



Perinataldaten bei vietnamesischen Migrantinnen in Berlin

M. David², N. Boxall², E. Schalinski¹, J. Breckenkamp³, O. Razum³, L. Hellmeyer¹

1 Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin

2 Charité-Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow-Klinikum

3 Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Epidemiologie & International Public Health



Welche Auswirkungen hat die „Globalisierung des Kreißsaals“?

Motivation für Datenauswertung

Hypothesen zu vietnamesischen Migrantinnen

(klinische Erfahrungen Vivantes Klinikum im Friedrichshain)

- *wg. anderer Ernährungsgewohnheiten*: häufiger Gest.diabetes
- *wg. anatomischer Gegebenheiten*: häufiger Geburtsstillstand, mehr schwere Dammverletzungen, mehr Sectios
- *bei Sprachschwierigkeiten*: ungünstige Auswirkungen auf perinatales Outcome

Fakten zur Perinataldaten bei türkeistämmigen Migrantinnen

(Ergebnisse DFG-Studie 2010-2013/ Charité & Vivantes)

- PDA/CSE-Rate, arterieller-Nabelschnur-pH-, 5-min-Apgar-Werte kein Unterschied
- Sectio-Häufigkeit (primär/sekundär) signifikant niedriger;
- signifikant größeres Risiko für postpartale Anämie

Vietnamesische Migrantinnen

- Migration nach „Deutschland“:
BRD = Boots- oder Kontingentflüchtlinge, 1975 bis 1986;
DDR = sog. Vertragsarbeiter, vor allem 1980er Jahre
- in Dt. (Mai 2016): ca. 88.600 vietnamesische Staatsangehörige, davon 53% Frauen.
- in Berlin (Aug. 2014): ca. 14.000 Vietnamesen/-innen (1,6 % Wohnbevölkerung); davon 3.800 in Lichtenbg.
- gelten insgesamt als relativ gut akkulturiert und bildungsorientiert



Welche Fragen sollten beantwortet werden?

Fragestellungen

Hauptfragestellung:

Unterscheidet sich die Anzahl primärer und sekundärer Sectios im Vergleich vietnamesische Migrantinnen vs. Nicht-Migrantinnen?

[Besteht ein Unterschied in den Sectio-Indikationen im Vergleich Migrantinnen vs. Nicht-Migrantinnen?]

Nebenfragestellungen:

1. Gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft von Migrantinnen gegenüber Nicht-Migrantinnen ?
2. Rauchen Migrantinnen häufiger in der Schwangerschaft als Nicht-Migrantinnen?
3. Kommt es zu einer höheren Gewichtszunahme und findet sich häufiger ein Gestationsdiabetes bei Migrantinnen im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen?
4. Wird häufiger eine Episiotomie geschnitten, gibt es häufiger schwere Dammrisse bei Migrantinnen gegenüber Nicht-Migrantinnen?
5. Gibt es Unterschiede im perinatalen Outcome (Apgar/arterieller Nabelschnut-pH-Wert) zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund?
6. Werden Kindern von Frauen mit Migrationshintergrund nach der Geburt häufiger in die Kinderklinik verlegt?
7. Finden sich bei Migrantinnen häufiger peripartale Blutungen >500ml unter Berücksichtigung postpartaler Atonien?

Datenbasis

- Geburtsklinik - Vivantes Klinikum im Friedrichshain (PD Dr. Hellmeyer et al.)
- Geburtenbücher u. krankenhausinternes Netzwerk Orbis
- Geburten Februar 2010 bis Juni 2015
- nur Einlingsschwangerschaften
- Fallzahlschätzung: ca. 1.000 Vietnamesinnen; Referenzgruppe ca. 2.000 Frauen (matched pair-Verfahren - jeweils davor und danach gebärende Frau *ohne* Migrationshintergrund lt. Geb.buch)

Zuordnung Migrationshintergrund durch Namensanalyse

- Identifizierung der Frauen mit vietnamesischem Migrationshintergrund durch Vor- und Zunamen
- Die häufigsten vietnamesischen Familiennamen: Nguyễn 阮 (39 %); Phạm 范 (12,9 %); Trần 陳 (9,1 %); Lê 黎 (7,5 %); Huỳnh/Hoàng 黃 (5,1 %); Phan 潘 (4,5 %); Vũ/Võ 武 (3,9 %); Đặng 鄧 (2,1 %); Bùi 裴 (2 %); Đỗ 杜 (1,4 %); Hồ 胡 (1,3 %); Ngô 吳 (1,3 %); Dương 楊 (1 %); Lý 李 (0,5 %).



Welche Auswirkungen hat ein vietnamesischer Migrationshintergrund auf die Perinataldaten - am Beispiel Berlin-Friedrichshain?

Ergebnisse

- Datenerhebung erfolgte zwischen Mai 2014 u. Oktober 2015
- Perinataldaten von n= 3159 Frauen erfasst
- 3002/3159 in Auswertung einbezogen:
 - 999/1054 Frauen m. vietnamesischem MH
 - 2003/2106 Nicht-Migrantinnen

Nebenfragestellung 1:

Gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft von Migrantinnen gegenüber Nicht-Migrantinnen?

JA

- 1) Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen der Teilnehmerinnen in zwei Kategorien nach Anzahl der Untersuchungen;
 2) Zeitpunkt der ersten Vorsorgeuntersuchung nach medizinisch relevanten Zeiträumen; Angaben in Prozent

Alle Frauen	Nicht-Migrantinnen	Vietnam. Migrantin.	Alle Frauen	Fehlende Angaben
1) Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen				31
0 - 9	24,7%	51,1%	33,5%	
10 und mehr	75,3%	48,9%	66,5%	
2) Erste Vorsorgeuntersuchung in Schwangerschaftswoche				39
bis 10 .Woche	68,5%	41,8%	59,7%	
11. – 20. Woche	29,7%	46,0%	35,1%	
21.+ Woche	1,8%	12,2%	5,2%	

Nur Erstgebärende N=1584 (inkl. fehlende Angaben)	Nicht-Mig	Vietnam. Mig.	Alle	Fehlende Angaben
1) Anzahl Vorsorgeuntersuchungen				18
0-9	22,9	52,3	30,3	
10 und mehr	77,1	47,7	69,7	
2) Erste Vorsorgeuntersuchung in Schw.woche				19
Bis 10. Woche	69,0	37,7	61,0	
11. bis 20. Woche	29,2	46,0	33,5	
21.+ Woche	1,8	16,3	5,5	

Vietnam. Migrantinnen signifikanter weniger Untersuchungen und signifikant später zur ersten Vorsorgeuntersuchung.

Nebenfragestellung 2:

Rauchen Migrantinnen häufiger in der Schwangerschaft als Nicht-Migrantinnen? **NEIN**

	Nicht-Migrantinnen	Frauen mit Migrationshintergrund	Alle Frauen	Fehlende Angaben
Anzahl Studienteilnehmerinnen n=	2003	999	3002	1
Rauchen				1087
nein	1147 (89,7%)	633 (99,4%)	1780 (92,9%)	
1 Zigarette und mehr	132 (10,3%)	4 (0,6%)	136 (7,1%)	

Vietnamesische Migrantinnen rauchen signifikant seltener in der Schwangerschaft.

Hauptfragestellung:

Unterscheidet sich das Risiko für primäre und sekundäre Sectios im Vergleich Migrantinnen vs. Nicht-Migrantinnen? **NEIN**

Migrationsstatus und Entbindungsmodus N=3000		
	Nicht-Migrantinnen	Frauen mit Migrations-Hintergrund
Entbindungsmodus		
Spontan	1352 (67,5%)	747 (74,9%)
Vacuum	95 (4,7%)	44 (4,4%)
Vacuum/sekundäre Sectio	1 (<0,1%)	-
Forceps	3 (0,2%)	1 (0,1%)
Primäre Sectio	223 (11,1%)	80 (8,0%)
Sekundäre Sectio	329 (16,4%)	126 (12,6%)

logistischen Regressionsanalyse -Wahrscheinlichkeit für eine primäre bzw. sekundäre Sectio im Vergleich mit einer vaginalen Geburt; Modelladjustierung unter Berücksichtigung der Variablen Migrationsstatus, Altersgruppen, Parität, GDM, BMI , Vorsorgeuntersuchungen.

Migrantinnen seltener, aber nicht signifikant weniger primäre Sectios und (ebenfalls) kein Unterschied hinsichtlich Chance einer sekundären Sectio.

Ergänzung zur Hauptfragestellung:

Bestehen Unterschiede in den Sectio-Indikationen im Vergleich Migrantinnen vs. Nicht-Migrantinnen? **JA**

Primäre Sectio (N=303)				Sekundäre Sectio (N=455)			
Indikatione	Nicht-Migrantinnen	Frauen mit Migrationsh.	AlleFrauen	Indikationen	Nicht-Migrantinne	Frauen mit Migrationsh.	AlleFrauen
<i>Path. CTG</i>	20 (9,0%)	4 (5,0%)	24 (7,9%)	<i>Path. CTG</i>	111 (33,7%)	31 (24,6%)	142 (31,2%)
<i>Planzentainsuffiz</i>	15 (6,7%)	3 (3,8%)	18 (5,9%)	<i>Vz.Blasensprung</i>	52 (15,8%)	12 (8,5%)	64 (14,1%)
<i>Frühgeburt</i>	18 (8,1%)	3 (3,8%)	21 (6,9%)	<i>Frühgeburt</i>	33 (10,0%)	4 (3,2%)	37 (8,1%)
<i>Mütterliche Erkrankung</i>	25 (11,2%)	4 (5,0%)	29 (9,6%)	<i>Grünes Fruchtwasser</i>	21 (6,4%)	8 (6,4%)	29 (6,4%)
<i>Z.n. Sectio/anderen Uterus-OPs</i>	58 (30,5%)	39 (48,8%)	107 (35,3%)	<i>Z.n. Sectio/anderen Uterus-OPs</i>	32 (9,7%)	25 (19,8%)	57 (12,5%)
<i>Missverhält. Kopf / Becken</i>	16 (7,2%)	11 (13,8%)	27 (8,9%)	<i>Missverhält. Kopf / Becken</i>	46 (14,0%)	34 (27,0%)	80 (17,6%)
<i>Beckenendlage</i>	38 (17,0%)	12 (15,0%)	50 (16,5%)	<i>Beckenendlage</i>	34 (10,3%)	13 (10,3%)	47 (10,3%)
<i>Diabetes m.</i>	5 (2,2%)	2 (2,5%)	7 (2,3%)	<i>Diabetesm.</i>	3 (0,9%)	1 (0,8%)	4 (0,9%)
<i>Gestose/ Eklampsie</i>	12 (5,4%)	3 (3,8%)	15 (5,0%)	<i>Protra. Geb. Stillstand Eröff.</i>	74 (22,5%)	27 (21,4%)	101 (22,2%)
<i>Pathologischer Dopplerbefund</i>	9 (4,0%)	2 (2,5%)	11 (3,6%)	<i>Protra. Geb. Stillstand Austreib.</i>	53 (16,1%)	20 (15,9%)	73 (16,0%)

Rang 1 Rang 2 Rang 3

Nebenfragestellung 3:

(a) Kommt es zu einer höheren Gewichtszunahme / (b) tritt Gestationsdiabetes* häufiger auf bei Migrantinnen im Vergleich zu Nicht-Migrantinnen? **NEIN / JA**

Berechnung BMI aus Körpergröße und Körpergewicht (jeweils erstes u. letztes im Mutterpass eingetragenes Gewicht); BMI bei der Erstuntersuchung der Frauen subtrahiert von BMI bei Entbindung:

	N	Mittelwert	SD	Minimum	Maximum
1)Gewichtsveränderung während der Schwangerschaft in Kilogramm					
Nicht-Migrantinnen	1987	13,9	5,8	-17,0	57,0
Frauen mit Migrationshintergrund	984	12,0	4,5	-2,9	39,0
2)Veränderung des BMI während der Schwangerschaft					
Nicht-Migrantinnen	1987	4,9	2,1	-6,2	25,3
Frauen mit Migrationshintergrund	974	4,9	1,9	-1,3	16,9

- (a) kein signifikanter Unterschied bei Gewichtszunahme während Schw.schaft;
(b) signifikanter Unterschied bei GDM*-Häufigkeit:
Migrantinnengruppe 9,1%; Nicht-Migrantinnen-Kollektiv 6,7% .

Nebenfragestellung 4:

(a) Wird häufiger eine Episiotomie geschnitten/ (b) gibt es häufiger Dammrisse bei Migrantinnen gegenüber Nicht-Migrantinnen? **JA**

Dammschnitt (N=2950 inkl. fehlende Ang.)	Nicht-Migr.	Vietnam. Migr.	alle	fehlende Angaben
nein	90,4	86,0	88,9	3
ja	9,6	14,0	11,1	
Dammriss 3./4. Grades (n=2950)				
nein	99,4	98,7	99,2	1
ja	0,6 (n=11)	1,3 (n=13)	0,8	

Vietnamesinnen haben sowohl signifikant häufiger eine Episiotomie als auch höhergradige Dammrisse.

Nebenfragestellung 5:

Gibt es Unterschiede im perinatalen Outcome (Apgar/arterieller Nabelschnur-pH-Wert) zwischen Frauen mit und ohne Migrationshintergrund? **Nein**

5-Minuten-Apgar-Werte weniger oder gleich 8 Punkte, adjustiert nach Migrationsstatus; Parität; Entbindungsmodi; SSW; Schädelage; Gewicht der Kinder und Alter der Mütter; Gesamt-n=2824, N= Anzahl; OR= Odds ratio

	N	OR	95% Konfidenzintervall	p-Wert
<i>Nicht-Migrantin</i>	1881	1,00		
<i>Frauen mit Migrationshintergrund</i>	943	0,87	0,62-1,22	0,4291

Arterielle Nabelschnur-pH-Werte im Grenzbereich ($\leq 7,10$) oder kritischen Bereich ($< 7,00$) in Assoziation mit dem Migrationsstatus der Mütter; endgültiges Modell der logistischen Regressionsanalyse; Gesamt-n=2796, N=Anzahl; OR= Odds ratio; KI=Konfidenzintervall

	N	OR	95% KI	p-Wert
<i>Nicht-Migrantin</i>	1865	1,00		
<i>Frauen mit Migrationshintergrund</i>	931	1,47	0.82-2.62	0,1920

Frauen m. vietnam. Migrationshintergrund keine höhere Wahrscheinlichkeit für 5-Minuten-Apgar-Wert < 8 oder art. NS-pH-Wert $\leq 7,10$.

Nebenfragestellung 6:

Kommt es bei den Kindern von Frauen mit Migrationshintergrund nach der Geburt häufiger zur Verlegung des Kindes in die Kinderklinik? **NEIN**

Wahrscheinlichkeit einer Verlegung der Neugeborenen in die Kinderklinik nach Migrationsstatus;
endgültiges Modell der logistischen Regressionsanalyse; Gesamt-n=2787,
OR= Odds ratio; CI=Konfidenzintervall;

	N	OR	95%CI	p-Wert
<i>Nicht-Migrantin</i>	1857	1,00		
<i>Frauen mit Migrationshintergrund</i>	930	0,86	0,56-1,34	0,5108
<i>Alter <25 Jahre</i>	442	1,00		
<i>Alter <30 Jahre</i>	805	0,64	0,35-1,18	0,1544
<i>Alter <35 Jahre</i>	902	0,91	0,52-1,63	0,7715
<i>Alter >=35 Jahre</i>	638	1,11	0,61-2,02	0,7296
<i>Entbindungsmodus spontan</i>	1974	1,00		
<i>Entbindungsmodus Vacuum/Forceps</i>	130	1,50	0,67-3,37	0,3285
<i>Entbindungsmodus primäre Sectio</i>	269	1,72	0,93-3,16	0,0825
<i>Entbindungsmodus sekundäre Sectio</i>	414	1,31	0,77-2,21	0,3231

Keine signifikant höhere Chance für Kinder von Migrantinnen für Verlegung in Kinderklinik.

Nebenfragestellung 7:

Finden sich bei Migrantinnen häufiger peripartale Blutungen >500ml unter Berücksichtigung postpartaler Atonien? **NEIN**

Subpartale Blutung >500ml und postpartale Atonie nach Migrationsstatus

Atonie	Nicht-Migrantinnen		Vietnamesische Migrantinnen		Alle Frauen	
	N=1969		N=980		N=2949	
	Keine Blutung	Blutung	Keine Blutung	Blutung	Keine Blutung	Blutung
0	1788 (90,8%)	134 (6,8%)	876 (89,4%)	65 (6,6%)	2664 (90,3%)	199 (6,7%)
1	11 (0,6%)	36 (1,8%)	11 (1,1%)	28 (2,9%)	22 (0,8%)	64 (2,2%)

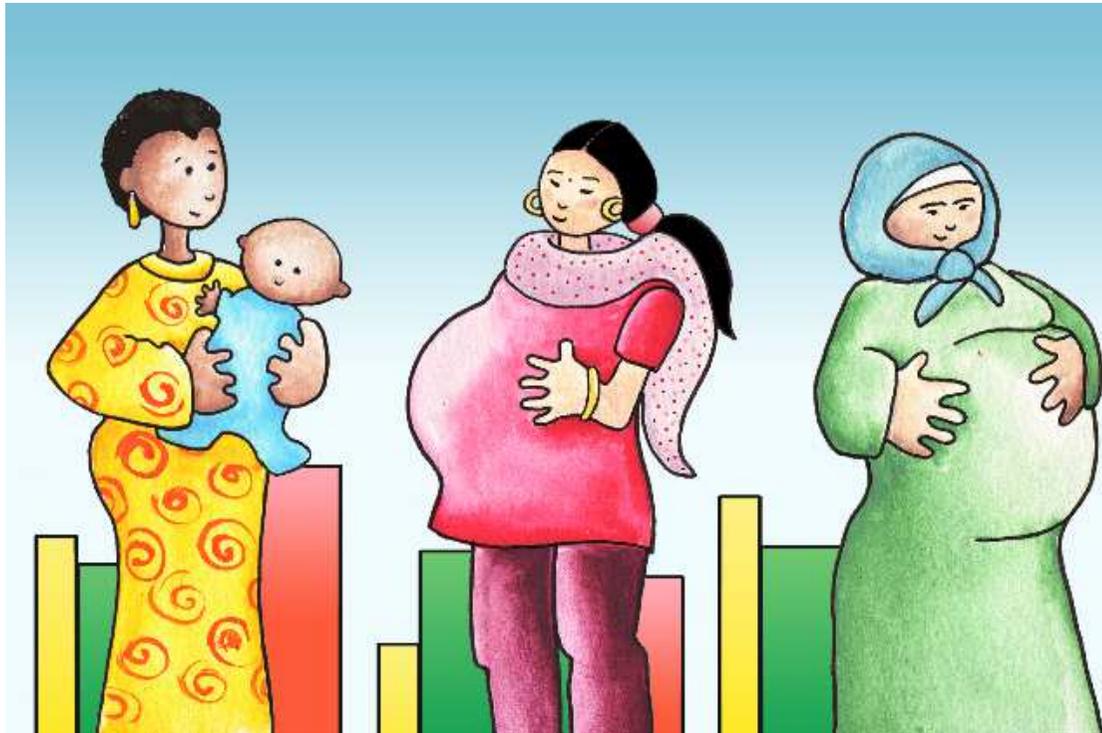
Kein signifikanter Unterschied bei peripartalem Blutverlust >500 ml und Atoniehäufigkeit.



Wie lassen sich die Ergebnisse zusammenfassen?

Zusammenfassung

1. Die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge unterscheidet sich.
2. Es zeigen sich Vorteile für die vietnamesischen Migrantinnen bei der Rate primärer und sekundärer Sectios sowie Unterschiede bei deren Indikationen gegenüber Nicht-Migrantinnen und Nachteil bei Geburtswegsverletzungen.
3. Wesentliche Unterschiede in den perinatalen Ergebnissen finden sich nicht.
4. Insgesamt scheint die Betreuungsqualität vietnamesischer Migrantinnen in Berlin trotz teilweise vorhandener Kultur- und Kommunikationsbarrieren (sehr) gut zu sein.
5. Die Bedeutung von Akkulturationsfaktoren bleibt (vorerst) unklar.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !