



Top-5-Liste für Fachpersonen

1

Kein Abnabeln des Neugeborenen vor der ersten Minute nach der Geburt, sofern keine Notsituation vorliegt



Das Abklemmen der Nabelschnur nicht vor einer Minute ist für termin- und frühgeborene Säuglinge von Vorteil. Bei Säuglingen am Termin erhöht das verzögerte Abklemmen der Nabelschnur den Hämoglobinspiegel und verbessert die Eisenspeicher in den ersten Lebensmonaten, was sich günstig auf die Entwicklung der Kinder auswirken kann. Bei Frühgeburten ist das Abklemmen der Nabelschnur nicht vor einer Minute mit erheblichen neonatalen Vorteilen verbunden, einschliesslich einer verbesserten Übergangszirkulation, einer besseren Etablierung des Volumens roter Blutkörperchen, einem geringeren Bedarf an Bluttransfusionen und einer geringeren Inzidenz von nekrotisierender Enterokolitis und intraventrikulären Blutungen.



Quellen:

Choosing Wisely Italy, 2015 | McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. | Clamping of the umbilical cord and placental transfusion. *RCOG Sci Paper No.14*, 2009. Guidelines on Basic Newborn Resuscitation, World Health Organization 2012. | Li J, Yang X, Yang F, et al. Immediate vs delayed cord clamping in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract* 2021; 75:e14709. | Gomersall J, Berber S, Middleton P, et al. Umbilical Cord Management at Term and Late Preterm Birth: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2021; 147. | Purisch SE, Ananth CV, Arditi B, et al. Effect of Delayed vs Immediate Umbilical Cord Clamping on Maternal Blood Loss in Term Cesarean Delivery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2019; 322:1869. | Rabe H, Gyte GM, Diaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 9:CD003248. | Qian Y, Ying X, Wang P, et al. Early versus delayed umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet* 2019; 300:531. | Wyckoff MH, Singletary EM, Soar J, et al. 2021 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; First Aid Task Forces; and the COVID-19 Working Group. *Circulation* 2022; 145:e645. | American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: ACOG Committee Opinion, Number 814. *Obstet Gynecol* 2020; 136:e100. | Liyanage SK, Ninan K, McDonald SD. Guidelines on Deferred Cord Clamping and Cord Milking: A Systematic Review. *Pediatrics* 2020; 146. | McDonald SD, Narvey M, Ehman W, et al. JOINT SOGC-CPS CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: Guideline No. 424: Umbilical cord management in preterm and term infants. *Paediatr Child Health* 2022; 27:254. | Duley L, Dorling J, Gyte G. When should the umbilical cord be clamped? *BMJ* 2015; 351:h4206. | Die vaginale Geburt am Termin, S3 Leitlinie AWMF, Registernummer 015-083, Stand: 22.12.2020

2

Keine Geburtseinleitung oder Kaiserschnitt planen oder empfehlen vor 39 0/7 SSW ohne klare medizinische Indikation



Die aktuelle Studienlage zeigt, dass elektive Sectiones oder Einleitungen vor 39 0/7 SSW die Risiken für das Kind signifikant erhöhen. Die Kinder sind häufiger NICU-pflichtig und zeigen vermehrt die folgenden Komplikationen: erhöhte Wahrscheinlichkeit einer transienten Tachypnoe des Neugeborenen, erhöhte Inzidenz des Atemnotsyndroms, vermehrt Atemunterstützung nötig, erhöhte Wahrscheinlichkeit einer vermuteten oder nachgewiesenen Sepsis sowie erhöhte Wahrscheinlichkeit von Ernährungsproblemen des Neugeborenen. Das kindliche Risiko bei einem geplanten Kaiserschnitt ist zwischen 37 0/7 SSW bis 37 6/7 SSW am höchsten. Bis 38 6/7 SSW lässt sich ein signifikant erhöhtes Risiko für Komplikationen nachweisen.



