perinatal outcome.

---

Prematurity is of particular importance in obstetrics. Despite medical improvements and comprehensive prenatal care, the incidence of prematurity in Lower Saxony between 2001 and 2008 was, on average, 8.1 percent. There are multiple reasons for this, including social and psychological factors. Ethnic German emigrants from "Eastern Europe" (Spätaussiedlerinnen), for example, are a vulnerable group because of the non-recognition in Germany of their diplomas. Marriage migrants are also vulnerable in this context due to the loss of their social networks. Both groups are often of low social status and can be emotionally stressed by migration.

To illustrate and explain differences in preterm delivery among pregnant women from different regions of origin, the "Latina paradox" was the theoretical basis. This refers to the observation that, despite socioeconomic disadvantages, Latina mothers in the United States have a similar or lower risk for preterm delivery compared to non-Latina white mothers, although they receive less prenatal care. The question was whether this paradox could also be detected in Lower Saxony for pregnant women with an immigrant background.

The bases for the empirical study were the Niedersächsischen Perinatalerhebungen (perinatal data of Lower Saxony) from 2001-2008. All single live births with a gestational age of  $< 37 + 0$  week of pregnancy were considered in relation to the mother's occupation and region of origin. With preterm infants born between  $32 + 0$  and  $36 + 6$  weeks of gestation, differentiation was made between very early and extremely early premature infants. The focus was on women from "Eastern Europe" and the "Middle East and North Africa" and the reference group was composed of pregnant women from Germany with the same professional status. Descriptive and multivariate analysis were used.

The analysis of  $N = 498141$  single live births showed that the highest proportion of women who had a country of origin other than Germany was 5.6 percent for women from "Eastern Europe" and 4.9 percent for women from the "Middle East, North Africa". As expected, pregnant immigrants from "Eastern Europe" and the "Middle East, North Africa" had a lower level of education compared to pregnant German women. The premature birth rate for single live births (country of origin of mother - Germany) from 2001-2008 was between 7.4 percent and 7.7 percent. For women from "Eastern Europe" it was between 5.6 percent and 6.7 percent and for women from the "Middle East, North Africa" between 5.9 percent and 7.6 percent. Using logistic regression, a significantly lower preterm birth risk for women from "Eastern Europe" (AOR = 0.88, 95% CI, 0.82-0.93) ( $p < 0.001$ ), and the "Middle East, North Africa" (AOR = 0.93, 95% CI, 0.88- 0.99) ( $p < 0.05$ ) was shown. The differentiated analysis of the profession of pregnant women showed, after adjustment, a significantly lower risk of



preterm delivery compared to the reference group (AOR = 0.757, 95% CI, 0.653-0.877) ( $p < 0.001$ ) for Eastern European women, who were civil servants, white collar workers or ran a small business (höhere Beamtinnen, Angestellte und Kleingewerbetreibende), although these women had a significantly higher chance of falling at least one visit under the standard for prenatal care (AOR = 1.406 (95% CI, 1.279-1.547) ( $p < 0.001$ )). Social risk factors drawn from entries in the mother's maternal health record had no significant effect on the risk of preterm birth for pregnant women who were foreign-born.

Women from "Eastern Europe" and the "Middle East, North Africa" had a lower risk of premature birth, similar to the U.S. "Latina paradox", although they more often had prenatal care under the standard. This paradox was particularly noticeable for pregnant women from "Eastern Europe", who worked as professionals or civil servants or ran a small business.

These findings support the assumption that pregnant women from certain regions of origin have protective factors against preterm birth and lead to the conclusion that these factors should be determined in further studies to provide a protective influence on obstetric outcomes.

## 15.8 Ausblick

Obwohl die Niedersächsischen Perinatalerhebungen bzw. auch die Perinatalerhebungen auf Bundesebene keine Angaben über den sozioökonomischen Status der Familie oder des Hauptverdieners machen und in der Studie auch lediglich eine grobe Einteilung der sozioökonomischen Lage der Schwangeren gemacht werden konnte, zeigte sich, dass auch der sozioökonomische Status der Schwangeren, wie er in den Perinatalerhebungen erfasst wurde, im Zusammenhang mit Frühgeburtenraten und dem Risiko einer Frühgeburt gebracht werden konnte. Um zukünftig die Frühgeburtenrate von Schwangeren und insbesondere von Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status zu senken, bedarf es eines Präventionsprogrammes, das interdisziplinär und multifaktoriell angelegt ist. In Frankreich konnte mithilfe eines Präventionsprogrammes die Frühgeburtenrate von 7,9 Prozent im Jahr 1971 auf 4,1 Prozent im Jahr 1989 reduziert werden. Allerdings ist inzwischen ein Anstieg der Frühgeburtenrate auch wieder in Frankreich zu verzeichnen. Im Jahr 2008 betrug die Frühgeburtenrate 6,3 - 8 Prozent je nach ausgewählter Quelle (European Foundation for the Care of Newborn Infants 2010:29). Bei dem Präventionsprogramm von Papiernik (1993)

wurden drei wichtige Bereiche eingeschlossen. Zum einen wurden die Schwangeren umfassend über die Risikofaktoren wie bspw. Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft informiert. Zum anderen bekamen die Schwangeren Informationen bezüglich körperlicher Veränderungen, die erste Warnzeichen für eine Frühgeburt sein können. Weiterhin wird den Schwangeren zu körperlicher Schonung geraten, allerdings wird ausdrücklich keine Bettruhe angeraten. Gegebenenfalls wurden die Schwangeren in Frankreich krankgeschrieben, um das Frühgeburtsrisiko zu mindern. Die Bedeutung von Präventionsmaßnahmen zeigt sich auch in einigen geburtshilflichen Lehrbüchern: "Als Teil der Vorsorge ist der Nutzen im Sinn einer primären Prävention gegenüber Frühgeburten für die folgenden Maßnahmen auch bei Schwangeren ohne besonderes Risiko gut belegt, oder diese erscheinen sinnvoll, sodass sie fester Bestandteil jedes Schwangerenvorsorgeprogramms sein sollten: ausführliche Aufklärung und Beratung über eine gesunde Lebensführung, Verhaltenskorrekturen schädlicher Gewohnheiten wie Vermeidung von Rauchen, Alkohol und Drogen, zusätzliche Beratung und gezielte Unterstützung für sozial benachteiligte Frauen mit ungünstigen Lebensbedingungen" (Schneider & Helmer 2011:512).

Um zukünftig auch in der Bundesrepublik Deutschland die immer noch hohe Frühgeburtenrate zu senken, sollten ebenfalls Informationen über Schwangerschaftsrisiken und körperliche Veränderungen bezüglich einer drohenden Frühgeburt an die Schwangeren weitergegeben werden. Diese präventiven Maßnahmen sollten möglichst niedrigschwellig angesetzt werden, um insbesondere die gefährdeten Schwangeren mit einem niedrigen sozioökonomischen Status zu erreichen. Durch umfassende Informationen werden die Schwangeren zu mündigen Patientinnen gemacht, die gegebenenfalls erste Warnzeichen einer drohenden Frühgeburt selbst erkennen und dann medizinische Hilfe in Anspruch nehmen können.

Obwohl Migrantinnen und Migranten für einige Krankheiten weniger gesundheitsgefährdet sind, stellen sie eine vulnerable Gruppe im Gesundheitswesen dar. Aus diesem Grund muss ihnen mehr Beachtung in der Gesundheits- und Versorgungsforschung verschafft werden, sodass Risikogruppen identifiziert werden können (Spallek et al. 2010). Um das positive Outcome bezüglich Frühgeburtslichkeit bei Frauen mit Migrationshintergrund zukünftig zu erhalten, sollten Maßnahmen getroffen werden, die mögliche Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem aus dem Weg räumen.

Um die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, muss sichergestellt werden, dass ein Zugang zum Gesundheitssystem auch mit einem anderen kulturellen und sprachlichen Hintergrund möglich ist. Dazu sollten Gesetze geschaffen

werden, die eine Diskriminierung in diesem Bereich untersagen (World Health Organization 2010:21). Das medizinische Personal ist zukünftig immer stärker gefordert, sich auf die individuellen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund einzustellen. Nicht nur im Hinblick auf sprachliche Differenzen sollte dies beachtet werden, sondern auch kulturelle und religiöse Bedürfnisse sollten Berücksichtigung finden.

Zukünftig ist es notwendig, die Forschung dahingehend zu vertiefen, ob die gesundheitlichen Benachteiligungen von Migrantinnen und Migranten auf die Migration zurückzuführen sind, oder ob diese kulturell bzw. sozial bedingt sind. Weiterhin ist es wichtig, dass Kenntnisse über die Kultur der Migrantinnen und sprachliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorliegen. Nur so können gesundheitliche Probleme verringert werden, was wiederum zu einer größeren Zufriedenheit der Patienten führt (Anderson et al. 2003).

Bezüglich des epidemiologischen Paradoxes für Osteuropäerinnen sollte versucht werden, zukünftig weiter zu forschen, welche Protektivfaktoren bei diesen Frauen mit Migrationshintergrund wirksam werden, da die meisten theoretischen Ansätze des "Latina Paradoxes" für Osteuropäerinnen aufgrund ihres Migrationshintergrundes nicht greifen. Außerdem sollten kulturelle und soziale Unterschiede bezüglich der Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund aus Osteuropa erforscht werden, da im Vergleich zu Frauen mit türkischem Migrationshintergrund nur wenige Ergebnisse vorliegen. Zukünftig sollten diese protektiven Faktoren in weiteren Studien genauer analysiert werden, um diese dann in präventive Maßnahmen bei der Schwangerenvorsorge einfließen zu lassen. Diese Kenntnis kann dann eine protektive Wirkung auf Schwangere ohne Migrationshintergrund haben und einen Beitrag zur Senkung der Frühgeburtenrate leisten.

16 Anhang

Auszug aus dem  
Mutterpass: Risikokatalog

Alter \_\_\_\_\_ Jahre    Gewicht vor SS-Beginn \_\_\_\_\_ kg    Größe \_\_\_\_\_ cm  
 Gravida \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_

**A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung**

1. Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)    ja     nein

2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche \_\_\_\_\_    1.

3. Blutungs-/Thrombosenneigung \_\_\_\_\_    2.

4. Allergie, z.B. gegen Medikamente \_\_\_\_\_    3.

5. Frühere Bluttransfusionen \_\_\_\_\_    4.

6. Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) \_\_\_\_\_    5.

7. Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) \_\_\_\_\_    6.

8. Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangegangenen Schwangerschaften) \_\_\_\_\_    7.

9. Diabetes mellitus \_\_\_\_\_    8.

10. Adipositas \_\_\_\_\_    9.

11. Kleinwuchs \_\_\_\_\_    10.

12. Skelettanomalien \_\_\_\_\_    11.

13. Schwangere unter 18 Jahren \_\_\_\_\_    12.

14. Schwangere über 35 Jahren \_\_\_\_\_    13.

15. Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) \_\_\_\_\_    14.

16. Zustand nach Sterilitätsbehandlung \_\_\_\_\_    15.

17. Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW) \_\_\_\_\_    16.

18. Zustand nach Mangelgeburt \_\_\_\_\_    17.

19. Zustand nach 2 oder mehr Fehlgeburten/Abbrüchen \_\_\_\_\_    18.

20. Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese \_\_\_\_\_    19.

21. Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen  
 ggf. welche \_\_\_\_\_    20.

22. Komplikationen post partum  
 ggf. welche \_\_\_\_\_    21.

23. Zustand nach Sectio \_\_\_\_\_    22.

24. Zustand nach anderen Uterusoperationen  
 ggf. welche \_\_\_\_\_    23.

25. Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)  
 ggf. welche \_\_\_\_\_    24.

26. Andere Besonderheiten  
 ggf. welche \_\_\_\_\_    25.

Nach ärztlicher Bewertung des Kataloges A liegt bei der Erstuntersuchung ein Schwangerschaftsrisiko vor

**Beratung der Schwangeren**

a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel

b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen

c) Risikoberatung

d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik

e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung

f) Zum HIV-Antikörpertest

g) Zur Zahngesundheit

5

**B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf**

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche \_\_\_\_\_

28. Dauermedikation \_\_\_\_\_    42. Anämie \_\_\_\_\_

29. Abusus \_\_\_\_\_    43. Harnwegsinfektion \_\_\_\_\_

30. Besondere psychische Belastung \_\_\_\_\_    44. Indirekter Coombstest positiv \_\_\_\_\_

31. Besondere soziale Belastung \_\_\_\_\_    45. Risiko aus anderen serologischen Befunden \_\_\_\_\_

32. Blutungen vor der 28. SSW \_\_\_\_\_    46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) \_\_\_\_\_

33. Blutungen nach der 28. SSW \_\_\_\_\_    47. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr \_\_\_\_\_

34. Placenta praevia \_\_\_\_\_    48. Mittelgradige – schwere Ödeme \_\_\_\_\_

35. Mehrlingsschwangerschaft \_\_\_\_\_    49. Hypertonie \_\_\_\_\_

36. Hydramnion \_\_\_\_\_    50. Gestationsdiabetes \_\_\_\_\_

37. Oligohydramnie \_\_\_\_\_    51. Einstellungsanomalie \_\_\_\_\_

38. Terminunklarheit \_\_\_\_\_    52. Andere Besonderheiten \_\_\_\_\_

39. Placenta-Insuffizienz \_\_\_\_\_    ggf. welche \_\_\_\_\_

40. Isthmosenkivale Insuffizienz \_\_\_\_\_

41. Vorzeitige Wehentätigkeit \_\_\_\_\_

**Terminbestimmung**

Zyklus \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    Letzte Periode \_\_\_\_\_

Konzeptionstermin (soweit sicher): \_\_\_\_\_    in der \_\_\_\_\_ SSW

Schwangerschaft festgestellt am: \_\_\_\_\_

Berechneter Entbindungstermin: \_\_\_\_\_

Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert): \_\_\_\_\_

**Kommentar**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6

Dokumentationsbogen: Geburtshilfe

MUSTER - Nicht zur Dokumentation verwenden



Datensatz Geburtshilfe

16/1 (Spezifikation 11.0 SR3)

Mutter	Basisdokumentation - Mutter	
<b>Basisdokumentation</b>		
0.6 Institutionskennzeichen Mutter □□□□□□□□□□	2 Geburtsdatum der Schwangeren TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	9.1 Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft  0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
0.7 Betriebsstätten-Nummer Mutter □□	3 Aufnahme datum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	9.2 Tätigkeit der Mutter  1 = Hausfrau 2 = in Ausbildung, Studium 4 = un-angeleitete Arbeiterin, angeleitete Aushilfskraft (z.B. Raumpflegerin) 5 = Facharbeiter (z.B. Bäckerin), einfache Beamte (z.B. Briefträgerin), ausführende Angestellte (z.B. Schreibkraft), Kleingewerbetreibende (z.B. Kioskpächterin) 6 = mittlere bis leitende Beamte und Angestellte, Selbständige mit mittlerem und größerem Betrieb, freie Berufe (z.B. Rechtsanwältin, Ärztin), Meister 9 = unbekannt
0.8 Fachabteilung Mutter § 301-Vereinbarung □□□□  Schlüssel 1	4.1 Aufnahmediagnose Mutter 1. □□□□□□□□	10.1 Anzahl vorausgegangene Schwangerschaften □□
0.9 Identifikationsnummer des Patienten Mutter □□□□□□□□□□□□□□□□	4.2 Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit	<b>wenn Feld 10.1 &gt; 0</b>
1.1 Kliniknummer Mutter □□□□	5.1 Vorstationäre Behandlung Tage □□	10.2 Anzahl Lebendgeburten □□
1.2 Geburtsnummer □□□□	5.2 Nachstationäre Behandlung Tage □□	10.3 Anzahl Totgeburten □□
1.3 Anzahl Mehrlinge □□	6 5-stellige PLZ des Wohnortes □□□□□	10.4 Anzahl Aborte □□
	7.1 Herkunftsland: Deutschland  0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>	10.5 Anzahl Abbrüche □□
	7.2 Anderes Land  1 = Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika: A, CH, F, B, NL, L, GB, DK, S, N, FIN, USA 2 = Mittelmeerländer: ehemal. YU, GR, I, E, P, Israel, Malta, Zypern 3 = Osteuropa: ehemal. SU, PL, Tschechien, Slowakei, RO, BG, H 4 = Mittlerer Osten (inkl. TR, Afghanistan und Pakistan) und Nordafrika (arab. Länder) 5 = Asien (exkl. 4) 6 = sonstige Staaten	10.6 Anzahl EU □□
	8 Mutter alleinstehend ohne festen Partner  0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>	



