

**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch  
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband  
**Band:** 111 (2013)  
**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:** 16.03.2025

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

# HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

## Schwangerschaft

Subjektive Wahrnehmung von Schwangerschaftsrisiken  
Entwicklung der Blutdruckwerte im Verlauf der Schwangerschaft  
Sectioaufklärung

## Geburt

Alternative versus konventionelle Geburtsorte  
Evidenzbasierte Betreuung bei Haus- und Klinikgeburt  
Einflussfaktoren auf die Gebärlage

## Wochenbett

Gewicht und Körperbild nach der Geburt

## Andere Themen

Kontinuierliche Betreuung und Sectiorate

### *Liebe Hebammen, liebe WeHen und Hebammenstudentinnen,*

die vorliegende Ausgabe greift in einem Beitrag ein interessantes Thema auf, nämlich die Bedeutung der persönlichen, subjektiven Wahrnehmung von Schwangerschaftsrisiken bei jüngeren im Vergleich zu älteren Erstgebärenden. Das Ergebnis der kanadischen Studie lässt offensichtlich bedeutende Auswirkungen auf Schwangerschaftsvorsorge und Interventionspraxis erkennen.

Andere hier vorgestellte Studien rund um das Thema Geburt widmen sich durchaus „modernen“ Fragestellungen.

Gibt es unterschiedliche Auswirkungen bei einer Betreuung in einem alternativen Rahmen im Vergleich zum klassischen Kreissaal? Können hierbei auch sekundäre Effekte den Geburtsort beeinflussen?

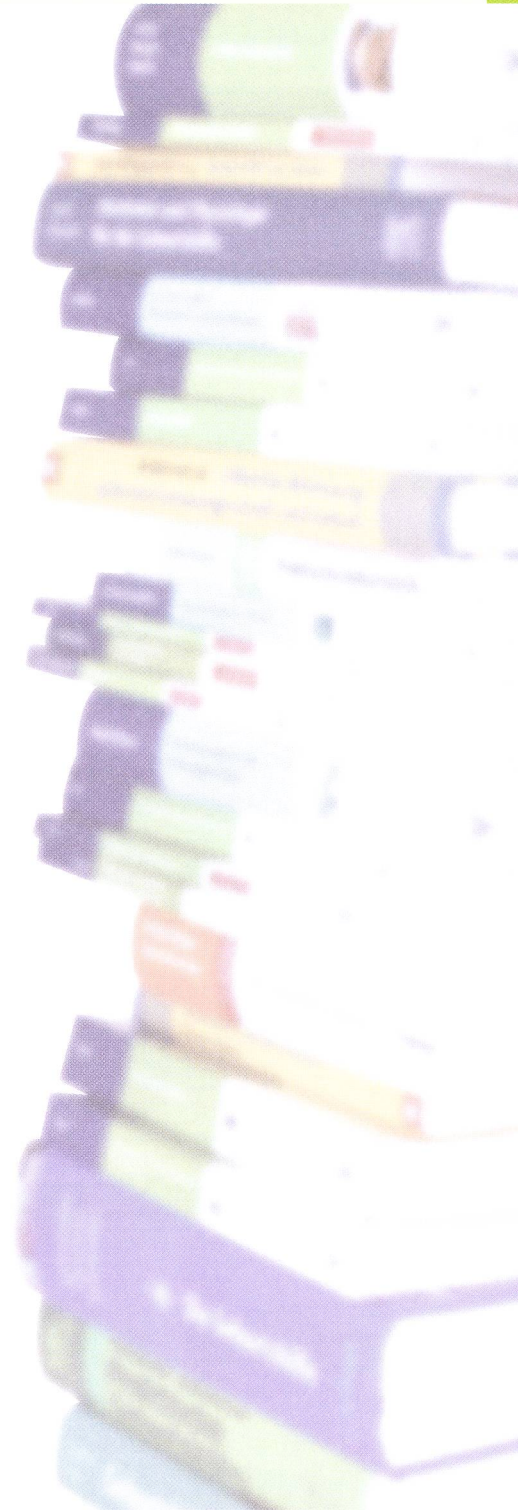
In einem weiteren Beitrag rückt zusätzlich zur Frage des Geburtsortes (Haus- versus Klinikgeburt) die Präsenz der Hebamme näher in den Vordergrund.

Abgerundet wird dieser Themenkomplex durch einen Beitrag, der sich mit den Auswirkungen der Geburtsposition auf das Wohlbefinden von Mutter und Kind sowie den Geburtsverlauf insgesamt beschäftigt.

Freuen Sie sich auf vielversprechende Ergebnisse und spannende Studien!

Viel Freude und Spaß bei der Lektüre wünschen Ihnen wie immer die Herausgeberinnen

Dr. 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, 0511/5326116, gross.mechthild@mh-hannover.de



## SCHWANGERSCHAFT

### Vergleich der Wahrnehmung von Schwangerschaftsrisiken bei jüngeren und älteren Erstgebärenden

Bayrampour H Heaman M Duncan KA et al. 2012 Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced age and younger age. *Journal of Midwifery and Women's Health* 57:445–53

**Hintergrund:** In den letzten drei Dekaden hat der Anteil der Frauen, die ihr erstes Kind mit Mitte 30 oder Anfang 40 bekommen, stetig zugenommen. Vor dem Hintergrund, dass ein höheres mütterliches Alter mit einem höheren Risiko für unerwünschte mütterliche und kindliche Outcomes im Zusammenhang steht, werden diese Frauen als Risikoschwangere klassifiziert. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass die persönliche subjektive Risikowahrnehmung eine wichtige Rolle spielt für die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen sowie für Entscheidungsprozesse während der Schwangerschaft. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Risikowahrnehmung von Erstgebärenden über 35 Jahren zu vergleichen mit der Risikowahrnehmung von jüngeren Frauen. Darüber hinaus sollte der Zusammenhang zwischen der Risikowahrnehmung und verschiedenen anderen ausgewählten Variablen untersucht werden.

**Methode:** Insgesamt wurden 159 Erstgebärende aus Winnipeg, Manitoba (Kanada) aus verschiedenen Settings rekrutiert und gebeten mehrere Fragebögen auszufüllen, über die die subjektive Wahrnehmung von Schwangerschaftsrisiken, das Wissen über Risiken, schwangerschaftsbedingte Ängste, die Einschätzung des subjektiven Gesundheitsstatus, das medizinische Risiko sowie die Einschätzung, wie sehr die Frauen das Gefühl der Kontrolle über ihre eigene Situation haben, abgefragt wurden.

**Ergebnisse:** Erstgebärende über 35 Jahre hatten einen höheren Bildungsstand, waren eher während der Schwangerschaft berufstätig und wiesen einen höheren medizinischen Risiko-Score auf als jüngere Erstgebärende. Die älteren Frauen schätzten ihr Risiko für sich und ihr Kind höher ein als die jüngeren. Hierzu gehörten das Risiko für einen Kaiserschnitt, das Risiko, während der Schwangerschaft zu versterben, für eine Frühgeburt, für ein Kind mit Fehlbildung und für die Notwendigkeit einer postpartalen Verlegung des Neugeborenen auf eine neonatologische Station. Hinsichtlich schwangerschaftsbedingter Ängste, dem Wissen über Risiken, der Einschätzung des Gefühls der Kontrolle über die eigene Situation und des subjektiven Gesundheitsstatus zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

**Diskussion:** Erstgebärende über 35 Jahre schätzen ihr Risiko für unerwünschte perinatale Outcomes höher ein als jüngere Erstgebärende, unabhängig von ihrem tatsächlichen medizinischen Risiko. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Gespräche über Schwangerschaftsrisiken im Rahmen der Vorsorge dazu beitragen können, die Frauen zu unterstützen eine informierte Entscheidung zu treffen, ihre Ängste zu lindern und zu helfen, unnötige Interventionen zu vermeiden.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

### Veränderungen des Blutdrucks bei normotensiven Schwangeren, SIH, Präeklampsie und essentieller Hypertonie

MacDonald-Wallis C Lawler DA Fraser A et al. 2012 Blood pressure change in normotensive, gestational hypertensive, preeclamptic, and essential hypertensive pregnancies. *Hypertension* 59: 1241–8

**Zusammenfassung:** Wir verglichen die Entwicklung des Blutdrucks im Verlauf der Schwangerschaft bei normotensiven Frauen, Frauen, die eine schwangerschaftsinduzierte Hypertonie (SIH) oder eine Präeklampsie entwickelten und von Frauen mit essentieller Hypertonie. Untersucht werden sollte, wie sich der Blutdruck in diesen verschiedenen Situationen unterschiedlich entwickelt und ob bestimmte Muster einen Hinweis dafür geben können, welche Frauen ein höheres Risiko für eine hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft haben.

Hierfür wurden die Blutdruckmessungen im Rahmen der Schwangervorsorge (Median: 14 Messungen pro Frau) von 13.016 Frauen der *Avon Longitudinal Study of Parents and Children* analysiert, die einen Einling oder Zwillinge zur Welt gebracht hatten, der/die mindestens das vollendete erste Lebensjahr erreicht hatte/n.

Zur Analyse der Veränderungen im systolischen und diastolischen Blutdruck wurde eine Spline-Regression eingesetzt. Die Blutdruckwerte wurden zu folgenden Zeitpunkten erhoben: 8.–18. Schwangerschaftswoche (SSW), 18.–30. SSW, 30.–36. SSW und  $\geq 36$ . SSW. Frauen mit essentieller Hypertonie und diejenigen, die eine SIH oder eine Präeklampsie entwickelten, hatten in der 8. SSW (Baseline) einen höheren Blutdruck als normotensive Frauen. Der Blutdruckabfall bis zur 18. SSW war bei Frauen, die eine SIH entwickelten, geringer als bei normotensiven Frauen. Verglichen mit letztgenannten stieg der Blutdruck ab der 18. SSW bei Frauen mit SIH und Präeklampsie schneller an, bei Frauen mit essentieller Hypertonie zeichnete sich dieser schnellere Anstieg ab der 30. SSW ab. Bei Frauen, die eine Präeklampsie entwickelten, stieg der Blutdruck ab der 30. SSW schneller an als bei Frauen, die eine SIH entwickelten und als bei Frauen mit essentieller Hypertonie.

Unsere Ergebnisse zeigen unterschiedliche Muster in der Blutdruckentwicklung bei Frauen mit einer SIH, Präeklampsie bzw. essentieller Hypertonie sowie normotensiven Frauen. Das Wissen um diese unterschiedlichen Muster kann dabei helfen, diejenigen Frauen zu identifizieren, die ein erhöhtes Risiko haben im Verlauf der Schwangerschaft eine hypertensive Erkrankung zu entwickeln.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

### Sectionaufklärung: Wird sie von den Frauen verstanden und an was erinnern sie sich?

Odumosu M Pathak S Barnett-Lamb E et al. 2012 Understanding and recollection of the risk associated with cesarean delivery during the consent process. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 118: 153–3

**Ziel:** In dieser Studie sollte untersucht werden, an welche Informationen aus der Sectionaufklärung sich die Frauen 24 Stunden später erinnern, insbesondere an welche mit dem Eingriff verbundenen Risiken.

**Methode:** Frauen, die zwischen Mai 2009 und August 2010 im Barnett and Chase Farm Hospitals NHS Trust per Kaiserschnitt (geplant oder ungeplant) geboren hatten, füllten 24 Stunden nach der Geburt einen Fragebogen aus. Wöchnerinnen, die sich nicht an die Risiken erinnerten (Gruppe 1) wurden verglichen mit denjenigen, die sich an die Risiken erinnern konnten, über die sie aufgeklärt worden waren (Gruppe 2).

**Ergebnisse:** Insgesamt nahmen 554 Frauen an der Studie teil. Frauen der Gruppe 1 (n=140) hatten eine vierfach höhere Wahrscheinlichkeit für einen ungeplanten Kaiserschnitt als Frauen der Gruppe 2 (n=414) (Odds Ratio (OR) = 4; 95% Konfidenzintervall (KI) 2,5–6,2). Frauen der Gruppe 2 hatten eher einen höheren Schulabschluss und eine fast 7fach höhere Wahrscheinlichkeit, die Erklärungen im Rahmen der Sectionaufklärung verstanden zu haben (OR=6,9; 95% KI 3,3–14,2). Darüber hinaus erinnerten sie sich eher, dass die Risiken des Eingriffs erklärt worden waren (OR=9,4; 95% KI 5,2–17,1). Mehr Frauen der Gruppe 1 berichteten, dass sie bei der ersten Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft gerne eine Informationsbroschüre zum Kaiserschnitt erhalten hätten.