Quellen:

Choosing Wisely Italy, 2015 | Elimination of non-medically indicated (elective) deliveries before 39 weeks gestational age. Main E, Oshiro B, Chagolla B, Bingham D, Dang-Kilduff L, Kowalewski L (California Maternal Quality Care Collaborative). California: March of Dimes; First edition July 2010. California Department of Public Health; Maternal, Child and Adolescent Health Division; Contract No: 08-85012 | Committee Opinion No. 688: Management of Suboptimally Dated Pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2017 Mar;129(3):e29-e32. Doi: 10.1097/AOG.0000000000001949. PMID: 28225423. | ACOG committee opinion no. 561: Nonmedically indicated early-term deliveries. *Obstet Gynecol*. 2013 Apr;121(4):911-915. Doi: 10.1097/01.AOG.0000428649.57622.a7. PMID: 23635710. Reaffirmed 2017. | Society of Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee. Electronic address: pubs@smfm.org. SMFM Statement on Elective Induction of Labor in Low-Risk Nulliparous Women at Term: the ARRIVE Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Jul;221(1):B2-B4. Doi: 10.1016/j.ajog.2018.08.009. Epub 2018 Aug 9. PMID: 30098985. | ACOG Committee Opinion No. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol*. 2019 Jan;133(1):e73-e77. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003006. PMID: 30575678 | Die Sectio caesarea, S3 Leitlinie AWMF, Registernummer 015-084, Stand: 01.06.2020

3

Keine routinemässigen Kaiserschnitte bei Status nach Sectio empfehlen oder planen



Die vorliegenden wissenschaftlichen Studien empfehlen für alle Frauen den Versuch einer vaginalen Geburt bei Status nach Sectio (VBAC), sofern keine klaren medizinischen Kriterien für eine weitere Schnittentbindung vorliegen. Eine elektive Re-Sectio ist mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden. Hierzu gehören insbesondere ein höherer Blutverlust, chirurgische Komplikationen und Plazentaanomalien in zukünftigen Schwangerschaften im Vergleich zu Frauen mit einer vaginalen Geburt bei Status nach Sectio. Eine vaginale Geburt bei Status nach Sectio ist mit einem leicht erhöhten Risiko einer Uterusnarbenruptur verbunden. Die Uterusnarbenruptur ist ein seltenes Ereignis, wobei das Outcome für Kind und Mutter jedoch ganz klar vom Geburtsort und der Möglichkeit zur Durchführung eines sicheren Notfallkaiserschnittes abhängig ist.



Quellen:

Choosing Wisely Italy, 2019 | American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG Practice Bulletin No. 115 Vaginal birth after previous cesarean. *Obstet Gynecol*. 2010 | Royal College of Obstetricians & Gynaecologists Birth After Previous Cesarean Birth. Green-top Guideline No. 45; October 2015 | Landon MB et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581-2589 | ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. 2019 Feb;133(2):e110-e127. doi: 10.1097/AOG.0000000000003078. PMID: 30681543. | Yokoi A, Ishikawa K, Miyazaki K, Yoshida K, Furuhashi M, Tamakoshi K. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after cesarean delivery in Japanese women. *Int J Med Sci*. 2012;9(6):488-91. doi: 10.7150/ijms.4682. Epub 2012 Aug 15. PMID: 22927774; PMCID: PMC3427953. | Die Sectio caesarea, S3 Leitlinie AWMF, Registernummer 015-084, Stand: 01.06.2020



4

Keine medikamentöse Augmentation der Wehen (Wehenunterstützung) ohne klare medizinische Indikation



Wenn der Geburtsverlauf regelrecht ist und es Mutter und Kind gut geht, sollen keine Interventionen zur Wehenunterstützung angeboten und empfohlen werden. Spontane Wehen sind für Mutter und Kind sicherer und fördern bei beiden die kurz- und langfristige Gesundheit. Die Latenzphase ist definiert als die Zeitspanne von Geburtsbeginn bis zu einer Muttermundseröffnung (MM) von 4–6 cm. Die Diagnose einer protrahierten Eröffnungsphase (EP) soll erst mit Beginn der aktiven/späten EP gestellt werden. Unter der aktiven (oder späten) EP versteht man die Zeitspanne von MM 4–6 cm bis MM vollständig. Anzeichen für eine protrahierte EP sind: Muttermundseröffnung < 2 cm in 4 Stunden (Erstgebärende und Mehrgebärende), Verlangsamung der Eröffnungsgeschwindigkeit (Mehrgebärende), fehlende Veränderung bei Höhenstand bzw. Einstellung des vorangehenden Teils sowie beginnende Wehenschwäche. Bei einem protrahierten Verlauf in der aktiven EP soll zuerst eine Amniotomie angeboten werden. Erst in einem zweiten Schritt soll zur Oxytocingabe beraten und ggf. eine Behandlung durchgeführt werden. Die Austrittsphase (AP) wird in zwei Unterphasen unterteilt: die latente/passive AP und die aktive/späte AP mit sichtbarem Kind und/oder reflektorischer Pressdrang bei vollständigem MM bzw. aktives Pressen ohne reflektorischen Pressdrang. Eine protrahierte AP wird diagnostiziert, wenn die Geburt in der aktiven AP bezüglich der Rotation und/oder Tiefer-treten bei einer Erstgebärenden über zwei Stunden und bei einer Mehrgebärenden über eine Stunde inadäquate Fortschritte aufweist. Möglichkeiten zur Behandlung einer protrahierten AP sind vor allem die Energiezufuhr, Mobilisation/Lagewechsel der Mutter, Amniotomie und Oxytocingabe.

5

Keine routinemässige Durchführung einer Episiotomie bei vaginalen Geburten



Studien zeigen, dass eine routinemässige Episiotomie mehr schadet als nützt. Bei einer zurückhaltenden Anwendung der Episiotomie zeigen sich weniger höhergradige Dammverletzungen, weniger Verletzungen, die genäht werden müssen, und weniger Komplikationen bei der Wundheilung. Dabei gibt es keinen Unterschied in Bezug auf postpartale Dammschmerzen, schwere Geburtsverletzungen oder die langfristige Funktionalität des Beckenbodens. Zeigt ein Kind bei der Geburt ein pathologisches Herztonmuster kann ein Dammschnitt eine vaginale Geburt beschleunigen.



Quellen:

Choosing Wisely ABIM, USA, 2016. | Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 23;6:CD007123. | Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, Perdoná G, Souza JP, Gülmezoglu AM. Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG.* 2018 Jul;125(8):944-954. doi: 10.1111/1471-0528.14930. Epub 2017 Nov 3. PMID: 28892266; PMCID: PMC6033146. | Bonet M, Oladapo OT, Souza JP, Gülmezoglu AM. Diagnostic accuracy of the partograph alert and action lines to predict adverse birth outcomes: a systematic review. *BJOG.* 2019 Dec;126(13):1524-1533. doi: 10.1111/1471-0528.15884. Epub 2019 Aug 18. PMID: 31334912; PMCID: PMC6899985. | Steer PJ. Improving our understanding of uterine activity during labour. *BJOG.* 2022 May;129(6):985. doi: 10.1111/1471-0528.17035. Epub 2021 Dec 17. PMID: 34847260. | Blankenship SA, Raghuraman N, Delhi A, Woolfolk CL, Wang Y, Macones GA, Cahill AG. Association of abnormal first stage of labor duration and maternal and neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Sep;223(3):445.e1-445.e15. doi: 10.1016/j.ajog.2020.06.053. PMID: 32883453. | Cardaillac C, Rua C, Simon EG, El-Hage W. L'ocytocine et la dépression du post-partum [Oxytocin and postpartum depression]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2016 Oct;45(8):786-795. French. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.05.002. Epub 2016 Jun 14. PMID: 27312097. | Myers ER, Sanders GD, Coeytaux RR, McElligott KA, Moorman PG, Hicklin K, Grotegut C, Villers M, Goode A, Campbell H, Befus D, McBroom AJ, Davis JK, Lallinger K, Fortman R, Kosinski A. Labor Dystocia [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 May. Report No.: 20-EHC007. PMID: 32479038. | Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2006-. Oxytocin. [Updated 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK50149>. | Kruijt H, Nuppenon I, Heinonen S, Rahkonen L (2022) Comparison of delivery outcomes in low-dose and high-dose oxytocin regimens for induction of labor following cervical ripening with a balloon catheter: A retrospective observational cohort study. *PLoS ONE* 17(4): e0267400. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267400>. | Die vaginale Geburt am Termin, S3 Leitlinie AWMF, Registernummer 015 – 083, Stand: 22.12.2020



Quellen:

Choosing Wisely Canada, 2020. | Carolli G, et al. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000081. PMID: 10796120. | Lee L, et al. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016 Sep;38(9):843-865. PMID: 27670710. | Gimovsky AC, Berghella V. Evidence-based labor management: second stage of labor (part 4). *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2022 Mar;4(2):100548. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100548. Epub 2021 Dec 4. PMID: 34871779. | Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Apr;247:94-100. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.02.025. Epub 2020 Feb 14. PMID: 32087423. | Die vaginale Geburt am Termin, S3 Leitlinie AWMF, Registernummer 015 – 083, Stand: 22.12.2020



Es gibt fast immer mehrere Behandlungs- oder Therapiemöglichkeiten. Sprechen Sie über alle Optionen. Im Gespräch können Sie herausfinden, was für Sie am geeignetsten ist und Ihren Bedürfnissen am besten entspricht. Fragen Sie nach möglichen Vor- und Nachteilen der empfohlenen Behandlung. Je mehr Sie über eine Behandlung wissen, desto besser können Sie einschätzen, was Ihnen wichtig ist und was Sie erwarten können. So treffen Sie eine informierte und sichere Entscheidung.

smarter medicine –
Choosing Wisely Switzerland

1

Kein Durchschneiden der Nabelschnur vor der ersten Minute nach Geburt, ausser wenn das Kind medizinische Hilfe braucht



Nachdem ein Kind geboren ist, wird die Nabelschnur durchgeschnitten. Dabei soll eine Minute oder auch mehr gewartet werden. Studien zeigen, dass das Kind so mehr rote Blutkörperchen hat, was dem Kind Vorteile bringt. Auch wenn ein Kind zu früh auf die Welt kommt, soll die Nabelschnur erst nach einer Minute durchgeschnitten werden. Die Kinder sind so gesünder und können sich besser entwickeln.

2

Keine künstliche Geburtseinleitung oder Kaiserschnitt planen vor der 40. Schwangerschaftswoche, ausser es gibt einen klaren medizinischen Grund dafür



Bei einem geplanten Kaiserschnitt oder einer Einleitung wird das Datum für die Geburt bestimmt. Für das Kind ist es wichtig, dass der Geburtstermin erst ab der 40. Schwangerschaftswoche (39+0 bis 39+6) festgelegt wird, das bedeutet eine Woche vor dem errechneten Termin. Wenn die Kinder wegen einer Einleitung oder eines Kaiserschnitts vor der 40. Schwangerschaftswoche geboren werden, müssen sie häufiger auf eine Intensivstation für Neugeborene. Die Kinder haben häufiger Atemprobleme, schwere Infektionen und mehr Probleme bei der Ernährung.



3

Keine routinemässigen Kaiserschnitte empfehlen oder planen, auch nicht bei Frauen mit früherem Kaiserschnitt



Sehr häufig gelingt nach einem Kaiserschnitt eine normale Geburt ohne Probleme. Wenn es keinen medizinischen Grund für einen Kaiserschnitt gibt, hat eine normale Geburt Vorteile. Frauen, die nach einem Kaiserschnitt normal gebären, haben weniger Blutungen und Komplikationen als Frauen mit mehreren Kaiserschnitten. Bei einer nächsten Schwangerschaft gibt es ausserdem weniger medizinische Probleme mit dem Mutterkuchen (Plazenta). Sehr selten kann die alte Narbe des Kaiserschnittes vor oder während der Geburt einreissen. Dann muss möglichst schnell ein Notfall-Kaiserschnitt gemacht werden.

4

Keine Wehenunterstützung mit Medikamenten bei einer Geburt, ausser es gibt für die Mutter oder das Kind einen medizinischen Grund dafür



Wenn die Geburt normal verläuft und es der Mutter und dem Kind gut geht, sollten keine Medikamente oder Eingriffe gemacht werden, um die Geburt zu beschleunigen. Schwangere Frauen sollen sich zu den verschiedenen Geburtsphasen schon in der Schwangerschaft von Fachpersonen, also Hebammen und Ärzten, beraten lassen.

5

Keine routinemässigen Dammschnitte bei vaginalen Geburten



Ein Dammschnitt ist eine zusätzliche Verletzung und hat grundsätzlich weder für die Mutter noch für das Kind Vorteile. Ein Dammschnitt sollte nur dann durchgeführt werden, wenn ein Kind in der letzten Phase der Geburt dringende medizinische Hilfe braucht.



Impressum

**Trägerverein smarter medicine –
Choosing Wisely Switzerland**
Monbijoustrasse 43, 3001 Bern
smartermedicine@sgaim.ch
www.smartermedicine.ch

Schweizerischer Hebammenverband
Frohburgstrasse 17, 4600 Olten
info@hebamme.ch
www.hebamme.ch