

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 110 (2012)
Heft: 4

Anhang: Hebammen-Literaturdienst

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.12.2025

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

HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft

Intrauterine Wachstumsretardierung

Diagnose des Gestationsdiabetes

Geburt

Notwendigkeit der Dammnaht

Neugeborene

Wärmebett vs. Inkubator

Andere Themen

Extreme Frühgeburtlichkeit und chronische Erkrankung

Ansichten von Geburtshelfern unterschiedlicher Generationen

Liebe Hebammen, liebe WeHen und Hebammenstudentinnen,

in dieser Ausgabe beschäftigt sich ein Beitrag mit den Unterschieden von Ansichten und Einstellungen einer neuen Generation von Geburtshelfenden in Kanada. Bedeutungsvoll darin ist unter anderem deren positive Einstellung zu einer interventionsreichen Geburt. Dies ist auch in Deutschland ein vorherrschendes Thema, nicht nur in direktem Bezug zur Geburtshilfe. Hier wird deutlich, wie wichtig auch hier ein evidenzbasiertes Fundament ist. Wie auch in den letzten Jahren wollen wir Sie mit unserer Arbeit im *HeLiDi* dazu fundiert und praxisnah informieren und unterstützen.

Das nicht enden wollende Thema der Diagnose eines Gestationsdiabetes ist in Bezug auf die verschiedenen Methoden der Glucosezufuhr interessant und somit nach wie vor brandaktuell. Die hier vorgestellten Studien zeigen, dass unbedingt weitere aktuelle Evidenzen benötigt werden, um neben den gängigen oralen Glucosetoleranztests weitere Möglichkeiten zu finden, die Glucosezufuhr für die Frauen möglichst nebенwirkungsarm durchzuführen. Zu einem weiteren ‚Dauerbrenner‘, der Naht einer Dammverletzung, stellen wir Ihnen die Zusammenfassung des aktuellen Cochrane Reviews vor.

Schließlich werden noch die Entwicklungschancen von Kindern, die mit einem sehr niedrigen Geburtsgewicht geboren wurden, mit einem interessanten Beitrag dargestellt.

Wir wünschen Ihnen wie immer viel Spaß beim Lesen,

Die Herausgeberinnen

Jutta Posch, Georg-Elser-Str. 2, 79100 Freiburg, 0761 / 34232, jutta.posch@web.de

PD Dr. Mechthild Groß, AG Hebammenwissenschaft MHH Frauenklinik, Carl-Neuberg-Str.1, 30625 Hannover, 0511 / 532 6116, gross.mechthild@mhh-hannover.de

Katja Stahl, 040 / 88 18 97 69, mail@katjastahl.de



SCHWANGERSCHAFT

Intrauterine Wachstumsretardierung im ersten Trimenon: Risikofaktoren und Outcomes

Mook-Kanamori DO Steegers EAP Eilers PH Raat H Hofman A Jaddoe VWW 2010 Risk factors and Outcomes associated with first-trimester fetal growth restriction. *JAMA* 303:527–34

Hintergrund: Ungünstige Umweltbedingungen können sich auf die Entwicklung des Ungeborenen auswirken. Über den Einfluss physischer Merkmale der Mutter sowie ihres Lebensstils auf die Entwicklung des Kindes im ersten Trimenon, den Geburtsausgang sowie die weitere Entwicklung des Kindes ist nur wenig bekannt.

Ziel: Ermittlung der Risikofaktoren und Outcomes im Zusammenhang mit intrauteriner Wachstumsretardierung (IUGR) im ersten Trimenon. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen IUGR und dem Risiko für einen unerwünschten Geburtsausgang sowie überdurchschnittlichem Wachstum bis zum 2. Lebensjahr.

Design: Prospektive Untersuchung des Zusammenhangs zwischen mütterlichen physischen Merkmalen, Lebensstil und Scheitel-Steil-Länge (SSL).

Teilnehmerinnen: 1631 Schwangere mit sicherem ersten Tag der letzten Regel und regelmäßigem Zyklus. Die Rekrutierung erfolgte zwischen 2001 und 2005.