**Schlussfolgerung:** Eine von vier Frauen konnte sich kurz nach der Geburt an keines der besprochenen Risiken des Kaiserschnitts erinnern. Diese Frauen hatten die Aufklärung auch seltener verstanden und konnten sich seltener an die Inhalte des Aufklärungsgesprächs erinnern.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

## GEBURT

### Alternative versus konventionelle institutionelle Geburtsorte

Hodnett ED, Downe S, Walsh D et al. 2012 *Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8*

**Hintergrund:** In Industrieländern bringt die überwiegende Mehrzahl der Frauen ihr Kind in einem Krankenhaus zur Welt. Die Zahl der routinemäßig durchgeführten geburtsmedizinischen Interventionen hat in den letzten Jahrzehnten ebenfalls stetig zugenommen. Dies hat zu einer ganzen Reihe von Fragen hinsichtlich des Nutzens, der Sicherheit und der Risiken dieser Entwicklung für gesunde Schwangere geführt. Ein konventioneller Kreißaal entspricht in seinem Design dem eines Krankenzimmers, d.h. das Bett ist das zentrale Element im Raum und die medizinischen Geräte sind für alle sichtbar. Im Bestreben, eine normale Geburt für gesunde Schwangere zu fördern, wurden eine Reihe alternativer Settings entwickelt. Bei einigen handelt es sich um wohnlich eingerichtete Räume innerhalb des Kreißaalbereichs. Andere sind als wohnlich eingerichtete Räumlichkeiten direkt neben dem konventionellen Kreißaal konzipiert. Daneben gibt es auch eigenständige Geburtshäuser. Neuerdings wurden Räumlichkeiten entwickelt, die nicht einfach nur einen wohnlicheren Charakter haben, sondern über eine Reihe sensorischer Stimuli und Einrichtungsgegenstände verfügen, die beruhigend auf die Gebärende wirken und sie darin unterstützen sollen, sich nicht ausgeliefert zu fühlen und sich frei bewegen zu können (Snoezelen Rooms).

**Ziel:** Primär: Vergleich der Auswirkungen einer Betreuung in einem alternativen institutionellen Setting und einem klassischen Kreißaal. Sekundär: Zu untersuchen, ob die Effekte des Geburtsortes durch die personelle Besetzung, bauliche Aspekte, Organisationsstrukturen oder die geografische Lage beeinflusst werden.

**Recherche:** Durchsucht wurde das Cochrane Pregnancy and Childbirth Trials Register (30.03.2012).

**Einschlusskriterien:** Alle randomisierten und quasi-randomisierten kontrollierten Interventionsstudien zum Effekt eines alternativen institutionellen Settings im Vergleich zum konventionellen Klinik-Setting.

**Datenerhebung und -analyse:** Beides erfolgte nach den Standardmethoden der Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Group. Zwei Review-Autoren prüften die methodische Qualität der Studien und extrahierten die Daten. Die Ergebnisse werden in Form von Risk Ratios (RR) und zugehörigem 95% Konfidenzintervall (KI) dargestellt.

**Ergebnisse:** Es wurden 10 Studien mit insgesamt 11.795 Frauen in den Review aufgenommen. Interventionsstudien zu unabhängigen Geburtshäusern und Snoezelen Rooms wurden nicht gefunden. Die Geburt in einem alternativen institutionellen Setting ging einher mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für keine Analgesie/Anästhesie während der Geburt (6 Studien, n=8953, RR 1,18, 95% KI 1,05-1,33), eine Spontangeburt (8 Studien, n=11.202, RR 1,03, 95% KI 1,01-1,05), Stillen sechs bis acht Wochen nach der Geburt (1 Studie, n=1147, RR 1,04, 95% KI 1,02-1,06) und eine sehr positive Betreuungserfahrung (2 Studien, n=1207, RR 1,96, 95% KI 1,78-2,15). Die Geburt in einem alternativen institutionellen Setting war darüber hinaus verbunden mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine Periduralanästhesie (8 Studien, n=10.931, RR 0,80, 95% KI 0,74-0,87), eine Oxytozingabe zur Wehenunterstützung (8 Studien, n=11.131, RR 0,77, 95% KI 0,67-0,88), eine vaginal-operative Geburt (8 Studien, n=11.202, RR 0,89, 95% KI 0,79-0,99) und eine Episiotomie (8 Studien, n=11.055, RR 0,83, 95% KI 0,77-0,90). Für weitere mütterliche oder kindliche Outcomes konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Settings festgestellt werden. Ob die Frau immer von derselben oder unterschiedlichen Personen betreut wurde, zeigte ebenfalls keinen Effekt auf die untersuchten Outcomes.

Mit Blick auf die Auswirkungen einer kontinuierlichen Betreuung und der baulichen Gegebenheiten können auf Basis der verfügbaren

Studien keine Aussagen für die untersuchten Outcomes gemacht werden. Dies liegt v.a. daran, dass in einigen Studien die Ergebnisse zu den Auswirkungen der baulichen Gegebenheit stark durch wesentliche Unterschiede in der Organisation der Betreuung beeinflusst waren (unterschiedlicher Personalstamm in den einzelnen Settings, eher eine Realisierung einer Eins-zu-Eins-Betreuung), weswegen es schwierig ist, Schlüsse hinsichtlich der Effekte der physikalischen Umgebung zu ziehen.

**Schlussfolgerung:** Bei der Geburt in einem alternativen institutionellen Setting werden seltener geburtsmedizinische Interventionen durchgeführt und die Frauen berichten eher über eine sehr positive Geburtserfahrung. Die Risiken für Mutter und Kind sind dabei nicht höher als im konventionellen Kreißaalsetting.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

### Erhalten Erstgebärende, die eine Hausgeburt planen, eher eine evidenzbasierte Betreuung? Eine Vergleichsstudie zwischen Haus- und Klinikgeburten betreut von der gleichen Hebamme

Miller S, Skinner J 2012 *Are first-time mothers who plan home birth more likely to receive evidence-based care? A comparative study of home and hospital care provided by the same midwives. Birth 39: 135-44*

**Hintergrund:** Studien zum Geburtsort haben wiederholt und übereinstimmend niedrigere Interventionsraten in weniger technisierten Settings gezeigt. Das Ausmaß, in dem der Geburtsort per se zu diesen Ergebnissen beigetragen hat, ist weniger eindeutig. Ziel dieser Untersuchung war es, die Geburtsergebnisse von Erstgebärenden, die zuhause oder in der Klinik geboren hatten und von der gleichen Hebamme betreut wurden, zu vergleichen.

**Methoden:** In der Folge eines Fokusgruppeninterviews zum Vergleich der Hebammenbetreuung in verschiedenen Settings wurde ein innovativer Survey entwickelt. Verglichen wurden zwei Gruppen von Erstgebärenden mit niedrigem geburtshilflichem Risiko, die auch in weiteren demografischen und anderen Merkmalen vergleichbar waren. Die Frauen der einen Gruppe planten eine Hausgeburt, die Frauen der anderen Gruppe wollten ihr Kind im Krankenhaus zur Welt bringen. Untersucht wurden verschiedene Geburtsoutcomes, die Betreuung durch die Hebammen sowie die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien zur intrapartalen Betreuung von Frauen mit niedrigem geburtshilflichem Risiko in beiden Gruppen.

**Ergebnisse:** Der Rücklauf betrug 72% (n=225). Frauen der Gruppe mit geplanter Klinikgeburt (n=116) nahmen häufiger Formen der pharmakologischen Schmerzlinderung in Anspruch, erfuhren mehr geburtsmedizinische Interventionen, hatten postpartal häufiger eine verstärkte Nachblutung und brachten ihr Kind seltener auf vaginalem Weg zur Welt als Frauen der Gruppe mit geplanter Hausgeburt (n=109). Alle Gruppenunterschiede waren statistisch signifikant (p<0,05).

**Schlussfolgerung:** Auch wenn Erstgebärende von derselben Hebamme betreut werden, erfahren diejenigen, die eine Hausgeburt planen, sowohl eher eine interventionsarme Geburt als auch eine evidenzbasierte Betreuung im Vergleich zu Frauen, die eine Klinikgeburt planen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

### Einflussfaktoren auf die Gebärdposition und Implikationen

Priddis H, Dahlen H, Schmied V 2012 *What are the facilitators, inhibitors and implications of birth positioning? A Review of the literature. Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives 25:100-6*

**Hintergrund:** Historische Aufzeichnungen zeigen, dass eine aufrechte Position zur Geburt der Normalfall war, während heute Frauen in westlichen Kulturen ihre Kinder in der Regel in einer halbliegenden Position zur Welt bringen.

**Ziel:** Sichtung der verfügbaren Literatur zu den Auswirkungen der Gebärdposition auf das mütterliche und kindliche Wohlbefinden so-

wie zu den Einflussfaktoren, die das Einnehmen unterschiedlicher Positionen während der Eröffnungs- und Austreibungsphase begünstigen bzw. behindern.

**Methode:** Es wurde eine Suchstrategie formuliert und in folgenden Datenbanken wurde recherchiert: CINAHL, CIAP, Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, Biomed Central, OVID und Google Scholar. Die Suche wurde auf Veröffentlichungen der letzten 15 Jahre beschränkt, da der Fokus auf die aktuelle Literatur gelegt werden sollte. Mehr als 40 Arbeiten wurden als relevant identifiziert und in den Review aufgenommen.

**Ergebnisse:** In der Literatur wird sowohl über physische wie psychische Vorteile berichtet, wenn Frauen die Möglichkeit haben, physiologische Positionen während der Wehen und eine aufrechte Position ihrer Wahl zur Geburt einzunehmen. Frauen, die während der Wehen aufrechte Positionen einnehmen, haben eine kürzere Eröffnungs- und Austreibungsphase, erfahren weniger Interventionen, empfinden den Wehenschmerz als weniger stark und sind mit der Geburt insgesamt zufriedener als Frauen, die in halbliegender Position oder in Rücken- bzw. Steinschnittlage gebären. Der einzige Nachteil scheint ein höherer postpartaler Blutverlust zu sein, der möglicherweise mit einer stärkeren perinealen Ödembildung bei aufrechten Positionen zusammenhängen könnte. Faktoren und Maßnahmen, die in dem jeweiligen Betreuungssystem dazu beitragen, unterschiedliche Positionen während der Eröffnungs- und Austreibungsphase einzunehmen, sind bisher nur wenig erforscht. Es besteht ein Zusammenhang zwischen aufrechten Positionen während der Wehentätigkeit und der Geburt und bestimmten Betreuungsmodellen und Geburtsorten. Die Vorlieben der Betreuungspersonen für bestimmte Positionen sowie ihre Einstellungen und Ansichten zur Geburt werden ebenfalls als Einflussfaktoren in der Literatur genannt.

**Schlussfolgerung:** Die Faktoren, die das Einnehmen physiologischer Positionen während der Wehen und zur Geburt begünstigen oder behindern, ein Verständnis für die Bedeutung des Betreuungsmodells und Geburtsorts, für die Vorlieben der Frauen und Hebammen für bestimmte Positionen sowie dafür, wie diese Vorlieben in die Praxis transferiert werden, muss stärker als bisher untersucht werden.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

## WOCHENBETT

### Gewicht nach der Geburt: Welches Körperbild vermitteln führende australische Frauenzeitschriften?

Roth H Homer C Fenwick J 2012 "Bouncing back": How Australia's leading women's magazines portray the postpartum "body". *Women and Birth: the Journal of the Australian College of Midwives* 25:128-34

**Ziel:** Zu untersuchen, welches Körperbild von Frauen nach der Geburt durch Berichte in australischen Medien über prominente Frauen, die ein Kind geboren haben, vermittelt wird. Mit der Studie sollten Einblicke in gesellschaftlich vermittelte Faktoren gewonnen werden, die das Erscheinungsbild von Frauen und ihre Erwartungen während der Schwangerschaft und der ersten Zeit nach der Geburt beeinflussen können.

**Methode:** Mittels einer Medieninhaltsanalyse wurden 25 Berichte (Bilder und Texte) aus drei führenden australischen Frauenzeitschriften über prominente Mütter und ihrem Körper nach der Geburt analysiert. Die Berichte waren zwischen Januar und Juni 2009 publiziert worden, insgesamt wurden 58 Ausgaben gesichtet.

**Ergebnisse:** Es wurden eine Reihe textlicher und visueller Botschaften identifiziert. Das zentrale Thema im Zusammenhang mit dem Körper nach der Geburt kann als „Zurück zur Normalität“ (Bouncing back) beschrieben werden. Die Berichte suggerierten, dass Wöchnerinnen sich in gleicher Weise darum bemühen sollten, wieder so auszusehen wie vor der Schwangerschaft, als wenn sie sich von einer Krankheit erholen würden. Drei Unterthemen, die eine Gewichtsabnahme unterstützten, wurden identifiziert: „Die Jagd nach dem Normalgewicht“, „Stillen um das Normalgewicht wieder zu erreichen“ und „Vorgeben, nach dem Normalgewicht zu streben“. Unter

dem vierten Unterthema „Den neuen Körper genießen“ wurden Berichte prominenter Mütter zusammengefasst, die ihren durch die Geburt veränderten, aber gesunden Körper zu akzeptieren schienen.

**Schlussfolgerung:** In der Untersuchung wurde die Erwartung deutlich, dass Frauen nach der Geburt so schnell wie möglich das gleich Gewicht wie vor der Schwangerschaft wieder erreichen sollten. Ein Verständnis dafür, wie diese medialen Darstellungen das Körperbild von Wöchnerinnen und die Erwartungen an den eigenen Körper in der ersten Zeit nach der Geburt beeinflussen können, kann betreuende Fachpersonen darin unterstützen, Gespräche über dieses Thema sinnvoll zu führen und Vorstellungen über den idealen Körper in Frage zu stellen. Wöchnerinnen darin zu unterstützen, sich und ihre Körper so zu akzeptieren, wie er ist, und ihr Vertrauen in ihre Fähigkeit zur Elternrolle zu stärken, ist ein entscheidender Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Betreuung.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

## ANDERE THEMEN

### Auswirkungen einer kontinuierlichen Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (caseload midwifery) bei Low-Risk-Frauen auf die Sectiorate: eine randomisierte, kontrollierte Studie (COSMOS)

McLachlan H Forster D Davvey M et al. 2012 Effects of continuity of care by a primary by a primary midwife (caseload midwifery) on cesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 119: 1483-92

**Hintergrund:** Prüfen, ob eine hauptverantwortliche Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Frauen mit geringem geburtshilflichen Risiko zu einer niedrigeren Sectiorate führt als die Standardbetreuung.

**Design:** Randomisierte, kontrollierte Studie.

**Setting:** Krankenhaus der Maximalversorgung in Melbourne, Australien.

**Teilnehmerinnen:** 2314 Schwangere mit geringem geburtshilflichen Risiko.

**Methode:** Frauen der Interventionsgruppe wurden während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hauptverantwortlich von einer Hebamme betreut, die ggf. durch eine weitere Hebamme vertreten wurde. Frauen der Kontrollgruppe wurden entweder von den jeweils diensthabenden Hebammen oder geburtshilflichen Assistenzärzten oder von niedergelassenen Hausärzten betreut.

**Outcomeparameter:** Primäres Outcome war die Kaiserschnitttrate. Als sekundäre Outcomes wurden die Rate der vaginal-operativen Geburten, Analgesie, Dammverletzungen, Geburtseinleitung, Verlegung des Neugeborenen, Schwangerschaftsalter zum Zeitpunkt der Geburt, APGAR-Werte und Geburtsgewicht untersucht.

**Ergebnisse:** Nach dem Zufallsprinzip wurden 1156 Frauen der Interventionsgruppe und 1158 Frauen der Kontrollgruppe zugeordnet. Frauen mit kontinuierlicher Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hatten seltener einen Kaiserschnitt (19,4% versus 24,9%, Relatives Risiko (RR) (RR) 0,78; 95% Konfidenzintervall (KI) 0,67-0,91; p=0,001), häufiger eine Spontan- geburt (63,0% versus 55,7%; RR 1,13; 95% KI 1,06-1,21; p=0,001), seltener eine Periduralanästhesie während der Geburt (30,5% versus 34,6%; RR 0,88; 95% KI 0,79-0,996; p=0,04) und seltener eine Episiotomie (23,1% versus 29,4%; RR 0,79; 95% KI 0,67-0,92; p=0,003). Die Neugeborenen der Interventionsgruppe wurden seltener verlegt (4,0% versus 6,4%; RR 0,63; 95% KI 0,44-0,90; p=0,01). Keines der kindlichen Outcomes war in der Kontrollgruppe besser.

**Schlussfolgerung:** In Settings mit relativ hohen Kaiserschnitttraten macht die Betreuung von Frauen mit geringem geburtshilflichem Risiko während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch eine hauptverantwortliche Hebamme eine Senkung der Kaiserschnitttraten sehr wahrscheinlich.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg