Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 112 (2014)

Heft: 5

Rubrik: Neues aus Wissenschaft und Forschung

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: 10.12.2025

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

Konsensus Geburtshilfliche Betreuung: Sichere Prävention der primären Kaiserschnittentbindung. Die Empfehlungen der ACOG.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2014) Obstetric Care Consensus. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology, 123(3), 693–711

Verfügbar unter: **http://journals.lww.com/greenjournal/toc/2014/03000** Übersetzung: Inge Loos, Bern

Abstract

Im Jahr 2011 hat eine von drei Frauen, die in den USA ein Kind geboren haben, einen Kaiserschnitt erhalten. Kaiserschnittentbindungen können lebensrettend sein für den Fetus, die Mutter oder, in bestimmten Fällen, für beide. Wie auch immer, der schnelle Anstieg der Kaiserschnittgeburtsraten von 1996 bis 2011, ohne klare Belege für einen begleitenden Rückgang der mütterlichen oder kindlichen Morbidität oder Mortalität, führt zur ernstzunehmenden Sorge, dass der Kaiserschnitt zu oft angewendet wird. Abweichungen in den Kaiserschnittraten bei Erstgebärenden, Termin-, Einlings- und Beckenendlagengeburten durch Kaiserschnitt weisen auch darauf hin, dass klinische Praxisstandards die Anzahl der durchgeführten Kaiserschnittentbindungen beeinflussen. Die am häufigsten verwendeten Indikationen für die primäre Kaiserschnittentbindung umfassen, in der Reihenfolge der Häufigkeit: Wehendystokie, unbestimmte (früher: beunruhigende oder suspekte) fetale Herztonaufzeichnungen, fetale Fehleinstellungen, Mehrlingsschwangerschaften und vermutete fetale Makrosomie.

Eine sichere Reduktion der primären Kaiserschnittentbindungen erfordert verschiedene Herangehensweisen für jede dieser, wie auch für andere, Indikationen. Beispielsweise kann es notwendig sein, die Definition der Wehendystokie zu überarbeiten, weil aktuelle Daten zeigen, dass die Muttermundseröffnung wesentlich langsamer verläuft als bis anhin gedacht. Zudem hat möglicherweise die verbesserte und standardisierte Interpretation und das Management der fetalen Herztonfrequenz eine Auswirkung. Immer mehr Frauen haben Zugang zu nichtmedizinischen Interventionen während der Wehen, wie kontinuierliche Betreuung unter der Geburt, für die gezeigt werden konnte, dass sie die Kaiserschnittentbindungsraten senken. Die äussere Wendung bei Beckenendlagen und der Versuch der Spontangeburt bei Frauen mit Zwillingsschwangerschaft, wenn das erste Kind sich in Kopflage eingestellt hat, sind einige von vielen Beispielen für Interventionen, die dazu beitragen können, zuverlässig die Anzahl der primären Kaiserschnittentbindungen zu senken.

Risiken für nachteilige mütterliche und neonatale Ergebnisse entsprechend dem Geburtsmodus

Ergebnis	Risiko	
Mutter	Vaginalgeburt	Kaiserschnittentbindung
Insgesamt schwere Morbidität und Mortalität	8,6% 0,9%	9,2% 2,7%
Mütterliche Mortalität	3,6 : 100 000	13,3 : 100 000
Fruchtwasserembolie	3,3 – 7,7 : 100 000	15,8 : 100 000
Dammrisse 3. und 4. Grades	1–3%	Nicht verfügbar (Plankaiserschnitt)
Plazentaabnormalitäten	Erhöht bei vorangegangenem Kaiserschnitt und das Risiko erhöht sich mit jeder weiteren Kaiserschnittentbindung	
Urininkontinenz	Kein Unterschied zwischen Kaiserschnitt und Vaginalgeburt nach zwei Jahren	
Postpartale Depression	Kein Unterschied zwischen Kaiserschnitt und Vaginalgeburt	
Neugeborenes	Vaginalgeburt	Kaiserschnittentbindung
Schnittwunden	Nicht verfügbar	1–2%
Respiratorische Erkrankungen	< 1%	1–4% (ohne Wehen)
Schulterdystokie	1–2%	0%

Empfehlungen für die sichere Prävention der primären Kaiserschnittentbindung

Empfehlungen | *Güte der Empfehlungen*

Eröffnungsphase

- Eine verlängerte Eröffnungsphase (z.B. länger als 20 Stunden bei erstgebärenden Frauen und länger als 14 Stunden bei mehrgebärenden Frauen) sollte keine Indikation für einen Kaiserschnitt sein. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*
- Langsame, aber progressive Wehentätigkeit in der Eröffnungsperiode sollte keine Indikation für einen Kaiserschnitt sein. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*
- Muttermundseröffnung von 6 cm sollte für die meisten Frauen als Grenzwert für die aktive Phase angesehen werden. Demzufolge sollten, bevor die Eröffnung von 6 cm

erreicht ist, Standards für die aktive Phase nicht angewendet werden. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*
- Kaiserschnittgeburt wegen Geburtsstillstand in der aktiven Phase der Eröffnungsperiode sollte Frauen mit 6 cm oder mehr Muttermundseröffnung und Blasensprung vorbehalten sein, die keinen Geburtsfortschritt haben, trotz adäquater uteriner Aktivität, oder denen mindestens sechs Stunden Oxytocin verabreicht wurde mit inadäquater uteriner Aktivität und keiner zervikalen Veränderung. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*

Austreibungsperiode

- Eine spezifische absolute maximale Zeitangabe für die Dauer der Austreibungsphase, nach der bei allen Frauen die Geburt operativ beendet werden soll, konnte nicht identifiziert werden. | *1C, Nachdrückliche Empfehlung, tiefe Evidenzqualität.*
- Bevor ein Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode diagnostiziert wird und der mütterliche und kindliche Zustand es erlaubt, sollte folgendes ermöglicht werden:
  - mindestens 2 Stunden Pressen für mehrgebärende Frauen (1B)
  - mindestens 3 Stunden Pressen für erstgebärende Frauen (1B)

  Eine längere Dauer kann individuell angemessen sein (z.B. unter Epiduralanalgesie oder bei fetaler Fehleinstellung), soweit der Fortschritt dokumentiert wird. (1B) | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*
- Vaginal-operative Geburtsbeendigung in der Austreibungsperiode durch erfahrene und gut geschulte Medizinerinnen oder Mediziner sollte als sichere und akzeptable Alternative zur Kaiserschnittgeburt in Betracht gezogen werden. Schulung in und fortlaufende Aufrechterhaltung der praktischen Fertigkeiten für vaginal-operative Geburten sollten unterstützt werden. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*
- Manuelle Rotationen des kindlichen Kopfes bei fetalen Fehleinstellungen in der Austreibungsperiode ist eine angemessene Intervention, die vor einer vaginal-operativen Geburt oder Kaiserschnittgeburt in Erwägung gezogen werden sollte. Um gefahrlos eine Kaiserschnittgeburt bei Fehleinstellungen vorzubeugen ist es wichtig, die fetale Einstellung in der Austreibungsperiode zu beurteilen, insbesondere bei abnormalem Tiefertreten des Feten. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*

Fetale Herztonüberwachung

- Amnioninfusion bei wiederholten variablen Dezelleration der fetalen Herzfrequenz kann sicher die Anzahl der Kaiserschnittentbindungen verringern. | *1A, Nachdrückliche Empfehlung, hohe Evidenzqualität.*
- Stimulation der Kopfhaut kann zur Untersuchung des fetalen Säure-Basen-Status angewendet werden, wenn abnormale oder unbestimmte (früher: beunruhigende) fetale Herztonmuster (z.B. minimale Variabilität) vorliegen und ist eine sichere Alternative zur Kaiserschnittgeburt unter diesen Bedingungen. | *1C, Nachdrückliche Empfehlung, tiefe Evidenzqualität*

Geburtseinleitung

- Vor der 41 0/7 Schwangerschaftswoche sollte eine Einleitung grundsätzlich nur bei vorliegender mütterlicher oder fetaler Indikation durchgeführt werden. Einleitungen ab der 41 0/7 Schwangerschaftswoche und später sollten durchgeführt werden, um das Kaiserschnittrisiko und das Risiko für perinatale Morbidität und Mortalität zu senken. | *1A, Nachdrückliche Empfehlung, hohe Evidenzqualität*
- Methoden zur Zervixreifung sollten angewendet werden, wenn die Geburt bei ungünstiger Zervix eingeleitet wird. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*
- Wenn es der mütterliche und fetale Status erlaubt, können Kaiserschnittentbindungen wegen erfolgloser Einleitung in der Latenzphase vermieden werden, wenn eine längere Dauer der Latenzphase (bis zu 24 Stunden oder länger) zugelassen und das erforderliche Oxytocin für mindestens 12 bis 18 Stunden nach Blasensprung gegeben wird, bevor die Einleitung als erfolglos angesehen wird. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*

Fetale Fehleinstellungen

Die fetale Einstellung sollte ab der 36 0/7 Schwangerschaftswoche bestimmt und dokumentiert werden, um eine äussere Wendung des Kopfes anbieten zu können. | *1C, Nachdrückliche Empfehlung, tiefe Evidenzqualität.*

Verdacht auf fetale Makrosomie

Kaiserschnittentbindung zur Vermeidung eines potenziellen Geburtstraumas sollte beschränkt werden auf ein geschätztes Kindsgewicht von mindestens 5000g bei Frauen ohne Diabetes und mindestens 4500 g bei Frauen mit Diabetes. Die Prävalenz eines Geburtsgewichts über 5000 g oder mehr ist selten und die Frauen sollten darüber informiert werden, dass Messungen des fetalen Gewichts, insbesondere in der späten Schwangerschaft, ungenau sind. | *2C, Schwache Empfehlung, tiefe Evidenzqualität.*

Übermässige mütterliche Gewichtszunahme

Frauen sollten über die IOM-Leitlinien zur mütterlichen Gewichtszunahme informiert und beraten werden, damit sie versuchen, eine übermässige Gewichtszunahme zu vermeiden. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität.*

Zwillingsschwangerschaft

Perinatale Ergebnisse für Zwillingsschwangerschaften, bei denen der erste Zwilling in Schädellage eingestellt ist, werden durch Kaiserschnittentbindung nicht verbessert. Darum sollten Frauen mit Zwillingen, die entweder Schädel/Schädel-Einstellung oder Schädel/nicht-Schädel-Einstellung zeigen, darüber beraten werden, eine vaginale Geburt zu versuchen. | *1B, Nachdrückliche Empfehlung, moderate Evidenzqualität*

Andere

Individuen, Organisationen und Berufsverbände sollten sicherstellen, dass Forschung durchgeführt wird, um eine bessere Wissensbasis für Entscheidungen zu Kaiserschnittentbindungen zu erhalten und für Veränderungen der Richtlinien, um die Anzahl der primären Kaiserschnittentbindungen sicher zu reduzieren. | *1C, Nachdrückliche Empfehlung, tiefe Evidenzqualität.*