Setting: Rotterdam, Niederlande

Methode: Das Wachstum im ersten Trimenon wurde ultrasonografisch mittels SSL-Messung zwischen der 10+0 und 13+6 SSW erfasst.

Outcomeparameter: Frühgeburt (< 37. SSW), niedriges Geburtsgewicht (< 2500 g) und Geburtsgewicht < 5. Perzentile (SGA). Das Wachstum nach der Geburt wurde bis zum 2. Lebensjahr erfasst.

Ergebnisse: Die multivariate Analyse ergab, dass zwischen mütterlichem Alter und der SSL im ersten Trimenon ein positiver Zusammenhang bestand (Unterschied pro mütterlichem Lebensjahr: 0,79 mm, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,41–1,18 je Anstieg des Scores um eine Standardabweichung). Höherer diastolischer Blutdruck sowie ein höherer Hämatokritwert standen im Zusammenhang mit einer kürzeren SSL (Unterschied: -0,40 mm; 95% KI -0,74–0,06 bzw. -0,52 mm; 95% KI -0,90–0,14). Die Kinder von Raucherinnen ohne Folsäureeinnahme hatten eine kürzere SSL (-3,84 mm; 95% KI -5,71–1,98). Verglichen mit normalem Wachstum im ersten Trimenon besteht bei IUGR im ersten Trimenon ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt (4,0% vs. 7,2%, adjustierte Odds Ratio (OR) 2,12; 95% KI 1,24–3,61), für niedriges Geburtsgewicht (3,5% vs. 7,2%; OR 2,42; 95% KI 1,41–4,16) und ein Geburtsgewicht unter der 5. Perzentile (4,0% vs. 10,6%; OR 2,64; 95% KI 1,64–4,25). Jede Verringerung der SSL um eine Standardabweichung stand im Zusammenhang mit einem beschleunigten Wachstum bis zum 2. Lebensjahr (0,139; 95% KI 0,097–0,181).

Schlussfolgerung: Es besteht ein Zusammenhang zwischen körperlichen Merkmalen der Mutter und ihrem Lebensstil und dem frühen kindlichen Wachstum. IUGR im ersten Trimenon ist assoziiert mit einem erhöhten Risiko für unerwünschte Outcomes sowie einem beschleunigten Wachstum bis zum zweiten Lebensjahr.

Übersetzung: Katja Stahl; D-Hamburg

Verschiedene Vorgehensweisen zur Diagnose eines Gestationsdiabetes

Farrar D Duley L Lawlor DA 2011 Different strategies for diagnosing gestational diabetes to improve maternal and infant health. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 10

Hintergrund: Gestationsdiabetes (GDM) ist eine Störung des Glukosestoffwechsels, die zu einer mütterlichen Hyperglykämie führt, und die erstmals in der Schwangerschaft auftritt oder erkannt wird. Unbehandelt kann der GDM ein erhöhtes Risiko für die perinatale Morbidität und Mortalität bedeuten. Eine korrekte Diagnose ermöglicht eine geeignete Behandlung.

Ziel: Evaluation und Vergleich verschiedener diagnostischer Tests zur Erkennung eines GDM mit Blick auf ihren Wert für die mütterliche und kindliche Gesundheit sowie ihre Beanspruchung der Ressourcen des Gesundheitssystems.

Methode: Durchsucht wurde das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (31. Mai 2011). Aufgenommen wurden randomisierte Studien, in denen Tests zur Diagnose eines GDM evaluiert wurden: quasi-randomisierte Studien wurden ausgeschlossen. Zwei Reviewer entschieden unabhängig voneinander über die Aufnahme von Studien in den Review und ihre methodische Qualität und extrahierte die Daten zur Metaanalyse.

Ergebnisse: Fünf kleine Studien mit insgesamt 578 Frauen wurden in den Review aufgenommen. In einer Studie wurden drei verschiedene Methoden der Glukosezufuhr eingesetzt: ein Schokoladenriegel (39 Frauen), ein süßes Getränk (43 Frauen) sowie ein 50 g-Glukosemonomer-Trunk (43 Frauen). Die Ergebnisse dieser Studie werden als zwei separate Vergleiche berichtet.