Datensatz Geburtshilfe

Jetzige Schwangerschaft		16.2 Indikation für stat. Aufenthalt	wenn Feld 25.1 = 1
11 Anzahl Zigaretten pro Tag nach bekannt werden der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlüssel 2, 3	25.2 Indikation für Dopplersonographie
12 Schwangere während Ss. einem Arzt/Belegarzt der Geburtsklinik vorgestellt	<input type="checkbox"/>	17.1 SSW der Erst-Untersuchung	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/>
0 = nein 1 = ja		SSW <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 = V. a. intrauterine Wachstumsretardierung 2 = Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie/Präeklampsie 3 = Z. n. Mangelgeburt/intrauteriner Fruchttod 4 = Z. n. Präeklampsie/Eklampsie 5 = Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung 6 = begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung 7 = Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum 8 = Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzkrankungen
13 Ss. im Mutterpass als Risiko-Ss. dokumentiert	<input type="checkbox"/>	17.2 Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung	wenn Feld 25.1 = 1
0 = nein 1 = ja 2 = Schwangere erscheint ohne Mutterpass		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	25.3 Pathologischer Dopplerbefund
14.1 Schwangerschafts-Risiken	<input type="checkbox"/>	18.1 SSW der ersten Ultraschall-Untersuchung	0 = nein 1 = ja
0 = nein 1 = ja		SSW <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	wenn Feld 25.3 = 1
wenn Feld 14.1 = 1		18.2 Gesamtzahl Ultraschall-Untersuchungen	25.4 pathologischer Befund bei Risiko
14.2 Schwangerschafts-Risiko	<input type="checkbox"/>	19 Körpergewicht bei Erstuntersuchung	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		volle kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schlüssel 4
Schlüssel 2, 3		20 Letztes Gewicht vor Geburt	26.1 Pessar eingelegt
15 gesamter stationärer Klinikaufenthalt während der Ss. ohne zur Geburt führender Aufenthalt in Tagen	Tage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	volle kg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja
16.1 Schwangerschaftswoche des ersten Aufenthalts nicht zur Geburt führend	SSW <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21 Körpergröße	26.2 Cerclage
		cm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja
		22 Chorionzottenbiopsie	27.1 Tokolyse i.v.
		0 = nein 1 = ja	0 = nein 1 = ja
		23 Amniozentese bis unter 22+0 Wochen	wenn Feld 27.1 = 1
		0 = nein 1 = ja	27.2 Dauer der i.v. Tokolyse
		24 Wehen-Belastungstest	Tage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		0 = nein 1 = ja	27.3 Tokolyse oral
		25.1 Dopplersonographie durchgeführt	0 = nein 1 = ja
		0 = nein 1 = ja	



**Datensatz Geburtshilfe**

<p>28.1 Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>28.2 Tragzeit nach klinischem Befund Wochen <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>29.1 pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildungen <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja <b>wenn Feld 29.1 = 1</b></p> <p>29.2 Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung <small>(Zur Verschlüsselung der Fehlbildungen ist das Kapitel XVII „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ des ICD-10 heranzuziehen)</small> 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>29.3 pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildung gesichert/Verdacht auf 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 1 = gesichert 2 = Verdacht auf</p> <p>29.4 SSW der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung 1. SSW <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. SSW <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. SSW <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Angaben zur Entbindung</b></p> <p>30 Aufnahmeart <input type="checkbox"/> 1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtsausgeburt, ursprünglich nicht als stationäre Entbindung geplant 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme</p> <p>31 Muttermundweite bei Aufnahme <input type="text"/> cm <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>32 Lungenreifebehandlung <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja</p> <p>33 Lungenreifebehandlung: zuletzt am TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>34 Aufnahme-CTG <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja</p> <p>35.1 Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung durchgeführt <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja <b>wenn Feld 35.1 = 1</b></p> <p>35.2 Indikation für Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1 = V. a. intrauterine Wachstumsretardierung 2 = Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie/Präeklampsie 3 = Z. n. Mangelgeburt/intrauteriner Fruchttod 4 = Z. n. Präeklampsie/Eklampsie 5 = Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung 6 = begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung 7 = Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum 8 = Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzkrankungen</p>	<p>35.3 Pathologischer Dopplerbefund <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja</p> <p>36.1 Geburtsrisiken <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja <b>wenn Feld 36.1 = 1</b></p> <p>36.2 Geburtsrisiko 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlüssel 4</p> <p>42 Medikamentöse Zervixreifung <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja</p> <p>43 Geburtseinleitung <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja <b>wenn Feld 43 = 1</b></p> <p>43.1 Indikation zur Geburtseinleitung 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlüssel 4</p> <p>43.2 Geburtseinleitung medikamentös <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja</p> <p>43.3 Geburtseinleitung mit Amniotomie <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja</p>
---	--	--

**Datensatz Geburtshilfe**

<p>44.1 Wehenmittel s. p. <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>44.2 Tokolyse s. p. <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>46 Analgetika <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>47 Akupunktur <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>48 alternative Analgesien <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>49 Episiotomie <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = sonstige</p> <p>54 Plazentalösungsstörung <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p><b>Komplikationen bei der Mutter</b></p> <p>74 Dammriss <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV</p> <p>75.1 andere Weichteilverletzungen <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p><b>wenn Feld 75.1 = 1</b></p> <p>75.2 Zervixriss als Weichteilverletzung <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>75.3 Scheidenriss als Weichteilverletzung <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>75.4 Labien-/Klitorisriss als Weichteilverletzung <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>75.5 parakolpisches Hämatom als Weichteilverletzung <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>76 Blutung &gt; 1000 ml <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>77 revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>78 Hysterektomie/Laparotomie <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>79 Eklampsie <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>80 Sepsis <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>81 Fieber im Wochenbett &gt; 38°C &gt; 2 Tg. <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>82 Anämie Hb &lt; 10 g/dl (&lt; 6,2 mmol/L) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>83.1 allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p><b>wenn Feld 83.1 = 1</b></p> <p>83.2 Pneumonie <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>83.3 kardiovaskuläre Komplikation(en) <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>83.4 tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>83.5 Lungenembolie <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>83.6 Harnwegsinfektion <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <p>83.7 Wundinfektion/Abszessbildung <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
--	--	---



**Datensatz Geburtshilfe**

83.8	Wundhämatom/Nachblutung	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
83.9	sonstige Komplikation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
91.1	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	
	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
91.2	Weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
92	Entlassungsgrund Mutter	
	§ 301-Vereinbarung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Schlüssel 5	
93	Entlassungsdatum Mutter	
	TT.MM.JJJJ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
94	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt	<input type="checkbox"/>
	0 = nein	
	1 = ja	

Datensatz Geburtshilfe

Kind		
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden		
1.4	Ifd. Nr. des Mehrlings	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33.1	Blasensprung vor Wehenbeginn	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 33.1 = 1</b>		
33.2	Datum des vorzeitigen Blasensprungs	<input type="text"/> TT.MM.JJJJ
33.3	Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs	<input type="text"/> hh:mm
37.1	CTG-Kontrolle	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 37.1 = 1</b>		
37.2	externes CTG	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	
37.3	internes CTG	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	
38.1	Blutgasanalyse Fetalblut	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 38.1 = 1</b>		
38.2	Base Excess der Fetalblutanalyse	mmol/l <input type="text"/> , <input type="text"/>
38.3	pH-Wert der Fetalblutanalyse	<input type="text"/> , <input type="text"/>
39	Lage	<input type="checkbox"/>
	1 = regelrechte Schädellage 2 = regelwidrige Schädellage 3 = Beckenendlage 4 = Querlage 9 = nicht bestimmt	
40	Entbindungsposition zum Zeitpunkt der Geburt	<input type="checkbox"/>
	1 = Kreißbett/horizontale Position 2 = Hocker/vertikale Position 3 = Unterwassergeburt 4 = andere	
41.1	Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen	Stunden <input type="text"/> Minuten <input type="text"/>
41.2	Aktive Pressperiode	Minuten <input type="text"/>
45.1	Anästhesien	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 45.1 = 1</b>		
45.2	Allgemeinanästhesie	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
45.3	Pudendusnästhesie	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
45.4	sonstige Anästhesie	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
45.5	Epi-/Periduralanästhesie	<input type="checkbox"/>
	1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anästhesisten	
45.6	Spinalanästhesie	<input type="checkbox"/>
	1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anästhesisten	
50	Entbindungsmodus (OPS)	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> : <input type="text"/>
51.1	Indikation zur operativen Entbindung	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>
	Schlüssel 4	
51.2	Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit bei Sectio caesarea	Minuten <input type="text"/> <input type="text"/>
52	OP-Pflegekraft bei Sectio caesarea	<input type="checkbox"/>
	0 = keine OP-Pflegekraft 1 = OP-Pflegekraft mit Krankenpflegeexamen 2 = OP-Pflegekraft ohne Krankenpflegeexamen	
53.1	Notsektio	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 53.1 = 1</b>		
53.2	Hauptindikation bei Notsektio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Schlüssel 4	
53.3	E-E-Zeit bei Notsektio	Minuten <input type="text"/> <input type="text"/>
55	Hebamme	<input type="checkbox"/>
	0 = keine Hebamme 1 = Klinikhebamme 2 = externe Hebamme	





**Datensatz Geburtshilfe**

<p>68.3 Pufferung <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>68.4 Maskenbeatmung <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>69 O2-Anreicherung <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>70 U2 durchgeführt bei kinderärztlicher Untersuchung <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>71.1 Fehlbildung vorhanden <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>71.2 Fehlbildung pränatal diagnostiziert <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja 2 = nicht bestimmt</p> <p>72 Diagnose Morbidität des Kindes</p> <p>1. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><b>Bei Totgeburt</b></p> <p>73 Totgeburt <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p><b>wenn Feld 73 = 1</b></p> <p>73.1 Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>73.2 Todeszeitpunkt bei Totgeburt <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt</p>	<p><b>Entlassung / Verlegung</b></p> <p>84.1 Kind in Kinderklinik verlegt <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p>84.2 Kinderkliniknummer bei Verlegung des Kindes <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>84.3 Fachabteilung der Kinderklinik bei Verlegung des Kindes § 301-Vereinbarung <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Schlüssel 1</p> <p>85.1 Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind TT.MM.JJJJ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>85.2 Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind hh:mm <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>:<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>86 Endgültige Entlassung aus / Tod in / stationär in <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Geburtsklinik 2 = Kinderklinik</p> <p>87 Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind</p> <p>1. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>88 Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind § 301-Vereinbarung <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Schlüssel 5</p> <p>89 Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
--	---	---

**Datensatz Geburtshilfe**

90.1	Todesursache des lebendgeborenen Kindes	1. <input type="text"/>
		2. <input type="text"/>
		3. <input type="text"/>
		4. <input type="text"/>
90.2	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind TT.MM.JJJJ	<input type="text"/>
90.3	Uhrzeit des Todes - lebendgeborenes Kind hh:mm	<input type="text"/>





**Datensatz Geburtshilfe**

**Schlüssel 3**

- 27= behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen
- 28= Dauermedikation
- 29= Abusus
- 30= besondere psychische Belastung
- 31= besondere soziale Belastung
- 32= Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen
- 33= Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr
- 34= Placenta praevia
- 35= Mehrlingsschwangerschaft
- 36= Hydramnion
- 37= Oligohydramnie
- 38= Terminunklarheit
- 39= Placentainsuffizienz
- 40= Isthmozervikale Insuffizienz
- 41= vorzeitige Wehentätigkeit
- 42= Anämie
- 43= Harnwegsinfektion
- 44= indirekter Coombstest positiv
- 45= Risiko aus anderen serologischen Befunden
- 46= Hypertonie (Blutdruck über 140/90)
- 47= Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr
- 48= Mittelgradige - schwere Ödeme
- 49= Hypotonie
- 50= Gestationsdiabetes
- 51= Lageanomalie
- 52= sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf
- 53= Hyperemesis

**Schlüssel 4**

- 60= vorzeitiger Blasensprung
- 61= Überschreitung des Termins
- 62= Fehlbildung
- 63= Frühgeburt
- 64= Mehrlingsschwangerschaft
- 65= Plazentainsuffizienz (Verdacht auf)
- 66= Gestose/Eklampsie
- 67= Rh-Inkompatibilität
- 68= Diabetes mellitus
- 69= Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen
- 70= Placenta praevia
- 71= vorzeitige Plazentalösung
- 72= sonstige uterine Blutungen
- 73= Amnioninfektionssyndrom (Verdacht auf)
- 74= Fieber unter der Geburt
- 75= mütterliche Erkrankung
- 76= mangelnde Kooperation der Mutter
- 77= pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne
- 78= grünes Fruchtwasser
- 79= Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalbuminanalyse)
- 80= Nabelschnurvorfal
- 81= V. a. sonstige Nabelschnurkomplikationen
- 82= protahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode
- 83= protahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode
- 84= absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken

- 85= drohende/erfolgte Uterusruptur
- 86= Querlage/Schräglage
- 87= Beckenendlage
- 88= hintere Hinterhauptslage
- 89= Vorderhauptslage
- 90= Gesichtslage/Stirmlage
- 91= tiefer Querstand
- 92= hoher Querstand
- 93= sonstige regelwidrige Schädelagen
- 94= sonstige
- 95= HELLP-Syndrom
- 96= intrauteriner Fruchttod
- 97= pathologischer Dopplerbefund
- 98= Schulterdystokie

**Schlüssel 5**

- 1= Behandlung regulär beendet
- 2= Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 3= Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 4= Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 5= Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
- 6= Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 7= Tod
- 8= Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPlNV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 9= Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10= Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11= Entlassung in ein Hospiz
- 12= interne Verlegung
- 13= externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- 14= Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 15= Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 16= externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPlNV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 17= interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPlNV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 18= Rückverlegung
- 19= Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20= Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21= Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22= Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

---

## Literatur

- Abraído-Lanza, A.F., Chao, M.T. & Flórez, K.R. 2005, "Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox", *Social science & medicine*, vol. 61, no. 6, pp. 1243-1255.
- Abraído-Lanza, A.F., Dohrenwend, B.P., Ng-Mak, D.S. & Turner, J.B. 1999, "The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses", *American Journal of Public Health*, vol. 89, no. 10, pp. 1543-1548.
- Acevedo-Garcia, D., Soobader, M. & Berkman, L.F. 2005, "The Differential Effect of Foreign-Born Status on Low Birth Weight by Race/Ethnicity and Education", *Pediatrics*, vol. 115, no. 1, pp. e20-e30.
- ACOG Committee Opinion number 419 October 2008 (replaces no. 291, November 2003) 2008, "Use of progesterone to reduce preterm birth", *Obstetrics and gynecology*, vol. 112, no. 4, pp. 963-965.
- Adam, Y. & Stülb, M. 2009, "Brauchen wir spezifisches Wissen in der medizinischen Versorgung von Migrant/inn/en?" in *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit; Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*, ed. É. Rásky, Facultas-Verlag, Wien, pp. 87-96.
- Ahern, J., Pickett, K.E., Selvin, S. & Abrams, B. 2003, "Preterm birth among African American and white women: a multilevel analysis of socioeconomic characteristics and cigarette smoking", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 57, no. 8, pp. 606-611.
- Ahrens, W., Bellach, B. & Jöckel, K. (eds) 1998, *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*, MMV, Medizin-Verlag, München.
- Aichele, V. 2009, "Über den Zugang zu medizinischer Versorgung von Menschen ohne Papiere: die menschenrechtliche Perspektive" in *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere*, eds. T. Borde, M. David & I. Papies-Winkler, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 25-34.
- Alderliesten, M.E., Vrijkotte, T.G., van der Wal, M.F. & Bonsel, G.J. 2007, "Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women", *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 114, no. 10, pp. 1232-1239.
- Alevi Toplum Alevitische Gemeinde ATAG e. V. 2009, *Alevi Toplum Alevitische Gemeinde ATAG e. V.* Available: <http://www.alevitentum.de/index.html> (Letzter Zugriff 09/2011).
- Alfirevic, Z., Stampalija, T., Roberts, D. & Jorgensen, A. L 2011, "Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, no. CD008991. DOI: 10.1002/14651858.CD008991.



- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2010, "Committee opinion no. 471: Smoking cessation during pregnancy", *Obstetrics and gynecology*, vol. 116, no. 5, pp. 1241-1244.
- Ancel, P.Y. & Bréart, G. 2000, "Epidemiologie und Risikofaktoren der Frühgeburtlichkeit", *Der Gynäkologe*, no. 5, pp. 356-360.
- Ancel, P.Y., Saurel-Cubizolles, M.J., Di Renzo, G.C. et al. 1999(a), "Social differences of very preterm birth in Europe: interaction with obstetric history. Europop Group", *American Journal of Epidemiology*, vol. 149, no. 10, pp. 908-915.
- Ancel, P.Y., Saurel-Cubizolles, M.J., Di Renzo, G.C. et al. 1999(b), "Very and moderate preterm births: are the risk factors different?", *British journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 106, no. 11, pp. 1162-1170.
- Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove et al. 2003, "Culturally competent healthcare systems. A systematic review", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, no. 3 Suppl, pp. 68-79.
- Anegg-Moazedí, S. 2009, "Gynäkologische Behandlung muslimischer Frauen" in *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit; Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*, ed. É. Rásky, Facultas-Verlag, Wien, pp. 180-186.
- Aparicio, M.L., Döring, A., Mielck, A. & Holle, R. 2005, "Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000", *Sozial- und Präventivmedizin*, vol. 50, no. 2, pp. 107-118.
- Appelt, E. & Reiterer, A.F. 2009, "Wer heiratet wen? Bildungshomogamie und soziale Mobilität in Österreich", *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, vol. 34, no. 1, pp. 45-64.
- AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH 2011(a), Gesetzliche Grundlagen § 137a SGB V zur "Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität" im deutschen Gesundheitswesen. Available: <http://www.sqg.de/hintergrund/gesetzliche-grundlagen/index.html> (Letzter Zugriff 09/2011).
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH 2011(b), Bundesauswertung 2010 Geburtshilfe16/1. Available: [http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2010/bu\\_Gesamt\\_16N1-GEBH\\_2010.pdf](http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2010/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2010.pdf) (Letzter Zugriff 03/2011).
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH 2010, Bundesauswertung 2009 Geburtshilfe16/1. Available: [http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu\\_Gesamt\\_16N1-GEBH\\_2009.pdf](http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2009.pdf) (Letzter Zugriff 03/2011).
- Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden der

- Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) & Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) Januar 2008-last update, GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse: Revision nach grundlegender Überarbeitung Version 2. Available: <http://www.dgepi.de/pdf/infoboard/stellungnahme/gps-version2-final.pdf> (Letzter Zugriff 05/2011).
- Ataca, B. 2009, "Turkish family structure and functioning" in Perspectives on human development, family and culture, eds. S. Bekman & A. Aksu-Koç, Cambridge University Press, Cambridge u.a., pp. 108-125.
- Auger, N., Luo, Z., Platt, R. & Daniel, M. 2008, "Do mother's education and foreign born status interact to influence birth outcomes? Clarifying the epidemiological paradox and the healthy migrant effect", British medical journal, vol. 62, no. 5, pp. 402-409.
- Auswärtiges Amt 2010-last update, Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966. Available: <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Aussenpolitik/Themen/Menschenrechte/Download/IntSozialpakt.pdf> (Letzter Zugriff 05/10).
- Aveyard, P., Cheng, K.K., Manaseki, S. & Gardosi, J. 2002, "The risk of preterm delivery in women from different ethnic groups", BJOG, vol. 109, no. 8, pp. 894-899.
- Azzopardi, D.V., Strohm, B., Edwards, A.D. et al. 2009, "Moderate hypothermia to treat perinatal asphyxial encephalopathy", The New England journal of medicine, vol. 361, no. 14, pp. 1349-1358.
- BabyCare 2011, Das Vorsorge- und Begleitprogramm für eine gesunde Schwangerschaft. Available: <http://www.baby-care.de/index.html> (Letzter Zugriff 08/2011).
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. 2011, Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung, 13. überarbeitete Auflage edn, Springer, Berlin u.a.
- Bade, K.J. 2007, Enzyklopädie Migration in Europa: vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Schöningh u.a., Paderborn u.a.
- Bade, K.J. & Oltmer, J. (eds) 2003, Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück, 2. Auflage edn, V & R Unipress, Göttingen.
- Bade, K.J. & Oltmer, J. 2002, "Einführung: Einwanderungsland Niedersachsen - Zuwanderung und Integration seit dem Zweiten Weltkrieg" in Zuwanderung und Integration in Niedersachsen seit dem Zweiten Weltkrieg, eds. K.J. Bade & J. Oltmer, 1. Auflage edn, Universitäts-Verlag Rasch, Osnabrück, pp. 11-36.
- Bade, K.J. & Oltmer, J. (eds) 2002, Zuwanderung und Integration in Niedersachsen seit dem Zweiten Weltkrieg, 1. Auflage edn, Universitäts-Verlag Rasch, Osnabrück.

- Bauer, D. 2007, *Aussiedlerfamilien zwischen Tradition und Moderne: eine empirische Untersuchung aus der Sicht russlanddeutscher Frauen*, VDM-Verlag Müller, Saarbrücken.
- Bauer, K., Groneck, P. & Speer, C.P. 2005, "Neonatologie" in *Pädiatrie: mit 410 Tabellen*, eds. C.P. Speer & M. Gahr, 2., vollständig neubearbeitete Auflage edn, Springer, Heidelberg, pp. 169-253.
- Baumgartner Biçer, J. 2007, "Religiöse Hintergründe und soziale Praktiken" in *Transkulturelle Kompetenz*, ed. D. Domenig, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Huber, Bern, pp. 67-85.
- Beck, S., Wojdyla, D., Say, L. et al. 2010, "The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 88, pp. 31-38.
- Beeckman, K., v.D. Putte, S., Putman, K. & Louckx, F. 2009, "Predictive social factors in relation to preterm birth in a metropolitan region", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 88, no. 7, pp. 787-792.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (ed) 2010, *Rund um Schwangerschaft und Geburt Berichte und Analysen zur Gesundheit*, Hamburg.
- Behrman, R.E. & Butler, A.S. 2007, *Preterm birth: causes, consequences, and prevention*, ed. Institute of Medicine. Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes, National Academies Press, Washington, D.C.
- Beinder, E. 2010, "Frühgeburt" in *Geburtshilfe und Perinatalmedizin: Pränataldiagnostik, Erkrankungen, Entbindung; 250 Tabellen*, eds. W. Rath, G. Martius & J. Baltzer, 2., voll überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Thieme, Stuttgart u.a., pp. 519-526.
- Bekman, S. & Aksu-Koç, A. (eds) 2009, *Perspectives on human development, family and culture*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Bell, J.F., Zimmerman, F.J. & Diehr, P.K. 2008, "Maternal work and birth outcome disparities", *Maternal and child health journal*, vol. 12, no. 4, pp. 415-426.
- Berg, G. 1998, "Subjektive Krankheitskonzepte - eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion" in *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*, eds. M. David, T. Borde & H. Kantenich, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 81-94.
- Berger, R. & Garnier, Y. 1999, "Pathophysiology of perinatal brain damage", *Brain research. Brain research reviews*, vol. 30, no. 2, pp. 107-134.
- Berghammer, C. 2008, "Mehr Nachwuchs für religiöse Mütter in Europa", *Demographische Forschung aus erster Hand*, vol. 5, no. 1, p. 3.
- Berghella, V. (ed) 2010, *Preterm birth: prevention and management*, Wiley-Blackwell, Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ.

- Bergmann, R.L. & Dudenhausen, J.W. 2003, "Prädiktion und Prävention der Frühgeburt", *Der Gynäkologe*, vol. 36, no. 5, pp. 391-402.
- Bergner, C. 2007, "Russlanddeutsche Spätaussiedler zwischen nationaler Wiedergutmachung und allgemeiner Zuwanderungspolitik" in *Vorteil Vielfalt Herausforderungen und Perspektiven einer offenen Gesellschaft*, eds. D. Dettling & J. Gerometta, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 81-87.
- Berkowitz, G.S. & Papiernik, E. 1993, "Epidemiology of Preterm Birth", *Epidemiologic Reviews*, vol. 15, no. 2, pp. 414-443.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009, *Ungenutzte Potenziale: zur Lage der Integration in Deutschland*, Stiftung Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin.
- Bernhard, C. 2005, "Zur Messung des Berufprestiges: Aktualisierung der Magnitude-Prestigeskala auf die Berufsklassifikation ISCO88", *ZUMA-Nachrichten*, vol. 29, no. 57, pp. 79-127.
- Betriebskrankenkasse Mobil Oil 2011, *Hallo Baby*. Available: <http://www.bkk-mobil-oil.de/krankenversicherung/leistungen/leistungsangebot-zur-schwangerschaft/hallo-baby.html> (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bettegowda, V.R., Dias, T., Davidoff, M.J. et al. 2008, "The relationship between cesarean delivery and gestational age among US singleton births", *Clinics in perinatology*, vol. 35, no. 2, pp. 309-323.
- Bhutta, A.T., Cleves, M.A., Casey, P.H. et al. 2002, "Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis", *JAMA: the journal of the American Medical Association*, vol. 288, no. 6, pp. 728-737.
- Binder-Fritz, C. 2009, "Soziale und kulturelle Matrix von Gesundheit und Krankheit" in *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit; Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*, ed. É. Rásky, Facultas-Verlag, Wien, pp. 28-44.
- Bitzer, E.-M., Schneider, A., Wenzlaff, P. et al. 2011, "Vaginale pH-Selbstmessung zur Verhinderung von Frühgeburten: Eine prospektive kontrollierte Studie", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 108, no. 6, pp. 81-86.
- Blaxter, M. 1990, *Health and lifestyles*, Tavistock/Routledge, London.
- Blossfeld, H. & Timm, A. 1997, *Statuspassagen und Risikolagen im Lebenslauf. Das Bildungssystem als Heiratsmarkt: eine Längsschnittanalyse der Wahl von Heiratspartnern im Lebenslauf*, 43, Sfb 186, Bremen.
- Bode, M.M., D'Eugenio, D.B., Forsyth, N. et al. 2009, "Outcome of Extreme Prematurity: A Prospective Comparison of 2 Regional Cohorts Born 20 Years Apart", *Pediatrics*, vol. 124, no. 3, pp. 866-874.

- Boeckh, J. 2008, "Migration und soziale Ausgrenzung" in Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, eds. E. Huster, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn, 1. Auflage edn, VS, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 362-380.
- Boll, K. 1992, "Kultur und Lebensweise der Deutschen in und aus der Sowjetunion: Erinnerung, Akkulturationsprozesse, Zukunft. Erste Einblicke in Methoden und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung mit Aussiedlern aus der UdSSR" in Die Rußlanddeutschen: gestern und heute, eds. B. Meissner, H. Neubauer & A. Einfeld, Markus Verlagsgesellschaft, Köln, pp. 183-207.
- Boll, K. 1993, Kulturwandel der Deutschen aus der Sowjetunion: eine empirische Studie zur Lebenswelt rußlanddeutscher Aussiedler in der Bundesrepublik, Elwert, Marburg.
- Bollini, P. 2000, "Die Gesundheit von Migrantinnen in Europa – Perspektiven für 2000" in Migration - Frauen - Gesundheit Perspektiven im europäischen Kontext, eds. M. David, T. Borde & H. Kentenich, Mabuse, Frankfurt am Main, pp. 197-206.
- Boll-Palievskaya, D. 2009, "Andere Sitten - andere Diagnosen", Deutsches Ärzteblatt, vol. 106, no. 39, pp. 1625-1626.
- Boll-Palievskaya, D. 2005, "Zusammenprall der Kulturen", Deutsches Ärzteblatt, vol. 102, no. 10, pp. 654-655.
- Bolte, K.M. & Hradil, S. 1988, Soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland, 6. Auflage, edn, Leske + Budrich, Opladen.
- Bommes, M. 2000, "Migration und Lebenslauf – Aussiedler im nationalen Wohlfahrtsstaat", Sozialwissenschaften und Berufspraxis, vol. 23, no. 1, pp. 9-28.
- Boos-Nünning, U. 2000, "Familien in der Migration - Lebens- und Wohnsituation und Auswirkungen für soziale Versorgungsstrukturen" in Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen, eds. M. David, T. Borde & H. Kentenich, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 13-26.
- Boos-Nünning, U. & Karakaşoğlu, Y. 2006, Viele Welten leben: zur Lebenssituation von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund, 2. Auflage edn, Waxmann, Münster.
- Borde, T., David, M. & Kentenich, H. 2002, "Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus - eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik", Das Gesundheitswesen, vol. 64, no. 8/9, pp. 476-485.
- Borde, T. 2010, Frauengesundheit und Migration Bedürfnisse Versorgungsrealität Perspektiven, Vortrag beim Deutschen Ethikrat - Jahrestagung 20. Mai 2010 Migration und Gesundheit Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung.
- Borde, T. 2009, "Migration und Gesundheitsförderung - Hard to reach? Neue Zugangswege für "schwer erreichbare" Gruppen erschließen" in Gesundheitsförderung konkret, Band 12 Migration und Gesundheitsförderung - Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten, ed. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, pp. 18-31.

- Borde, T. 2006 (a), "Fremde Klientinnen", Hebammenforum, vol. 11, pp. 858-861.
- Borde, T. 2006 (b), "Gesundheitsforschung bei Migrantinnen am Beispiel der gynäkologischen Versorgung." Available: [http://zpm.uke.uni-hamburg.de/Webpdf/06\\_Vortrag%20Borde.pdf](http://zpm.uke.uni-hamburg.de/Webpdf/06_Vortrag%20Borde.pdf) (Letzter Zugriff 08/2011).
- Borde, T. & David, M. 2007, "Migrantinnen in der Gesundheitsversorgung" in Transkulturelle Kompetenz, ed. D. Domenig, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Huber, Bern, pp. 425-438.
- Borde, T., David, M. & Kentenich, H. 2000, "Migration - Frauen - Gesundheit im europäischen Kontext" in Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext, eds. M. David, T. Borde & H. Kentenich, Mabuse, Frankfurt am Main, pp. 7-10.
- Borde, T., David, M. & Kentenich, H. 1999, "Wissen über den weiblichen Körper von deutschen und türkischen Patientinnen einer Frauenklinik", BZgA-Forum, , no. 2, pp. 12-21.
- Borde, T., Dudenhausen, J.W. & David, M. 2008, "Migrantinnen in der Geburtshilfe - psychosomatische Aspekte im Zusammenhang mit dem Akkulturationsprozess", Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, vol. 58, no. 3-4, pp. 183-188.
- Borde, T. 2002, Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus: Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Available: [http://webdoc.sub.gwdg.de/ebook/le/2003/tu-berlin/borde\\_theda.pdf](http://webdoc.sub.gwdg.de/ebook/le/2003/tu-berlin/borde_theda.pdf) (Letzter Zugriff 09/2011).
- Borde, T., Braun, T. & David, M. 2003, "Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten?" in Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, eds. T. Borde & M. David, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 43-81.
- Borde, T. & David, M. (eds) 2008, Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Borde, T. & David, M. (eds) 2007, Migration und psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Borde, T. & David, M. (eds) 2003, Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Borde, T., David, M. & Papies-Winkler, I. (eds) 2009, Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Brandes, D. 1992, "Wirtschaftliche Entwicklung und soziale Differenzierung in den deutschen Kolonien Neurußlands und Bessarabiens bis zur Aufhebung des Kolonialstatus" in Die Rußlanddeutschen: gestern und heute, eds. B. Meissner, H. Neubauer & A. Eisfeld, Markus Verlagsgesellschaft, Köln, pp. 69-78.

- Brown, H.L., Chireau, M.V., Jallah, Y. & Howard, D. 2007, "The "Hispanic paradox": an investigation of racial disparity in pregnancy outcomes at a tertiary care medical center", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 197, no. 2, pp. 197.e1-9.
- Brown, J.S., Jr, Adera, T. & Masho, S.W. 2008, "Previous abortion and the risk of low birth weight and preterm births", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 62, no. 1, pp. 16-22.
- Bruckner, T.A., Catalano, R. & Ahern, J. 2010, "Male fetal loss in the U.S. following the terrorist attacks of September 11, 2001", *BMC public health*, vol. 10, pp. 273-278.
- Brucks, U. & Wahl, W. 2003, "Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung von Migrantinnen und Migranten" in *Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen*, eds. T. Borde & M. David, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 15-33.
- Bryce, R.L., Stanley, F.J. & Garner, J.B. 1991, "Randomized controlled trial of antenatal social support to prevent preterm birth", *British journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 98, no. 10, pp. 1001-1008.
- Bühl, A. 2006, *SPSS 14: Einführung in die moderne Datenanalyse*, 10. überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Pearson Studium, München u.a.
- Bundesärztekammer 2010, Deklaration von Genf. Available: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf> (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2010, *Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Regierung Migrationsbericht 2008*, Nürnberg.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2008, *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 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 13. März 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 95: S. 2261 vom 27. Juni 2008, in Kraft getreten am 28. Juni 2008.
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009(a), *BQS-Bundesauswertung 2008 Geburtshilfe*. Available: <http://www.bqs-outcome.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/buaw> (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2009(b), *Datengrundlage 2008*. Available: <http://www.bqs-qualitaetsreport.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/datengrundlage> (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2008, *BQS-Bundesauswertung 2007 Geburtshilfe*. Available: <http://www.bqs-outcome.de/2007/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/buaw> (Letzter Zugriff 08/2011).

- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2007, BQS-Bundesauswertung 2006 Geburtshilfe. Available: [http://www.bqs-outcome.de/2006/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/index\\_html](http://www.bqs-outcome.de/2006/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/index_html) (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2006, BQS-Bundesauswertung 2005 Geburtshilfe. Available: <http://www.bqs-outcome.de/2005/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/> (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2005, BQS-Bundesauswertung 2004 Geburtshilfe. Available: <http://www.bqs-outcome.de/2004/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe> (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2004, Bundesauswertung 2003 Modul 16/1: Geburtshilfe. Available: <http://www.bqs-outcome.de/2003> (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2003, Bundesauswertung 2002 Modul 16/1: Geburtshilfe. Available: <http://info.bqs-online.de/outcome/> (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 15.3.2009-last update, Allgemeine Informationen. Available: [http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/index\\_html](http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/index_html) (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung & Statistisches Bundesamt (eds) 2008, Bevölkerung - Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel in Deutschland, Wiesbaden.
- Bundesministerium der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - [www.juris.de](http://www.juris.de) , Staatsangehörigkeitsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 102-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 8. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1864) geändert worden ist Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 8.12.2010 I 1864. Available: <http://www.gesetze.juris.de/rustag/index.html> (Letzter Zugriff 04/2011).
- Bundesministerium des Inneren & Deutsche Islam Konferenz 2009, Zusammenfassung "Muslimisches Leben in Deutschland". Available: [http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Politik\\_Gesellschaft/DIK/langversion\\_studie\\_muslim\\_leben\\_deutschland.pdf;jsessionid=5D267E98554592F6A2FF14F83023D0D5.1\\_cid183?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Themen/Politik_Gesellschaft/DIK/langversion_studie_muslim_leben_deutschland.pdf;jsessionid=5D267E98554592F6A2FF14F83023D0D5.1_cid183?__blob=publicationFile) (Letzter Zugriff 08/2011).
- Bundesministerium für Bildung und Forschung 02.11.2010-last update, Ausländische Berufsabschlüsse sollen besser anerkannt werden. Available: <http://www.bmbf.de/press/2986.php> (Letzter Zugriff 01/2011).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (ed) 2010, Ehe, Familie, Werte - Migrantinnen und Migranten in Deutschland Monitor Familienforschung Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik, Ausgabe 24, Berlin.



- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (ed) 2008 (a), *Muslimische Familien in Deutschland Alltagserfahrungen, Konflikte, Ressourcen*, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (ed) 2008 (b), *Religiöse Werteerziehung in islamischen Familien*, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (ed) 2008 (c), *Wie erreicht Familienbildung und -beratung muslimische Familien? Eine Handreichung*, Berlin.
- Bundesrat 2009, *Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz*, Drucksache 669/09 edn, Berlin.
- Bundesverwaltungsamt 2009, *Spätaussiedler und deren Angehörige Verteilverfahren Jahresstatistik 2008 Alter, Berufe, Religion*, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (ed) 2010, *Forschungsbericht: frauen leben - Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Zusammenfassung zentraler Ergebnisse einer Städtestudie zu Frauen mit türkischem und osteuropäischem Migrationshintergrund*, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (ed) 2010, *Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe in der Sexualaufklärung und Familienplanung*, Köln.
- Bundeszentrale für politische Bildung 2011, *Ausgewählte Erwerbstätigenquoten*. Available: [http://www.bpb.de/wissen/1ITQWQ,0,0,Ausgew%20hlte\\_Erwerbst%20tigenquoten.html](http://www.bpb.de/wissen/1ITQWQ,0,0,Ausgew%20hlte_Erwerbst%20tigenquoten.html) (Letzter Zugriff 01/11).
- Bundeszentrale für politische Bildung 2008, *Datenreport 2008: ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.
- Burzan, N. 2007, *Soziale Ungleichheit: eine Einführung in die zentralen Theorien*, 3., überarbeitete Auflage edn, VS, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Büssing, A., Michalsen, A., Balzat, H.J. et al. 2009, "Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions?", *Pain medicine*, vol. 10, no. 2, pp. 327-339.
- Carlo, W.A., Finer, N.N., Walsh, M.C. et al. 2010, "Target ranges of oxygen saturation in extremely preterm infants", *The New England journal of medicine*, vol. 362, no. 21, pp. 1959-1969.
- Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G. et al. 2001, "WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care", *Lancet*, vol. 357, no. 9268, pp. 1565-1570.
- Cassar, L. 2006, "Cultural Expectations of Muslims and Orthodox Jews in Regard to Pregnancy and the Postpartum Period", *International Journal of Childbirth Education*, vol. 21, no. 2, pp. 27-30.
- Castellano, C.J. 1994, "Premature Birth: Prevention " in *The Encyclopedia of childbearing*, ed. B. Katz Rothman, 1 Owl Book edn, Holt, New York, pp. 332-334.
- Celik-Bilgili, S. 2008, *Idiopathische vorzeitige Wehen bei türkischen und deutschen Schwangeren - Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Persönlichkeitsmerkmalen, Stimmung und Beschwerden und deren mögliche Auswirkung auf Häufigkeit und Verlauf*, Berlin.

- Cervantes, A., Keith, L. & Wyshak, G. 1999, "Adverse birth outcomes among native-born and immigrant women: replicating national evidence regarding Mexicans at the local level", *Maternal and child health journal*, vol. 3, no. 2, pp. 99-109.
- Clarke, P.B. 1998, *Atlas der Weltreligionen: Entstehung, Entwicklung, Glaubensinhalte*, 3. Auflage edn, Frederking und Thaler, München.
- Clarke, P.B. 1998, "Islam Unterwerfung unter Gott" in *Atlas der Weltreligionen: Entstehung, Entwicklung, Glaubensinhalte*, ed. P.B. Clarke, 3. Auflage edn, Frederking und Thaler, München, pp. 84-119.
- Cleary-Goldman, J., Malone, F.D., Vidaver, J. et al. 2005, "Impact of maternal age on obstetric outcome", *Obstetrics and gynecology*, vol. 105, no. 5 Pt 1, pp. 983-990.
- Cnattingius, S. 2004, "The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes", *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 6, pp. 125-140.
- Cnattingius, S., Forman, M.R., Berendes, H.W. & Isotalo, L. 1992, "Delayed childbearing and risk of adverse perinatal outcome. A population-based study", *JAMA: the journal of the American Medical Association*, vol. 268, no. 7, pp. 886-890.
- Collatz, J. 2008, "Müttergesundheit und Familienmedizin – vernachlässigt und notwendiger denn je" in *Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt*, eds. T. Borde & M. David, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 135-154.
- Collatz, J. 1998, "Kernprobleme des Krankseins in der Migration - Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen" in *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*, eds. M. David, T. Borde & H. Kentenich, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 33-58.
- Collatz, J. 1986, "Probleme der gesundheitlichen Versorgung ausländischer Mitbürger am Beispiel schwangerer türkischer Frauen" in *Krank in der Fremde*, eds. G. Hesse, U. Pasero & R. Meyer, Bad Segeberg u.a., pp. 66-105.
- Collatz, J., Hecker, H., Oeter, K. et al. 1983, *Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen: soziale Lage, medizinische Versorgung, Schwangerschaftsverlauf und perinatale Mortalität*, *Fortschritte der Sozialpädiatrie* 7, ed. Theodor Hellbrügge, Urban & Schwarzenberg, München u.a.
- Collins, J.W., David, R.J., Symons, R. et al. 1998, "African-American Mothers' Perception of Their Residential Environment, Stressful Life Events, and Very Low Birthweight", *Epidemiology*, vol. 9, no. 3, pp. 286-289.
- Coonrod, D.V., Bay, R.C. & Balcazar, H. 2004, "Ethnicity, acculturation and obstetric outcomes. Different risk factor profiles in low- and high-acculturation Hispanics and in white non-Hispanics", *The Journal of reproductive medicine*, vol. 49, no. 1, pp. 17-22.
- da Silva, A.A.M., Simões, V.M.F., Barbieri, M.A. et al. 2003, "Young maternal age and preterm birth", *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 17, no. 4, pp. 332-339.

- Dahlmann, D. 1996, "Die Deutschen an der Wolga von der Ansiedlung 1764 bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges" in *Deutsche in Rußland Studien zum Deutschtum im Osten* Heft 27, ed. H. Rothe, Böhlau, Köln u.a., pp. 1-30.
- Danishevski, K., Balabanova, D., McKee, M. et al. 2005, "Inequalities in birth outcomes in Russia: evidence from Tula oblast", *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 19, no. 5, pp. 352-359.
- David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (eds) 2000, *Migration – Frauen – Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*, Mabuse, Frankfurt am Main.
- David, M. & Borde, T. 2009, "Interkulturelle Öffnung von Krankenhäusern - Lohnt sich das?" in *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems: Tagung Grenzerfahrungen - Grenzbegegnungen. Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssystem* Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen (ZERP), ed. C. Falge, 1. Auflage edn, Nomos, Baden-Baden, pp. 29-36.
- David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (eds) 1998, *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- David, M., Borde, T. & Kentenich, H. 1997(a), "Gynäkologische Versorgungssituation von türkischen Frauen", *Public Health Forum*, vol. 15, pp. 14.
- David, M., Borde, T., Yüksel, E. & Kentenich, H. 1997(b), "Aspekte der gesundheitlichen Versorgung türkischer Migrantinnen in Deutschland", *Curare*, vol. 11, pp. 373-378.
- David, M. 2001, *Aspekte der gynäkologischen Betreuung und Versorgung von türkischen Migrantinnen in Deutschland*. Available: <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/david-matthias-2001-10-02/PDF/David.pdf>.
- David, M. & Borde, T. 2006, "Anders Schwanger?", *Hebammenforum*, vol. 11, pp. 869-873.
- David, M., Borde, T. & Kentenich, H. 2002, "Ist die Hyperemesis gravidarum heute vor allem eine Erkrankung von Migrantinnen?", *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 62, no. 04, pp. 327-332.
- David, M. & Ilkilic, I. 2010, "Religiöser Glaube – Islam", *Der Gynäkologe*, vol. 43, no. 1, pp. 53-57.
- David, M., Pachaly, J. & Vetter, K. 2006, "Perinatal outcome in Berlin (Germany) among immigrants from Turkey", *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 274, no. 5, pp. 271-278.
- Davids, A. & Rosengren, W.R. 1962, "Social stability and psychological adjustment during pregnancy", *Psychosomatic medicine*, vol. 24, pp. 579-583.
- Delpisheh, A., Kelly, Y., Rizwan, S. & Brabin, B.J. 2006, "Socio-economic status, smoking during pregnancy and birth outcomes: an analysis of cross-sectional community studies in Liverpool (1993-2001)", *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, vol. 10, no. 2, pp. 140-148.
- Dettling, D. & Gerometta, J. (eds) 2007, *Vorteil Vielfalt Herausforderungen und Perspektiven einer offenen Gesellschaft*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

- Deutsche Angestellten Krankenkasse 2009, Willkommen Baby. Available: <https://willkommenbaby.dak.de/dak-sc/> (Letzter Zugriff 09/2011).
- Deutsche Bundesregierung 2008, Lebenslagen in Deutschland: Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bundestag, Berlin.
- Deutsche Bundesregierung 2005, Lebenslagen in Deutschland: Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bundestag, Berlin.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin & Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin 2007, Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/019. Available: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/024-019l\\_S2k\\_Fruehgeburt\\_Grenze\\_der\\_Lebensfaehigkeit-2007-12.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-019l_S2k_Fruehgeburt_Grenze_der_Lebensfaehigkeit-2007-12.pdf) (Letzter Zugriff 09/2011).
- Deutscher Bundestag 2007, Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Sibylle Laurischk, Ina Lenke, Miriam Gruß, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/4242 – Frauen und Migration – Die Integration von Frauen mit Migrationshintergrund in der Bundesrepublik Deutschland. Available: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607408.pdf> (Letzter Zugriff 09/2011).
- Deutsches Ärzteblatt 2011, 17.02.2011-last update, Frühchen: Mindestmengenregelung ausgesetzt. Available: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=44758&src=suche&p=Mindestmengenregelung> (Letzter Zugriff 02/2011).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 24.09.2010-last update, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2011. ICD-10-GM Version 2011. Available: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-p05-p08.htm> (Letzter Zugriff 09/2011).
- Deutsches Krebsforschungszentrum (ed) 2009, Tabakatlas Deutschland 2009, Steinkopff Verlag, Heidelberg.
- Diani, F., Zanconato, G., Foschi, F. et al. 2003, "Management of the pregnant immigrant woman in the decade 1992-2001", *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 23, no. 6, pp. 615-617.
- Diesfeld, H.J. 2006, "Von Rudolf Virchow zu den Millenniums-Entwicklungszielen 2000" in *Globalisierung - Gerechtigkeit - Gesundheit: Einführung in International Public Health*, eds. O. Razum, H. Zeeb & U. Laaser, 1. Auflage edn, Huber, Bern, pp. 19-26.
- Dietz, B. 2007, "Aussiedler/Spätaussiedler in Deutschland seit 1950" in *Enzyklopädie Migration in Europa: vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, ed. K.J. Bade, Schöningh u.a., Paderborn u.a., pp. 397-404.

- Dietz, B. & Hilkes, P. 1992, "Strukturwandel bei den Aussiedlern aus der UdSSR" in Die Rußlanddeutschen: gestern und heute, eds. B. Meissner, H. Neubauer & A. Eisfeld, Markus Verlagsgesellschaft, Köln, pp. 209-216.
- Dietz, B. & Hilkes, P. 1994, Integriert oder isoliert?: zur Situation rußlanddeutscher Aussiedler in der Bundesrepublik Deutschland, Olzog, München.
- Dietzel-Papakyriakou, M. 2005, "Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen", Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, vol. 38, no. 6, pp. 396-406.
- Dietzel-Papakyriakou, M. 1985, "Krankheitsverhalten türkischer Arbeiterfrauen - Ergebnisse einer Intervallbefragung" in Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik; [Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. "Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien" am 7. und 8. September 1984 in der Medizinischen Hochschule Hannover], ed. J. Collatz, ebv Rissen, Hamburg, pp. 323-337.
- Dobberstein, D. 2010, "Warum nehmen Frauen mit Migrationshintergrund weniger Hebammenleistungen in Anspruch?", Gesundheitsförderung aktuell Newsletter der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin, vol. 1, p. 6.
- Dole, N., Savitz, D.A., Hertz-Picciotto, I. et al. 2003, "Maternal Stress and Preterm Birth", American Journal of Epidemiology, vol. 157, no. 1, pp. 14-24.
- Domenig, D. (ed) 2007, Transkulturelle Kompetenz, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Huber, Bern.
- Domenig, D. 2003, "Transkulturelle Kompetenz: eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung" in Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, eds. T. Borde & M. David, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 85-103.
- Dominguez, T.P., Schetter, C.D., Mancuso, R. et al. 2005, "Stress in African American Pregnancies: Testing the Roles of Various Stress Concepts in Prediction of Birth Outcomes", Annals of Behavioral Medicine, vol. 29, no. 1, pp. 12-21.
- Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L. et al. 2010, "Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy", Cochrane database of systematic reviews (Online), vol. (10), no. 10, CD000934.
- Drooger, J.C., Troe, J.W., Borsboom, G.J. et al. 2005, "Ethnic differences in prenatal growth and the association with maternal and fetal characteristics", Ultrasound in obstetrics & gynecology, vol. 26, no. 2, pp. 115-122.
- Dudenhausen, J.W., Friese, K. & Kirschner, W. 2007, "Präkonzeptionelle Gesundheitsberatung und Beratung zur Wahl der Geburtsklinik als weitere Instrumente zur Verringerung von Frühgeburten", Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, vol. 211, no. 04, pp. 142-146.

- Egarter, C. & Reisenberger, K. 2006, "Früher vorzeitiger Blasensprung" in *Die Geburtshilfe: mit 165 Tabellen*, ed. H. Schneider, P. Husslein & K. Schneider, 3. Auflage edn, Springer Medizin, Heidelberg, pp. 497-506.
- Elger, R. & Stolleis, F. 2006, *Kleines Islam-Lexikon: Geschichte, Alltag, Kultur*, Lizenzausgabe, 4. aktualisierte und erweiterte Auflage edn, Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn.
- Elkeles, T. & Mielck, A. 1997, "Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit", *Das Gesundheitswesen*, vol. 59, no. 3, pp. 137-143.
- Elling, R. 2006, "Reflections on the health sciences – then and now " in *Soziologie der Gesundheit, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie: Sonderhefte*; 46, eds. C. Wendt & C. Wolf, VS, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 57-71.
- Elliott, C. 1998, "Christentum Der Weg des Kreuzes" in *Atlas der Weltreligionen: Entstehung, Entwicklung, Glaubensinhalte*, ed. P.B. Clarke, 3. Auflage edn, Frederking und Thaler, München, pp. 40-83.
- El-Mohandes, A.A., Kiely, M., Blake, S.M. et al. 2010, "An intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure improves pregnancy outcomes", *Pediatrics*, vol. 125, no. 4, pp. 721-728.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rütcke, M. et al. 2007, "Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome", *Human reproduction*, vol. 22, no. 3, pp. 869-877.
- Enkin, M. 2000, *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 3rd edn, Oxford University Press, Oxford.
- Entwisle, B. & Kozyreva, P. 1997, "New Estimates of Induced Abortion in Russia", *Studies in family planning*, vol. 28, no. 1, pp. 14-23.
- Erim, Y., Atay, H., Sander, D. & Senf, W. 2009, "Psychische Gesundheit von Migranten: eine Einführung mit typischen Kasuistiken aus einer muttersprachlichen Spezialambulanz für türkischstämmige Migranten" in *Interkulturelle Medizin: Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen; mit 14 Tabellen*, eds. F.A. Muthny & H. Atay, Deutscher-Ärzte-Verlag, Köln, pp. 57-70.
- Esser, H. 1980, *Aspekte der Wanderungssoziologie: Assimilation und Integration von Wanderern, ethnischen Gruppen und Minderheiten; eine handlungstheoretische Analyse*, Luchterhand, Darmstadt.
- Esser, H. & Friedrichs, J. (eds) 1990, *Generation und Identität: theoretische und empirische Beiträge zur Migrationssoziologie*, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Europäische Union 2000, *Charta der Grundrechte der Europäischen Union*. Amtsblatt Nr. C 364 vom 18/12/2000, ed. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg.

- European Foundation for the Care of Newborn Infants 2010, Too little, too late? Why Europe should do more for preterm infants EU Benchmarking Report 2009/2010. Available: <http://www.efcni.org/> (Letzter Zugriff 09/2011).
- Fairley, L. & Leyland, A. 2006, "Social class inequalities in perinatal outcomes: Scotland 1980–2000", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 60, no. 1, pp. 31-36.
- Falge, C. (ed) 2009, *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems: Tagung Grenzerfahrungen - Grenzbegegnungen. Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssystem*, 1. Auflage edn, Nomos, Baden-Baden.
- Finer, N.N., Carlo, W.A., Walsh, M.C. et al. 2010, "Early CPAP versus surfactant in extremely preterm infants", *The New England journal of medicine*, vol. 362, no. 21, pp. 1970-1979.
- Fleischman, A.R., Oinuma, M. & Clark, S.L. 2010, "Rethinking the definition of "term pregnancy"", *Obstetrics and gynecology*, vol. 116, no. 1, pp. 136-139.
- Flynn, H.A., Berman, D. & Marcus, S.M. 2009, "The relationship between obstetrical outcomes and alcohol use in the year prior to pregnancy", *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, vol. 30, no. 4, pp. 255-261.
- Frejka, T. 2008, "Weite Teile Europas dauerhaft im Geburtentief Aufschub von Geburten im Lebenslauf wichtiger Faktor", *Demographische Forschung aus erster Hand*, vol. 5, no. 4, pp. 1-2.
- Frietsch, R. & Wirth, H. 2001, "Die Übertragung der Magnitude-Prestigeskala von Wegener auf die Klassifizierung der Berufe", *ZUMA-Nachrichten*, vol. 25, no. 48, pp. 139-163.
- Fuchs, W., Klima, R., Lautmann, R. et al. (eds) 1988, *Lexikon zur Soziologie*, 2. verbesserte und erweiterte Auflage, ungekürzte Sonderausgabe edn, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Fuentes-Afflick, E., Hessol, N.A. & Pérez-Stable, E.J. 1999, "Testing the epidemiologic paradox of low birth weight in Latinos", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 153, no. 2, pp. 147-153.
- Gacinski, L. 2000, "Hebammenhilfe Gibt es eine Versorgungslücke ausländischer Frauen?", *Hebammen Forum*, Juni, p. 121.
- Gacinski, L., Yüksel, E. & Kentenich, H. 2001, *Entwicklung und Evaluation von Beratungsmaterialien für sterile türkische Paare*, Frauen- und Kinderklinik, DRK-Kliniken Westend, Berlin.
- Gacinski, L., Yüksel, E. & Kentenich, H. 2000, "Sterilitätsberatung und -behandlung türkischer Paare in der Migration" in *Ungewollte Kinderlosigkeit: psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie*, ed. B. Strauß, Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen u.a., pp. 75-89.
- Garnier, Y., Gantert, M. & Berger, R. 2004, "Perinatale Hirnschädigung: Bedeutung der intrauterinen Infektion", *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 64, no. 5, pp. 464-472.
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N. et al. 2005, "Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 106, no. 5 Part 1, pp. 1071-1083.

- Gebker, S. 2010, Belastungsfolgen nach Frühgeburt: die patho- und salutogene Wirkung des Scham- und Schulterlebens und der persönlichen Resilienz auf das mütterliche Wohlbefinden, Dissertation, Osnabrück.
- Gemeinsamer Bundesausschuss 2011, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser (Fassung vom 15.08.2006, letzte Änderung 20.05.2010). Available: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-493/QSKH-RL\\_2010-10-21.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-493/QSKH-RL_2010-10-21.pdf) (Letzter Zugriff 09/2011).
- Gemeinsamer Bundesausschuss 2010, Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 S. 15 684, in Kraft getreten am 1. Januar 2006, zuletzt geändert am 20.08.2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 S. 4450 in Kraft getreten am 1. Januar 2010, Siegburg.
- Gerlinger, T. 2006, "Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven " in *Soziologie der Gesundheit*, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie: Sonderhefte; 46, eds. C. Wendt & C. Wolf, VS, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 34-56.
- Girstenbrey, W. 06.12.1996-last update, Eingriffe an Gesunden schönen Statistiken. Available:[http://www.welt.de/print-welt/article657819/Eingriffe\\_an\\_Gesunden\\_schoenen\\_Statistiken.html](http://www.welt.de/print-welt/article657819/Eingriffe_an_Gesunden_schoenen_Statistiken.html) (Letzter Zugriff 09/2010).
- Goeckenjan, M., Ramsauer, B., Hänel, M. et al. 2009, "Soziales Risiko–geburts hilfliches Risiko?", *Der Gynäkologe*, vol. 42, no. 2, pp. 102-110.
- Goedhart, G., van Eijnsden, M., van der Wal, M.F. & Bonsel, G.J. 2008, "Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk profile", *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 115, no. 6, pp. 710-719.
- Goerke, K. & Lack, N. 2000, "Qualitätssicherung in der Geburtshilfe – Perinatalerhebung", *Der Gynäkologe*, vol. 33, no. 3, pp. 220-224.
- Gold, K.J., DeMonner, S.M., Lantz, P.M. & Hayward, R.A. 2010, "Prematurity and Low Birth Weight as Potential Mediators of Higher Stillbirth Risk in Mixed Black/White Race Couples", *Journal of Women's Health*, vol. 19, no. 4, pp. 767-773.
- Goldenberg, R.L., Culhane, J.F., Iams, J.D. & Romero, R. 2008, "Epidemiology and causes of preterm birth", *The Lancet*, vol. 371, no. 9606, pp. 75-84.
- Goldenberg, R.L. & McClure, E.M. 2010, "The Epidemiology of Preterm Birth" in *Preterm birth: prevention and management*, ed. V. Berghella, Wiley-Blackwell, Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ, pp. 22-38.
- Gortner, L. & Landmann, E. 2005, "Prognose extrem unreifer Frühgeborener", *Monatsschrift Kinderheilkunde*, vol. 153, no. 12, pp. 1148-1156.



- Gould, J.B., Madan, A., Qin, C. & Chavez, G. 2003, "Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: a dual epidemiologic paradox", *Pediatrics*, vol. 111, no. 6 Pt 1, pp. e676-82.
- Gray, R. & McCormick, M.C. 2009, "Socioeconomic inequalities in survival in neonates", *British medical journal*, vol. 339, no. dec01 1, pp. b5041.
- Gray, R., Bonellie, S.R., Chalmers, J. et al. 2008, "Social inequalities in pretermcotland 1980-2003: findings from an area-based measure of deprivation", *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 115, no. 1, pp. 82-90.
- Greene, M.J. 2007, "Strategies for incorporating cultural competence into childbirth education curriculum", *The Journal of perinatal education: an ASPO/Lamaze publication*, vol. 16, no. 2, pp. 33-37.
- Greif, S., Gediga, G. & Janikowski, A. 2003, "Erwerbslosigkeit und beruflicher Abstieg von Aussiedlerinnen und Aussiedlern" in *Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa* Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück, eds. K.J. Bade & J. Oltmer, 2. Auflage edn, V & R Unipress, Göttingen, pp. 81-106.
- Grieger, D., Salman, R. & Stickan-Verfürth, M. 2007, "Migration, Gesundheitsversorgung und Integration" in *Gesundheit und Integration: ein Handbuch für Modelle guter Praxis*, ed. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und Öffentliche Gesundheit der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2. überarbeitete Auflage edn, Berlin u.a., pp. 17-22.
- Grjibovski, A.M., Bygren, L.O., Yngve, A. & Sjöström, M. 2005, "Large social disparities in spontaneous preterm birth rates in transitional Russia", *Public health*, vol. 119, no. 2, pp. 77-86.
- Gross Solomon, S. 1992, "The Soviet legalization of abortion in German medical discourse: a study of the use of selective perceptions in cross-cultural scientific relations", *Social Studies of Science*, vol. 22, no. 3, pp. 455-485.
- Grottian, G. 1985, "Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit bei Frauen aus der Türkei" in *Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*; [Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. "Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien" am 7. und 8. September 1984 in der Medizinischen Hochschule Hannover], ed. J. Collatz, ebv Rissen, Hamburg, pp. 280-291.
- Guendelman, S., Buekens, P., Blondel, B., et al. 1999, "Birth outcomes of immigrant women in the United States, France, and Belgium", *Maternal and child health journal*, vol. 3, no. 4, pp. 177-187.

- 
- Hampel, P., Kropf, V., Dikici, S. et al. 2007, "Kognitive Entwicklung und sozial-emotionale Kompetenzen bei Frühgeborenen mit unterschiedlichen Bindungsrepräsentationen", *Kindheit und Entwicklung*, vol. 16, no. 4, pp. 220-228.
- Han, P. 2005, *Soziologie der Migration: Erklärungsmodelle, Fakten, politische Konsequenzen, Perspektiven; 17 Tabellen und 9 Übersichten, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage* edn, Lucius & Lucius, Stuttgart.
- Han, P. 2003, *Frauen und Migration: strukturelle Bedingungen, Fakten und soziale Folgen der Frauenmigration; 19 Tabellen*, Lucius & Lucius, Stuttgart.
- Harms, K. 2007, "Das extreme Frühgeborene. Ein Leben mit Behinderungen?", *Pädiatrie hautnah*, no. S1, pp. S54-S60.
- Harris Requejo, J. & Meriardi, M. 2010, "The Global Impact of Preterm Birth" in *Preterm birth: prevention and management*, ed. V. Berghella, Wiley-Blackwell, Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ, pp. 1-7.
- Hassan, S.S., Romero, R., Vidyadhari, D. et al. 2011, "Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial", *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*.
- Haustein, K.-O. 2000, "Rauchen, Nikotin und Schwangerschaft", *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 60, no. 1, pp. 11-19.
- Heckmann, F. 1992, *Ethnische Minderheiten, Volk und Nation: Soziologie inter-ethnischer Beziehungen*, Enke, Stuttgart.
- Helmert, U. 2003, *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken*, Maro-Verlag, Augsburg.
- Henkel, R. 2001, *Atlas der Kirchen und der anderen Religionsgemeinschaften in Deutschland: eine Religionsgeographie*, Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Hesse, G., Pasero, U. & Meyer, R. (eds) 1986, *Krank in der Fremde*, Bad Segeberg u.a.
- Hilkes, P. 1996, "Die Rußlanddeutschen in der Sowjetunion und ihren Nachfolgestaaten" in *Deutsche in Rußland Studien zum Deutschtum im Osten Heft 27*, ed. H. Rothe, Böhlau, Köln u.a., pp. 151-169.
- Hilkes, P. 2003, "Migrationsverläufe: Aussiedlerzuwanderung aus der Ukraine" in *Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück*, eds. K.J. Bade & J. Oltmer, 2. Auflage edn, V & R Unipress, Göttingen, pp. 55-79.
- Hill, P.B. 1990, "Kulturelle Inkonsistenz und Streß bei der zweiten Generation" in *Generation und Identität: theoretische und empirische Beiträge zur Migrationssoziologie*, eds. H. Esser & J. Friedrichs, Westdeutscher Verlag, Opladen, pp. 101-126.
- Hobel, C.J., Goldstein, A. & Barrett, E.S. 2008, "Psychosocial stress and pregnancy outcome", *Clinical obstetrics and gynecology*, vol. 51, no. 2, pp. 333-348.

- Hodgson, E.J. & Lockwood, C.J. 2010, "Preterm Birth: A Complex Disease" in *Preterm birth: prevention and management*, ed. V. Berghella, Wiley-Blackwell, Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ, pp. 8-16.
- Hoerder, D., Lucassen, J. & Lucassen, L. 2007, "Terminologien und Konzepte in der Migrationsforschung" in *Enzyklopädie Migration in Europa: vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, ed. K.J. Bade, Schöningh u.a., Paderborn u.a., pp. 28-53.
- Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P. 1998, "'Beruf" und "Stellung im Beruf" als Indikatoren für soziale Schichtung" in *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*, eds. W. Ahrens, B. Bellach & K. Jöckel, MMV, Medizin-Verlag, München, pp. 54-64.
- Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P. & Geis, A.J. 2003, "Berufsklassifikation und Messung des beruflichen Status/Prestige", *ZUMA-Nachrichten*, vol. 27, no. 52, pp. 125-138.
- Hofmann, H. 2002, "Segregation und Integration von Aussiedlern in Braunschweig, Wolfsburg und Hannover" in *Zuwanderung und Integration in Niedersachsen seit dem Zweiten Weltkrieg*, eds. K.J. Bade & J. Oltmer, 1. Auflage edn, Universitäts-Verlag Rasch, Osnabrück, pp. 199-223.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. 1967, "The social readjustment rating scale", *Journal of psychosomatic research*, vol. 11, no. 2, pp. 213-218.
- Howson, C.P., Merialdi, M., Lawn, J.E. et al. 2009, *White Paper on Preterm Birth: the Global and Regional Toll*, ed. March of Dimes Foundation, White Plains, New York.
- Hradil, S. 2006, "Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil?" in *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte*, eds. M. Richter & K. Hurrelmann, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, Wiesbaden, pp. 33-52.
- Huster, E., Boeckh, J. & Mogge-Grotjahn, H. (eds) 2008, *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*, 1. Auflage edn, VS, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Iams, J.D., Romero, R., Culhane, J.F. & Goldenberg, R.L. 2008, "Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth", *Lancet*, vol. 371, no. 9607, pp. 164-175.
- Initiative für Neue Soziale Marktwirtschaft & WirtschaftsWoche 2011, *Pressemitteilung N - 24. Juni 2011 INSM und WiWo präsentieren Bundesländerranking 2011 Für mehr Jobs muss Mittelfeldspieler Niedersachsen bei Offshore-Technologien in die Offensive gehen*. Available: [http://www.bundeslaenderranking.de/files/pdf/2011\\_pm\\_niedersachsen.pdf](http://www.bundeslaenderranking.de/files/pdf/2011_pm_niedersachsen.pdf) (Letzter Zugriff 08/2011).
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Herausgeber) 2008, "Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnis bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit sehr geringem Geburtsgewicht", *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*, Köln.

- Jansen, P., Tiemeier, H., Jaddoe, V. et al. 2009, "Explaining educational inequalities in preterm birth. The Generation R Study", *British medical journal*, no. 94, pp. F28-F34.
- Jiménez Laux, R.M. 2009, "Gesundheit in der Einwanderungsgesellschaft" in *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems: Tagung Grenzerfahrungen - Grenzbegegnungen. Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssystem* Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen (ZERP), ed. C. Falge, 1. Auflage edn, Nomos, Baden-Baden, pp. 15-21.
- Jimenez, V. & Marleau, J.D. 2000, "Is hyperemesis gravidarum related to country of origin? Short report", *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, vol. 46, pp. 1607-1608.
- Jones, M.E. & Bond, M.L. 1999, "Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women", *Journal of nursing care quality*, vol. 14, no. 1, pp. 56-62.
- Jörg, T. 2002, "Ungewisse Zukunft", *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, no. 12, pp. 6-9.
- Jörg, T. 2000, "Fremde Bräuche Hebammenbetreuung von Familien des orientalischen Kulturkreises", *Hebammen Forum*, Juni, pp. 130-134.
- Jotzo, M. & Poets, C.F. 2006, "Wenn Leben mit Leid beginnt", *Monatsschrift Kinderheilkunde*, vol. 154, no. 7, pp. 630-638.
- Jundt, K. & Friese, K. 2006, "Besonderheiten im Umgang mit muslimischen Patientinnen in der gynäkologischen Praxis", *Der Gynäkologe*, vol. 39, no. 11, pp. 899-904.
- Jungbauer-Gans, M. 2006, "Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit : Theoretische Überlegungen" in *Soziologie der Gesundheit*, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie: Sonderhefte*; 46, eds. C. Wendt & C. Wolf, VS, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 86-108.
- Kaas, L. & Manger, C. 2010, *Ethnic discrimination in Germany's labour market: A Field Experiment*, Discussion Paper No. 4741, Iza, Bonn.
- Karakaşoğlu, Y. 2007, "Türkische Arbeitswanderer in West-, Mittel- und Nordeuropa seit Mitte der 1950er Jahre" in *Enzyklopädie Migration in Europa: vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, ed. K.J. Bade, Schöningh u.a., Paderborn u.a., pp. 1054-1061.
- Karakaşoğlu, Y., Bandorski, S., Harring, M. & Kellerer, K. 2009, *Der Mikrozensus im Schnittpunkt von Geschlecht und Migration: Möglichkeiten und Grenzen einer sekundär-analytischen Auswertung des Mikrozensus 2005; Berichtszeitraum 01.10.2006 - 15.12.2007*, Bd. 4, ed. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1. Auflage edn, Nomos, Baden-Baden.
- Keller, H. (ed) 2011, *Handbuch der Kleinkindforschung*, 4., vollständig überarbeitete Auflage edn, Huber, Bern; Göttingen u.a..
- Kentenich, H., David, M., Yüksel, E. & Pette, G.M. 1998, "Türkische Patientinnen in der Gynäkologie: Probleme - Mißverständnisse - Lösungsansätze" in *Migration und Gesundheit*:

- Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle, eds. M. David, T. Borde & H. Kentenich, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 121-143.
- Kentenich, H., David, M., Borde, T. et al. 2003, "Aspekte der Versorgung von Migrantinnen in der Geburtshilfe und Gynäkologie" in Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen, eds. T. Borde & M. David, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 105-115.
- Kentenich, H. & Simo, S. 2009, "Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Praktische Konsequenzen im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie" in Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere, eds. T. Borde, M. David & I. Papiers-Winkler, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 69-75.
- Kentenich, H. 1984, "Wider die Natur Türkinnen unter der Geburt" in Zwischen zwei Kulturen: was macht Ausländer krank?, ed. H. Kentenich, 1. Auflage edn, Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin, pp. 64-68.
- Kentenich, H. 1984, Zwischen zwei Kulturen: was macht Ausländer krank? 1. Auflage edn, Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin.
- Kenyon, S., Boulvain, M. & Neilson, J.P. 2010, "Antibiotics for preterm rupture of membranes", Cochrane database of systematic reviews (Online), vol. (8), no. 8, pp. CD001058.
- Kilbride, H.W., Thorstad, K. & Daily, D.K. 2004, "Preschool outcome of less than 801-gram preterm infants compared with full-term siblings", Pediatrics, vol. 113, no. 4, pp. 742-747
- Kimbro, R.T., Lynch, S.M. & McLanahan, S. 2004, The Hispanic paradox and breastfeeding: Does acculturation matter? Evidence from the fragile families study, Bendhiem-Thoman Center for Child Wellbeing.
- Kirschner, W., Halle, H. & Pogonke, M.A. 2009, "Kosten der Früh- und Nichtfrühgeburten und die Effektivität und Effizienz von Präventionsprogrammen am Beispiel von BabyCare", Prävention und Gesundheitsförderung, vol. 4, no. 1, pp. 41-50.
- Kirschner, W. & Hoeltz, J. 2000, "Epidemiologie der Frühgeburt" in Frühgeburt und Frühgeborenes: eine interdisziplinäre Aufgabe; mit 56 Tabellen, eds. K. Friese, C. Plath & V. Briese, Springer, Berlin u.a., pp. 117-124.
- Kizilhan, I. 2007, "Potenziale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration" in Migration und psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale, eds. T. Borde & M. David, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 53-67.
- Klindworth, H. 2009, "Informationsbedarf, Informationsquellen und Beratungserfordernisse bei Frauen mit türkischem und ost- bzw. südosteuropäischem Migrationshintergrund: Ausgewählte Ergebnisse der BZgA-Studie "Familienplanung und Migration im Lebensverlauf"" in Gesundheitsförderung konkret, Band 12 Migration und Gesundheitsförderung - Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten, ed. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, pp. 83-93.

- Knight, M., Kurinczuk, J.J., Spark, P. et al. 2009, "Inequalities in maternal health: national cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 338, pp. b542.
- Knipper, M. & Bilgin, Y. 2010, "Migration und andere Hintergründe", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 107, no. 3, pp. A 76-A 79.
- Koch, U. 2002, "Migration und kulturelle Differenz in Gemeinden: das Beispiel Osnabrück" in *Zuwanderung und Integration in Niedersachsen seit dem Zweiten Weltkrieg*, eds. K.J. Bade & J. Oltmer, 1. Auflage edn, Universitäts-Verlag Rasch, Osnabrück, pp. 321-349.
- Kohls, M. 2011, *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland Forschungsbericht 9*, ed. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 1. Auflage edn, Nürnberg.
- Kohls, M. 2010 "Migration und Gesundheit Studien zeigen Unterschiede bei der gesundheitlichen Lage auf" in *Blickpunkt Integration 01/2010 Aktueller Informationsdienst zur Integrationsarbeit in Deutschland Migration und Gesundheit*, ed. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg, pp. 3-5.
- Kohls, M. 2008, *Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten: eine Bestandsaufnahme*, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg.
- Koller, D., Lack, N. & Mielck, A. 2009, "Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayerischen Perinatal-Studie", *Gesundheitswesen*, vol. 71, no. 1, pp. 10-18.
- Konsortium für Bildungsberichterstattung (ed) 2006, *Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*, Bertelsmann, Bielefeld.
- Korporal, J. 1985, "Probleme der präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien" in *Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik; Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V.: "Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien" am 7. und 8. September 1984 in der Medizinischen Hochschule Hannover*, ed. J. Collatz, ebv Rissen, Hamburg, pp. 158-176.
- Korte, T. 2005, *Deutsche aus dem Osten: Zuwanderung und Eingliederung von Vertriebenen und Aussiedlern/Spätaussiedlern im Vergleich*. [Available: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=980219604> 11.11.2009] (Letzter Zugriff 08/2011).
- Kuntner, L. 2007, "Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext" in *Transkulturelle Kompetenz*, ed. D. Domenig, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Huber, Bern, pp. 439-456.

- Kürşat-Ahlers, E. 2000, "Migration als psychischer Prozess" in Migration - Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext, [Dokumentation unseres zweiten Symposiums vom 29. September 1999 in Berlin zum Thema "Migration - Frauen - Gesundheit im europäischen Kontext"], eds. M. David, T. Borde & H. Kentenich, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 45-56.
- Kürşat-Ahlers, E. 1985(a), "Die Frau im Islam" in Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik; Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. "Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien" am 7. und 8. September 1984 in der Medizinischen Hochschule Hannover, ed. J. Collatz, ebv Rissen, Hamburg, pp. 103-123.
- Kürşat-Ahlers, E. 1985(b), "Die Welt der türkischen Frauen und Mädchen" in Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik; Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. "Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien" am 7. und 8. September 1984 in der Medizinischen Hochschule Hannover, ed. J. Collatz, ebv Rissen, Hamburg, pp. 89-102.
- Kürşat-Ahlers, E. & Ahlers, I. 1985, "Kulturelle, soziale und familiäre Lebensbedingungen in der Türkei und Ursachen der Emigration türkischer Familien" in Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik; Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. "Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien" am 7. und 8. September 1984 in der Medizinischen Hochschule Hannover, ed. J. Collatz, ebv Rissen, Hamburg, pp. 11-39.
- Lack, N. 2002, "Qualitätssicherung in der Geburtshilfe im Jahr 2000: Ländervergleich der Perinatalerhebung", *Der Frauenarzt*, vol. 8, pp. 890-900.
- Lack, N. 2001, "Vor welchen Neuerungen steht die Qualitätssicherung in der Geburtshilfe", *Frauenarzt*, vol. 42, no. 8, pp. 826-831.
- Lampert, T. & Kroll, L.E. 2009, "Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien" in *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, eds. K. Hurrelmann & M. Richter, 2, aktualisierte Auflage edn, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, pp. 309-334.
- Lampert, T. & Ziese, T. 2005, *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*, Robert-Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Lampert, T. & Thamm, M. 2004, "Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland", *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, vol. 47, no. 11, pp. 1033-1042.

- Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010 (b) 2010-last update, Armutsgefährdungsquote in Niedersachsen im Jahr 2009 rückläufig Pressemitteilung 55/10. Available: [http://www.lskn.niedersachsen.de/live/live.php?navigation\\_id=25666&article\\_id=89815&psmand=40](http://www.lskn.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=25666&article_id=89815&psmand=40) (Letzter Zugriff 09/2011).
- Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010 (c), Armutsgefährdungsquoten, Soziale Mitte und Reichtumsquoten Niedersachsen und Deutschland 2005 bis 2009 – Regionalkonzept, Hannover.
- Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2010 (a), Frauen mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung Niedersachsen 2005 nach Altersklassen - Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Hannover.
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. 2011, Gesundheit für Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen. Available: <http://mige.ix-tech.de/index.php?id=239> (Letzter Zugriff 10/2011).
- Lange Boettcher, P. 2004, Schwangerschaftsraten türkischer Migrantinnen im Rahmen der Kinderwunschsprechstunde -spontan oder durch Reproduktionsmedizin, Berlin.
- Lara, M., Gamboa, C., Kahramanian, M.I. et al. 2005, "Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context", *Annual Review of Public Health*, vol. 26, pp. 367-397.
- Larroque, B., Ancel, P.Y., Marret, S. et al. 2008, "Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study", *Lancet*, vol. 371, no. 9615, pp. 813-820.
- Larson, C.P. 2007, "Poverty during pregnancy: Its effects on child health outcomes", *Paediatrics & Child Health*, vol. 12, no. 8, pp. 673-677.
- LaVeist, T.A., Keith, V.M. & Gutierrez, M.L. 1995, "Black/white differences in prenatal care utilization: an assessment of predisposing and enabling factors", *Health services research*, vol. 30, no. 1, pp. 43-58.
- Leinmüller, R. 2001, "Frühgeburt: Eine Hypothek für das Leben", *Dtsch Arztebl*, , pp. A-740.
- Leitner, H., Böse-O'Reilly, S., Oberaigner, W. et al. 2011, "Perinatale Mortalität nach Herkunftsland der Mutter in Tirol 2000-2008", *Das Gesundheitswesen*, vol. 73, no. 08/09, pp. 469-476.
- Leonardi-Bee, J., Britton, J. & Venn, A. 2011, "Secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis", *Pediatrics*, vol. 127, no. 4, pp. 734-741.
- Loncarevic, M. 2007, "Migration und Gesundheit" in *Transkulturelle Kompetenz*, ed. D. Domenig, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Huber, Bern, pp. 139-161.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L. & Watson, L. 2009, "Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy", *Cochrane database of systematic reviews* (Online), vol. (3), no. 3, pp. CD001055.



- Lund, N., Pedersen, L.H. & Henriksen, T.B. 2009, "Selective serotonin reuptake inhibitor exposure in utero and pregnancy outcomes", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 163, no. 10, pp. 949-954.
- Lüngen, M., Siegel, M., Drabik, A., Büscher, G. & von Törne, I. 2009, *Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Studien zur Gesundheit, Medizin und Gesellschaft*, 05/09 edn, Köln.
- Magaña, A. & Clark, N.M. 1995, "Examining a paradox: does religiosity contribute to positive birth outcomes in Mexican American populations?", *Health education quarterly*, vol. 22, no. 1, pp. 96-109.
- Malin, M. & Gissler, M. 2009, "Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland", *BMC public health*, vol. 9, pp. 84.
- March of Dimes Foundation 2010, *Prematurity campaign*. Available: <http://www.marchofdimes.com/mission/prematurity.html> (Letzter Zugriff 09/2011).
- Marlow, N., Wolke, D., Bracewell, M.A. et al. 2005, "Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth", *The New England journal of medicine*, vol. 352, no. 1, pp. 9-19.
- Martin, J.A., Kirmeyer, S., Osterman, M. & Shepherd, R.A. 2009, "Born a bit too early: recent trends in late preterm births", *NCHS data brief*, vol. (24), no. 24, pp. 1-8.
- Maul, H. & Freerksen, N. 2010, "Vorzeitiger Blasensprung" in *Geburtshilfe und Perinatalmedizin: Pränataldiagnostik, Erkrankungen, Entbindung; 250 Tabellen*, eds. W. Rath, G. Martius & J. Baltzer, 2., voll überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Thieme, Stuttgart u.a., pp. 576-587.
- McCowan, L.M., Dekker, G.A., Chan, E. et al. 2009, "Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 338, pp. b1081.
- McDonald, S.D., Han, Z., Mulla, S. et al. 2010, "Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 341, pp. c3428.
- McGlade, M.S., Saha, S. & Dahlstrom, M.E. 2004, "The Latina paradox: an opportunity for restructuring prenatal care delivery", *American Journal of Public Health*, vol. 94, no. 12, pp. 2062-2065.
- Meher, S. & Duley, L. 2006, "Progesterone for preventing pre-eclampsia and its complications", *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, vol. (4), no. 4, pp. CD006175.
- Meissner, B., Neubauer, H. & Eisfeld, A. 1992, *Die Rußlanddeutschen: gestern und heute*, Markus Verlagsgesellschaft, Köln.
- Merz, E.M., Özeke-Kocabas, E., Oort, F.J. & Schuengel, C. 2009, "Intergenerational family solidarity: value differences between immigrant groups and generations", *Journal of family psychology*:

- JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), vol. 23, no. 3, pp. 291-300.
- Mielck, Andreas 2000, Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, 1. Auflage, Bern, Huber.
- Milewski, N. 2008, "Auf einen Streich: Umzug, Heirat und das erste Kind Mutterschaft von Migrantinnen der ersten und zweiten Generation in Westdeutschland", Demographische Forschung aus erster Hand, vol. 5, no. 2, pp. 4-4.
- Misselwitz, B. 2011, Frühgeburtenraten nach Herkunftsregionen der Schwangeren und beruflicher Tätigkeit während der Schwangerschaft in Hessen 2001-2008, persönliche Mitteilung.
- Monaghan, S.C., Little, R.E., Hulchiy, O., Strassner, H. & Gladen, B.C. 2001, "Risk factors for spontaneous preterm birth in two urban areas of Ukraine", Paediatric and perinatal epidemiology, vol. 15, no. 2, pp. 123-130.
- Moore, M.L. 2003, "When Parents Ask ... about Preterm Birth, Breastfeeding Success, Breast Cancer, or Waterbirth", The Journal of perinatal education: an ASPO/Lamaze publication, vol. 12, no. 4, pp. 40-43.
- Moore, M.L. 2002, "Preterm birth: a continuing challenge", The Journal of perinatal education: an ASPO/Lamaze publication, vol. 11, no. 4, pp. 37-40.
- Morgen, C.S., Bjork, C., Andersen, P.K. et al. 2008, "Socioeconomic position and the risk of preterm birth - a study within the Danish National Birth Cohort", International Journal of Epidemiology, no. 37, pp. 1109-1120.
- Mulherin Engel, S.M, Berkowitz, G.S., Wolff, M.S. & Yehuda, R. 2005, "Psychological trauma associated with the World Trade Center attacks and its effect on pregnancy outcome", Paediatric and perinatal epidemiology, vol. 19, no. 5, pp. 334-341.
- Muthny, F.A. & Atay, H. 2009, Interkulturelle Medizin: Lientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen; mit 14 Tabellen, Deutscher-Ärzte-Verlag, Köln.
- Muthny, F.A. & Bermejo, I. 2009, "Zur Bedeutung interkultureller Aspekte in der Medizin - eine Einführung" in Interkulturelle Medizin: Lientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen; mit 14 Tabellen, eds. F.A. Muthny & H. Atay, Deutscher-Ärzte-Verlag, Köln, pp. 1-14.
- Nabet, C., Ancel, P.Y., Burguet, A. & Kaminski, M. 2005, "Smoking during pregnancy and preterm birth according to obstetric history: French national perinatal surveys", Paediatr Perinat Epidemiol, vol. 19, no. 2, pp. 88-96.
- Nauck, B. 2007, "Immigrant families in Germany. Family change between situational adaptation, acculturation, segregation and remigration", Zeitschrift für Familienforschung, vol. 19, no. 1, pp. 34-54.
- Netzwerk Migration in Europa e.V. 2010, "Deutschland: Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen", Newsletter Bevölkerung und Migration, no. 01, pp. 3-4.

- Netzwerk Migration in Europa e.V. 2009, "Deutschland: "Erster Integrationsbericht"", Newsletter Bevölkerung und Migration, no. 06, pp. 2-3.
- Neutatz, D. 1996, "Zwischen Spracherhalt und Assimilierung Rußlanddeutsche und Donauschwaben vor 1914 im Vergleich" in Deutsche in Rußland Studien zum Deutschtum im Osten Heft 27, ed. H. Rothe, Böhlau, Köln u.a., pp. 61-85.
- Neutatz, D. 1992, "Die Kolonien des Schwarzmeergebietes im Spannungsfeld nationalstaatlicher Politik 1861-1914" in Die Rußlanddeutschen: gestern und heute, eds. B. Meissner, H. Neubauer & A. Eisfeld, Markus Verlagsgesellschaft, Köln, pp. 79-99.
- Niedersächsisches Landesamt für Statistik 2008, "Niedersächsischer Armuts- und Reichtumsbericht Entwicklung von Reichtum und Armut in Niedersachsen 2005 bis 2007", Statistische Monatshefte Niedersachsen, no. 12, pp. 660-682.
- Niedersächsisches Landesamt für Statistik 2007(a), "Bevölkerung in Niedersachsen 2005 nach Migrationsstatus, Alter und Geschlecht", Statistische Monatshefte Niedersachsen, no. 10, pp. 592-594.
- Niedersächsisches Landesamt für Statistik 2007(b), "Menschen mit Migrationshintergrund in Niedersachsen", Statistische Monatshefte Niedersachsen, no. 10, pp. 580-584.
- Nilsen, R.M., Vollset, S.E., Gjessing, H.K. et al. 2006, "Patterns and predictors of folic acid supplement use among pregnant women: the Norwegian Mother and Child Cohort Study", The American Journal of Clinical Nutrition, vol. 84, no. 5, pp. 1134-1141.
- Nordentoft, M., Lou, H.C., Hansen, D. et al. 1996, "Intrauterine growth retardation and premature delivery: the influence of maternal smoking and psychosocial factors", American Journal of Public Health, vol. 86, no. 3, pp. 347-354.
- Ny, P., Dykes, A.K., Molin, J. & Dejin-Karlsson, E. 2007, "Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community-based study in Malmö, Sweden", Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, vol. 86, no. 7, pp. 805-813.
- O. A. 2006, "Preterm birth: crisis and opportunity", Lancet, vol. 368, no. 9533, pp. 339.
- Oakley, A., Hickey, D., Rajan, L. & Rigby, A.S. 1996, "Social support in pregnancy: does it have long-term effects?", Journal of Reproductive and Infant Psychology, vol. 14, no. 1, pp. 7-22.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. & Lindelow M 2008, Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation, World Bank, Washington, DC.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization (eds) 2008, The Right to Health Fact Sheet No. 31, Genf.
- Osterloh, F. 2010, "Es geht ums Überleben", Deutsches Ärzteblatt, vol. 107, no. 41, pp. A 1947-A 1947.
- Pammer, C. 2009, "Soziokulturelle Heterogenität und Akkulturation: neue Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung" in Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit; Festschrift

- zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz, ed. É. Rásky, Facultas-Verlag, Wien, pp. 45-54.
- Papiernik, E. 1993, "Prevention of preterm labour and delivery", *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 7, no. 3, pp. 499-521.
- Papiernik, E. 1984, "Proposals for a programmed prevention policy of preterm birth", *Clinical obstetrics and gynecology*, vol. 27, no. 3, pp. 614-635.
- Papiernik, E., Alexander, G.R. & Paneth, N. 1990, "Racial differences in pregnancy duration and its implications for perinatal care", *Medical hypotheses*, vol. 33, no. 3, pp. 181-186.
- Papst Paul VI 1968 25.02.2006-last update, Enzyklika Papst Pauls VI. Über die rechte Ordnung der Weitergabe menschlichen Lebens "Humanae vitae" 25. Juli 1968. Von den deutschen Bischöfen approbierte Übersetzung. Der lateinische Text findet sich in: *Acta Apostolicae Sedis* 60 (1968) 481-503. Available: [http://stjosef.at/dokumente/humanae\\_vitae.htm](http://stjosef.at/dokumente/humanae_vitae.htm) (Letzter Zugriff 08/2011).
- Pateisky, N. & Geraedts, M. 2000, "Qualitätssicherung" in *Geburtshilfe: mit 150 Tabellen*, eds. H. Schneider, P. Husslein & K. Schneider, Springer, Berlin u.a., pp. 977-984.
- Patel, R.R., Steer, P., Doyle, P. et al. 2004, "Does gestation vary by ethnic group? A London-based study of over 122,000 pregnancies with spontaneous onset of labour", *International journal of epidemiology*, vol. 33, no. 1, pp. 107-113.
- Petrou, S. 2005, "The economic consequences of preterm birth during the first 10 years of life", *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 112 Suppl 1, pp. 10-15.
- Pfabigan, D. 2009, "Prinzipien der gesundheitlichen Versorgung für MigrantInnen - transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen" in *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit; Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*, ed. É. Rásky, Facultas-Verlag, Wien, pp. 72-86.
- Posner-Landsch, M. 1998, "Kommunikationsstörungen zwischen ausländischen Patientinnen und einheimischen Ärzten/Ärztinnen" in *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*, eds. M. David, T. Borde & H. Kentenich, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 59-79.
- Raatikainen, K., Heiskanen, N. & Heinonen, S. 2005, "Marriage still protects pregnancy", *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 112, no. 10, pp. 1411-1416.
- Rabinerson, D., Dicker, D., Kaplan, B. et al. 2000, "Hyperemesis gravidarum during Ramadan", *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, vol. 21, no. 4, pp. 189-191.
- Rásky, É. (ed) 2009, *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit; Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*, Facultas-Verlag, Wien.
- Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H. & Ronellenfitsch, U. 2004, "Gesundheitsversorgung von Migranten", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 101, no. 43, pp. 2882-2887.

- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U. et al. 2008(a), Migration und Gesundheit: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, ed. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Razum, O., Zeeb, H. & Schenk, L. 2008(b), "Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken", Deutsches Ärzteblatt, vol. 105, no. 47, pp. A2520-A2522.
- Razum, O. 2006, "Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt" in Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte, eds. M. Richter & K. Hurrelmann, VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, pp. 255-270.
- Razum, O., Jahn, A., Blettner, M. & Reitmaier, P. 1999, "Trends in maternal mortality ratio among women of German and non-German nationality in West Germany, 1980-1996", International journal of epidemiology, vol. 28, no. 5, pp. 919-924.
- Razum, O., Reeske, A. & Spallek, J. (eds) 2011, Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund, Lang, Frankfurt am Main u.a.
- Razum, O., Zeeb, H. & Laaser, U. (eds) 2006, Globalisierung - Gerechtigkeit - Gesundheit: Einführung in International Public Health, 1. Auflage edn, Huber, Bern.
- Reddy, U.M., Bettogowda, V.R., Dias, T. et al. 2011, "Term pregnancy: a period of heterogeneous risk for infant mortality", Obstetrics and gynecology, vol. 117, no. 6, pp. 1279-1287.
- Reeske, A., Spallek, J. & Razum, O. 2011, "Migration und Gesundheit" in Gesundheit von Schwangeren und Säuglingen mit Migrationshintergrund, eds. O. Razum, A. Reeske & J. Spallek, Lang, Frankfurt am Main u.a., pp. 15-29.
- Reeske, A., Spallek, J. & Razum, O. 2009, "Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany - an analysis of the 2005 Microcensus", International journal for equity in health, vol. 8, pp. 26.
- Reime, B., Lindwedel, U., Ertl, K.M. et al. 2009, "Does underutilization of prenatal care explain the excess risk for stillbirth among women with migration background in Germany?", Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, vol. 88, no. 11, pp. 1276-1283.
- Reime, B., Ratner, P.A., Tomaselli-Reime, S.N. et al. 2006, "The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany", Social science & medicine, vol. 62, no. 7, pp. 1731-1744.
- Reime, B., Schücking, B.A. & Wenzlaff, P. 2008, "Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies", BMC pregnancy and childbirth, vol. 8, no. 4.
- Reinsch, J. 2005, "Organ- und Folgeschäden bei Frühgeborenen", RPaktuell, no. 1, pp. 3-5.
- Remberg, A. 1999, "Beratungsarbeit mit jungen nicht deutschen Frauen und Migrantinnen in Schwangerenberatungsstellen", BZgA-Forum, no. 2, pp. 3-6.
- Rich-Edwards, J.W., Kleinman, K.P., Strong, E.F. et al. 2005, "Preterm delivery in Boston before and after September 11th, 2001", Epidemiology, vol. 16, no. 3, pp. 323-327.

- Richter, M. & Hurrelmann, K. 2006, *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte*, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Riebe, K. & Collatz, J. 1985, "Geburtshilfliche Versorgung türkischer Frauen - eine sozialepidemiologische Sekundäranalyse der Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen" in *Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*; Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. "Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien" am 7. und 8. September 1984 in der Medizinischen Hochschule Hannover, ed. J. Collatz, ebv Rissen, Hamburg, pp. 230-257.
- Rizzo, N., Ciardelli, V., Gandolfi Colleoni, G. et al. 2004, "Delivery and immigration: the experience of an Italian hospital", *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, vol. 116, no. 2, pp. 170-172.
- Roberts, D. & Dalziel, S. 2006, "Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth.", *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, vol. 3, pp. CD004454.
- Roberts, J.M., Pearson, G., Cutler, J. & Lindheimer, M. 2003, "Summary of the NHLBI working group on research on hypertension during pregnancy", *Hypertension*, vol. 41, no. 3, pp. 437.
- Roberts, W.E., Perry, K.G., Jr, Naef, R.W. et al. 1995, "The irritable uterus: a risk factor for preterm birth?", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 172, no. 1 Pt 1, pp. 138-142.
- Rodrigues, T. & Barros, H. 2008, "Maternal unemployment: an indicator of spontaneous preterm delivery risk", *European journal of epidemiology*, vol. 23, no. 10, pp. 689-693.
- Roemmich, H. 1965, "Die Diskriminierung der Deutschen in der Sowjetunion wurde zurückgenommen", *Eastern Europe (Osteuropa)*, vol. 4, pp. 252-254.
- Rohde, A. 2001, "Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett", *Der Gynäkologe*, vol. 34, no. 4, pp. 315-323.
- Rohe, M. 2009, *Das islamische Recht: Geschichte und Gegenwart*, Original-Ausgabe edn, Beck, München.
- Röhr-Sendlmeier, U.M. & Yun, J. 2006, "Familienvorstellungen im Kulturkontakt: ein Vergleich italienischer, türkischer, koreanischer und deutscher junger Erwachsener in Deutschland", *Zeitschrift für Familienforschung*, vol. 18, no. 1, pp. 89-110.
- Rosenbrock, R. & Kümpers, S. 2006, "Die Public Health Perspektive Krankheit vermeiden - Gesundheit fördern" in *Soziologie der Gesundheit*, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie: Sonderhefte*; 46, eds. C. Wendt & C. Wolf, VS, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, pp. 243-269.
- Rothe, H. (ed) 1996, *Deutsche in Rußland Studien zum Deutschtum im Osten Heft 27*, Böhlau, Köln u.a.

- Rowe, R.E. & Garcia, J. 2003, "Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review", *Journal of public health medicine*, vol. 25, no. 2, pp. 113-119.
- Rowe, R.E., Magee, H., Quigley, M.A. et al. 2008, "Social and ethnic differences in attendance for antenatal care in England", *Public health*, vol. 122, no. 12, pp. 1363-1372.
- Ruiz, R.J., Saade, G.R., Brown, C.E. et al. 2008, "The effect of acculturation on progesterone/estriol ratios and preterm birth in Hispanics", *Obstetrics and gynecology*, vol. 111, no. 2 Pt 1, pp. 309-316.
- Sabbioni, M.E.E. 2003, "Migration und Krankheit Versuch einer Integration somatischer, psychischer, sozialer und kultureller Aspekte" in *Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns; mit 130 Tabellen*, eds. T. von Uexküll & R.H. Adler, 6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage edn, Urban & Fischer, München u.a., pp. 355-365.
- Saigal, S. & Doyle, L.W. 2008, "An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood", *Lancet*, vol. 371, no. 9608, pp. 261-269.
- Salman, R. 2008, *Interkulturelle Gesundheitsmediatoren: Aufbau eines sich langfristig selbsttragenden Systems Begleitstudie zum MiMi-Gesundheitsprojekt in Hamburg*, VWB -Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.
- Salmasi, G., Grady, R., Jones, J. & McDonald, S.D. 2010, "Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 89, no. 4, pp. 423-441.
- Sarnoff, R. & Adams, E. 2001, "Racial and ethnic disparities in the discordance between women's assessment of the timing of their prenatal care entry and the first trimester standard", *Maternal and child health journal*, vol. 5, no. 3, pp. 179-187.
- Saurel-Cubizolles, M., Zeitlin, J., Lelong, N. et al. 2004, "Employment, working conditions, and preterm birth: results from the Europop case-control survey", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 58, no. 5, pp. 395-401.
- Saurel-Cubizolles, M.J., Subtil, D. & Kaminski, M. 1991, "Is preterm delivery still related to physical working conditions in pregnancy?", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 45, no. 1, pp. 29-34.
- Schaffer, C.H., Bergmann, R.L., Gravens-Mueller, L. et al. 2001, "Rauchen während der Schwangerschaft oder niedriger Sozialstatus. Welches ist das größere Risiko für ein geringes Geburtsgewicht?", *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 61, no. 10, pp. 761-765.
- Schempf, A.H., Branum, A.M., Lukacs, S.L. & Schoendorf, K.C. 2007, "Maternal age and parity-associated risks of preterm birth: differences by race/ethnicity", *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 21, no. 1, pp. 34-43.
- Schenk, L. 2007, "Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien", *International Journal of Public Health*, vol. 52, no. 2, pp. 87-96.

- Schenk, L., Bau, A.M., Borde, T. et al. 2006, "Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis", Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, vol. 9, pp. 853-860.
- Schenk, L., Neuhauser, H. & Ellert, U. 2008, Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 - 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland: Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, ed. Robert-Koch-Institut, Berlin.
- Schindele, E. 1995, Schwangerschaft: zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko, Rasch und Röhring, Hamburg.
- Schmid, S. & Kohls, M. 2009, "Reproductive behaviour of migrant women in Germany: Data, patterns and determinants", Vienna Yearbook of Population Research, vol. 7, pp. 39-61.
- Schmidt, S. 2010, "Anamnese und Befund" in Geburtshilfe und Perinatalmedizin: Pränataldiagnostik, Erkrankungen, Entbindung; 250 Tabellen, eds. W. Rath, G. Martius & J. Baltzer, 2., voll überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Thieme, Stuttgart u.a., pp. 217-219.
- Schneider, H. 2003, "Sozialmedizinische Maßnahmen", Der Gynäkologe, vol. 36, pp. 383-390.
- Schneider, H. & Helmer, H. 2011, "Frühgeburt: pränatale und intrapartale Aspekte" in Die Geburtshilfe: mit 193 Tabellen, eds. H. Schneider, P. Husslein & K. Schneider, 4. Auflage edn, Springer, Berlin; Heidelberg, pp. 511-556.
- Schneider, H. & Spätling, L. 2006, "Frühgeburt: pränatale und intrapartale Aspekte" in Die Geburtshilfe: mit 165 Tabellen, ed. H. Schneider, P. Husslein & K. Schneider, 3. Auflage edn, Springer Medizin, Heidelberg, pp. 461-495.
- Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K. (eds) 2011, Die Geburtshilfe: mit 193 Tabellen, 4. Auflage edn, Springer, Berlin; Heidelberg.
- Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K.. (eds) 2006, Die Geburtshilfe, 3. Auflage edn, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K. (eds) 2000, Geburtshilfe: mit 150 Tabellen, Springer, Berlin u.a.
- Schneider, K.T.M. 2001, "Das "Risiko" Frühgeburt" in Vielfalt und Einheit - Wissenschaft und Gewissen: Berichtsband des 53. Kongresses der DGGG, 13. - 16. Juni 2000 in München; [mit kompletter Kongress-CD-ROM], eds. G. Kindermann, T. Dimpfl & Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Thieme, Stuttgart u.a., pp. 129-130.
- Schoenfisch, A.L., Dement, J.M. & Rodríguez-Acosta, R.L. 2008, "Demographic, clinical and occupational characteristics associated with early onset of delivery: Findings from the duke health and safety surveillance system, 2001-2004", American Journal of Industrial Medicine, vol. 51, no. 12, pp. 911-922.
- Schücking, B.A. 2011, "Der Anfang: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Grundlage einer Mutter-Kind-Beziehung" in Handbuch der Kleinkindforschung, ed. H. Keller, 4., vollständig überarbeitete Auflage edn, Huber, Bern; Göttingen u.a., pp. 368-387.



- Schwarz, C.M. 2008, Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen, Berlin.
- Scribner, R. & Dwyer, J.H. 1989, "Acculturation and low birthweight among Latinos in the Hispanic HANES", *American Journal of Public Health*, vol. 79, no. 9, pp. 1263-1267.
- Seibel-Seamon, J., Berghella, V., Baxter, J. & Grimes-Dennis, J. 2008, "Tocolytics for preterm premature rupture of membranes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, no. Art. No.: CD007062. DOI: 10.1002/14651858.CD007062.
- Selbmann, H.K. 1993, "Die Bedeutung der Perinatalerhebung für die Perinatalforschung", *Der Gynäkologe*, vol. 26, no. 1, pp. 71-75.
- Selbmann, H.K. 2001, "Internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung in der Geburtshilfe und der operativen Gynäkologie", *Der Gynäkologe*, vol. 34, no. 2, pp. 82-88.
- Shaw, R.J., Pickett, K.E. & Wilkinson, R.G. 2010, "Ethnic density effects on birth outcomes and maternal smoking during pregnancy in the US linked birth and infant death data set", *American Journal of Public Health*, vol. 100, no. 4, pp. 707-713.
- Sikorski, J., Wilson, J., Clement, S., Das, S. & Smeeton, N. 1996, "A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project", *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 312, no. 7030, pp. 546-553.
- Simoes, E., Kunz S.K & Schmahl F.W 2009, "Inanspruchnahmegradienten in der Schwangerenvorsorge fordern zur Weiterentwicklung des Präventionskonzepts auf", *Das Gesundheitswesen*, vol. 71, no. 07, pp. 385-390.
- Simoes, E., Kunz, S., Bosing-Schwenkglens, M. et al. 2003, "Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg 1998 - 2001", *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 63, pp. 538-545.
- Simoes, E., Kunz, S., Bosing-Schwenkglens, M. & Schmahl, F.W. 2004, "Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg Psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft", *psychoneuro*, vol. 30, no. 06, pp. 342-347.
- Sinemillioglu, N. S. 2010, "Istanbul, die Heilende", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 107, no. 11, pp. 517-518.
- Singh, G.K. & Yu, S.M. 1996, "Adverse pregnancy outcomes: differences between US- and foreign-born women in major US racial and ethnic groups", *American Journal of Public Health*, vol. 86, no. 6, pp. 837-843.
- Smits, J., Ultee, W. & Lammers, J. 1998, "Educational homogamy in 65 countries: An explanation of differences in openness using country-level explanatory variables", *American Sociological Review*, vol. 63, no. 2, pp. 264-285.
- Sobotka, T. 2008, "Erhöht Zuwanderung die Geburtenraten in Europa?", *Demographische Forschung aus erster Hand*, vol. 5, no. 4, pp. 3-3.

- Sosa, C., Althabe, F., Belizán, J. & Bergel, E. 2004, "Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth", *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, vol. (1), no. 1, pp. CD003581.
- Sosta, E., Tomasoni, L.R., Frusca, T. et al. 2008, "Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study", *Journal of travel medicine*, vol. 15, no. 4, pp. 243-247.
- Spallek, J. & Razum, O. 2007, "Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention", *Medizinische Klinik*, vol. 102, no. 6, pp. 451-456.
- Spallek, J., Zeeb, H. & Razum, O. 2010, "Prevention among immigrants: the example of Germany", *BMC public health*, vol. 10, pp. 92.
- Speer, C.P. 2010, "Das Frühgeborene" in *Geburtshilfe und Perinatalmedizin: Pränataldiagnostik, Erkrankungen, Entbindung; 250 Tabellen*, eds. W. Rath, G. Martius & J. Baltzer, 2., voll überarbeitete und erweiterte Auflage edn, Thieme, Stuttgart u.a., pp. 702-705.
- Speer, C.P. & Gahr, M. 2005, *Pädiatrie: mit 410 Tabellen*, 2., vollständig neu bearbeitete Auflage edn, Springer, Heidelberg.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (ed) 2009, *Bevölkerung nach Migrationsstatus regional Ergebnisse des Mikrozensus 2005*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2010, *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2008 -*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2009, *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2005 -*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2008 (a), *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2006 -*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2008 (b), *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2007 -*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2008 (c), *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2008*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2008 (d), "Jede vierte Familie in Deutschland hat einen Migrationshintergrund", *Pressemitteilung Nr.281 vom 05.08.2008*.
- Statistisches Bundesamt 2007 (a), *Geburten in Deutschland*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt 2007 (b), *Statistisches Jahrbuch 2007 für die Bundesrepublik Deutschland*, 1. Auflage, Wiesbaden.
- Stein, W., Kaplan, L., Woernle, F. et al. 2006, "Übertragungsqualität von Perinataldaten - Erfahrungen an einem Zentrum (Quality of Data Transfer in Perinatal Data - Experience of a Centre)", *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie*, vol. 210, no. 2, pp. 60-66.
- Steinbach, A. 2000, "Aufgabenteilung und Entscheidungsmacht in Migrantenfamilien aus der früheren Sowjetunion in Deutschland und Israel", *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, no. 1, pp. 29-48.

- Steinkamp, G. 1993, "Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung", *Sozial- und Präventivmedizin*, vol. 38, no. 3, pp. 111-122.
- Straube, S., Voigt, M., Scholz, R. et al. 2009, "18th Communication: Preterm Birth Rates and Maternal Occupation – The Importance of Age and Number of Live Births As Confounding Factors 18. Mitteilung: Frühgeborenenraten und mütterlicher Beruf – Alter und Anzahl der Lebendgeburten als Confounder", *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 69, no. 08, pp. 698-702.
- Strauß, B. 2000, *Ungewollte Kinderlosigkeit: psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie, Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen u.a.*
- Stübecke, W. 2005, "Kosten und Folgekosten eines Frühgeborenen", *RPaktuell*, , no. 1, pp. 12-13.
- Stülb, M. & Adam, Y. 2009, "Die Sicht der Patient/-innen - medizinethnologische Ansätze in der interkulturellen Kommunikation im Gesundheitswesen" in *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems: Tagung Grenzerfahrungen - Grenzbegegnungen. Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssystem Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen (ZERP)*, ed. C. Falge, 1. Auflage edn, Nomos, Baden-Baden, pp. 41-55.
- Sunar, D. 2009, "Mothers' and fathers' child-rearing practices and self-esteem in three generations of urban Turkish families" in *Perspectives on human development, family and culture*, eds. S. Bekman & A. Aksu-Koç, Cambridge University Press, Cambridge u.a., pp. 126-139.
- Swamy, G.K., Ostbye, T. & Skjaerven, R. 2008, "Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 299, no. 12, pp. 1429-1436.
- Swart, E. & Ihle, P. (eds) 2005, *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*, 1. Auflage edn, Huber, Bern.
- Swart, E. & Ihle, P. 2005, "Sekundärdatenanalyse: Aufgaben und Ziele" in *Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*, eds. E. Swart & P. Ihle, 1. Auflage edn, Huber, Bern, pp. 11-14.
- Tegethoff, M., Pryce, C. & Meinlschmidt, G. 2009, "Effects of intrauterine exposure to synthetic glucocorticoids on fetal, newborn, and infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in humans: a systematic review", *Endocrine reviews*, vol. 30, no. 7, pp. 753-789.
- Tegethoff, M., Greene, N., Olsen, J. et al. 2010, "Maternal Psychosocial Stress during Pregnancy and Placenta Weight: Evidence from a National Cohort Study", *PLoS ONE*, no. 12, pp. e14478.
- Terzioğlu, N. 2006, "Migration - ein weiterer Risikofaktor in der Schwangerschaft?", *BZgA Forum*, vol. 3, pp. 8-11.
- Theis, S. 2006, *Religiosität von Russlanddeutschen*, Kohlhammer, Stuttgart.

- Thompson, J.M., Irgens, L.M., Rasmussen, S. & Daltveit, A.K. 2006, "Secular trends in socio-economic status and the implications for preterm birth", *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 20, no. 3, pp. 182-187.
- Tolsdorf, M. 2009, "Gesundheit und Krankheit im Kontext rechtlicher Illegalität: Das Paradox von vermehrter Bedürftigkeit und Ausschluss aus der Regelversorgung. Situation - Konsequenzen - Entwicklungen" in *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere*, eds. T. Borde, M. David & I. Papies-Winkler, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, pp. 77-92.
- Tolsdorf, M. 2008, *Verborgten: Gesundheitssituation und -versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz*, 1. Auflage edn, Huber, Bern.
- Torpy, J.M., Lynn, C. & Glass, R.M. 2008, "Premature Infants", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 299, no. 12, pp. 1500.
- Treibel, A. 2008, *Migration in modernen Gesellschaften: soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht*, 4. Auflage edn, Juventa-Verlag, Weinheim u.a.
- Tucci, I. 2008, "Lebenssituation von Migranten und deren Nachkommen Deutschland" in *Datenreport 2008: ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, ed. Bundeszentrale für Politische Bildung, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, pp. 200-207.
- Tucker, J. & McGuire, W. 2004, "Epidemiology of preterm birth", *British medical journal*, vol. 329, no. 7467, pp. 675-678.
- Uluköylü, S. 2009, "'Ich finde es schade, für meine Leute' Wenn nicht(-)professionelle DolmetscherInnen im medizinischen Bereich dolmetschen" in *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit; Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*, ed. É. Rásky, Facultas-Verlag, Wien, pp. 124-134.
- United Nations Population Fund 2006, *A passage to hope: women and international migration*, Unfpa, New York, NY.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2009, *International Migration Report 2006: A Global Assessment*.
- United Nations & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (eds) 1966, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976*, in accordance with article 27, Genf.
- Urbschat, I. 1999, *Schwangerenvorsorge in Niedersachsen in den Jahren 1992-1996: Analyse der Inanspruchnahme von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen unter Berücksichtigung gesundheitsrelevanter und soziodemographischer Determinanten der Frauen*, Magisterarbeit, Bremen.

- Urquia, M.L., Frank, J.W., Moineddin, R. & Glazier, R.H. 2010 (a), "Immigrants' duration of residence and adverse birth outcomes: a population-based study", *BJOG*, vol. 117, no. 5, pp. 591-601.
- Urquia, M.L., Glazier, R.H., Blondel, B. et al. 2010 (b), "International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination", *Journal of epidemiology and community health*, vol. 64, no. 3, pp. 243-251.
- Vahratian, A., Buekens, P., Delvaux, T et al. 2004, "Birthweight differences among infants of North African immigrants and Belgians in Belgium", *European journal of public health*, vol. 14, no. 4, pp. 381-383.
- van Rooij, F.B., van Balen, F. & Hermans, J.M. 2006, "Migrants and the meaning of parenthood: involuntary childless Turkish migrants in The Netherlands", *Human reproduction*, vol. 21, no. 7, pp. 1832-1838.
- Vanderhoeven, J.P. & Tolosa, J.E. 2010, "Tobacco and Preterm Birth" in *Preterm birth: prevention and management*, ed. V. Berghella, Wiley-Blackwell, Chichester, West Sussex; Hoboken, NJ, pp. 102-114.
- Vetter, K. & Goeckenjan, M. 2011, "Schwangerenvorsorge" in *Die Geburtshilfe: mit 193 Tabellen*, eds. H. Schneider, P. Husslein & K. Schneider, 4. Auflage edn, Springer, Berlin; Heidelberg, pp. 193-209.
- Vikanes, A., Grijbovski, A.M., Vangen, S. & Magnus, P. 2008, "Variations in prevalence of hyperemesis gravidarum by country of birth: A study of 900,074 pregnancies in Norway, 1967 - 2005", *Scandinavian journal of public health*, vol. 36, no. 2, pp. 135-142.
- Villalbí, J.R., Salvador, J., Cano-Serral, G. et al. 2007, "Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy", *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 21, no. 5, pp. 441-447.
- Villar, J., Ba'aqeel, H., Piaggio, G. et al. 2001, "WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care", *Lancet*, vol. 357, no. 9268, pp. 1551-1564.
- Voigt, M., Briese, V., Jorch, G. et al. 2009(a), "The influence of smoking during pregnancy on fetal growth. Considering daily cigarette consumption and the SGA rate according to length of gestation", *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, vol. 213, no. 5, pp. 194-200.
- Voigt, M., Briese, V., Pietzner, V. et al. 2009(b), "Evaluierung von mütterlichen Merkmalen als Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit (Einzel- und Kombinationswirkung) [Evaluation of maternal parameters as risk factors for premature birth (individual and combined effects)]", *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, vol. 213, no. 4, pp. 138-146.
- Voigt, M., Henrich, W., Zygmunt, M. et al. 2009(c), "Is induced abortion a risk factor in subsequent pregnancy?", *Journal of perinatal medicine*, vol. 37, no. 2, pp. 144-149.

- Voigt, M., Straube, S., Fusch, C. et al. 2007, "Erhöhung der Frühgeburtenrate durch Rauchen in der Schwangerschaft und daraus resultierende Kosten für die Perinatalmedizin in Deutschland", *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, vol. 211, pp. 204-210.
- von Uexküll, T. & Adler, R.H. 2003, *Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*; mit 130 Tabellen, 6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage edn, Urban & Fischer, München u.a.
- Wahabi, H.A., Abed Althagafi, N.F., Elawad, M. & Al Zeidan, R.A. 2011, "Progestogen for treating threatened miscarriage", *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, vol. 3, pp. CD005943.
- Wehkamp, K. 2009, "Gleichbehandlung, Ökonomie und medizinischer Krankheitsbegriff" in *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems: Tagung Grenzerfahrungen - Grenzbegegnungen. Interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssystem Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen (ZERP)*, ed. C. Falge, 1. Auflage edn, Nomos, Baden-Baden, pp. 23-28.
- Westphal, M. 2003, "Familiäre und berufliche Orientierung von Aussiedlerinnen" in *Aussiedler: deutsche Einwanderer aus Osteuropa Schriften des Instituts für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück*, eds. K.J. Bade & J. Oltmer, 2. Auflage edn, V & R Unipress, Göttingen, pp. 127-149.
- Wiesner, G., Todzy-Wolff, I. & Grimm, J. 1998, "Krankheit und soziale Schicht" in *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*, eds. W. Ahrens, B. Bellach & K. Jöckel, MMV, Medizin-Verlag, München, pp. 113-140.
- Wingate, M.S. & Alexander, G.R. 2006, "The healthy migrant theory: variations in pregnancy outcomes among US-born migrants", *Social science & medicine (1982)*, vol. 62, no. 2, pp. 491-498.
- Witthaut, J. 2003, *Mütterliche posttraumatische Belastungsreaktion nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen*. Available: [http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-881/dissertation\\_juliane\\_witthaut.pdf](http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-881/dissertation_juliane_witthaut.pdf) (Letzter Zugriff 09/2011).
- World Health Organization 2011(a), *Glossary of terms used Health inequality and inequity*. Available: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html> (Letzter Zugriff 05/2011).
- World Health Organization 2011(b) 2009-last update, *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Available: [http://www.admin.ch/ch/d/sr/0\\_810\\_1/](http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/) (Letzter Zugriff 01/2011).
- World Health Organization 2010, "Health of migrants: the way forward - report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010".
- World Health Organization (ed) 2007(a), *Fatherhood and Health outcomes in Europe*, Copenhagen.
- World Health Organization 2007(b), *The right to health Fact sheet N°323 August 2007*. Available: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323\\_en.pdf](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323_en.pdf) (Letzter Zugriff 05/10).
- World Health Organization 2005, *Make every mother and child count*, Geneva. grün

- World Health Organization 2003, What is antenatal (or perinatal) care? What are its boundaries? What is the efficacy/effectiveness of antenatal care? Available: <http://www.euro.who.int/document/e82996.pdf> (Letzter Zugriff 04/2011).
- World Health Organization 2002, Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Available: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.30.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf) (Letzter Zugriff 04/2011).
- Wulf, K.H. 1997, "Frühgeburt und Grenzen", *Der Gynäkologe*, vol. 30, no. 7, pp. 539-543.
- Xiong, X., Harville, E.W., Mattison, D.R. et al. 2008, "Exposure to Hurricane Katrina, post-traumatic stress disorder and birth outcomes", *The American Journal of the Medical Sciences*, vol. 336, no. 2, pp. 111-115.
- Zambrana, R.E., Dunkel-Schetter, C., Collins, N.L. & Scrimshaw, S.C. 1999, "Mediators of ethnic-associated differences in infant birth weight", *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 76, no. 1, pp. 102-116.
- Zambrana, R.E., Scrimshaw, S.C., Collins, N. & Dunkel-Schetter, C. 1997, "Prenatal health behaviors and psychosocial risk factors in pregnant women of Mexican origin: the role of acculturation", *American Journal of Public Health*, vol. 87, no. 6, pp. 1022-1026.
- Zammit, S., Thomas, K., Thompson, A. et al. 2009, "Maternal tobacco, cannabis and alcohol use during pregnancy and risk of adolescent psychotic symptoms in offspring", *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, vol. 195, no. 4, pp. 294-300.
- Zeitel-Bank, N. 2009, "Gesundheit ohne Grenzen" in *Gesundheit hat Bleiberecht: Migration und Gesundheit; Festschrift zum Anlass des 10-jährigen Bestehens des Ambulatoriums Caritas Marienambulanz in Graz*, ed. É. Rásky, Facultas-Verlag, Wien, pp. 152-161.
- Zeitlin, J., Bucourt, M., Rivera, L. et al. 2004, "Preterm birth and maternal country of birth in a French district with a multiethnic population", *BJOG*, vol. 111, no. 8, pp. 849-855.
- Zeitlin, J.A., Saurel-Cubizolles, M.J., Ancel, P.Y. & EUROPOP Group 2002, "Marital status, cohabitation, and risk of preterm birth in Europe: where births outside marriage are common and uncommon", *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 16, no. 2, pp. 124-130.
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (a) *Geburtshilfe Jahresauswertung 2008 Modul 16/1*. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (b), *Geburtshilfe Jahresauswertung 2007 Modul 16/1*. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (c), *Geburtshilfe Jahresauswertung 2006 Modul 16/1*. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).

- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (d), Geburtshilfe Jahresauswertung 2005 Modul 16/1. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (e), Geburtshilfe Jahresauswertung 2004 Modul 16/1. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (f), Qualitätsbericht Geburtshilfe Jahresauswertung 2003 Modul 16/1. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (g), Qualitätsbericht Geburtshilfe Jahresauswertung 2002 Modul 16/1. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (h), Qualitätssicherung Geburtshilfe Jahresauswertung 2001 Niedersachsen Gesamtstatistik. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (i), Durchführung. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (j), Perinatalerhebung. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 04.01.2010-last update (k), Ziele & Konzepte. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 10.01.2010).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 01.08.2011-last update (a), Geburtshilfe Jahresauswertung 2009 Niedersachsen Gesamtstatistik. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 13.08.2011).
- Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen 01.08.2011-last update (b), Geburtshilfe Jahresauswertung 2010 Niedersachsen Gesamtstatistik. Available: <http://www.zq-aekn.de/> (Letzter Zugriff 13.08.2011).
- Zimmermann, E. 1984, "Sozialmedizinische Probleme in der Versorgung ausländischer Patienten" in Zwischen zwei Kulturen: was macht Ausländer krank?, ed. H. Kentenich, 1. Auflage edn, Verlagsgesellschaft Gesundheit, Berlin, pp. 126-137.
- Zink, A. 1985, "Türkische Frauen als Patientinnen Interaktionsprobleme aus der Sicht der behandelnden Ärzte" in Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik; Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. "Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen der Medizinischen Versorgung von Arbeitnehmern aus der Türkei und ihren Familien" am 7. und 8. September 1984 in der Medizinischen Hochschule Hannover, ed. J. Collatz, ebv Rissen, Hamburg, pp. 351-369.



## **Verzeichnis der bisherigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Promotionsvorhaben**

### **Artikel/Buchbeiträge:**

Berger, C., Schücking, B. & Wenzlaff, P. Migration – ein geburtshilflicher Risikofaktor? – Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001–2008, Jahresband zur 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH) (in press).

Berger, C. & Schücking, B. 2011, Welchen Einfluss hat der Migrationshintergrund auf das geburtshilfliche Outcome?, Die Hebamme, vol. 24, no.2, pp. 116-119.

Halves, C. & Berger, C. 2009, Was ist anders? Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen, Impulse, no. 62, pp. 14-15.

### **Abstracts:**

Berger, C., Schücking, B., Wenzlaff, P. & Borrmann, B. 2011 Hat eine Schwangerenvorsorge unterhalb der Standardfrequenz Einfluss auf das Frühgeburtsrisiko von Migrantinnen?, Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001-2008, Das Gesundheitswesen, vol. 73, no. 08/09, pp. 540.

Berger, C., Schücking, B. & Wenzlaff, P. 2011 Ist Migration ein geburtshilflicher Risikofaktor?. In: Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWI), Hrsg. Wissenschaft - eine Säule der Hebammenarbeit. 1. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Hildesheim, 23. - 23.09.2011. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2011. Doc11dghwi03.

Berger, C., Schücking, B. & Wenzlaff, P. 2010, Soziale Aspekte der Frühgeburtlichkeit und Migration Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001-2008, Das Gesundheitswesen, vol. 72, no. 08/09, pp. 679-679.

### **Poster:**

Berger, C., Schücking, B. & Wenzlaff, P. 2011, Migration – ein geburtshilflicher Risikofaktor? – Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001–2008, 40.

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) vom 23. - 26. Februar 2011 in Hamburg.

Berger, C., Schücking, B. & Wenzlaff, P. 2010, Soziale Aspekte der Frühgeburtlichkeit und Migration Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001-2008, Kongress 2010 Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie und European Union of Medicine in Assurance and Social Security vom 21. - 25. September 2010 in Berlin.

**Vorträge:**

Berger, C., Schücking, B. & Wenzlaff, P. 2012, Haben Schwangeren mit Migrationshintergrund häufiger eine Schwangerenvorsorge unter dem Standard? - Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001-2008, 2. Dreiländertagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft und Schweizer Arbeitsgemeinschaft für psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, 15. bis 18. Februar 2012 in Basel (angenommen).

von Moeller, K., Berger, C. & Schücking, B. 2011, Internetbasierte Entscheidungshilfe Kaiserschnitt, 25. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin, 01.- 03. Dezember 2011 in Berlin.

Berger, C., Schücking, B. & Wenzlaff, P. 2011, Ist Migration ein geburtshilflicher Risikofaktor? - Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001-2008 -, 1. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. am 23. September 2011 in Hildesheim.

Berger, C., Schücking, B., Wenzlaff, P. & Borrmann, B. 2011, Hat eine Schwangerenvorsorge unterhalb der Standardfrequenz Einfluss auf das Frühgeburtsrisiko von Migrantinnen?, Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001-2008, Gemeinsamer Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und der Deutschen Gesellschaft für medizinische Soziologie vom 21. - 23. September 2011 in Bremen.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

Berichterstatterinnen oder Berichterstatter:

.....  
.....

Tag der mündlichen Prüfung: .....