

*Wichtige Präventionsmassnahmen in der Praxis:*

## Familienplanung nach der Geburt

Schwangerschaft und Wochenbett bieten ein wichtiges Zeitfenster für präventive Beratungen zur reproduktiven Gesundheit und (weiteren) Familienplanung sowie zur allgemeinen Gesundheitsprävention. Dazu gehört die Beratung zur sicherer, ggf. stillverträglicher Verhütung, zum optimalen Schwangerschafts-abstand sowie zu Präventionsmassnahmen im Hinblick auf eine zukünftige Schwangerschaft – darunter zur Vermeidung einer CMV-Übertragung, zur Förderung eines gesunden Lebensstils und der psychischen Gesundheit.

Larissa Dietrich, Cécile Monod



**Larissa Dietrich**  
(Foto: zVg)



**Cécile Monod**  
(Foto: zVg)

### Postpartale Kontrazeption: Warum frühe Beratung entscheidend ist

Die Fertilität nach der Geburt ist individuell variabel. Die erste Ovulation kann bereits 45 Tage postpartum (pp), in seltenen Fällen auch früher, und häufig vor der ersten Menstruationsblutung auftreten (1). Ein Laktationsschutz wird häufig überschätzt, was ungeplante Schwangerschaften bzw. kurze Geburtenintervalle begünstigt.

Für die Praxis bedeutet dies (2):

- Verhütungsberatung **am besten bereits** in der Schwangerschaft beginnen.
  - Spätestens bei der Kontrolle (6 – 8 Wochen pp) sollte eine konkrete Methode festgelegt werden. Die Frau sollte sich bereits vorher konkrete Gedanken zur Kontrazeption machen und gut darüber aufgeklärt sein.

- «Abwarten» oder «Stillen» sind keine sicheren Strategien.

### Kontrazeptionsmethoden - Übersicht

Postpartal (pp) stehen alle wesentlichen Kontrazeptionskategorien zur Verfügung und sollten **individuell und bedürfnisorientiert** ausgewählt werden (3).

SARC («short-acting reversible contraception»):

- Hormonelle orale Kontrazeptiva (kombiniert oder «progesteron-only»)
- Hormonelles Kontrazeptionspflaster (kombiniert)
- Hormoneller Vaginalring (kombiniert)
- Hormonspritze («progesteron-only»)

LARC («long-acting reversible contraception»):

- Kupfer-IUD
- Levonorgestrel-IUD
- Subdermales Hormonimplantat (Hormonstäbchen).

Weitere Optionen:

- Barrieremethoden (Kondome, Diaphragma)
- Sterilisation
- Notfallkontrazeption (z. B. Levonorgestrel)

### Kernbotschaft:

LARC-Methoden zeichnen sich durch **höchste Effektivität und geringe Anwenderabhängigkeit** aus und sind daher besonders geeignet, kurze Geburtenintervalle zu verhindern (4, 5).

### Laktationsschutz:

#### Wirksam, aber nur bei Einhaltung der Bedingungen

Die Laktationsamenorrhö-Methode (LAM) ist eine hormonfreie Option in den ersten 6 Monaten pp, wenn alle drei Bedingungen erfüllt sind (6-9):

1. Ausschliessliches Stillen (inkl. Nachtstillen)

- Tagsüber: maximal 4 Stunden zwischen den Stillmahlzeiten
- Nachts: maximal 6 Stunden ohne Stillen

### Postpartale Kontrazeption: Merkmale für die Praxis

- Die Ovulation kann vor der ersten Blutung zurückkehren; daher Kontrazeption früh planen.
- Der LAM ist wirksam, aber nur bei strenger Einhaltung der Kriterien (Vollstillen + Amenorrhö + Kind < 6 Monate). Dies kann oft nicht (korrekt und konstant) eingehalten werden.
- LARC sind postpartal besonders wirkungsvoll, hoch effektiv, wenig anwenderabhängig.
- Bei Stillenden sind Gestagen-only-Methoden inkl. Gestagen-IUD und Cu-IUD die Methoden der Wahl.