75 g oraler Glukosetoleranztest (oGTT) versus 100 g oGTT (eine Studie, 248 Frauen): Frauen, die einen 75 g oGTT bekamen, hatten einen höheren relativen Risiko mit einem GDM diagnostiziert zu werden (Risk Ratio 2,55, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,96–6,75). Dieses Ergebnis war knapp nicht statistisch signifikant. Andere Maße für die mütterliche Morbidität oder kindliche Outcomes wurden nicht berichtet.

Schokoladenriegel versus 50 g-Glukosemonomer-Trunk (eine Studie, 82 Frauen): Frauen, die einen Schokoladenriegel statt eines 50 g-Glukosemonomer-Trunks bekamen, berichteten über weniger Nebenwirkungen (RR 0,50, 95% KI 0,26–0,97) und bevorzugten ersteren auch geschmacklich (RR 0,62, 95% KI 0,44–0,87). Kindliche Outcomes wurden nicht berichtet.

50 g Glukose-Polymer versus 50 g Glukose-Monomere (drei Studien, 259 Frauen): die mittlere Differenz der Tragzeit betrug -0,80 Schwangerschaftswochen (eine Studie, 100 Frauen, 95% KI -1,69–0,09). Bei der Gabe von Glukose-Polymeren traten seltener unerwünschte Nebenwirkungen auf (eine Studie, 83 Frauen, RR 0,20, 95% KI 0,07–0,54), hinsichtlich der geschmacklichen Präferenz zeigten sich keine eindeutigen Unterschiede (eine Studie, 83 Frauen, RR 0,96, 95% KI 0,78–1,18). Bei der Aufnahme von Glukose-Polymeren berichteten die Frauen signifikant seltener über Übelkeit (eine Studie, 66 Frauen, RR 0,29, 95% KI 0,11–0,78) und über Blähungsgefühle (zwei Studien, 149 Frauen, RR 0,22, 95% KI 0,08–0,60) als nach Aufnahme von Glukose-Monomeren. Andere Maße für die mütterliche Morbidität oder kindliche Outcomes wurden nicht berichtet.

50 g Glukose aus der Nahrung versus 50 g Glukose als Getränk (eine Studie, 30 Frauen): Frauen, die die Glukose über die Nahrung anstatt über ein Getränk aufnahmen, berichteten über weniger unerwünschte Nebenwirkungen (RR 0,08, 95% KI 0,01–0,56). Hinsichtlich des Anteils der Frauen, bei denen weitere Tests erforderlich waren, zeigten sich keine eindeutigen Unterschiede (RR 0,14, 95% KI 0,01–2,55). Andere Maße für die mütterliche Morbidität oder kindliche Outcomes wurden nicht berichtet.

Schlussfolgerung: Die verfügbaren Evidenzen reichen nicht aus, um eine Aussage über die beste verfügbare Vorgehensweise zur Diagnose eines GDM zu treffen.

Übersetzung: Katja Stahl; D-Hamburg

GEBURT

Sollen Dammrisse genäht werden?

Elharmeel S Chaudhary Y Tan S et al. 2011 Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8: CD008534

Hintergrund: Dammrisse kommen bei Geburten relativ häufig vor. In den meisten Fällen wird der Riss genäht. Die chirurgische Versorgung kann allerdings mit unerwünschten Nebenwirkungen wie Schmerzen, eingeschränktem Wohlbefinden und Einschränkungen

bei den Aktivitäten des täglichen Lebens im Wochenbett verbunden sein. Ebenso gibt es Hinweise, dass sie den Stillbeginn beeinträchtigen kann. Schließlich bindet die chirurgische Versorgung zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen.

Ziel: Überprüfung der verfügbaren Evidenzen zur chirurgischen Versorgung von Dammrissen ersten und zweiten Grades verglichen mit dem Verzicht auf die Dammnaht.

Methode: Durchsucht wurde das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (1. Mai 2011), CENTRAL (The Cochrane Library 2011, Issue 2 von 4) sowie MEDLINE (Januar 1966 bis 2. Mai 2011). Geprüft wurden darüber hinaus die Referenzlisten von Reviews, Leitlinien und anderen Publikationen. Die Autoren der identifizierten Studien wurden kontaktiert.

Einschlusskriterien: Randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) zum Vergleich der Auswirkungen einer chirurgischen Versorgung von Dammrissen ersten und zweiten Grades auf klinische Outcomes verglichen mit einem Verzicht auf die Dammnaht.

Datenerhebung und -auswertung: Zwei Autoren prüften unabhängig voneinander die identifizierten Studien auf ihre Eignung zur Aufnahme in den Review und nahmen eine Bewertung der methodischen Qualität vor. Die Datenextraktion wurde unabhängig voneinander von drei Autoren vorgenommen.

Ergebnisse: Zwei RCTs mit insgesamt 154 Frauen wurden in den Review aufgenommen. Das Risiko einer möglichen Verzerrung der Ergebnisse war in beiden Studien gering. Es war nicht möglich die Ergebnisse beider Studien zu poolen. Nicht alle für den Review definierten Outcomes wurden in beiden Untersuchungen berichtet. In keiner der beiden Studien konnte ein Unterschied zwischen den Gruppen (Naht verglichen mit keiner Naht) hinsichtlich des Auftretens von Schmerzen, Komplikationen bei der Wundheilung, subjektiver Einschätzung der Schmerzintensität bei Entlassung aus dem Krankenhaus und im Wochenbett und Wiederaufnahme sexueller Aktivität. In einer der beiden Studien zeigte sich ein Unterschied im Analgetikabedarf, der nur in der Gruppe mit Dammnaht hoch war. In der anderen Studie war die Wundheilung in der Gruppe mit Dammnaht besser, in dieser Gruppe stillten allerdings auch weniger Frauen.

Schlussfolgerung: Es sind nur wenige Evidenzen aus RCTs verfügbar, die als Orientierung in der Entscheidung für oder gegen eine chirurgische Versorgung eines Dammrisses ersten oder zweiten Grades herangezogen werden können. In den zwei verfügbaren Studien zeigten sich keine Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen hinsichtlich klinischer Outcomes bis zu acht Wochen nach der Geburt. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es keine ausreichenden Evidenzen, die darauf hinweisen, dass die chirurgische Versorgung eines Dammrisses dem Verzicht auf die Dammnaht mit Blick auf Wundheilung und Genesung im frühen oder späten Wochenbett überlegen wäre. Bis Ergebnisse aus weiteren Untersuchungen verfügbar werden, kann die Entscheidung für oder gegen eine Dammnaht auf der Basis der klinischen Erfahrung der betreuenden Fachkräfte sowie der Präferenz der Frau getroffen werden. Die Frau sollte darüber informiert werden, dass es zu langfristigen Outcomes keine Ergebnisse aus systematischen Untersuchungen gibt, lediglich Hinweise auf einen eventuell längeren Wundheilungsprozess sowie ein möglicherweise besseres allgemeines Wohlbefinden, wenn der Dammriss unversorgt bleibt.

Übersetzung: Katja Stahl; D-Hamburg

NEUGEBORENE

Wärmebett oder Inkubator für Frühgeborene

Gray PH Flenady V 2011 Cot-nursing versus incubator care for preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8: 003062

Hintergrund: Frühgeborene werden im Allgemeinen in Inkubatoren versorgt, Wärmebetten könnten jedoch eine Alternative darstellen. Während die Versorgung im Wärmebett Vorteile haben kann, be-

steht möglicherweise ein höheres Risiko für nosokomiale Infektionen durch ein vermehrtes Handling aufgrund des leichteren Zugangs zum Kind.

Ziel: Untersuchung der Auswirkungen einer Versorgung von Frühgeborenen im Wärmebett verglichen mit einer Versorgung im Inkubator mit Blick auf Wärmeregulation und Gewichtsentwicklung.

Methode: Die Literatursuche erfolgte anhand der Standardkriterien der Cochrane Neonatal Review Group. Durchsucht wurden das Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library), die Oxford Database of Perinatal Trials, MEDLINE, CINAHL und EMBASE. Darüber hinaus wurden bereits verfügbare Reviews bis Mai 2009 einschließlich deren Literaturverzeichnisse gesichtet.

Einschlusskriterien: Studien mit randomisierter und quasi-randomisierter Allokation der Studienteilnehmer, bei denen die Frühgeborenen in der einen Gruppe in handelsüblichen Wärmebetten und in der anderen Gruppe in konventionellen luftbeheizten Inkubatoren versorgt wurden.

Datenerhebung und -auswertung: Die Autoren prüften unabhängig voneinander die Studienqualität und extrahierten die Daten hinsichtlich der primären Outcomes Wärmeregulation und Gewichtsentwicklung. Für die Meta-Analyse wurde das Fixed-Effect-Modell gewählt.

Ergebnisse: Von 11 potenziellen Studien wurden fünf mit insgesamt 247 Frühgeborenen in den Review aufgenommen. In vier Studien zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der durchschnittlichen Körpertemperatur von Frühgeborenen in Wärmebetten verglichen mit Frühgeborenen in Inkubatoren (mittlere Differenz (MD) 0,02 Grad, 95% Konfidenzintervall (KI) -0,02–0,07), in einer Studie waren Hypothermie-Episoden in der Gruppe der Frühgeborenen, die im Wärmebett versorgt wurden, signifikant häufiger (Relatives Risiko (RR) 1,48, 95% KI 1,04–2,09). Hinsichtlich der Gewichtsentwicklung zeigte sich in keiner der Studien ein Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen. Weniger Frühgeborene aus der Wärmebett-Gruppe wurden zum Zeitpunkt der Entlassung gestillt (typische RR 0,74, 95% KI 0,48–1,14, drei Studien, 150 Frühgeborene) und weniger Kinder aus dieser Gruppe verstarben vor der Entlassung aus dem Krankenhaus (typisches RR 0,59, 95% KI 0,28–1,25, vier Studien, 235 Frühgeborene) im Vergleich zu Kindern, die im Inkubator versorgt wurden. Diese Unterschiede waren allerdings nicht statistisch signifikant. Ein Review mit 5 Studien und insgesamt 231 Frühgeborenen, in denen die Versorgung in einem Wärmebett mit einer mit warmem Wasser gefüllten Matratze mit der Versorgung im Inkubator verglichen wurde, kam zu vergleichbaren Ergebnissen. In einer weiteren Untersuchung mit insgesamt 38 Frühgeborenen, in der die Versorgung in einem offenen Bett bei erhöhter Raumtemperatur mit der Versorgung in einem Inkubator verglichen wurde, zeigte eine geringere Gewichtszunahme in der ersten Lebenswoche bei den Frühgeborenen, die im offenen Bett versorgt wurden (MD -5,90g/kg/d, 95% KI -11,13–0,67). Nach zwei und drei Wochen war dieser Unterschied nicht mehr zu beobachten.

Schlussfolgerung: Wärmeregulation und Gewichtszunahme von Frühgeborenen sind bei Versorgung in einem Wärmebett mit einer mit warmem Wasser gefüllten Matratze bzw. einer Versorgung im Inkubator vergleichbar. Andere wichtige klinische Outcomes müssen durch weitere randomisierte, kontrollierte Studien untersucht werden. Dies gilt insbesondere für die Situation in Entwicklungsländern. Da es nur wenig belastbare Evidenzen zur Versorgung von Frühgeborenen im offenen Bett bei erhöhter Raumtemperatur gibt, wird dieses Vorgehen nicht empfohlen.

Übersetzung: Katja Stahl; D-Hamburg

ANDERE THEMEN

Entwicklung des Auftretens chronischer Erkrankungen beim Übergang vom Kindes- zum Jugendalter bei Kindern mit extrem niedrigem Geburtsgewicht

Hack M Schluchter M Andreias L Margevicius S Taylor HG Drotar D Cuttler L 2011 Change in prevalence of chronic conditions between childhood and adolescence among extremely low-birth-weight children, JAMA 306: 394–401

Hintergrund: Ein hoher Anteil der Kinder mit extrem niedrigem Geburtsgewicht (extremely low-birth-weight, ELBW, < 1000 g) hat in der Kindheit chronische Erkrankungen. Für die weitere Planung der Versorgung ist es wichtig zu wissen, wie sich die Gesundheit dieser Kinder im Jugendalter entwickelt.

Ziel: Untersuchung der Veränderung in den Raten des Auftretens chronischer Erkrankung zwischen 8 und 14 Jahren bei ELBW-Kindern verglichen mit einer Kontrollgruppe von Kindern mit normalem Geburtsgewicht (normal birth weight, NBW).

Methode, Setting, Teilnehmer: Kohortenstudie, mit 181 Kindern, die zwischen 2004 und 2009 in Cleveland, Ohio, mit einem Geburtsgewicht unter 1000 g geboren wurden verglichen mit einer Gruppe von 115 NBW-Kindern, geboren zwischen 1992 und 1995, die die gleichen soziodemografischen Merkmale aufwiesen.

Outcomeparameter: Rate chronischer Erkrankungen insgesamt (gemessen mit dem Questionnaire for Identifying Children With Chronic Conditions) sowie Raten von Asthma und Adipositas.

Ergebnisse: Die Gesamtrate chronischer Erkrankung bei ELBW-Kindern veränderte sich im Alter zwischen 8 und 14 Jahren nicht signifikant (75% im Alter von 8 Jahren vs. 74% im Alter von 14 Jahren) verglichen mit NBW-Kindern (37% im Alter von 8 Jahren vs. 47% im Alter von 14 Jahren). Auch nach Berücksichtigung möglicher Einflüsse von Sozialstatus, Alter und ethnischer Zugehörigkeit im Rahmen einer logistischen Regression war der Anteil der Kinder mit chronischen Erkrankungen im Alter von 14 Jahren in der ELBW-Gruppe höher als in der entsprechenden NBW-Gruppe (74% vs. 47%, adjustierte Odds Ratio (AOR) 2,8, 95% Konfidenzintervall (KI) 1,7–4,6). Der Anteil therapiepflichtiger Asthmaerkrankungen verändert sich bei ELBW-Kindern im Alter zwischen 8 und 14 Jahren nicht (jeweils 23%), in der Gruppe der NBW-Kindern stieg der Anteil von 8% im Alter von 8 Jahren auf 17% im Alter von 14 Jahren ($p = 0,002$). Der Unterschied mit Blick auf die Asthmaerkrankungen war zwischen den Gruppen im Alter von 14 Jahren nicht mehr signifikant (23% vs. 17%, AOR 1,5, 95% KI 0,8–2,8). Mittlere z-Scores (als Maß für das Ausmaß der Adipositas, A.d.U.) für den Body-Mass-Index (BMI) stieg in der ELBW-Gruppe von 0,06 im Alter von 8 Jahren auf 0,38 im Alter von 14 Jahren ($p < 0,001$). Der Anteil an Kindern mit Adipositas stieg in der ELBW-Gruppe von 12% auf 19% ($p = 0,02$). In der Gruppe der NBW-Kindern stiegen hingegen weder die z-Scores noch der Anteil der Kinder mit Adipositas. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen im Alter von 14 Jahren war weder hinsichtlich der z-Scores (0,38 vs. 0,56, adjustierter mittlerer Unterschied -0,2, 95% KI -0,5–0,1) noch mit Blick auf die Adipositas-Rate (19% vs. 20%, AOR 1,1, 95% KI 0,6–2,0) signifikant.

Schlussfolgerung: Der Anteil an chronischen Erkrankungen insgesamt sowie der Anteil an therapiebedürftigem Asthma veränderte sich bei ELBW-Kindern im Alter zwischen 8 bis 14 Jahren nicht, der Anteil der adipösen Kinder stieg hingegen an. Verglichen mit den NBW-Kindern der Kontrollgruppe war der Anteil der chronischen Erkrankungen bei ELBW-Kindern höher, die Rate an Asthma-Erkrankungen und Adipositas war in den beiden Gruppen nicht signifikant verschieden.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Unterscheidet sich die neue Generation kanadischer Geburtshelfer in ihren Ansichten und Einstellungen von der Vorgänger-Generation?

Klein MC Liston R Fraser WD Baradaran N 2011 Attitudes of the New Generation of Canadian Obstetricians: How Do They Differ from Their Predecessors? Birth 38: 129–139

Hintergrund: Einstellungen und Ansichten haben einen starken Einfluss auf die Praxis, möglicherweise sogar einen stärkeren als verfügbare wissenschaftliche Evidenzen.

Ziel: Das Ziel der Studie war es, festzustellen, ob sich die neue Generation kanadischer Geburtshelfer in ihren Einstellungen und Ansichten von ihren älteren Kollegen unterscheidet.

Methode: Schriftliche und Online-Querschnittsbefragung kanadischer Geburtshelfer (Canadian National Maternity Care Attitudes Survey).

Ergebnisse: Von den 8000 kanadischen Geburtshelfern, die Frauen intrapartal betreuen, antworteten 5449 (68,6%). Die Teilnehmer wurden für die Analyse in zwei Altersgruppen eingeteilt (bis 40 Jahre versus älter als 40 Jahre). Von den Geburtshelfern bis 40 Jahre waren 91% weiblich verglichen mit 40% der über 40-jährigen. Jüngere Geburtshelfer standen signifikant häufiger dem routinemäßigen Einsatz einer Periduralanästhesie (PDA) positiv gegenüber und waren der Ansicht, dass sie den Geburtsverlauf weder ungünstig beeinflusst noch häufiger zu einer instrumentellen Geburt führt. Sie sorgten sich stärker um die negativen Folgen einer vaginalen Geburt für Damm und Beckenboden im Vergleich zu einem Kaiserschnitt. Sie sahen die vaginale Geburt nach vorangegangener Sectio, Hausgeburten, Geburtspläne, die routinemäßige Episiotomie sowie den routinemäßigen Einsatz des CTG zum Nutzen von Mutter und Kind signifikant kritischer als ihre älteren Kollegen. Jüngere Geburtshelfer betrachteten die verschiedenen Maßnahmen zur Reduzierung der Sectiorate kritischer als die ältere Generation, maßen der Bedeutung mütterlicher Wahl und Einbindung in Entscheidungsprozesse hinsichtlich ihrer Betreuung weniger Gewicht bei, ebenso der Beurteilung der eigenen Arbeit durch Kollegen. Sie waren signifikant häufiger der Ansicht, dass Frauen mit einem Kaiserschnitt keine wichtige Erfahrung versäumten. Hinsichtlich der Einstellung zur vaginalen Beckenendlagengeburt wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen beobachtet.

Schlussfolgerung: Die Ansichten und Einstellungen jüngerer Geburtshelfer entsprechen in einigen Themen eher der aktuellen verfügbaren wissenschaftlichen Datenlage als die ihrer älteren Kollegen, in anderen hingegen nicht. Im Allgemeinen unterstützten jüngere Geburtshelfer eher geburtsmedizinische Interventionen bei einer normalen Geburt, einschließlich des routinemäßigen Einsatzes einer PDA. Der aktiven Rolle der Schwangeren maßen sie eine geringere Bedeutung bei als ihre älteren Kollegen. Der Kaiserschnitt stellt für sie eher die Lösung für viele Situationen dar, die sie als problematisch einschätzten. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass weitere Untersuchungen erforderlich sind, um festzustellen, wie diese positiven Einstellungen zu einer interventionsreichen Geburtshilfe bei normalen Geburten zustande kommen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg