

an fachlicher Unterstützung sehen. Es fehlen auch Fragen zur Gestaltung der Beziehung mit dem Kind (Wahrnehmen von und Reaktion auf kindliche Bedürfnisse, Blick- und Körperkontakt zu dem

Kind). Zu beiden Bereichen wurden Formulierungen in der Stellungnahme der DGHWi vorgeschlagen.

Literatur

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). *Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres*. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/15/ (Stand: 18.10.2014).

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2975). www.gesetze-im-internet.de/kkg/BJNR297510011.html (Stand: 29.08.2014).

Meysen, T., Schönecker, L. & Kindler, H. (2009). *Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim, München: Juventa.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2013). *Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich*. www.fruehehilfen.de/familienhebammen/dokumentationsvorlagen/ (Stand: 16.09.2014).

Autorinnen:

Elke Mattern, M.Sc., Dr. rer. medic. Gertrud Ayerle, Prof. Dr. phil. Monika Greening im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Vergleich der aktiven und abwartenden (An-)Leitung von Frauen in der Nachgeburtsphase

Begley, C. M., Gyte, G. M. L., Devane, D., McGuire, W. & Weeks, A.

Übersetzung der Zusammenfassung des Cochrane Reviews durch Nina Peterwerth, Hebamme, B.Sc. Midwifery

Hintergrund

Mit aktiver Leitung der Nachgeburtsphase ist das prophylaktische Verabreichen eines Uterotonikums, ein frühes Abnabeln und der kontrollierte Zug an der Nabelschnur (controlled cord-traction) zur Gewinnung der Plazenta gemeint. Bei der abwartenden Leitung werden Zeichen der Plazentalösung abgewartet und die Plazenta wird spontan geboren. Die aktive Leitung wurde mit dem Ziel eingeführt, Blutungen, welche einen Hauptfaktor für die maternale Mortalität in einkommensschwachen Ländern darstellen, zu reduzieren.

Ziel

Vergleich der Wirksamkeit von aktiver und abwartender Leitung der Nachgeburtsphase.

Methodisches Vorgehen

Wir durchsuchten das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register (15. Februar 2011).

Auswahlkriterien

Randomisierte und quasi-randomisierte kontrollierte Studien, welche eine aktive und abwartende Leitung der Nachgeburtsphase vergleichen.

Datensammlung und Analyse

Zwei Review-Autor/innen bewerteten unabhängig voneinander die Studien hinsichtlich Einschluss, schätzten das Bias-Risiko ein und führten die Datenextraktion aus.

Hauptergebnisse

Wir berücksichtigten sieben Studien (mit insgesamt 8.247 Frauen), welche alle in Krankenhäusern durchgeführt wurden, davon sechs in einkommensstarken Ländern und eine in einem einkommensschwachen Land. Vier Studien verglichen die aktive und abwartende Leitung und drei verglichen die aktive Leitung mit einer Kombination von einzelnen, jedoch nicht allen Maßnahmen der

aktiven und abwartenden Leitung. In der Analyse nutzten wir Random-effects Modelle aufgrund der klinischen Heterogenität der Studien. Es fehlten hochwertige Studien mit hoher Evidenzstärke bezüglich unserer primären Endpunkte (Outcomes). Die Ergebnisse legten nahe, dass die aktive Leitung für Frauen mit unterschiedlichem Blutungsrisiko sowohl das durchschnittliche Risiko einer maternalen primären Blutung zur Zeit der Geburt reduzierte (mehr als 1000 ml) (durchschnittliches Risk Ratio (RR) 0,34; 95% Konfidenzintervall (CI) 0,14 bis 0,87; drei Studien, 4.636 Frauen) als auch das durchschnittliche Risiko eines postpartalen maternalen Hämoglobinwerts (Hb) unter 9 g/dl (durchschnittliches RR 0,50; 95% CI 0,30 bis 0,83; zwei Studien, 1.572 Frauen). Darüber hinaus fanden wir weder einen Unterschied in der Inzidenz von Verlegungen von Säuglingen auf die Neonatalstationen (durchschnittliches RR 0,81; 95% CI 0,60 bis 1,11; zwei Studien, 3.207 Frauen) noch in der Inzidenz eines behandlungsbedürftigen Neugeborenen-Ikterus (durchschnittliches RR 0,96; 95% CI 0,55 bis 1,68; zwei Studien, 3.142 Frauen). Es gab keine Daten bezüglich unserer anderen primären Outcomes, wie schwere postpartale Blutung (PPH) zur Zeit der Geburt (mehr als 2.500 ml), maternale Mortalität oder behandlungsbedürftige neonatale Polyzythämie.