- 2. Bestehende Amenorrhö
- 3. Kind: Alter < 6 Monate

Unter diesen Bedingungen liegt die Versagerquote < 2% (6,10). In der Praxis scheitert der LAM jedoch häufig an zu langen Stillpausen oder der Beikosteneinführung. Zudem ist diese Methode nur für die ersten 6 Monate pp bei entsprechender Aufklärung geeignet, weshalb für die Zeit danach eine neue kontrazeptive Methode ausgewählt werden muss.

**Praxisempfehlung:**  
LAM kann genutzt werden – immer mit klarer Aufklärung und einem Plan B bei Abweichung von den Kriterien (inkl. für die Zeit nach 6 Monaten pp).

**Intrauterin-Device (IUD)**

Kupfer-/Gold-IUD und Levonorgestrel-IUD sind während der Stillzeit einsetzbar (9, 11).  
Zur Einlage sind folgende Zeitpunkte möglich (5, 7, 11-15):

- Unmittelbar postplazentar bis 48 Stunden pp: technisch möglich, aber signifikant höhere Expulsionsrate (kann z.B. für Frauen mit erschwertem Zugang zur medizinischen Versorgung in Erwägung gezogen werden)
- 6 – 8 Wochen pp: niedrigstes Risiko für Expulsion, ab > 4 Wochen pp möglich (16).
- Im Verlauf z.B. 6 Monate pp.

**Barrieremethoden**

Kondome sind sofort nutzbar; ein Diaphragma sollte erst nach Rückbildung (≥ 6 – 8 Wochen pp) genutzt werden, da sich bis dahin die Portio noch formiert (11,17).

**«Progesteron-only»-Methoden**

(«Progesteron-Only-Pill» (POP), Hormonimplantat (-Stäbchen), Depot-Medroxyprogesteronacetat (DMPA)-Injektion) (7-9,11,15)

- Diese Präparate sind Mittel der Wahl für Stillende, zusammen mit den Levonorgestrel-IUD und CU-IUD, welche oben (unter ‚IUD‘) beschrieben sind. Der Zeitpunkt des frühesten Beginns nach der Geburt variiert leicht zwischen den verschiedenen Guidelines.

**Tabelle 1: Postpartale Kontrazeptionsmethoden**

Stillstatus	Methode	Frühester Beginn	Vorteile	Nachteile
Stillen	SARC: <ul style="list-style-type: none"> <li>• POP</li> <li>• DMPA-Injektion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unmittelbar pp</li> <li>• Unmittelbar bis &gt; 6 Wochen pp je nach Guidelines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestagen-only beeinträchtigt Laktation nicht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DMPA: mögliche Gewichts- und Zykluseffekte, möglicher Zusammenhang mit Entstehung von Meningeomen bei Langzeitanwenderinnen (22)</li> </ul>
	Andere Methoden <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diaphragma</li> <li>• Kondome</li> <li>• LAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;6 Wochen pp</li> <li>• Sofort</li> <li>• Sofort-6 Monaten pp</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• LAM: nur bei Vollstillen &lt; 6 Monaten pp unter strikter Einhaltung der Kriterien und mit Plan B</li> </ul>
	LARC: <ul style="list-style-type: none"> <li>• LNG-IUD</li> <li>• Kupfer-IUD</li> <li>• Etonogestrel-Implantat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofort-48 Stunden oder &gt; 4 Wochen, optimal 6-8 Wochen pp</li> <li>• Sofort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LARC: sehr hohe Wirksamkeit, kaum Anwenderfehler «Set and forget»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IUD sofort pp: erhöhte Expulsionsrate</li> </ul>
Nicht stillend	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oben genannte Methoden + Kombinierte hormonelle Methoden*</li> <li>• Kombinierte Pille</li> <li>• Pflaster</li> <li>• Vaginalring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 4–6 Wochen pp</li> <li>• *beim Stillen limitierte Daten, je nach Richtlinien Einsatz möglich &gt; 6 Wochen pp (CDC/FSRH 2020) oder &gt; 6 Monaten pp (WHO)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• erhöhtes Thromboserisiko, insbesondere früh pp.</li> <li>• CAVE: Einhaltung allgemeine Kontraindikationen für CHC</li> </ul>

