

# smarter medicine – eine breit abgestützte Trägerschaft für die optimale Patientenbetreuung

Die Schweizer Initiative der internationalen Kampagne *smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland* verfolgt nach dem Motto «weniger ist mehr» das Ziel der optimalen und nicht der maximalen Patientenversorgung. Der Fokus liegt dabei auf der Vermeidung einer Über- und Fehlversorgung in der Medizin sowie auf einer Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten.

Vor einigen Jahren wurden in den USA Stimmen laut, welche vor den Auswirkungen der medizinischen Überversorgung («Overuse») warnten. 2011 lancierten Ärztinnen und Ärzte die «*Choosing Wisely*»-Initiative. Ziel dieser Initiative ist es, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern.

Auch in der Schweiz ist die Über- und Fehlversorgung in der Medizin ein Problem. Deshalb gründeten medizinische Fach- und Berufsorganisationen zusammen mit Verbänden, welche die Interessen der Patient/-innen und Konsument/-innen vertreten, den Trägerverein *smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland*. Gemeinsam sensibilisieren sie die Öffentlichkeit dafür, dass bei gewissen Behandlungen manchmal weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten kann.

## Der Trägerverein verfolgt folgende Ziele:

- Ausarbeitung und Publikation weiterer «Top-5-Listen» durch medizinische Fachgesellschaften etc. fördern;
- Andere Gesundheitsberufe (interprofessioneller Ansatz) aktiv einbeziehen;
- Patient/-innen und Versicherte für das Anliegen sensibilisieren;
- Öffentliche Diskussion über Behandlungsqualität (Über- resp. Unterversorgung) anstossen;
- Thema Behandlungsqualität als Teil der medizinischen Weiter- und Fortbildung etablieren und verankern;
- Unterstützung der Kampagne durch Politik und Behörden erreichen.

Kernstück der «*Choosing Wisely*»-Kampagne sind sogenannte «Top-5-Listen», die je fünf medizinische Massnahmen enthalten, die in der Regel unnötig sind. Das heisst: Ärzte und Patienten sollten miteinander darüber reden, ob nicht bes-

ser auf eine in der respektiven Top-5-Liste aufgeführte Behandlung verzichtet werden kann, weil die damit verbundenen Risiken potentiell grösser sind als der Nutzen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) führen den Kampf gegen die medizinische Über- und Fehlversorgung bereits seit vielen Jahren: Die SAMW hat die «*Choosing Wisely*»-Initiative in ihrer Roadmap «Nachhaltiges Gesundheitssystem» im Jahr 2011 propagiert. Das Anliegen der optimalen Patientenbetreuung liegt auch der SGAIM am Herzen. Als Pionierin in der Schweiz, veröffentlichte sie bereits 2014 als erste Fachgesellschaft eine eigene Top-5-Liste für den ambulanten Bereich in der Schweiz, gefolgt von einer Top-5-Liste für den stationären Bereich zwei Jahre später.

Inzwischen hat der Trägerverein *smarter medicine* eine Vielzahl neuer Partnerschaften geschlossen und rund 20 Top-5-Listen veröffentlicht. Um die Trägerschaft für die Kampagne in der Schweiz zu vergrössern, werden medizinische Fachgesellschaften ermuntert, sich der Initiative anzuschliessen und eine Top-5-Liste zu veröffentlichen. Mehr Informationen finden Sie unter [www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)



## Kontakt – Impressum

Trägerverein **smarter medicine**  
c/o Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)  
Monbijoustrasse 43, Postfach  
3001 Bern  
Tel. 031 370 40 00  
[www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch)  
[smartermedicine@sgaim.ch](mailto:smartermedicine@sgaim.ch)

## Folgende Organisationen bilden den Trägerverein smarter medicine



**Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)**  
[www.sgaim.ch](http://www.sgaim.ch)



**Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)**  
[www.samw.ch](http://www.samw.ch)



**Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz**  
[www.spo.ch](http://www.spo.ch)



**Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG)** [www.svbg-fsas.ch](http://www.svbg-fsas.ch)



**Schweizer Physiotherapie Verband**  
[www.physioswiss.ch](http://www.physioswiss.ch)



**Stiftung für Konsumentenschutz (SKS)**  
[www.konsumentenschutz.ch](http://www.konsumentenschutz.ch)



**Fédération Romande des Consommateurs (FRC)**  
[www.frc.ch](http://www.frc.ch)



**Associazione Consumatrici e Consumatori della Svizzera Italiana (acsi)**  
[www.acsi.ch](http://www.acsi.ch)

Empfehlungen für Hebammen  
April 2023

# Wie kann smarter medicine in der Geburtshilfe umgesetzt werden?

## Liebe Kolleginnen und Kollegen

Welche Wünsche und Bedürfnisse haben Frauen/Paare für die Geburt? Bei Befragungen häufig genannt wird der Wunsch nach wahrgenommener Kontrollierbarkeit der Situation, auch im Sinne von informiert und aufgeklärt sein, sowie Sicherheit und Vertrauen in Interventionen haben. Deshalb hat der Schweizerische Hebammenverband (SHV) eine geburtshilfliche «Top5Liste» mit Empfehlungen zu geburtshilflichen Interventionen erarbeitet, die in der Regel unnötig sind oder den natürlichen Verlauf einer Geburt stören. Kernbotschaft: Eine Geburt ist grundsätzlich ein physiologisches Geschehen, Interventionen können zu jedem Zeitpunkt nötig sein, aber auch potenziell Schaden anrichten und der Nutzen einer Intervention soll deshalb sorgfältig abgewogen werden. Frauen/Paare, Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzte sollen diese Empfehlungen folglich miteinander im Sinne von shared decision making besprechen. Selbstverständlich sind sie im Einzelfall stets zu überprüfen. Die erste Empfehlung betrifft den Zeitpunkt des Abnabelns nach der Geburt. Ein Abklemmen der Nabelschnur vor der ersten Lebensminute ist unnötig



**Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) ist der Berufsverband der Hebammen der Schweiz. Er zählt rund 3400 Mitglieder und vertritt die Interessen der angestellten und freipraktizierenden Hebammen. Die im Verband vereinigten Hebammen setzen sich aktiv für einen modernen und attraktiven Hebammenberuf ein.**

Weitere Informationen finden Sie unter [www.hebamme.ch](http://www.hebamme.ch)

Schweizerischer Hebammenverband  
Fédération suisse des sages-femmes  
Federazione svizzera delle levatrici  
Federaziun svizra da las spendreras

und bringt für das Neugeborene keinen Benefit. Die zweite Empfehlung spricht sich dafür aus, dass Kaiserschnitte und die Geburtseinleitung nicht vor 39 0/7 Schwangerschaftswochen geplant werden sollen. Elektive Kaiserschnitte oder Einleitungen vor der 40. Schwangerschaftswoche erhöhen die Risiken für Neugeborene signifikant und können erheblichen Schaden verursachen. Die dritte Empfehlung beschreibt, dass ein Kaiserschnitt bei Frauen mit einem vorangegangenen Kaiserschnitt nicht routinemässig empfohlen werden soll. Eine elektive Re- Sectio ist mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden.

## «Die Empfehlungen sollen zu Diskussionen zwischen Frauen bzw. Paaren, Hebammen sowie Ärztinnen und Ärzten anregen.»

Wenn der Geburtsverlauf regelrecht ist und es Mutter und Kind gut geht, sollen keine medikamentösen Interventionen zur Wehenunterstützung angeboten und empfohlen werden. Davon handelt die vierte Empfehlung. Bevor Wehen medikamentös unterstützt werden, sollen andere Möglichkeiten wie Positionswechsel, Energiezufuhr oder Mobilisation vorgeschlagen und deren Wirkung evaluiert werden. Die fünfte Empfehlung betrifft die Durchführung eines routinemässigen Dammschnittes. Studien zeigen, dass er mehr schadet als nützt und es keine Unterschiede gibt bezüglich postpartalen Dammschmerzen, schweren Geburtsverletzungen oder der langfristigen Funktionalität des Beckenbodens. Für den SHV ist die «Top-5-Liste» im Rahmen von *smarter medicine* ein wichtiger Schritt in Richtung evidenzbasierter Betreuung. Die Liste soll zu Diskussionen anregen und die Frau/das Paar bestärken, Fragen zu stellen und allenfalls eine Zweitmeinung einzuholen. Einige Interventionen werden vor dem errechneten Geburtstermin geplant und sollen daher unter Abwägung der Vor- und Nachteile in Ruhe besprochen werden. Andere In-

terventionen betreffen das geburtshilfliche Geschehen während der Geburt, wo eine evidenzbasierte, ausführliche Aufklärung schwierig ist. Die vorgeburtliche Auseinandersetzung mit möglichen Interventionen ist deshalb besonders wichtig und kann Eltern in der Entscheidung helfen, wo (z. B. Geburtshaus, Spital, Hausgeburt) und wie die Geburt stattfinden soll. Sie kann auch aufzeigen, wie weit eine Gebärende in geburtshilfliche Entscheidungen miteinbezogen wird. «Do not harm» hat in der Geburtshilfe eine ganz besondere Bedeutung, denn nicht nur die Gesundheit der Mutter ist kurz- und langfristig betroffen, sondern auch die des Säuglings.

Im Sinne einer gesundheitsfördernden Geburtshilfe ist es wichtig, wie wir geboren werden.



**Barbara Stocker Kalberer**  
Präsidentin SHV



**Andrea Weber-Käser**  
Geschäftsführerin SHV



**Anne Steiner**  
Verantwortliche für Qualität und Innovation SHV

# Top-5-Liste

Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) gibt die folgenden fünf Empfehlungen ab:



## 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.

## 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.

## 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.



### Empfehlungen weiterer Fachgesellschaften

Im Moment liegen unter dem Dach von smarter medicine die Empfehlungen folgender Fachgesellschaften vor:

- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (Mai 2014, Mai 2016, April 2021)
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (Juni 2017)
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (Juni 2017)
- Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (Oktober 2017)
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (Dezember 2017)
- Schweizerische Gesellschaft für Radio-Onkologie (März 2018)
- Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie (Juni 2018)
- Schweizerische Neurologische Gesellschaft (Oktober 2018)
- Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (November 2018)
- Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (Juni 2019)

- Akademische Fachgesellschaft Gerontologische Pflege (November 2019)
- Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (Februar 2020)
- Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie (August 2020)
- Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (Oktober 2020)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (November 2020)
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (Juli 2021)
- Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (November 2021)
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (August 2022)
- Schweizer Physiotherapie Verband (Februar 2023)
- Schweizerischer Hebammenverband (April 2023)



## 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 2 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 Tiefertreten bei einer Erstgebärenden über 2 Stunden und

bei einer Mehrgebärenden über 1 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.

### Referenzen

Eine ausführliche Literaturliste ist unter [www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch) online abrufbar.



### Zur Entstehung dieser Liste

Für die Erstellung der ersten Top-5-Liste des SHV wurde eine Kombination aus einer Literaturrecherche, einem Delphi-prozess und einer Umfrage genutzt. International veröffentlichte Empfehlungen der Initiative «Choosing wisely» im Kontext der reproduktiven Gesundheit wurden ermittelt. Zusätzlich wurden geburtshilfliche Empfehlungen des Evidenzlevels S3, ein Cochrane Review sowie Empfehlungen der WHO miteinbezogen. Im Rahmen eines Delphi-Verfahrens erfolgte eine Einladung an eine SHV-interne Fachgruppe zur Vorauswahl. Die Teilnehmenden wurden eingeladen, je fünf

Massnahmen aus den Listen der Literaturrecherche auszuwählen. Die 13 vom Fachgremium ausgewählten Massnahmen wurden auf Deutsch und Französisch übersetzt und an 3334 Mitglieder des SHV versendet. Zur Überprüfung der Qualität im Erstellungsprozess hat der «Beirat Qualität und Innovation SHV» in einem Peer-Review-Verfahren das angewandte Verfahren und den vorliegenden Bericht bewertet. Die vorliegende Top-5-Liste ist durch den Zentralvorstand des SHV am 26. 09. 2022 genehmigt und verabschiedet worden.