Die aktive Leitung zeigte auch eine signifikante Senkung des primären Blutverlusts von mehr als 500 ml, des durchschnittlichen Blutverlusts der Frau während der Geburt, von maternalen Bluttransfusionen und der Verabreichung therapeutischer Uterotonika während der Nachgeburtphase und/oder innerhalb der ersten 24 Stunden. Außerdem zeigte die aktive Leitung einen signifikanten Anstieg des maternalen diastolischen Blutdrucks, von Erbrechen nach der Geburt, Nachwehen und dem Gebrauch von Analgetika ab der Geburt bis zur Verlegung aus dem Kreißsaal. Ebenso kehrten

mehr Frauen mit Blutungen ins Krankenhaus zurück (dieses Outcome war vorab nicht festgelegt worden). Bei aktiver Leitung fiel außerdem eine Senkung des Geburtsgewichts des Neugeborenen auf, welches auf das geringere Blutvolumen aufgrund des Eingriffs in die plazentare Transfusion zurück zu führen ist.

In der Untergruppe von Frauen mit niedrigem Risiko für eine schwere Blutung gab es ähnliche Ergebnisse, mit der Ausnahme, dass keine signifikanten Unterschiede zu den Vergleichsgruppen bezüglich schwerer Blutungen oder einem maternalen Hb unter 9 g/dl (nach 24 bis 72 Stunden) ausgemacht werden konnten.

Bluthochdruck und der Eingriff in die plazentare Transfusion könnten vermieden werden, wenn die aktive Leitung modifiziert werden würde, zum Beispiel durch Weglassen des Uterotonikums und das zeitliche Hinausschieben des Abnabelns, jedoch haben wir in diesem Review hierfür keinen direkten Beleg.

Fazit der Autoren

Obwohl es an Studien mit hoher Evidenzstärke mangelt, reduzierte die aktive Leitung der Nachgeburtphase das Risiko für Blutungen von mehr als 1000 ml zur Zeit der Geburt in einer Population von Frauen mit unterschiedlichem Risiko für schwere Blutungen, allerdings wurden unerwünschte Wirkungen beobachtet. Frauen sollten Informationen über die Vor- und Nachteile beider Methoden erhalten, um eine informierte Entscheidung zu unterstützen. Angesichts der Bedenken bezüglich des frühen Abnabelns und der möglichen Nebenwirkungen einiger Uterotonika ist es zukünftig entscheidend, die einzelnen Komponenten der Leitung der Nachgeburtphase genauer zu betrachten. Ferner werden Daten aus einkommensschwachen Ländern benötigt.

Zitation des Cochrane Reviews:

Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD007412. doi:10.1002/14651858.CD007412.pub3.

Nachtrag:

Wir bitten, die Zitation der Zusammenfassung des Cochrane-Reviews zu beachten, welche in der *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 02(01), S. 20-21, fehlte:

Magnesium-Ergänzung in der Schwangerschaft

(Übersetzung durch Nina Peterwerth, Hebamme, B.Sc. Midwifery)

Zitation:

Makrides M, Crosby DD, Bain E, Crowther CA. Magnesium supplementation in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD000937. doi: 10.1002/14651858.CD000937.pub2.