SARC = short-acting reversible contraception (Pillen, Injektionen, Pflaster, Ring); LARC = long-acting reversible contraception (IUDs, Implantat); LAM = Laktationsamenorrhö-Methode; DMPA = Depot-Medroxyprogesteronacetat (Injektionen); LNG = Levonorgestrel; pp = postpartal/postpartum

- Gemäss ACOG («American College of Obstetricians and Gynecologists»), CDC («Centers for Disease Control and Prevention»), WHO und FSRH («Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare») können POP **bereits unmittelbar pp** ( $\geq 1$ . postpartalem Tag) eingesetzt werden (9).
- Ein «progesteron-only»-Implantat kann sofort nach der Geburt eingesetzt werden gemäss WHO, FSHR und CDC.
- Der frühmöglichste Zeitpunkt für DMPA-Injektionen nach der Geburt variiert zwischen den Guidelines: sofort nach Geburt (gemäss CDC),  $>6$  Wochen pp (gemäss WHO), 0 – 6 Wochen je nach Risikofaktoren (gemäss FSHR).
- Keine relevant negative Effekte auf das Stillen (Milchmenge oder -zusammensetzung) (18,19).

### Kombinierte Östrogen-Gestagen-Methoden

**Früh pp** ( $\leq 6$  Wochen) sind diese **kontraindiziert** aufgrund des erhöhten Thromboserisikos (7,9,15).

- Die WHO empfiehlt: Verzicht bei Stillenden  $\leq 6$  Monate pp wegen des erhöhten Thromboserisikos und möglicher negativer Effekte auf die Milchproduktion und damit das Stillen (7).
- Die CDC/FSRH empfehlen: Einsatz  $\geq 6$  Wochen pp möglich – bei sorgfältiger Risikoabwägung (Thrombembolierisiko, Stillstatus etc.) (9, 15).

#### Praxisempfehlung:

Bei Stillenden sind Gestagen-only-Methoden inkl. Gestagen-IUD und Cu-IUD die Methoden der Wahl.

**Hinweis:** Spezifische Daten zu kombinierten Präparaten in der Stillzeit sind weiterhin limitiert.

### Sterilisation

Diese Methode kann bei abgeschlossener Familienbildung angewandt werden:

- Im Rahmen einer Sectio am ersten postpartalen Tag (nach Pomeroy; subumbilikaler Schnitt)
- Als Intervallsterilisation durch laparoskopischen Eingriff  $\geq 6$  Wochen pp.

Wichtig ist die explizite Erläuterung reversibler Alternativen (LNG-IUD, Implantat) für die Patientin; es darf keine Ambivalenz seitens der Frau bestehen, da die Entscheidung kaum reversibel ist und unter Umständen bereut werden kann (20,21). Gegenfalls kann/soll die Möglichkeit der Vasektomie des Partners angesprochen werden.

### Beratung: Shared-Decision-Making als Standard

Eine gute postpartale Familienplanung erfordert:

- Einbezug von Stillwunsch, Lebenssituation, Beruf, Kultur und Vorerfahrungen
- Transparente Darstellung von Nutzen/Risiken jeder Methode
- Niederschwellige Möglichkeit zum Methodenwechsel

Die Kontrolle sollte 6 – 8 Wochen pp erfolgen und die (erneuter) Kontrazeptionsberatung enthalten (Tabelle 1).

### Planung der nächsten Schwangerschaft:

#### Wann ist optimal?

Die Beratung zum Geburtenabstand und der weiteren Familienplanung sollte bereits während der aktuellen Schwangerschaft beginnen (2). Aus medizinischer Sicht wird empfohlen:

nach Spontangeburt/Vakuumentraktion:

- Mindestens 6 Monate bis zur nächsten Konzeption
- Ideal: ca. 18 Monate,

nach Sectio:

- Mindestens 12 Monate bis zur nächsten Konzeption
- Ideal:  $> 18$  Monate.

Neuere Daten aus Industrieländern relativieren die frühere WHO-Empfehlung von 24 Monaten (23), zeigen jedoch konsistent, dass kurze Intervalle ( $< 6$  Monate nach Spontangeburt,  $< 12$  Monate nach Sectio) mit erhöhten Risiken verbunden sind (24-26). Risiken sind Frühgeburt ( $<37+0$  SSW), niedriges Geburtsgewicht, Plazentationsstörungen, vorzeitiger Blasensprung, maternale und neonatale Morbidität.

Für eine neue Schwangerschaft **nach Spontangeburt** wird empfohlen:

- Konzeption frühestens nach 6 Monaten, besser 18 Monate zu planen (2).
- Bei Dammriss Grad III–IV oder bei Risikogravidität individuelles, ggf. längeres Intervall zu planen (27).
- Psychische Gesundheit (psychosoziale Gegebenheiten, postpartale Depression etc.) und Beckenbodenfunktion zu berücksichtigen (27).

Nach **Sectio caesarea** ist das Interpregnancy-Intervall besonders relevant wegen (2,24,28) aufgrund:

- erhöhtem Risiko für Uterusruptur
- Plazentationsstörungen (accreta-Spektrum, praevia)
- maternaler Morbidität.

Kurzintervalle ( $< 6 – 12$  Monate) sind mit höheren Risiken assoziiert. Ein Zielintervall von 18 Monaten verbessert sowohl maternale als auch neonatale Outcomes und erhöht die Erfolgchancen einer geplanten Spontangeburt nach Sectio (VBAC) (2).

#### Praxisempfehlung:

Nach Sectio aktiv zu mindestens 12 Monaten, besser 18 Monaten Schwangerschaftsintervall beraten – ohne Verbote, aber mit klarer Aufklärung über Risiken. **Kurzintervalle vermeiden.**

### Psychische Gesundheit

Eine wichtige Aufgabe der postpartalen Kontrolle ist das Screening auf psychische Probleme, insbesondere auf eine

## Tabelle 2: CMV – 5 Regeln für Schwangere

### 1. Hände waschen

Nach Kontakt mit Windeln, Speichel, Urin oder Nasensekret von Kleinkindern Hände gründlich mit Wasser und Seife reinigen.

### 2. Kein Teilen von Besteck & Getränken

Keine gemeinsamen Gläser, Löffel, Zahnbürsten oder Trinkflaschen mit Kindern nutzen.

### 3. Kleinkinder nicht auf den Mund küssen

Besser auf Stirn oder Wange küssen – Speichelkontakt vermeiden.

### 4. Schnuller nicht «sauberlecken»

Schnuller niemals in den eigenen Mund nehmen.

### 5. Vorsicht bei Körperflüssigkeiten

Direkten Kontakt mit Speichel, Tränen und Urin von Kleinkindern möglichst vermeiden.

postpartale Depression. Gleichzeitig bietet diese Sprechstunde die Möglichkeit, das subjektive Erleben der Geburt zu thematisieren. Traumatisch erlebte Geburten gelten nicht nur als Risikofaktor für postpartale Depression, sondern können sich auch auf die weitere Familienplanung sowie auf zukünftige Schwangerschaften und Geburten auswirken (29-31).

### Beratung zu «Lifestyle-Faktoren»

#### Körperliche Aktivität

Die postpartale Phase bietet eine wichtige Gelegenheit für Beratung zu gesundheitsrelevanten Lebensstilfaktoren. Nach der Geburt nimmt die körperliche Aktivität häufig langfristig ab, was das Risiko für Gewichtszunahme und Adipositas erhöht (32). Regelmässige körperliche Aktivität im Wochenbett und in der Zeit danach kann die langfristige kardiovaskuläre Gesundheit fördern und sich auch positiv auf eine zukünftige Schwangerschaft auswirken (unter anderem durch Reduktion von Komplikationen, welche mit Übergewicht assoziiert sind, wie z.B. Gestationsdiabetes, hypertensive Erkrankung etc.). Empfohlen werden mindestens 150 Minuten moderater körperlicher Aktivität pro Woche (z.B. spazieren, schwimmen, Fahrradfahren etc., inklusive Krafttraining) mit schrittweisem Aufbau nach der Geburt (33).

Die Lebensstil-Beratung ist für alle Frauen wichtig, insbesondere für Frauen, welche Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt erlitten haben. Diese Frauen benötigen eine spezifische Beratung zur optimalen Vorbereitung auf eine potenziell nächste Schwangerschaft und zum allgemein erhöhten kardiovaskulären Risiko.

#### CMV – praxisrelevante Aufklärung für Familien mit Kontakt zu Kleinkindern

Das Zytomegalievirus (CMV) ist ubiquitär vorhanden mit einer Seroprävalenz von 83% weltweit. Die kongenitale CMV-Infektion ist die häufigste teratogene Infektion und Hauptursache für nicht-genetische sensorineurale Hörverluste (34). Damit ist CMV ein zentrales Thema in der Beratung, idealerweise bereits vor der Schwangerschaft, insbesondere bei

Vorhandensein von Kleinkindern im Haushalt, oder am Arbeitsplatz. Die postpartale Kontrolle bietet eine gute Möglichkeit für Informationsgespräche über Präventionsmassnahmen.

CMV kann während der Schwangerschaft durch direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten übertragen werden, insbesondere Speichel, Urin, Blut, Tränen, Genitalsekrete und Muttermilch sowie auch Sexualkontakte, Bluttransfusionen, durch Speichel und Organtransplantationen. Kleinkinderscheiden CMV häufig über Monate im Speichel und Urin aus und stellen damit die wichtigste Infektionsquelle für Schwangere dar (35,36).

Die konsequente Hygieneprävention ist die effektivste Massnahme zur Vermeidung einer CMV-Infektion in der Schwangerschaft. Die in der Tabelle 2 aufgeführten Hygieneregeln sollten den Familien erklärt und empfohlen werden.

### Kernbotschaft für die Praxis:

CMV-Prävention beruht auf **einfacher Hygieneberatung**, nicht auf Routinetests, denn strikte Hygiene ist der wirksamste Schutz (34-37). □

Korrespondenzadresse:

**Dr. med. Larissa Dietrich**

E-Mail: Larissa.dietrich@usb.ch

und

**PD Dr. med. Cécile Monod**

E-Mail: Cecile.monod@usb.ch

Frauenklinik  
Universitätsspital Basel  
4031 Basel

Referenzen:

- Jackson E, Glasier A.: Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):657–662.
- ACOG: Obstetric Care Consensus No. 8: Interpregnancy Care. *Obstetrics & Gynecology.* 2019;133(1):e51–e72.
- ACOG: ACOG Committee Statement No. 21: Access to Contraception. *Obstetrics & Gynecology.* 2025;146(5):e88–e97.
- Vricella LK, Gawron LM, Louis JM. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #48: Immediate postpartum long-acting reversible contraception for women at high risk for medical complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(5):B2–b12.
- Brunson MR, Klein DA, Olsen CH, Weir LF, Roberts TA.: Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(1):55.e1–e9.
- Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS.: Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception.* 1989;39(5):477–496.
- World Health Organization: Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>; 2025 [17.02.2026]. 6th edition: [Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK619474/>].
- CDC: U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010. *MMWR Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports.* 2010;59(RR-4):1–86.
- Nguyen AT, Curtis KM, Tepper NK, Kortsmit K, Brittain AW, Snyder EM, et al.: U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recomm Rep.* 2024;73(4):1–126.
- Pérez A, Labbok MH, Queenan JT.: Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. *Lancet.* 1992;339(8799):968–970.
- ACOG. Committee Opinion No. 670: Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. *Obstet Gynecol.* 2016;128(2):e32–7.

12. Averbach SH, Ermias Y, Jeng G, Curtis KM, Whiteman MK, Berry-Bibee E, et al.: Expulsion of intrauterine devices after postpartum placement by timing of placement, delivery type, and intrauterine device type: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(2):177–188.
13. Sothornwit J, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Pattanittum P, Averbach SH.: Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant and IUD for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;10(10):Cd011913.
14. Provinciatto H, Meirelles Dias YJ, Abonizio Magdalena SL, Barbosa Moreira MV, Rezende de Freitas L, Almeida Balieiro CC, et al.: Immediate vs delayed postpartum insertion of long-acting reversible contraception methods: meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2025;232(2):139–149.e16.
15. FSRH. FSRH Guideline: contraception after pregnancy: Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; 2017.
16. Averbach S, Kully G, Hinz E, Dey A, Berkley H, Hildebrand M, et al.: Early vs Interval Postpartum Intrauterine Device Placement: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2023;329(11):910–917.
17. Glasier A, Bhattacharya S, Evers H, Gemzell-Danielsson K, Hardman S, Heikinheimo O, et al. Contraception after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(11):1378–1385.
18. Halderman LD, Nelson AL.: Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(6):1250–1256; discussion 6–8.
19. Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM.: Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception.* 2016;94(3):226–252.
20. ACOG: Access to Postpartum Sterilization: ACOG Committee Opinion, Number 827. *Obstet Gynecol.* 2021;137(6):e169–e76.
21. Rodowa MS, Waddington A, Pudwell J.: Regret in the Modern Contraceptive Landscape: Evaluating Regret in Patients Undergoing Tubal Ligation or Bilateral Salpingectomy for Contraception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2024;46(5):102362.
22. Roland N, Kolla E, Baricault B, Dayani P, Duranteau L, Froelich S, et al.: Oral contraceptives with progestogens desogestrel or levonorgestrel and risk of intracranial meningioma: national case-control study. *BMJ* 2025;389.
23. Mühlrad H, Björkegren E, Haraldson P, Bohm-Starke N, Kopp Kallner H, Brismar Wendel S. Interpregnancy interval and maternal and neonatal morbidity: a nationwide cohort study. *Sci Rep.* 2022;12(1):17402.
24. Brunner Huber LR, Smith K, Sha W, Vick T.: Interbirth Interval and Pregnancy Complications and Outcomes: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *J Midwifery Womens Health.* 2018;63(4):436–445.
25. Hassen TA, Harris ML, Shifti DM, Beyene T, Khan MN, Feyissa TR, et al.: Effects of short inter-pregnancy/birth interval on adverse perinatal outcomes in Asia-Pacific region: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2024;19(7):e0307942.
26. Tessema GA, Marinovich ML, Håberg SE, Gissler M, Mayo JA, Nassar N, et al.: Interpregnancy intervals and adverse birth outcomes in high-income countries: An international cohort study. *PLoS One.* 2021;16(7):e0255000.
27. ACOG: ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology.* 2018;132(3):e87–e102.
28. Adily P, Bettison T, Lauer M, Narayan R, Mackie A, Phipps H, et al.: Inter-pregnancy interval and uterine rupture during a trial of labour after one previous caesarean delivery and no previous vaginal births: a retrospective population-based cohort study. *EClinicalMedicine.* 2025;80:103071.
29. Howard LM, Ryan EG, Trevillion K, Anderson F, Bick D, Bye A, et al.: Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. *The British Journal of Psychiatry.* 2018;212(1):50–56.
30. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E.: Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *AJOG* 2024; 230: 1116–1127. *American Journal of Obstetrics & Gynecology;* Cited Here. 2024.
31. Radoš SN, Ganho-Ávila A, Rodríguez-Muñoz MF, Bina R, Kittel-Schneider S, Lambregtse-Van den Berg MP, et al.: Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum Depression. *The British Journal of Psychiatry.* 2025;227(5):798–809.
32. Birsner ML, Gyamfi-Bannerman C.: Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period ACOG committee opinion summary. No 804. *Obstetrics and Gynecology.* 2020;135(4):E178–E88.
33. Gervais MJ, Ruchat S-M, Ali MU, Sjøwed T, Matenchuk BA, Meyer S, et al.: Impact of postpartum physical activity on maternal anthropometrics: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine.* 2025;59(8):605–617.
34. Navti OB, Al-Belushi M, Konje JC.: Cytomegalovirus infection in pregnancy - an update. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;258:216–222.
35. ACOG: Practice Bulletin No. 151: Cytomegalovirus, Parvovirus B19, Varicella Zoster, and Toxoplasmosis in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* 2015;125:1510–1525.
36. Expertenbrief No 73 (ersetzt No 47): Cytomegalievirus (CMV) und Schwangerschaft (2021).
37. Rawlinson WD, Boppa SB, Fowler KB, Kimberlin DW, Lazzarotto T, Alain S, et al.: Congenital cytomegalovirus infection in pregnancy and the neonate: consensus recommendations for prevention, diagnosis, and therapy. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(6):e177–e88.