

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Band: 109 (2011)
Heft: 4

Anhang: Hebammen-Literaturdienst

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 18.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft

Nahrungsergänzungsmittel in der Schwangerschaft
Screening auf Gestationsdiabetes

Geburt

Vorzeitiger Blasensprung vor dem Termin
Zerebralpareesen bei Geburten am Termin
Geburtsdauer und Geburtsfortschritt bei Erstgebärenden
Geburtshilfliche Interventionen und postpartale Nachblutung

Wochenbett

Erholung nach Kaiserschnitt
Elektiver Kaiserschnitt und Stillserfolg

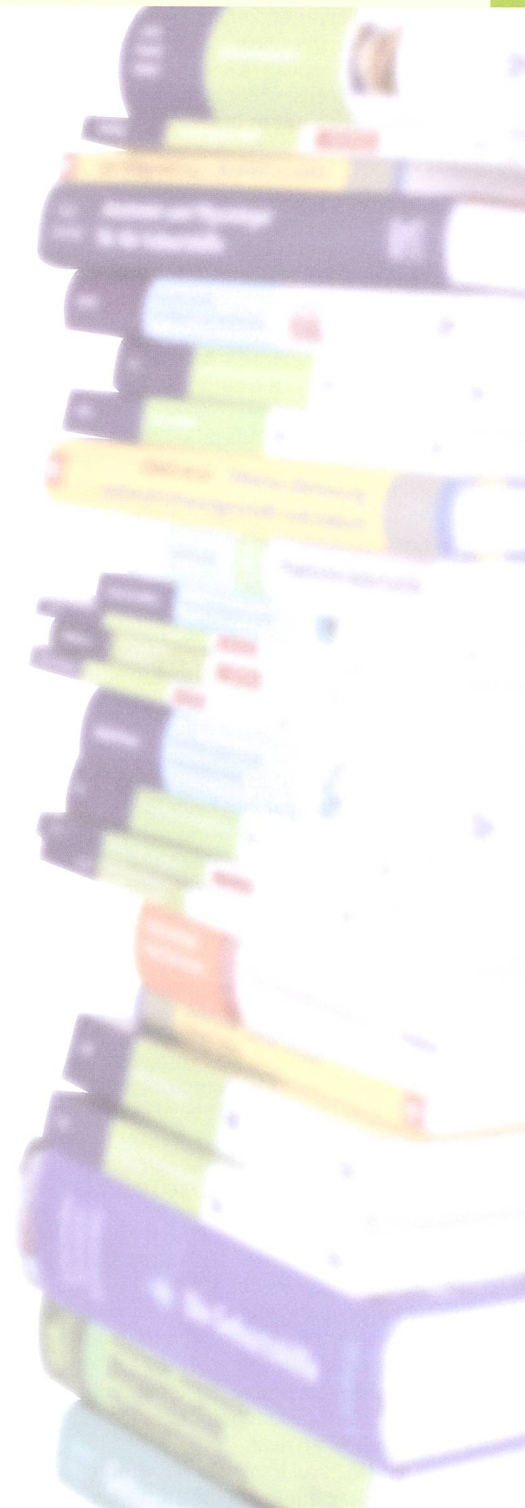
Liebe Hebammen, liebe Hebammenschülerinnen und -studentinnen,

Auch in dieser Ausgabe des HeLiDi nimmt das Thema Sectio erneut einen breiten Raum ein. Offensichtlich gibt es immer mehr Studien, die sich mit dem Kaiserschnitt und den damit zusammenhängenden Folgen für Mutter und Kind auseinandersetzen. Alle hier vorgestellten Untersuchungen belegen negative Auswirkungen einer Sectio im Vergleich zu einer vaginalen Geburt. Vor diesem Hintergrund ist es zunehmend fragwürdiger, weshalb die Sectoraten bei uns so rapide steigen und mancherorts bereits von 30 bis 50% Kaiserschnitten (bezogen auf die Geburten insgesamt) ausgegangen werden muss. Eine verstärkte Einbeziehung von Hebammen in die Beratung und Aufklärung zum Kaiserschnitt im Vorfeld kann dazu beitragen, weitere Perspektiven aufzuzeigen.

Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang Studien, in denen der Zeitpunkt des Kaiserschnitts thematisiert wird. Auch in dieser Ausgabe stellen wir eine Studie vor, die darauf hinweist, dass Kinder, die nach der vollendeten 40. SSW und vor der vollendeten 42. SSW per Kaiserschnitt zur Welt kommen, ein günstigeres fetales Outcome haben im Vergleich zu Kindern, die früher oder später geboren wurden.

Die Herausgeberinnen

Jutta Posch, Georg-Elser-Str. 2, 79100 Freiburg, 0761 / 34232, jutta.posch@web.de
PD Dr. Mechthild Groß, MHH Frauenklinik, Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover,
0511 / 532 6116, gross.mechthild@mh-hannover.de
Katja Stahl, 040 / 88 18 97 69, mail@katjastahl.de



SCHWANGERSCHAFT

Zusammenhang zwischen Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln in der Spätschwangerschaft und Geburtsergebnissen: eine landesweite, britische Kohortenstudie

Alwan NA Greenwood DC Simpson NAB McArdle HJ Cade JE 2010
The relationship between dietary supplement use in late pregnancy and birth outcomes: a cohort study in British women. *BJOG* 117: 821–829

Ziel: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln in der Spätschwangerschaft und Geburtsergebnissen.

Design: Prospektive Kohortenstudie.

Setting: Leeds, Großbritannien.

Teilnehmerinnen: Insgesamt 1274 Frauen zwischen 18 und 45 Jahren.

Methode: Die Einnahme eines Nahrungsergänzungsmittels wurde mit Hilfe eines Fragebogens im ersten, zweiten und dritten Trimenon erfasst. Die Frauen wurden gebeten, die Art, Häufigkeit und Menge aller Nahrungsergänzungsmittel anzugeben, die sie in den einzelnen Schwangerschaftsdritteln eingenommen hatten. Zwischen der achten und zwölften Schwangerschaftswoche wurde die Nahrungsaufnahme jeder Teilnehmerin über 24 Stunden erfasst. Angaben zur Geburt sowie zu Schwangerschaftskomplikationen wurden den Krankenhausakten entnommen.

Ergebnisparameter: Geburtsgewicht, Geburtsgewichtspersentile und Frühgeburtlichkeit.

Ergebnisse: Während im ersten Trimenon noch 82% der Frauen angaben, Nahrungsergänzungsmittel einzunehmen, sank der Anteil auf 22% im zweiten Trimenon und stieg auf 33% im dritten Trimenon. Das am häufigsten eingenommene Supplement war Folsäure, gefolgt von Multivitamin-Mineralstoff-Präparaten. Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Geburtsgewicht und der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, unabhängig von der Art des Supplements und des Trimenons sowie unter Berücksichtigung der relevanten Störgrößen. Frauen, die im dritten Trimenon ein Kombinationspräparat aus mehreren Vitaminen und Mineralien einnahmen, hatten häufiger eine Frühgeburt (adjustierte Odds Ratio (OR) 3,4, 95% Konfidenzintervall (KI) 1,2 – 9,6; $p = 0,02$).

Schlussfolgerung: Die regelmäßige Einnahme von Multivitamin-Mineralstoff-Präparaten beeinflusst bei Frauen aus Industrieländern das Geburtsgewicht des Kindes nicht. Gleichzeitig scheint die tägliche Einnahme eines solchen Präparats im Zusammenhang mit vermehrter Frühgeburtlichkeit zu stehen. Der zugrunde liegende Mechanismus ist nicht geklärt und unsere Studienergebnisse müssen durch weitere Kohorten- und oder Interventionsstudien in Industrieländern bestätigt werden.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Cochrane Review: Screening auf Gestationsdiabetes und anschließendes Vorgehen.

Tieu J Middleton P McPhee AJ et al. 2010 Screening for gestational diabetes mellitus and subsequent management for improving maternal and infant health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, Art. No.: CD007222. DOI: 10.1002/14651858.CD007222.pub2.

Hintergrund: Gestationsdiabetes (GDM) ist eine Diabetesform, die in der Schwangerschaft auftritt. Obwohl er nach der Schwangerschaft in der Regel wieder abklingt, können bei Vorliegen eines GDM sowohl perinatal klinisch relevante Komplikationen auftreten als auch langfristige Probleme. Es gibt deutliche Belege, dass die Behandlung eines GDM sinnvoll ist. Ingegen besteht keine Einigkeit darüber, ob ein GDM-Screening zu einer Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Gesundheit beitragen kann und falls ja, wie das optimale Vorgehen aussieht.

Ziel: Untersuchung der Auswirkungen verschiedener Methoden des GDM-Screenings auf die mütterliche und kindliche Gesundheit.

Literaturrecherche: Durchsucht wurde das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trial Register bis einschließlich April 2010.

Einschlusskriterien: Für den Review wurden alle randomisierten und quasi-randomisierten Studien in Betracht gezogen, in denen der Effekt verschiedener GDM-Screening-Methoden untersucht wurde.

Auswertung: Zwei Review-Autoren unterzogen die gefundenen Studien unabhängig voneinander einer kritischen Bewertung und analysierten die Daten. Nicht übereinstimmende Bewertungen wurden entweder in der Diskussion oder unter Hinzuziehung eines dritten Autors geklärt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden vier Studien mit insgesamt 3972 Frauen in den Review aufgenommen. In einer quasi-randomisierten Studie wurde das Screening auf der Basis von Risikofaktoren verglichen mit einem universellen Routine-Screening mittels eines 50g-Glucose-Challenge-Tests (GCT). Bei den Frauen der GCT-Gruppe wurde häufiger ein GDM diagnostiziert (eine Studie, 3152 Schwangere, Risk Ratio (RR) 0,44, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,26–0,75). Kinder in der Gruppe mit Risikofaktor-Screening wurden marginal früher geboren als Kinder in der GCT-Screening-Gruppe (eine Studie, 3152 Schwangere, durchschnittlicher Unterschied –0,15 Wochen, 95% KI –0,27 bis –0,53). In den anderen drei Studien wurden verschiedene Vorgehensweisen beim Screening mit einem 50g-GCT untersucht. In zwei kleinen Studien wurde die Gabe einer Lösung mit Glucosemonomeren verglichen mit der Verabreichung einer Lösung mit Glucosepolymeren, wobei in einer dieser Untersuchungen noch eine dritte Gruppe, die einen Schokoladenriegel bekam, mit eingeschlossen wurde. In einer Studie wurde die Gabe einer Glucoselösung mit Nahrungsaufnahme verglichen. In keiner der Untersuchungen wurden Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit einer GDM-Diagnose gefunden. Insgesamt hatten die Frauen, die eine Lösung bestehend aus Glucosemonomeren trinken mussten, weniger Nebenwirkungen als die Frauen der Gruppe mit Glucosepolymer-Lösung (zwei Studien, 151 Frauen, RR 2,80, 95% KI 1,10–7,13). Allerdings war die Heterogenität zwischen den Studien für dieses Ergebnis hoch (I^2 (Maß für Heterogenität) = 61%).

Schlussfolgerung: Es gibt keine ausreichenden Evidenzen, um sagen zu können, ob ein Screening auf Gestationsdiabetes überhaupt (und falls ja, welche Form des Screenings) zur Verringerung der möglichen Komplikationen bei Mutter und Kind beitragen kann.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

GEBURT

Elektive Frühgeburt verglichen mit abwartendem Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung vor dem Termin – Cochrane Review

Buchanan SL Crowther CA Levett KM et al. 2010 Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD004735. DOI: 10.1002/14651858.CD004735.pub3.

Hintergrund: Nach einem vorzeitigem Blasensprung vor dem Termin kann die (Früh-)Geburt entweder zeitnah eingeleitet oder es kann abgewartet werden. Es ist nicht klar, welches Vorgehen für Mutter und Kind einen größeren Nutzen hat.

Ziel: Vergleich von abwartendem Vorgehen und zeitnaher Einleitung nach einem vorzeitigem Blasensprung vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW).

Suchstrategie: Durchsucht wurde die Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (alle Einträge bis Mai 2009), das Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library 2009, Issue 1), MEDLINE (alle Einträge von 1996 bis 2009), EMBASE (alle Einträge von 1974 bis 2009) sowie die Literaturangaben von Studien und Reviews.

Einschlusskriterien: Randomisierte, kontrollierte Studien, in denen ein abwartendes Vorgehen mit einer zeitnahen Einleitung nach einem vorzeitigem Blasensprung vor der vollendeten 37.SSW verglichen wurden. Quasi-randomisierte Studien wurden ausgeschlossen.

Auswertung: Zwei Review-Autoren unterzogen unabhängig voneinander die eingeschlossenen Studien einer kritischen Bewertung.

Hauptergebnisse: Insgesamt wurden 7 Studien mit insgesamt 690 Frauen in den Review aufgenommen. Hinsichtlich des Auftretens einer neonatalen Sepsis konnten wir keine Unterschiede zwischen abwartendem Vorgehen und zeitnaher Einleitung feststellen (Risk Ratio (RR) 1,33, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,72–2,47), auch ein Atemnotsyndrom kam in beiden Gruppen gleich häufig vor (RR 0,98, 95% KI 0,74–1,29). Bei zeitnaher Einleitung kam es häufiger zu einem Kaiserschnitt als bei abwartendem Vorgehen (RR 1,51, 95% KI 1,08–2,10). Keine Unterschiede zwischen den Gruppen gab es bei perinataler Mortalität insgesamt (RR 0,98, 95% KI 0,41–2,36), intrauterinen Todesfällen (RR 0,26, 95% KI 0,04–1,52) oder neonatalen Todesfällen (RR 1,59, 95% KI 0,61–4,16). Keine signifikanten Unterschiede gab es bei neonatalen Komplikationen wie zerebroventrikulären Blutungen (RR 1,90, 95% KI 0,52–6,92), nekrotisierende Enterokolitis (RR 0,58, 95% KI 0,08–4,08) oder Verweildauer auf der Frühgeborenenstation (durchschnittliche Differenz –0,33 Tage, 95% KI –1,06–0,40 Tage).

Bei zeitnaher Einleitung trat im Vergleich zum abwartenden Vorgehen bei den Wöchnerinnen häufiger eine Endometritis auf (RR 2,32, 95% KI 1,33–4,07). Eine Chorioamnionitis kam in beiden Gruppen gleich häufig vor (RR 0,44, 95% KI 0,17–1,14). Bei zeitnaher Einleitung war die Krankenhausverweildauer der Mütter signifikant kürzer (durchschnittliche Differenz –1,13 Tage, 95% KI –1,75–0,51 Tage).

Schlussfolgerung: Die verfügbaren Studienergebnisse reichen nicht aus, um eine eindeutige Empfehlung für die Praxis für das Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung vor der vollendeten 37. SSW geben zu können. Die vorliegenden Studien weisen alle methodische Schwächen auf und waren zu klein, um Unterschiede bei mütterlicher und kindlicher Morbidität feststellen zu können.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Zerebralpareesen bei Geburten am und nach dem Termin

Moster D Wilcox AJ Vollset ES Markestad T Lie RT 2010 Cerebral Palsy Among Term and Postterm Births. JAMA 309: 976–982

Hintergrund: Frühgeburtlichkeit ist als Risikofaktor für eine Zerebralparese bekannt, Frühgeborene machen aber nur einen kleinen Teil der Kinder mit Zerebralpareesen aus. Wenig ist bekannt über den Zusammenhang zwischen dem Risiko für eine Zerebralparese und dem Schwangerschaftsalter zwischen der vollendeten 37. und 44. Schwangerschaftswoche (SSW), in der die meisten Zerebralpareesen auftreten.

Ziel: Prüfung des Zusammenhangs zwischen Geburten am und über dem Termin und dem Auftreten von Zerebralpareesen.

Design: Populationsbasierte Follow-Up-Studie auf der Basis des Norwegischen Geburtsregisters.

Teilnehmer: Untersucht wurden Geburten aus den Jahren 1967 bis 2001. Insgesamt wurden 1.682.441 Einlingsgeburten ohne Fehlbildungen zwischen der vollendeten 37. und 44. SSW als Studienteilnehmer aufgenommen. Die Daten dieser Geburtenkohorte wurden mit Daten aus anderen Registern bis 2005 verknüpft, um die weitere Entwicklung der Kinder zu verfolgen.

Outcomeparameter: Absolutes Risiko (Prävalenz) und relatives Risiko für Zerebralpareesen bei Kindern, die mindestens das vollendete 4. Lebensjahr erreicht hatten.

Ergebnisse: Von den zwischen der vollendeten 37. und 42. Schwangerschaftswoche geborenen Kindern waren 1938 bei der Krankenkasse mit Zerebralparese registriert. Kinder die zwischen 40+0 und 40+6 SSW (=41.SSW) geboren wurden hatten das niedrigste Risiko für eine Zerebralparese, bei einer Prävalenz von 0,99/1000 (95% Konfidenzintervall (KI) 0,9–1,08). Vor und nach der vollendeten 40. SSW war das Risiko höher. In der 38. SSW lag die Prävalenz bei 1,91/1000 (95% KI 1,58–2,25) und das relative Risiko (RR) bei 1,9 (95% KI 1,6–2,4). In der 39. SSW lag die Prävalenz bei 1,25/1000 (95% KI 1,07–1,42) und das relative Risiko bei 1,3 (95% KI 1,1–1,6). In der 43. SSW lag die Prävalenz bei 1,36 (95% KI 1,19–1,53) und das relative Risiko

bei 1,4 (95% KI 1,2–1,6) und nach der vollendeten 42. SSW betrug die Prävalenz 1,44 (95% KI 1,15–1,72) und das relative Risiko 1,4 (95% KI 1,1–1,8). Diese Zusammenhänge waren noch ausgeprägter, wenn nur diejenigen Kinder untersucht wurden, deren Geburtstermin sonografisch bestimmt worden war: In der 38. SSW betrug die Prävalenz 1,17/1000 (95% KI 0,30–2,04) und das relative Risiko 3,7 (95% KI 1,5–9,1). In der 43. SSW lag die Prävalenz bei 0,85/1000 (95% KI 0,33–1,38) und das relative Risiko bei 2,4 (95% KI 1,1–5,3). Eine Analyse unter Berücksichtigung des Geschlechts, des mütterlichen Alters und verschiedener anderer soziodemografischer Parameter hatte kaum einen Einfluss auf die Ergebnisse.

Schlussfolgerung: Kinder, die in der Zeit zwischen 37+0 und 38+6 SSW geboren werden sowie Kinder die nach 42+0 SSW geboren werden, haben ein höheres Risiko für eine Zerebralparese als Kinder, die zwischen 39+0 und 41+6 SSW zur Welt kommen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Geburtdauer und Geburtsfortschritt bei Erstgebärenden mit niedrigem geburtshilflichem Risiko: Ein systematischer Review
Neal JL Lowe NK Ahijevych KL et al. 2010 "Active labor" duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review. Journal of Midwifery and Women's Health 55: 308–318

Ziel: Gebärende kommen oft in den Kreißsaal mit einem Befund, der allgemeinhin als Geburtsbeginn eingestuft wird: Muttermundseröffnung zwischen 3 und 5 cm bei gleichzeitig regelmäßiger Wehentätigkeit. In diesem Review werden Geburtdauer und Geburtsfortschritt bei Erstgebärenden mit niedrigem geburtshilflichem Risiko und spontanem Geburtsbeginn ausgehend von diesem Befund bis hin zur vollständigen Muttermundseröffnung untersucht.

Methode: Die Datenbanken MEDLINE und CINAHL wurden nach englischsprachigen Studien, die in den Jahren zwischen 1990 und 2008 veröffentlicht wurden, durchsucht. Die Daten wurden zusammengefasst und eine gewichtete Geburtdauer (d.h. von 3–5 cm bis zur vollständigen Muttermundseröffnung) berechnet, ebenso wie eine durchschnittliche Muttermundseröffnung pro Stunde.

Ergebnisse: In insgesamt 18 Studien mit insgesamt 7009 Frauen wurde eine durchschnittliche „aktive Geburtdauer“ berichtet. Die durchschnittliche Geburtdauer betrug 6,0 Stunden (+/–3,7 Stunden) und die durchschnittliche Muttermundseröffnung pro Stunde lag bei 1,2 cm (+/–0,3cm). Diese Werte entsprechen ziemlich genau der medianen Geburtdauer und dem medianen Geburtsfortschritt (was bedeutet, dass es bei der Geburtdauer und der Muttermundseröffnung nur wenige Extremwerte gab, durch die die durchschnittliche Geburtdauer hätte beeinflusst werden können, A. d. Ü.).

Diskussion: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Erstgebärende mit spontanem Geburtsbeginn eine längere „aktive“ Geburtsphase haben und damit eine geringere stündliche Muttermundseröffnung als gemeinhin angenommen wird. Eine Überarbeitung der derzeit gültigen Kriterien für Geburtdauer und Geburtsfortschritt ist erforderlich. Beide sollten mit Hilfe prospektiver Untersuchungen überprüft werden.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Besteht ein Zusammenhang zwischen verstärkter postpartaler Blutung und der Zunahme geburtshilflicher Interventionen?

Rossen J Okland I Nilsen OB et al 2010 Is there an increase of postpartum hemorrhage, and is severe hemorrhage associated with more frequent use of obstetric intervention? Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 89(10): 1248–1255

Ziel: Analyse der Häufigkeit des Auftretens verstärkter postpartaler Blutung in den Jahren zwischen 1998 und 2007 sowie möglicher Faktoren, die mit dem Auftreten in Zusammenhang stehen.

Design: Retrospektive Kohortenstudie, prospektiv erhobene Daten.

Setting: Universitätsklinik in Stavanger, Norwegen.

Teilnehmerinnen: Eine unselektierte Population von 41.365 Frauen, die in dieser Klinik geboren haben.

Methode: Wir untersuchten, wie sich der durchschnittliche Blutverlust und die Häufigkeit schwerer postpartaler Blutungen sowie damit in Zusammenhang stehende Faktoren über die Zeit verändert haben. Eine schwere postpartale Blutung wurde definiert als ein Blutverlust > 1000 ml. Die Daten wurden den medizinischen Unterlagen des Krankenhauses entnommen.

Outcomeparameter: Schwere postpartale Blutung und geburtshilfliche Interventionen.

Ergebnisse: Innerhalb des Untersuchungszeitraums stieg die Häufigkeit schwerer postpartaler Blutungen an. Nach einem Kaiserschnitt war das Risiko für eine schwere postpartale Blutung doppelt so hoch wie nach einer vaginalen Geburt (5,9%, 95% KI 5,3–6,6% vs. 2,8% 95% KI 2,6–2,9). Die wichtigsten Risikofaktoren für eine schwere vaginale Blutung nach vaginaler Geburt waren Zwillingsgeburten (OR 6,8), Plazentaretention (OR 3,9) und Geburtseinleitung (OR 2,2). Bei Kaiserschnitt wurde der stärkste Zusammenhang ebenfalls mit Zwillingsgeburten beobachtet (OR 3,7), gefolgt von Vollnarkose (OR 3,0). Die geburtshilflichen Interventionen haben im Untersuchungszeitraum insgesamt zugenommen. Die Rate elektiver Kaiserschnitte stieg von 2,4 auf 4,9%, sekundäre Sectioraten stiegen von 5,5 auf 8,9%, der Anteil vaginal-operativer Geburten stieg von 9,3 auf 12,5%, die Rate der Geburtseinleitungen von 14,3 auf 15,8% und der Einsatz von Wehenmitteln zur Geburtsbeschleunigung von 5,8 auf 29,3%.

Schlussfolgerung: Die Häufigkeit schwerer postpartaler Blutungen hat zugenommen, was möglicherweise in Zusammenhang mit der steigenden Zahl geburtshilflicher Interventionen steht.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

WOCHENBETT

Erholung nach Kaiserschnitt: Berichte von Wöchnerinnen

Kealy MA Small RE Liamputtong P 2010 *Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and childbirth 10 (47)*

Hintergrund: Die Kaiserschnittraten steigen weltweit, insbesondere in wohlhabenden Industrieländern. Die Gründe hierfür sind Gegenstand zahlreicher Diskussionen. Es gibt viele gute Belege aus epidemiologischen Studien für die verschiedenen Formen mütterlicher Morbidität im Zusammenhang mit einem Kaiserschnitt. Nur in wenigen Studien kommen hingegen die Frauen selbst zu Wort, um zu berichten, wie sie sich nach einem Kaiserschnitt erholen haben. Ziel dieser Untersuchung ist es, die Genesung nach einem Kaiserschnitt in der Zeit zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und den ersten fünf Monaten bis sieben Jahren nach der Operation aus Sicht der Frauen zu beschreiben.

Methode: Frauen, die mindestens einmal per Kaiserschnitt in einem Krankenhaus der Maximalversorgung in Victoria, Australien, geboren hatten, nahmen an dieser qualitativen Interview-Studie teil. Die Auswahl der Frauen erfolgte gezielt, um eine möglichst große Bandbreite von Erfahrungen zu erfassen (primärer und sekundärer Kaiserschnitt, Kaiserschnitt auf Wunsch der Mutter, Sectio bzw. vaginale Geburt in der aktuellen oder einer vorangegangenen Schwangerschaft). Die Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Aufbauend auf einer thematischen Inhaltsanalyse wurde ein theoretischer Rahmen entwickelt (drei Bereiche klinischer Praxis).

Ergebnisse: Interviewt wurden 32 Frauen, die insgesamt 68 Geburten hatten. Sieben Frauen hatten sowohl einen Kaiserschnitt als auch eine vaginale Geburt erlebt. Aus den Erzählungen der Frauen wurden drei Bereiche klinischer Praxis als Gründe für den ersten Kaiser-

schnitt identifiziert. Zwölf Frauen berichteten, wie der erste Kaiserschnitt aus potenziell lebensrettenden Gründen durchgeführt wurde (Innerster Bereich), 11 beschrieben Situationen, in denen die klinische Situation nicht eindeutig war (Grauer Bereich) und neun Frauen berichteten, dass sie aktiv um den Kaiserschnitt gebeten hatten (Peripherer Bereich). Dreißig der 32 Frauen berichteten, dass es für sie schwierig war, die Ratschläge, die sie im Krankenhaus vor der Entlassung zur Unterstützung ihrer Genesung erhalten hatten, zu befolgen. Ihre körperliche Erholung wurde durch verschiedene Aspekte behindert, wie Schmerzen und eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, Wundheilungsprobleme, Infektionen, vaginale Blutungen und Urininkontinenz. Diese Probleme waren unabhängig von den identifizierten Bereichen und Sectioindikationen.

Schlussfolgerung: Die interviewten Frauen berichteten über eine Reihe von unliebsamen und unerwarteten negativen physischen Folgen des Kaiserschnitts. Diese qualitative Studie ergänzt die Belege aus epidemiologischen Studien zu relevanter mütterlicher Morbidität nach Kaiserschnitt und unterstreicht die Notwendigkeit, die Durchführung von Kaiserschnitten auf Situationen zu beschränken, in denen davon ausgegangen werden kann, dass der Nutzen die bekannten negativen Folgen überwiegt.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Elektiver Kaiserschnitt: Negative Auswirkungen auf das Stillen?

Zanardo V Svegliado G Cavallin F Giustardi A Cosmi E Litta P Trevisanuto D 2010 *Elective caesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? Birth 37: 275–279*

Ziel: Ein Kaiserschnitt als Geburtsmodus hat einen negativen Effekt auf das Stillen. Ziel dieser Untersuchung war die Analyse der Stillraten, wie sie in den WHO-Richtlinien definiert werden, vom Zeitpunkt der Geburt bis zum vollendeten sechsten Lebensmonat bei Kindern, die per elektiver oder sekundärer Sectio geboren wurden oder bei vaginal geborenen Kindern.

Methode: Von allen Kindern, die von Januar bis Dezember 2007 in einem Krankenhaus der Maximalversorgung in Padua, Italien, reif am Termin zur Welt kamen, wurden Geburtsmodus und Stillverlauf analysiert. Insgesamt wurden in dieser Zeit 677 (31,1%) per Kaiserschnitt geboren, davon 398 (18,3%) per elektiver Sectio und 279 (12,8%) per sekundärer Sectio. Vaginal geboren wurden 1496 (68,8%) Kinder.

Ergebnisse: Im Kreißaal wurden signifikant mehr Kinder nach vaginaler Geburt angelegt (71,5% vs. 3,5%, $p < 0,001$) verglichen mit Kindern, die per Kaiserschnitt geboren wurden. Das Zeitintervall zwischen Geburt und erstem Anlegen war entsprechend länger bei Kindern, die per Kaiserschnitt geboren wurden ($3,1h \pm 5h$ vs. $10,4h \pm 9h$, $p > 0,05$). Zwischen den Kindern, die per elektivem Kaiserschnitt und denen, die per sekundärem Kaiserschnitt geboren wurden, zeigten sich keine Unterschiede. Die Stillrate zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sowie zu den Follow-up-Zeitpunkten (7 Tage, 3 und 6 Monate nach der Geburt) war bei Kindern, die vaginal geboren wurden, höher als bei Kindern, die per elektiver Sectio zur Welt kamen.

Schlussfolgerung: Sowohl nach elektiver als auch nach sekundärer Sectio sind die Raten ausschließlichen Stillens niedriger verglichen mit den Stillraten nach vaginaler Geburt. Die wahrscheinlichste Erklärung für diesen Zusammenhang scheint die fehlende Möglichkeit, das Kind direkt nach der Geburt im Kreißaal und in den ersten Wochenbetttagen unter geeigneten Rahmenbedingungen anlegen zu können.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg