

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 110 (2012)
Heft: 10

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: 05.04.2026

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

HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft

Gestationsdiabetes – neue Grenzwerte

Geburt

Outcome nach Geburtseinleitung

Positionen in der Austreibungsphase

Vorgehen in der Plazentarperiode und Nachwehen

Wochenbett

Geburtsmodus, Schmerzintensität und Depression

Neugeborene

Erwartungen und Erfahrungen zur Stillunterstützung

Schutzkittel auf der Neugeborenenintensivstation

Andere Themen

Mikroflora der Hand bei Gesundheitspersonal

Liebe Hebammen, liebe WeHen und Hebammenstudentinnen,

aus den sehr unterschiedlichen Beiträgen des aktuellen HeLiDi möchten wir zwei Artikel herausgreifen. Im März dieses Jahres wurde das routinemäßige Screening auf Gestationsdiabetes in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen. Vor dem Hintergrund der häufig sehr emotional geführten Diskussion und der nicht nur in Deutschland seltenen kritischen Stimmen stellt der Artikel von Cundy einen wertvollen Denkanstoß und eine willkommene Abwechslung dar.

Die aktuelle Kohortenstudie von Grivell und Kollegen zu mütterlichen und kindlichen Outcomes bei Geburtseinleitung ist ein weiterer Baustein in der Debatte um das Vorgehen bei Terminüberschreitung. Vor dem Hintergrund, dass die S1-Leitlinie zum Vorgehen bei Terminüberschreitung nach wie vor Bestandteil des AWMF-Leitlinien-Registers ist, unterstreicht diese Arbeit die Aktualität der Stellungnahme der DGHWi zu dieser Leitlinie, auch wenn diese bereits vor über einem Jahr verfasst wurde. Für die zahlreichen Schwangeren, die ihr Kind nicht vor oder am errechneten Geburtstermin bekommen, bleibt zu hoffen, dass mit dem Ablauf des Gültigkeitsdatums der Leitlinie zum 31.12.2012 der Forderung der DGHWi nach einer multiprofessionellen Überarbeitung unter Einbezug aktueller, qualitativ hochwertiger Evidenzen nachgekommen wird.

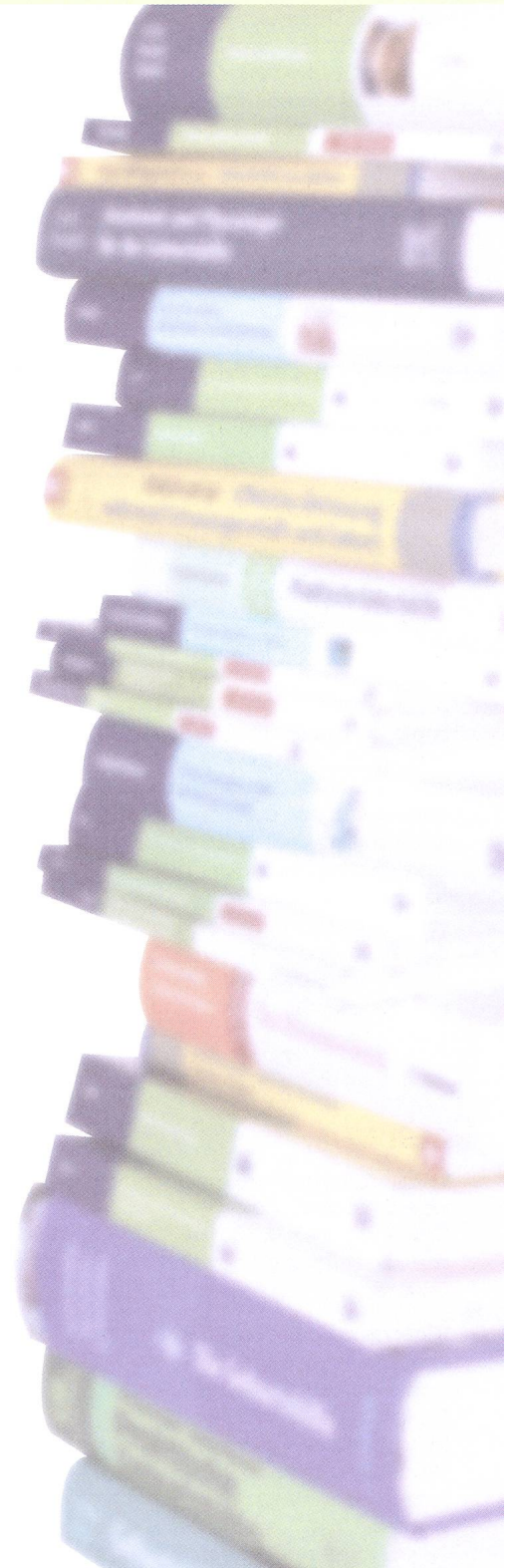
Nun wünschen wir Ihnen wie immer viel Spaß beim Lesen,

Die Herausgeberinnen:

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

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



SCHWANGERSCHAFT

Die neuen Grenzwerte zur Diagnose des Gestationsdiabetes – Zeit zum Innehalten?

Cundy T 2012 Proposed new diagnostic criteria for gestational diabetes – a pause for thought? *Diabetes Medicine* 29: 176–80

Die von der *International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups* (IADSPG) veröffentlichten neuen Grenzwerte zur Diagnose eines Gestationsdiabetes werden inzwischen von einer Reihe von Organisationen und Gesellschaften empfohlen, unter ihnen auch die *American Diabetes Association* (ADA) (ebenso wie die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und die Deutsche Diabetes Gesellschaft, A.d.Ü.). Mit diesen Grenzwerten werden zweibis dreimal so viele Frauen die Diagnose Gestationsdiabetes erhalten, was enorme Implikationen für die verfügbaren Ressourcen mit sich bringt. Abgeleitet wurden die neuen Grenzwerte aus den Ergebnissen der *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes* (HAPO)-Studie, in der ein kontinuierlicher Zusammenhang zwischen steigenden mütterlichen Blutzuckerwerten und zwei klinisch relevanten Outcomes (Sectorate und neonatale Hypoglykämie) sowie zwei Surrogat-Endpunkten (Geburtsgewicht und Nabelschnur-C-Peptid) beobachtet wurde. Die jüngeren randomisierten Interventionsstudien zu den Auswirkungen einer mäßigen Glukoseintoleranz deuten darauf hin, dass die Diagnose und Behandlung einer mäßigen Hyperglykämie im Wesentlichen zu einer Verringerung des Geburtsgewichts um durchschnittlich 100–140g führt sowie zu einer Reduktion der Häufigkeit des Auftretens von Schulterdystokien. Allerdings wurden die Teilnehmerinnen dieser Studien anhand anderer Kriterien diagnostiziert. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Frauen, die anhand der weniger strengen IADSPG-Kriterien diagnostiziert werden, in gleicher Weise von der Diagnose und Behandlung profitieren. Darüber hinaus treten die Mehrzahl der Fälle von Makrosomie und Schulterdystokie bei Frauen mit normalen Blutzuckerwerten auf, was bedeutet, dass der Nutzen der Identifikation von deutlich mehr „Gestationsdiabetes-Fällen“ durch die niedrigeren Grenzwerte mit großer Wahrscheinlichkeit minimal ist. Der aktuelle Fokus auf Frauen mit mäßiger Glukoseintoleranz könnte ein Irrweg sein, da die meisten unerwünschten Outcomes, die normalerweise mit einem Gestationsdiabetes in Verbindung gebracht werden, sehr viel stärker mit mütterlicher Adipositas und Gewichtszunahme in der Schwangerschaft assoziiert sind als mit Blutzuckerwerten. Das neue Testverfahren (bei dem die Diagnose bereits bei einem abweichenden Blutzuckerwert gestellt wird) ist notwendigerweise ungenau. Angesichts der zahlreichen Vorbehalte gegenüber den neuen diagnostischen Grenzwerten für einen Gestationsdiabetes brauchen wir dringend eine sachliche Debatte hinsichtlich der Risiken, Kosten und Vorteile, die mit ihrer Einführung verbunden sind.

Übersetzung: Katja Stahl; D-Hamburg

GEBURT

Mütterliche und neonatale Outcomes nach Geburtseinleitung: eine Kohortenstudie

Grivell RM Oakey H Chan A et al. 2012 Maternal and neonatal outcomes after induction of labor: a cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 91: 198–203

Hintergrund: Untersuchung mütterlicher und neonataler Outcomes bei Geburten am Termin in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche und Art des Geburtsbeginns.

Design: Kohortenstudie.

Setting: Nationale Perinataldatenbank.

Teilnehmerinnen: 28.626 Frauen mit Einlingsschwangerschaft, Schädellage, einem Schwangerschaftsalter $\geq 37+0$ Schwangerschaftswochen (SSW), spontanem Geburtsbeginn, Geburtseinleitung mit anerkannter medizinischer Indikation und Geburtseinleitung ohne

medizinische Indikation. Frauen mit Mehrlingsschwangerschaft, geplantem Kaiserschnitt, intrauterinem Fruchttod oder Abruptio mit genetischer Indikation wurden nicht in die Analyse aufgenommen. Medizinische Indikationen für eine Geburtseinleitung waren Diabetes (sowohl manifester Diabetes als auch Gestationsdiabetes), vorzeitiger Blasensprung, hypertensive Erkrankungen, intrauterine Wachstumsretardierung, Isoimmunisierung, pathologisches CTG, Chorioamnionitis, Übertragung und Blutung.

Methode: Kohortenstudie mit einem validierten Datensatz. Vergleich der Outcomes in Abhängigkeit von der Art des Geburtsbeginns mit Hilfe einer binären logistischen Regression.

Outcomeparameter: Kaiserschnitt, vaginal-operative Geburt, Geburtskomplikationen (postpartale Blutung, Wundinfektion, pathologisches CTG), Notwendigkeit einer Peridural- oder Spinalanästhesie, Dammriss III° oder IV° Grades, Perinataltod, kindliche Geburtsverletzungen, postpartale Sauerstoffgabe über mehr als 4 Stunden, Fototherapie, parenterale Ernährung, Verlegung des Neugeborenen.

Ergebnisse: Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen einer Geburtseinleitung ohne medizinische Indikation und einem signifikant häufigeren Auftreten verschiedener Outcomes, einschließlich des Kaiserschnitts (Relatives Risiko (RR) 1,67, 95% Konfidenzintervall (KI) 1,55–1,80; Number needed to harm (NNTH)=10) verglichen mit spontanem Geburtsbeginn oder Einleitung mit medizinischer Indikation. Im Vergleich zu Frauen mit spontanem Geburtsbeginn hatten Frauen mit einer Einleitung ohne medizinische Indikation häufiger eine Epidural- oder Spinalanästhesie (RR 1,45, 95% KI 1,40–1,50; NNTH=6), Geburtskomplikationen (RR 1,55, 95% KI 1,46–1,65; NNTH=10), ebenso wurde das Kind häufiger verlegt (RR=1,64 95% KI 1,51–1,79; NNTH 17) und es bestand häufiger die Notwendigkeit einer Behandlung (RR=1,44, 95% KI 1,31–1,59; NNTH=22). Das niedrigste Risiko für unerwünschte Outcomes bei Mutter und Kind zeigte sich bei Geburten zwischen der vollendeten 38. und 39. SSW und bei Geburten mit spontanem Wehenbeginn.

Schlussfolgerung: Eine Geburtseinleitung ohne medizinische Indikation ist verbunden mit einem erhöhten Risiko für unerwünschte Outcomes für Mutter und Kind. Eine Politik der großzügigen Einleitung am Termin ohne medizinische Indikation bei ansonsten unauffälligem Schwangerschaftsverlauf sollte überdacht werden.

Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg

Positionen in der Austreibungsphase für Frauen ohne Periduralanästhesie

Gupta JK Hofmeyr GJ Shehmar M 2012 Positions in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5

Hintergrund: Die Diskussion, ob eine aufrechte Position (sitzend, hockend, kniend, auf dem Gebärstuhl oder -hocker) zur Geburt des Kindes für die Gebärenden Vorteile gegenüber einer liegenden Position hat, wird seit Jahrhunderten kontrovers diskutiert.

Ziel: Untersuchung der Vorteile und Risiken verschiedener Positionen während der Austreibungsphase (AP), d. h. von der vollständigen Eröffnung des Muttermundes bis zur Geburt des Kindes.

Methode: Literatursuche im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register (28.02.2012).

Einschlusskriterien: Randomisierte und quasi-randomisierte, kontrollierte Studien, in denen eine aufrechte Position oder die Seitenlage während der AP mit der Rücken- oder Steinschnittlage verglichen wurden. Studien, in denen aufrechte Positionen untereinander oder mit der Seitenlage verglichen wurden, fanden ebenfalls Berücksichtigung.

Datenerhebung und -analyse: Zwei Review-Autoren prüften unabhängig voneinander die verfügbaren Studien auf ihre Eignung und ihre methodische Qualität. Mindestens zwei Review-Autoren extrahierten die Daten aus den Einzelstudien. Die Daten wurden auf ihre Plausibilität geprüft.

Hauptergebnisse: Die Ergebnisse sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da die methodische Qualität der 22 aufgenommenen Studien (mit insgesamt 7280 Frauen) sehr unterschiedlich war.

Sowohl bei Erst- als auch bei Mehrgebärenden zeigte sich eine Verkürzung der AP in aufrechter Position (Mittlere Differenz (MD) –3,71 Minuten, 95% Konfidenzintervall (KI) –8,78 – 1,37 Minuten; 10 Studien, 3485 Frauen), die jedoch nicht statistisch signifikant war. Darüber hinaus zeigte sich in aufrechter Position eine signifikante Verringerung der Rate operativer Geburten (Risk Ratio (RR) 0,78, 95% KI 0,68–0,90; 19 Studien, 6024 Frauen), der Episiotomierate (durchschnittliche RR 0,79, 95% KI 0,70–0,90; 12 Studien, 4541 Frauen) sowie eine erhöhte Rate an Dammrissen II° (RR 1,35, 95% KI 1,20–1,51; 14 Studien, 5367 Frauen). Schließlich zeigten sich in aufrechter Position seltener auffällige Veränderungen im kindlichen Herztonmuster (RR 0,46, 95% KI 0,22–0,93; 2 Studien, 617 Frauen), ein Blutverlust > 500 ml wurde hingegen häufiger beobachtet (RR 1,65, 95% KI 1,32–2,60; 13 Studien, 5158 Frauen), wobei es bei letzterem Ergebnis Hinweise für einen Publikationsbias gibt.

Bei Erstgebärenden, die während der AP eine aufrechte Position einnahmen, wurde im Vergleich zu Erstgebärenden, die sich während der AP in Rückenlage befanden, eine Verkürzung der AP beobachtet (Mittlere Differenz (MD) 3,24 Minuten, 95% KI 1,53–4,95 Minuten; 9 Studien), die jedoch statistisch nicht signifikant war und im Wesentlichen auf die Gruppe der Frauen zurückzuführen war, die ein Kissen verwendeten, das die hockende Position unterstützt.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse des Reviews weisen darauf hin, dass aufrechte Positionen während der AP für Gebärende ohne PDA mit verschiedenen Vorteilen verbunden sind sowie einem erhöhten Risiko für einen Blutverlust > 500 ml. Die methodische Qualität der verfügbaren Studien ist sehr unterschiedlich, es sind weitere methodisch hochwertige Untersuchungen erforderlich, bevor definitive Aussagen zu den Vor- und Nachteilen verschiedener Positionen während der AP für Frauen ohne PDA getroffen werden können. Solange dies nicht der Fall ist, sollten die Gebärenden die Möglichkeit haben, selbst zu entscheiden, welche Positionen sie einnehmen möchten.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Nachwehen: Vergleich zwischen aktivem und abwartendem Vorgehen in der Plazentarperiode

Jangsten E Bergh I Mattson L Hellström A Berg M 2011 *Afterpains: A comparison between active and expectant management of the third stage of labour. Birth* 38:294–301

Hintergrund: Das Management der Plazentarperiode ist von großer Bedeutung. Die routinemäßige Gabe von Oxytocin wird zur Verringerung des Blutverlusts empfohlen. Es wird vermutet, allerdings bisher noch nicht systematisch untersucht, dass die Oxytozingabe zu verstärkten Nachwehen führen kann.

Ziel: Ziel dieser Studie war es, die Schmerzintensität und Qualität der Nachwehen aus der Sicht von Frauen mit Oxytozingabe in der Plazentarperiode mit den Nachwehen von Frauen, bei denen ein abwartendes Vorgehen gewählt wurde, zu vergleichen.

Methode: Einfach verblindete, randomisierte, kontrollierte Studie in zwei schwedischen geburtshilflichen Abteilungen. Frauen mit normaler Einlingsschwangerschaft, die zwischen der 34. und 43. Schwangerschaftswoche geboren hatten, wurden in die Studie aufgenommen. Die Frauen (n=1802) wurden nach dem Zufallsprinzip der Gruppe mit aktivem Vorgehen (routinemäßige Oxytozingabe) oder abwartendem Vorgehen in der Plazentarperiode zugeordnet. Nachwehen wurden zwei Stunden nach Geburt der Plazenta sowie am Tag nach der Geburt mittels einer visuellen Analog-Skala (VAS) (Einstufung der Schmerzintensität auf einer Skala von 1–100, A.d.Ü.) und dem Pain-o-Meter (POM-WDS) (Beschreibung der Schmerzen über die Auswahl von Adjektiven aus einer Liste mit 15 sensorischen und 11 affektiven Adjektiven) erhoben.

Ergebnisse: Zwei Stunden nach der Geburt gaben Frauen in der Gruppe mit aktivem Management niedrigere VAS-Schmerz-Scores an als Frauen der Gruppe mit abwartendem Vorgehen (p=0,014). In beiden Gruppen wurde die Schmerzintensität am Tag nach der Geburt höher eingestuft als zwei Stunden nach Geburt der Plazenta. Mehrgebärende stufen ihre Nachwehen als stärker ein als Erstgebärende, unabhängig vom Vorgehen in der Plazentarperiode. (p<0,001).

Schlussfolgerung: Ein aktives Vorgehen in der Plazentarperiode führt nicht zu stärkeren Nachwehen als ein abwartendes Vorgehen.

Übersetzung: Katja Stahl; D-Hamburg

WOCHENBETT

Schmerzintensität im frühen Wochenbett und Geburtsmodus: Prädiktoren für persistierende Schmerzen und postpartale Depression?

Eisenach JC Pan PH Smiley R Lavand'homme P Landau R Houle TT 2008 *Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. Pain* 140: 87–94

Hintergrund: Die Kaiserschnittraten steigen weiterhin an. Es besteht ein Zusammenhang zwischen operativen Eingriffen und chronischen Schmerzen, die wiederum mit Depressionen assoziiert sind. Darüber hinaus sind starke, akute Schmerzen nach einer Operation ein wichtiger Prädiktor für chronische Schmerzen.

Ziel: Überprüfung des Einflusses des Geburtsmodus und akuter Schmerzen auf das Auftreten persistierender Schmerzen und postpartaler Depression.

Teilnehmerinnen: 1288 Wöchnerinnen mit vaginaler Geburt (68%) bzw. Kaiserschnitt (32%).

Methode: Multizentrische, prospektive, longitudinale Kohortenstudie. Erfassung der Schmerzintensität 36 Stunden post partum durch persönliches Interview sowie Abfrage persistierender Schmerzen bzw. depressiver Symptome 8 Wochen post partum per Telefoninterview. Berechnung des Einflusses des Geburtsmodus auf akute Schmerzen in den ersten Stunden nach der Geburt, auf das Auftreten persistierender Schmerzen und depressiver Symptome acht Wochen nach der Geburt sowie der gegenseitigen Abhängigkeiten erfolgte mittels Regressionsanalyse adjustiert mit einem Propensity Score.

Ergebnisse: Insgesamt gaben 10,9% der Frauen in den ersten 36 Stunden nach der Geburt sehr starke Schmerzen an, acht Wochen nach der Geburt gaben noch 9,8% persistierende Schmerzen und 11,2% depressive Symptome an. Frauen mit starken akuten Schmerzen in den ersten 36 Stunden nach der Geburt hatten ein 2,5fach erhöhtes Risiko für persistierende Schmerzen und ein 3fach erhöhtes Risiko für das Auftreten depressiver Symptome verglichen mit Frauen mit mäßigen Schmerzen, unabhängig vom Geburtsmodus. Insgesamt gab 1 von 5 Frauen mit Kaiserschnitt starke akute Schmerzen in den ersten 36 Stunden nach der Geburt an und 1 von 13 Frauen mit vaginaler Geburt. Durch diese Schmerzen fühlten sich 85% der Frauen nach Sectio und 57% der Frauen nach vaginaler Geburt in ihrer Mobilität, in ihrer Stimmung, in der Interaktion mit dem Kind und mit anderen Personen, in ihrer Konzentrationsfähigkeit und beim Schlafen beeinträchtigt.

Schlussfolgerung: Ein Kaiserschnitt selbst ist nicht mit einem erhöhten Risiko für persistierende Schmerzen und das Auftreten depressiver Symptome acht Wochen nach der Geburt assoziiert. Hingegen besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen starken akuten Schmerzen nach der Geburt, die von Frauen mit Kaiserschnitt häufiger angegeben werden, und persistierender mütterlicher Morbidität. Ein besseres postpartales Schmerzmanagement erscheint sinnvoll.

Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg

NEUGEBORENE

Ein steiniger Weg – Erwartungen und Erfahrungen zur Stillunterstützung

Redshaw M Henderson J 2012 *Learning the hard way – Expectations and Experiences of infant feeding support. Birth* 39: 21–9

Hintergrund: Stillen muss von Mutter und Kind erlernt werden. Aus psychischen, sozialen und entwicklungsphysiologischen Gründen wird das Stillen, außer in wenigen Ausnahmesituationen, für alle Neugeborenen empfohlen.

Ziel: Ziel dieser Untersuchung war es, ein besseres Verständnis für die notwendigen Voraussetzungen zu gewinnen, die einen guten Stillbeginn und ein erfolgreiches Stillen ermöglichen.

Methode: Die Antworten mit Bezug zur Ernährung des Neugeborenen auf die offenen Fragen einer umfangreichen nationalen Befragung zur geburtshilflichen Betreuung und Versorgung in England wurden mit qualitativen Methoden ausgewertet.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen 2966 Frauen an der Befragung teil (Rücklaufquote 62,7%), davon machten 2054 Frauen Angaben zu den Freitextfragen, wovon wiederum 534 die Ernährung des Kindes thematisierten. Die wesentlichen Themen, die von den Frauen angesprochen wurden, lassen sich folgendermaßen beschreiben: „mangelnde Übereinstimmung zwischen Erwartungen und Erfahrungen“, „emotionale Reaktionen“ zu diesem Zeitpunkt, „Verhalten und Einstellung des betreuenden Fachpersonals“, „die Organisation und Ausstattung der Wochenbettstation“. Unterthemen bezogen sich auf die Suche nach Unterstützung, widersprüchliche Ratschläge, Zwang zum Stillen, die Qualität der Beziehung zu den betreuenden Fachpersonen, fehlender Respekt für die Entscheidungen der Frauen, Wünsche, Vorerfahrungen und Wissen.

Schlussfolgerung: Viele Frauen, die erfolgreich stillten, hatten das Gefühl, hierfür „einen steinigen Weg“ gegangen zu sein. Einige Frauen, die nicht stillten, hatten das Gefühl, als „schlechte Mutter“ wahrgenommen zu werden und bei einer der ersten Aufgaben als Mutter „versagt“ zu haben. Die wahrgenommene Haltung der betreuenden Fachpersonen beeinflusste die Selbstwahrnehmung der Frauen und was sie von ihren ersten Stillerfahrungen in Erinnerung behielten.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Schutzkittel für Personal und Besucher zur Prävention neonataler Morbidität und Mortalität

Webster J Pritchard MA 2011 *Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*

Hintergrund: Das Tragen von Schutzkitteln ist auf Säuglings- und Neugeborenen-Intensivstationen weit verbreitet. Es wird davon ausgegangen, dass durch diese Maßnahme der Ausbreitung nosokomialer Infektionen vorgebeugt werden kann und Personal und Besucher durch das Tragen der Kittel daran erinnert werden, sich vor dem Kontakt mit dem Neugeborenen die Hände zu waschen.

Ziel: Ziel des Reviews war die Untersuchung der Auswirkung des Tragens von Schutzkitteln durch Personal und Besucher auf die Häufigkeit des Auftretens von Infektionen und Todesfällen auf Neugeborenen-Stationen.

Literatursuche: Die Literatursuche wurde nach den Standardkriterien der Cochrane Collaboration und der ihr zugehörigen Neonatal Review Group durchgeführt. Durchsucht wurden das Cochrane Central register of Controlled Trials (CENTRAL, The Cochrane Library, Issue 1, 2009), MEDLINE (1950–Januar 2009), Embase (1950–Januar 2009) und CINAHL (1982–Januar 2009). Ein Update der Recherche wurde im Dezember 2010 durchgeführt.

Einschlusskriterien: In den Review aufgenommen wurden alle Studien, in denen eine randomisierte oder quasi-randomisierte Zuteilung zu den Untersuchungsgruppen vorgenommen worden war und in denen das Tragen von Schutzkitteln durch Personal oder Besucher verglichen wurde mit dem Verzicht auf diese Maßnahme.

Auswertung: Datenerhebung und -auswertung wurden nach den Standardkriterien der Cochrane Collaboration und der Neonatal Review Group durchgeführt. Datenextraktion und Bewertung der Studienqualität wurden von zwei Reviewern unabhängig voneinander vorgenommen. In den veröffentlichten Arbeiten fehlende Informationen wurden von drei Autoren angefragt, von denen jedoch nur einer auf die Anfrage reagierte. Die Ergebnisse werden in Form von relativen Risiken (RR) oder Mittelwertsunterschieden mit einem 95% Konfidenzintervall (KI) angegeben.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 8 Studien in den Review aufgenommen. Die Studienqualität war unterschiedlich, nur zwei Studien konnte eine gute Qualität bescheinigt werden. Bei einem Verzicht auf das Tragen von Schutzkitteln wurde ein Trend zu einer niedrigeren Rate an Todesfällen beobachtet (RR 0,84, 95% KI 0,70–1,02) verglichen mit dem Tragen von Schutzkitteln, der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens nosokomialer Infektionen konnte kein Unterschied zwischen den Gruppen ermittelt werden (RR 1,24, 95% KI 0,90–1,71). Die Gesamtanalyse zeigte keinen Effekt des Tragens von Schutzkitteln auf die Häufigkeit des Auftretens von Keimbesiedelung, Dauer des Krankenhausaufenthaltes oder die Häufigkeit des Händewaschens. Zu den Auswirkungen des Tragens von Schutzkitteln durch Besucher wurden keine Studien gefunden.

Schlussfolgerung: In der verfügbaren Literatur finden sich keine Belege, dass das Tragen von Schutzkitteln neonatalen Todesfällen vorbeugen oder zu einer Vermeidung einer Keimbesiedelung der Neugeborenen auf Säuglings- oder Neugeborenen-Intensivstationen beitragen kann.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

ANDERE THEMEN

Faktoren die die Mikroflora der Hand beeinflussen

Fagernes M Lingaas E 2011 *Factors interfering with the microflora on hands: a regression analysis of samples from 465 healthcare workers. Journal of Advanced Nursing* 67:297–307

Ziel: In der vorliegenden Studie wurde der Einfluss von Fingerringen, Armbanduhren, Nagellack, Fingernagellänge, Handlotion, Geschlecht und berufliche Tätigkeit auf die Mikroflora der Hände von im Gesundheitswesen Tätigen untersucht.

Methode: Bei 465 norwegischen Gesundheitsfachpersonen wurden zu zwei verschiedenen Studienzeitpunkten (2004 und 2007) Proben mit Hilfe der „Glove Juice Methode“ abgenommen und auf die Gesamtzahl der Bakterien sowie das Vorhandensein von *Staphylococcus aureus*, Enterobakterien und nicht-fermentativen gramnegativen Stäbchen untersucht. Die Datenauswertung erfolgte mittels multipler Regression.

Ergebnisse: Beim Tragen einer Armbanduhr wurde eine höhere Gesamtbakterienzahl auf den Händen beobachtet als beim Verzicht auf eine Armbanduhr (Odds Ratio (OR) 3,25, 95% Konfidenzintervall (KI) 1,73–6,07; $p < 0,001$). Das Tragen eines einfachen Fingerrings erhöhte die Besiedelung der Hände mit Enterobakterien (OR 2,71, 95% KI 1,42–5,20, $p = 0,003$). Ein erhöhte Besiedelung mit *Staphylococcus aureus* wurde bei einer Fingernagellänge über 2 mm festgestellt (OR 2,17 95% KI 1,29–3,66, $p = 0,004$) sowie nach dem Auftragen einer Handlotion (OR 22,52 95% KI 4,05–125,30, $p < 0,001$). Zwischen dem Tragen von Nagellack und einer erhöhten Keimbesiedelung der Hände konnte kein Zusammenhang festgestellt werden, zwischen der beruflichen Tätigkeit und einer erhöhten Besiedelung mit *S. aureus* und Enterobakterien hingegen schon.

Schlussfolgerung: Im Gesundheitswesen Tätige sollten auf das tragen von Ringen und Armbanduhren verzichten. Fingernägel sollten kürzer als 2mm geschnitten werden, Nagellack kann getragen werden.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg