

7 Diabetes und Schwangerschaft bei Migrantinnen

Faize Berger

7.1 Definitionen

Gestationsdiabetes (GDM) ist definiert als eine Glukosetoleranzstörung, die erstmals in der Schwangerschaft diagnostiziert wird [1]. Dabei spielen sowohl genetische als auch Verhältnis-/Verhaltensfaktoren eine Rolle. Bei einigen Ethnien zeigt sich eine verstärkte GDM-Prävalenz, welche wiederum durch die Migrationssituation unterschiedlich stark beeinflusst wird.

Eine Person verfügt laut Statistischem Bundesamt über einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Die Vertriebenen des Zweiten Weltkriegs und ihre Nachkommen gehören nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund, da sie selbst und ihre Eltern mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind [2].

7.2 Ausgangssituation

GDM tritt überdurchschnittlich häufig bei Frauen mit Migrationshintergrund auf [3]. Obwohl wir in Deutschland eine steigende Anzahl an Schwangeren mit Migrationshintergrund haben, liegen keine systematisch durchgeführten Erhebungen zum Vorkommen von GDM hinsichtlich unterschiedlicher Ethnien vor.

Bei Studien zu Migration ist immer zu beachten, welche Personengruppe untersucht bzw. mit wem verglichen wird. Häufig werden als Migranten nur diejenigen betrachtet, die in einem anderen Land geboren sind, also über eine eigene Migrationserfahrung verfügen. Einige Studien berücksichtigen auch explizit oder implizit, ob ein Migrationshintergrund besteht, also, ob es sich um Menschen der 2. oder 3. Migrationsgeneration handelt.

Laut Statistischem Bundesamt sind in 2015 20 % aller Geburten in Deutschland ausländischen Frauen zuzuordnen. Ferner geht das Amt für den gleichen Zeitraum davon aus, dass bei einem Drittel der Geburten ein Migrationshintergrund der Frauen anzunehmen ist. Diese Fälle konzentrieren sich vor allem auf die Großstädte und auch dort auf bestimmte Stadtteile. So haben in der Stadt Offenbach ca. 80 % aller Kleinkinder einen Migrationshintergrund, während deren Anteil in fast allen deutschen Großstädten bei ca. 50 % liegt. Das lässt den Schluss zu, dass in vielen großstädti-

schen Krankenhäusern ungefähr die Hälfte aller Schwangeren, teilweise auch deutlich mehr, einen Migrationshintergrund haben.

Migrantinnen sind eine sehr heterogene Gruppe. Neben den Zuzügen aus anderen europäischen Ländern und der Türkei im Rahmen der Arbeitsmigration sind durch die Flüchtlingswellen der letzten Jahre in hohem Maße auch Menschen nach Deutschland gekommen, die im Vergleich zu den uns vertrauten Herkunftsländern aus anderen Sprach- und Kulturräumen stammen. Die unterschiedlichen Vorstellungen der Migrantinnen von Gesundheit und Krankheit, ihre kulturellen Besonderheiten, ihr Umgang und ihre Erfahrung mit Gesundheitseinrichtungen in den Zuzugsländern, ihr Sozialstatus, ihr Gesundheitszustand und nicht zuletzt ihre Verständigungskompetenzen sind entscheidend für die Bewältigung der zahlreichen Herausforderungen, die sich für die Leistungserbringer und -empfänger gerade auch im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stellen.

Merke: In Zusammenhang mit der Schwangerschaft kommen zahlreiche medizinische, ethische und familiäre Beziehungsaspekte zum Tragen, die in der genannten Heterogenität bei der Begleitung des Schwangerschaftsprozesses zu Schwierigkeiten und Konflikten führen können.

7.3 Migrantinnen

Migrantinnen unterscheiden sich im Vergleich zur ansässigen Bevölkerung aber auch untereinander sehr stark. Faktoren, wie die verschiedenen Herkunfts- und Sozialisierungsländer, unterschiedliche Ethnien, der Bildungsgrad, beruflicher Status, die Erwerbssituation, Aufenthaltsstatus, die Gründe für die Migration und die Aufenthaltsdauer im Zuzugsland, sorgen für ein großes Maß an Heterogenität innerhalb der Migrantinnenpopulation im Vergleich zur autochthonen Bevölkerung. In Zusammenhang mit Diabetes, Schwangerschaft und Migration müssen weitere Faktoren, wie Gesundheitskompetenzen, Krankheits-/Gesundheitsverständnis, Einfluss und Rolle der Familie, Traditionen, Bräuche sowie Rituale, mitbedacht werden. Bei der Gruppe der Frauen, die aus Fluchtgründen migrieren oder papierlos sind, können in diesem Kontext noch weitere Faktoren, wie Traumatisierung, Gewalt und höhere Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen, hinzukommen.

Wie einige andere Subgruppen sind Migrantinnen durch das häufig niedrige Bildungsniveau, Verständigungsdefizite, geringe Gesundheitskompetenzen sowie hohe Erwerbslosigkeit mit einem besonderen Risiko behaftet, da sie sich im Gesundheitswesen ohne professionelle Hilfe schwer zurechtfinden. Sie kennen meistens weder die Versorgungsprozesse und die Bedeutung der Vorbereitung auf eine Schwangerschaft, noch die Geburtsvor- und -nachsorgeuntersuchungen. Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich berichten, dass jüngere Migrantinnen, die die Versorgungsstrukturen kennen, Vor- und Nachsorgeuntersuchungen wahrnehmen und mindestens eine vergleich-

bare, wenn nicht sogar signifikant höhere Compliance im Vergleich zu einheimischen Frauen ihres Alters zeigen. Auf der anderen Seite gibt es Frauen, die mit Wehen in eine Geburtsklinik oder Krankenhaus kommen und das behandelnde Team aufgrund von Verständigungsproblemen usw. kaum Informationen über den bisherigen Schwangerschaftsverlauf bekommen kann. Das Team begegnet dieser Schwangeren zum ersten Mal, während sie wiederum während ihrer Schwangerschaft keine oder kaum ärztliche Beratung bzw. Begleitung erfahren hat.

Die Sicherstellung der Verständigung zwischen den Behandlern und Patientinnen, die aus verschiedenen Sprach- und Kulturräumen stammen, ist eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Dr. Helmut Jäger ist es in diesem Zusammenhang gut gelungen, durch eine Vielzahl von Falldarstellungen zu veranschaulichen, wie eine erfolgreiche Kommunikation mit Schwangeren aus anderen Kulturen gelingen kann. Er fasst für die erfolgreiche Kommunikation zwischen Hebammen, Ärzten und Schwangeren folgende Punkte zusammen:

„Erst Stress herausnehmen (nonverbal und sofort)

Ruhe ausstrahlen (Anfassen, auf Atemrhythmus einstellen, Stammhirn beruhigen).

Dann Angst nehmen durch Kommunizieren, Reden und Zuhören (Mittelhirn beruhigen)

Dann erst: Informationen einfließen lassen: Sagen, was jetzt zu tun ist (Großhirn einbeziehen).“ [4]

7.4 Gestationsdiabetes und Migrantinnen

Die globale Prävalenz von GDM steigt stetig an. Laut der International Diabetes Federation (IDF) wurde 2017 bei 21,3 Millionen (16,2%) der Lebendgeborenen während der Schwangerschaft der Mütter eine Form von Hyperglykämie diagnostiziert. Schätzungsweise 85,1% davon sind auf Gestationsdiabetes zurückzuführen [5]. Auffallend ist, dass aufgrund unterschiedlicher Grenzwerte und Messmethoden widersprüchliche Angaben hinsichtlich der Prävalenzen vorliegen [6].

Migrantinnen oder allgemein Frauen mit Migrationshintergrund stellen in ihrer Gesamtheit aufgrund der großen Heterogenität keine besondere Risikogruppe für GDM dar. Allerdings treten bei einigen Subpopulationen gewisse Risikofaktoren einzeln oder in Kombination verstärkt auf. Somit werden diese Subpopulationen zu Risikogruppen.

Gemäß IDF-DAR Practical Guidelines gelten schwangere Frauen mit GDM oder manifestem Diabetes mellitus, wenn sie starken Hyperglykämien unterworfen sind, als Gruppe mit sehr hohem Risiko, denen von einem Fasten während der Schwangerschaft abgeraten wird. Das Fasten im Monat Ramadan ist jedoch eine religiös bedingte Entscheidung der einzelnen Frauen. Sollten Frauen sich dennoch dazu entschließen, ist ein erster Schritt, über die möglichen Auswirkungen auf Mutter und Fetus aufzuklären, sie für Selbstmanagement befähigen, die damit verbundenen Risiken zu minimieren. Es konnte gezeigt werden, dass Frauen mit GDM, die vor dem Fasten mit

diätetischen Maßnahmen oder mit Metformin therapiert werden, über ein geringes Risiko für Hypoglykämie verfügen [7].

Im Rahmen einer Pilotstudie erhob eine Forschergruppe der Universität Mainz erstmals Daten zum Ramadan-Verhalten schwangerer Muslimas in Deutschland [8]. Dabei untersuchten sie das Fastenverhalten der 116 türkischen und arabischstämmigen schwangeren und frisch entbundenen Muslimas, wie sie sich über Ramadan in der Schwangerschaft informieren und welche Ratschläge sie vom medizinischen Fachpersonal erhalten. Ungefähr die Hälfte der Frauen hat gefastet und ca. 25 % 20–30 Tage und das obwohl 20 % von ihnen negative Effekte für sich und das Kind erwarten. Fastende Frauen sind signifikant jünger als nicht fastende Frauen und verfügen über einen niedrigeren Bildungsstand.

Zugehörigkeit zu bestimmten ethnischen Gruppen, Übergewicht / Adipositas, Alter, familiäre Vorgeschichte für Diabetes, früherer GDM und Anzahl der Geburten sind die Hauptrisikofaktoren für GDM (Abb. 7.1). Der Umfang des Einflusses ist abhängig von der Prävalenz der einzelnen Risikofaktoren der jeweiligen Ethnie [9].

Die Unterschiedlichkeit der einzelnen Migrantenpopulationen in Zusammenhang mit GDM verdeutlicht eine österreichische retrospektive Auswertung von 3.293 Fällen in einem Universitätsklinikum zwischen den Jahren 2013 und 2015, bei der das Geburtsland der Schwangeren berücksichtigt wurde. Auffallend war, dass das GDM-Risiko für Frauen aus der Türkei doppelt so groß ist wie das der Schwangeren, die in Österreich geboren wurden. Frauen aus Rumänien, Ungarn und Mazedonien zeigten ein ca. 1,5-fach höheres Risiko als die Einheimischen [3].

Vorrangig für Migrantinnen aus der Türkei, dem Nahen und Mittleren Osten sowie aus Afrika treffen Risikofaktoren, die eine Entstehung GDM begünstigen, deutlich stärker zu als bei Nicht-Migrantinnen und Migrantinnen aus europäischen Ländern. Sie haben nicht nur genetisch bedingt ein höheres Risiko im Laufe ihres Lebens an Typ-2-Diabetes-mellitus zu erkranken, sie sind häufig übergewichtig / adipös, haben eine höhere Parität und in der Folge ein nochmals höheres GDM-Risiko. Das gleiche gilt für die Entwicklungswahrscheinlichkeit eines manifesten Typ-2-Diabetes-mellitus nach der Entbindung im Laufe ihres Lebens.

Nach einem GDM entwickeln zwischen 35 und 60 % der betroffenen Frauen im Laufe von 10 Jahren einen manifesten Diabetes mellitus [1].

Fast die Hälfte aller Frauen mit GDM entwickelte bei weiteren Schwangerschaften wieder einen GDM. Frauen mit einem rekurrierenden GDM waren älter und hatten häufiger einen Migrationshintergrund [10].

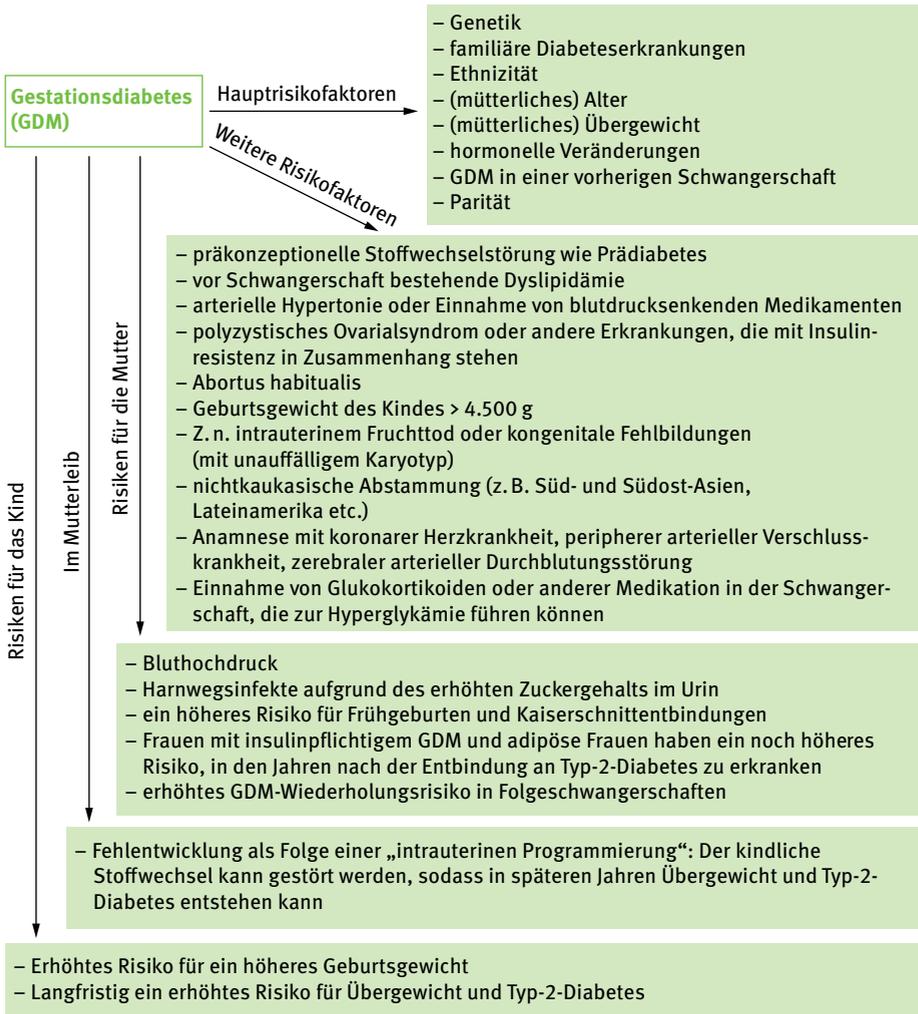


Abb. 7.1: Risiko-Mapping bei Gestationsdiabetes.

7.4.1 Übergewicht / Adipositas

Zahlreiche Studien zeigen eine deutlich höhere Prävalenz für Übergewicht und Adipositas in bestimmten Migrantpopulationen. Dazu zählen vor allem Frauen aus dem Mittleren Osten, der Türkei sowie Nord- und Südafrika. Dies gilt auch weitestgehend für Schwangere, wie beispielsweise eine breit angelegte norwegische Beobachtungsstudie aus dem Jahr 2019 mit über 200.000 untersuchten Müttern zeigt. So waren 30,8 % bzw. 13,5 % der Schwangeren, die in diesen Gebieten geboren wurden, übergewichtig bzw. adipös, während es bei den Schwangeren, die in Norwegen ge-

boren wurden, 22,3 % bzw. 12,2 % waren. Bei Migrantinnen aus anderen, vor allem europäischen Ländern, ist das Gewicht der Schwangeren im Vergleich zu den Einheimischen geringer. Ein Grund hierfür dürften vergleichbare Lebensverhältnisse verbunden mit dem Healthy Immigrant Effect sein.

Eine Analyse von Abrechnungsdaten der AOK Berlin zwischen 2005 und 2007 zur Untersuchung der Unterschiede in der Gestationsdiabetesinzidenz zwischen türkischstämmigen und deutschen Frauen ergab, dass Adipositas ein wichtiger Grund für eine höhere Inzidenz von Gestationsdiabetes besonders bei jüngeren türkischen Frauen ist [11].

Ebenso zeigte eine französische Geburten-Kohorten-Studie mit 18.000 Frauen, dass Schwangere aus der Türkei und Nordafrika ein deutlich höheres Risiko für Übergewicht / Adipositas und GDM haben, jedoch Frauen aus Osteuropa und Asien ein niedrigeres Gewichtsrisiko, aber dennoch ein höheres GDM-Risiko aufweisen als nicht-migrierte Schwangere [12].

7.4.2 Ernährung

In der Schwangerschaft kommt Ernährung in ihrer physischen, psychischen und sozialen Rolle eine gesteigerte Bedeutung hinzu. Migranten ernähren sich tendenziell kohlenhydrathaltiger und nehmen mehr Fett zu sich. Ihr Ernährungsmuster ist meistens eine Mischung aus den Esskulturen ihrer Heimats- und denen ihrer Zugzugsländer, was häufig mit aktuellen Trends (Softdrinks, Superfood usw.) einhergeht (Abb. 7.2).

In vielen Kulturen gilt, dass die Schwangere „für zwei isst“ und den Schwangerschaftsgelüsten bewusst nachgegangen wird. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, vor allem bei Migrantinnen, die aus Risikoregionen stammen, vor und während einer beabsichtigten Schwangerschaft unbedingt einen individuellen Ernährungsplan auszuarbeiten und dessen Umsetzung und Anpassung eng zu monitoren. Ein „One size fits it all“-Konzept ist angesichts des starken Einflusses des Gewichts bzw. der Gewichtszunahme im Rahmen der Schwangerschaft nicht angebracht.

7.4.3 Polyzystisches Ovarialsyndrom

Eine umfangreiche Metaanalyse zeigt, dass die Prävalenz des polyzystischen Ovarialsyndroms (PCOS) bei verschiedenen diagnostischen Kriterien und zwischen den ethnischen Gruppen unterschiedlich ist. Es lassen sich allerdings keine gesicherten Angaben zur Prävalenz von PCOS für bestimmte ethnische Gruppen machen. Die Autoren gehen auf die Notwendigkeit von ethnizitätsspezifischen Richtlinien für PCOS ein, um eine Unter- oder Überdiagnose des Zustands zu verhindern. Während eine Unterdiagnose zu einer schnellen Entwicklung von Stoffwechselstörungen führen

kann, kann eine Überdiagnose negative psychologische Auswirkungen auf die Patientinnen haben, wobei sich die Symptome von PCOS noch verstärken [13].

Die Zusammenhänge zwischen den Ursachen und den Risikofaktoren sind nicht vollständig erforscht. Beispielsweise kann nicht eindeutig belegt werden, ob Migrantinnen oder bestimmte Ethnien mit polyzystischem Ovarialsyndrom mehr oder weniger von GDM getroffen sind. Außerdem liegen keine eindeutigen Erkenntnisse vor, ob das vorschwangerschaftliche Ernährungsverhalten ein Haupteinflussfaktor für eine GDM-Entwicklung darstellt.

7.4.4 Vitamin-D-Mangel

Menschen, die aus dem indisch-asiatischen Raum, dem Nahen und Mittleren Osten sowie aus Afrika nach Europa kommen, sind aus ihrer Heimat eine deutlich höhere Sonneneinstrahlung gewöhnt und in Europa häufig von Vitamin-D-Mangel betroffen. Aus ihren Heimatländern sind sie es gewohnt, ihre Haut durch Kleidung vor der Sonne zu schützen und direkte Sonne zu meiden. Insbesondere bei Schwangeren aus diesen Gebieten zeigt sich immer wieder ein ausgeprägter Vitamin-D-Mangel.

Studien zum Einfluss eines Vitamin-D-Mangels auf GDM zeigen allerdings sehr inkonsistente Ergebnisse. Die Arbeiten von Eggemoen et al. verstärken den Ein-

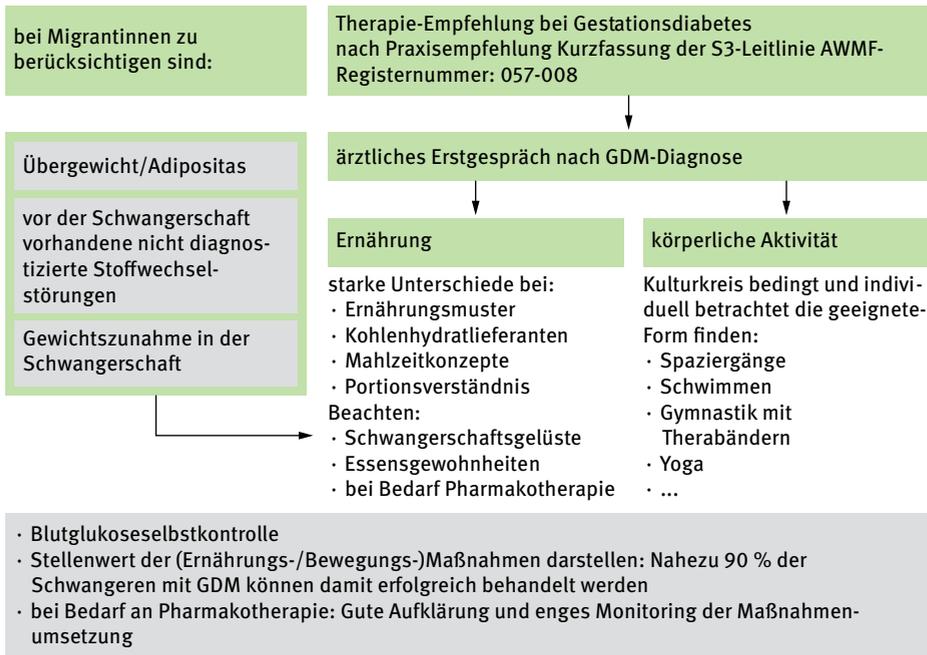


Abb. 7.2: Schwerpunkte bei der Therapieempfehlung GDM.

druck, dass ein Vitamin-D-Mangel im Allgemeinen keinen wesentlichen Einfluss auf die Pathogenese von GDM hat [14]. In der vorliegenden Studie wurde zwar ein starkes gleichzeitiges Auftreten eines Vitamin-D-Mangels und einer Insulinresistenz beobachtet, aber bei Berücksichtigung weiterer intervenierender Variablen (Ethnie, Fettgewebe usw.) ließ sich kausalanalytisch kein wesentlicher Einfluss eines Vitamin-D-Mangels auf GDM feststellen. Es lässt sich allerdings nicht ausschließen, dass es in bestimmten Subgruppen bzw. bei bestimmten Ethnien nicht doch einen Einfluss gibt. Darüber hinaus kann sich ein ausgeprägter Vitamin-D-Mangel auf andere Aspekte von Mutter und Kind auswirken. Da ein Vitamin-D-Mangel ein generell vermeidbares Gesundheitsrisiko darstellt, sollte insbesondere bei schwangeren Migrantinnen aus bestimmten Regionen an eine Risikominimierung gedacht werden.

7.4.5 Stillen

Das Stillen des Neugeborenen für mindestens drei Monate mindert das Diabetesmellitus-Risiko der Mutter, wie Wissenschaftler des Instituts für Diabetesforschung am Helmholtz-Zentrum München, zeigen konnten [15]. Die World Health Organisation (WHO) empfiehlt mindestens 6 Monate lang voll zu stillen.

Erste Analysen des in KiGGS erhobenen Stillverhaltens haben ergeben, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger und auch länger gestillt werden als jene ohne Migrationshintergrund. Mit einem Anteil von 88,1% bzw. 79,3% wurden sowohl russlanddeutsche Kinder als auch Kinder türkischer Herkunft häufiger gestillt als Kinder ohne Migrationshintergrund (76,2%). Dass lediglich drei Viertel der Kinder, die unter „sonstige“ Migranten zusammengefasst sind, Muttermilch erhielt, verweist eindrücklich auf die Heterogenität innerhalb der Migrantenpopulation [16].

Migranten bilden eine sehr heterogene Population. Frauen mit Migrationshintergrund verfügen über ein teilweise deutlich erhöhtes Risiko für GDM. Zur Reduzierung des GDM-Risikos von Frauen mit Migrationshintergrund müssen diese bereits im Vorfeld einer Schwangerschaft auch hinsichtlich möglicher individueller Risikofaktoren sensibilisiert und auf den Einfluss von Ernährung und Bewegung hingewiesen werden. In der Beratung, Diagnose und Therapie müssen Frauen zunächst dort „abgeholt werden, wo sie individuell und kulturell stehen“. Beispielsweise sollten die Ernährungsempfehlungen auf ihre Essgewohnheiten aufbauend entwickelt bzw. angepasst oder umgestellt werden. Außerdem sollte aktiv auf den protektiven Einfluss eines mind. 3-monatigen Stillens hingewiesen werden.

Literatur

- [1] Schäfer-Graf U, et al. Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. *Diabetologie*. 2018;13(2):S174-84.
- [2] Wer ist eine Person mit Migrationshintergrund? <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.html>; Zugriff: 21.01.2019
- [3] Weiss C, Oppelt P, Mayer RB. The participation rate of migrant women in gestational diabetes screening in Austria: a retrospective analysis of 3293 births. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;299:345.
- [4] Jäger H. Versorgung geflüchteter Frauen. Im Internet: http://www.medizinisches-coaching.net/wp-content/uploads/2014/02/Jaeger_Migration_Geburtshilfe_040416.pdf; Zugriff: 09.03.2018
- [5] 1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. Im Internet: <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm>; Zugriff: 29.03.2019
- [6] Berger F. Typ-2-Diabetes und Migranten: Menschen aus verschiedenen Sprach- und Kulturräumen. *Diabetologie*. 2018;13:241-55.
- [7] Hassanein M, Al-Arouj M, Hamdy O, Bebakar WMW, Jabbar A, et al. Diabetes and ramadan: practical guidelines. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2017;126:303-16.
- [8] Ramadan during pregnancy in Germany: a survey study about fasting behavior and involvement of medical personnel. 4th International Meeting of the German Association of Midwifery Science (DGHWi). Mainz, 16.-16.02.2018. Im Internet: <https://www.egms.de/static/en/meetings/dghwi2018/18dghwi03.shtml>; Zugriff: 30.03.2019
- [9] Pu J, Zhao B, Wang EJ, Nimal V, Osmundson S, et al. Racial/ethnic differences in gestational diabetes prevalence and contribution of common risk factors. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2015;29(5):436-43.
- [10] England L, Kotelchuck M, Wilson HG, Diop H, Oppedisano P, et al. Estimating the recurrence rate of gestational diabetes mellitus (GDM) in Massachusetts 1998-2007: methods and findings. *Matern Child Health J*. 2015;19(10):2303-13.
- [11] Reeske A, Zeeb H, Razum O, Spalle J. Differences in the incidence of gestational diabetes between women of Turkish and German origin: an analysis of health insurance data from a statutory health insurance in Berlin, Germany (AOK), 2005-2007. *Geburtsh Frauenheilk*. 2012;72:305-10.
- [12] El-Khoury Lesueur F, Sutter-Dallay AL, Panico L, Azira E, Van der Waerden J, et al. The perinatal health of immigrant women in France: a nationally representative study. *International Journal of Public Health*. 2018;63(9):1027-36.
- [13] Ding T, Hardiman PJ, Petersen I, Wang FF, Qu F, et al. The prevalence of polycystic ovary syndrome in reproductive- aged women of different ethnicity: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2017;8(56):96351-8.
- [14] Eggemoen AR, Wiegels Waage C, Sletner L, Gulseth HL, Jenum AK. Vitamin D, gestational diabetes and measures of glucose metabolism in a population-based multiethnic cohort. *J Diabetes Res*. 2018;2018:8939235.
- [15] Ziegler A-G, Wallner M, Kaiser I, Rossbauer M, Harsunen MH, et al. Long-term protective effect of lactation on the development of type 2 diabetes in women with recent gestational diabetes mellitus. *Diabetes*. 2012;61(12):3167-71.
- [16] Lange C, Schenk L, Bergmann R. Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. *Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsbl*. 2007;50:624.

