



„Regelhafte Geburt, regelwidrige Geburt, Wochenbett“

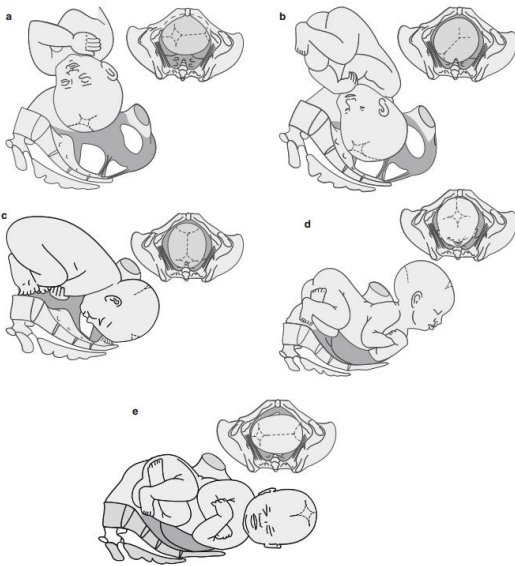
- Vorlesung Gynäkologie und Geburtshilfe WS 2022/2023-

Dr. med. Jennifer Winkler

**Klinik und Poliklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden**



Regelhafte Geburt, regelwidrige Geburt, Wochenbett



Regelhafte Geburt



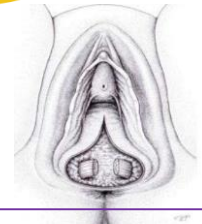
„Lageanomalie“



PPH



Infektionen



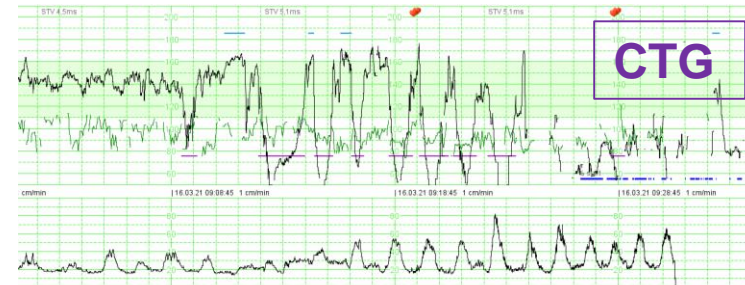
Geburtsverletzungen

Geburtseinleitung

AWMF-Registernummer
015-088
Leitlinienklasse
S2k
Stand:
Dezember 2020
Version
1.1 Addendum vom März 2021



Sectio



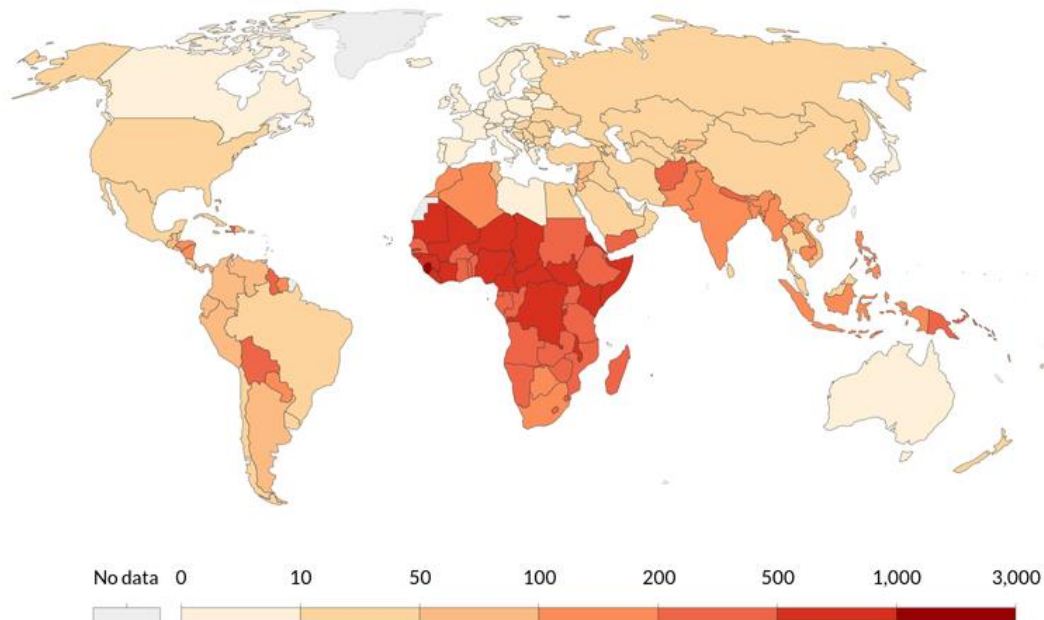
CTG

Müttersterblichkeit 2015

Maternal Mortality Ratio, 2015

The maternal mortality ratio is the number of women who die from pregnancy-related causes while pregnant or within 42 days of pregnancy termination per 100,000 live births.

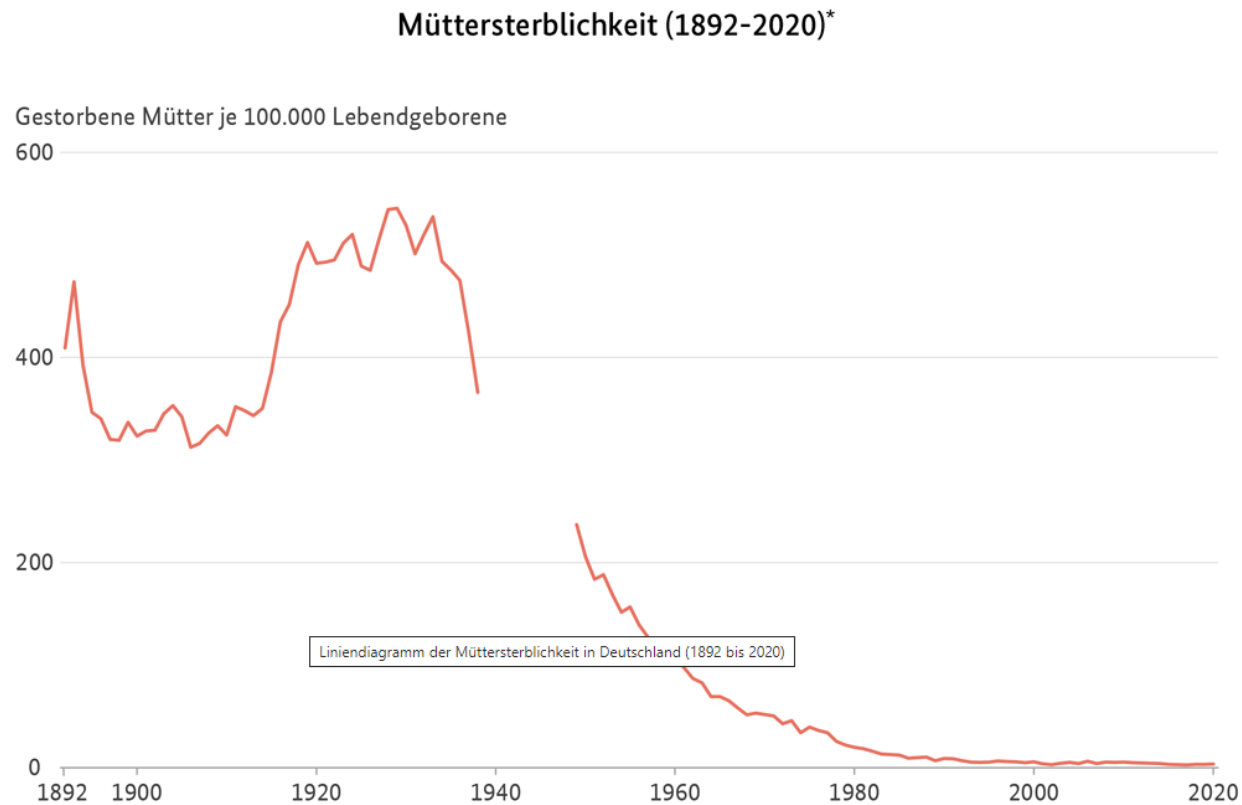
Our World
in Data



Source: Gapminder (2010) and World Bank (2015)

2017 weltweit 295 000 mütterliche Todesfälle

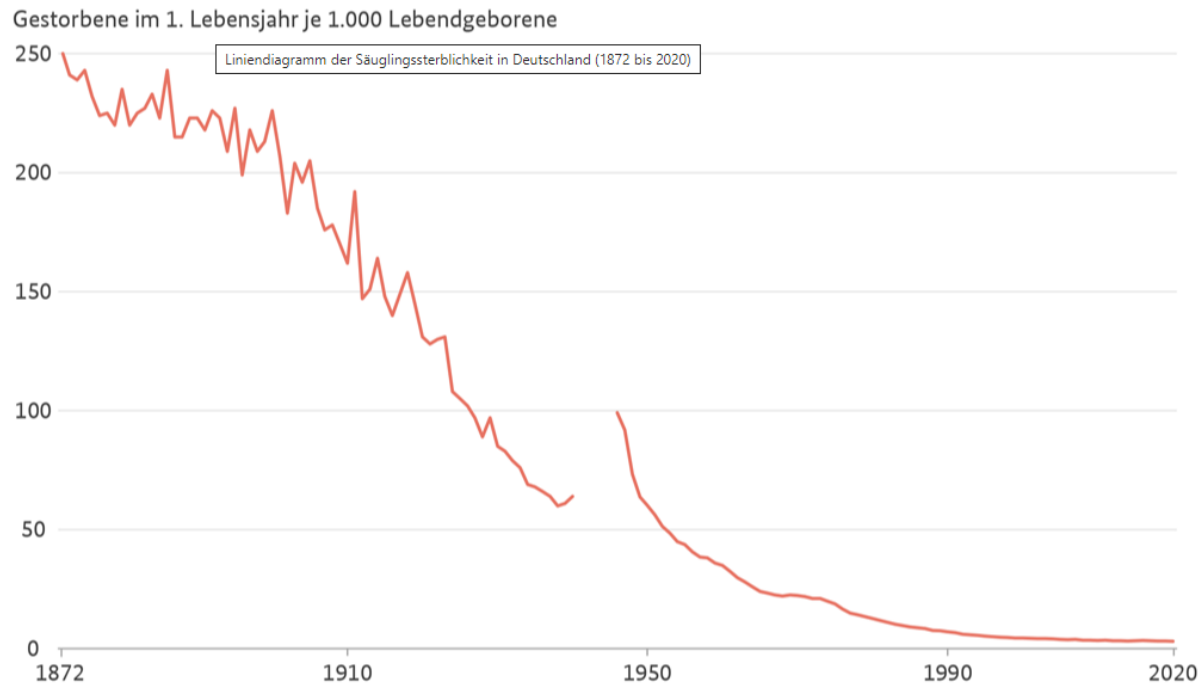
Entwicklung der Müttersterblichkeit



Datenquelle: Statistisches Bundesamt,
Berechnungen: BiB

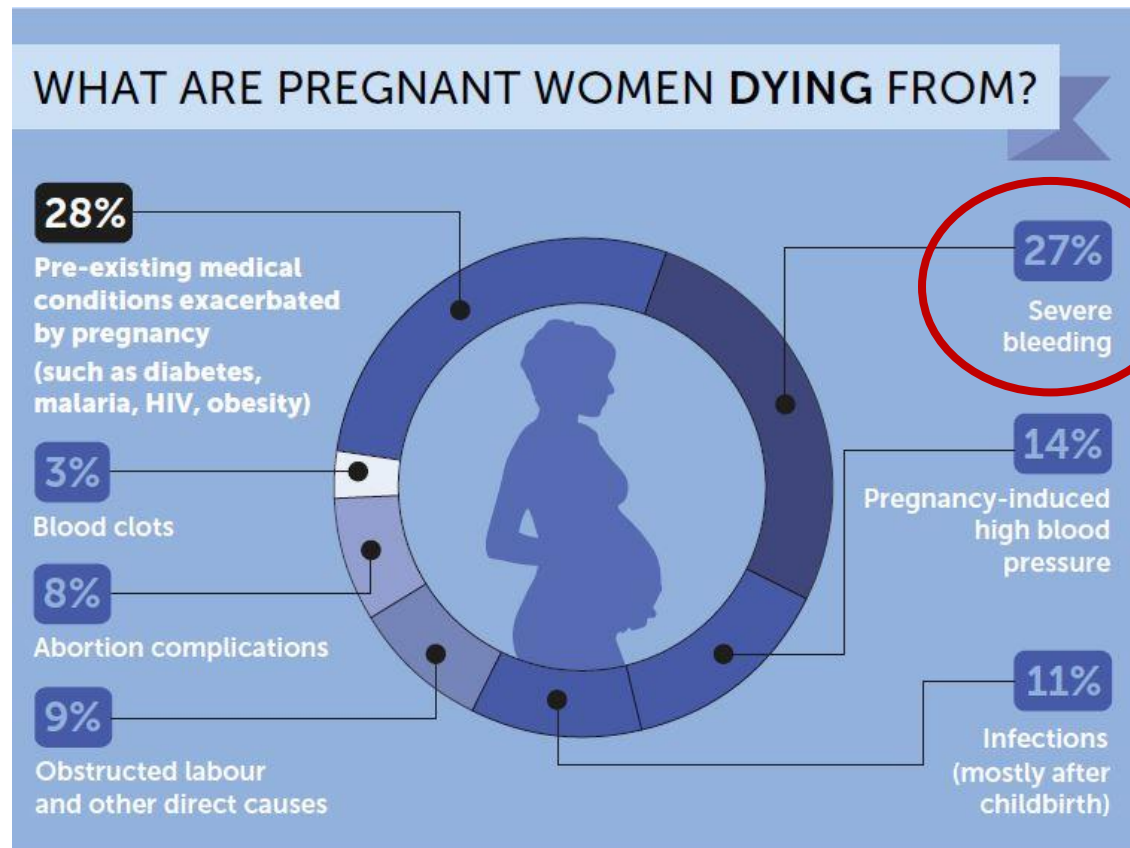
Entwicklung der Säuglingssterblichkeit

Säuglingssterblichkeit* (1872-2020)**



Datenquelle: Statistisches Bundesamt,
Berechnungen: BiB

Ursachen der Müttersterblichkeit



Die Geburt

Die Geburt bleibt ein wesentlicher Augenblick in unserem Leben und dies betrifft nicht nur das Kind, dessen Leben von seiner Geburt beeinflusst werden kann. Auch für die werdende Mutter, den werdenden Vater und deren Familien ist dieser Augenblick ein lebensverändernder Moment.

Jeden Einfluss, den Hebammen und Ärzt*innen in dieser Phase als geburtshilfliche Akteur*innen nehmen, hat das Potenzial, kurz- oder langfristig auf die Gesundheit der Frau oder des Kindes, Einfluss zu nehmen.

Gute Geburtshilfe stellt daher das Wohlergehen und die Sicherheit für Mutter und Kind in das Zentrum.



Virginale Geburt am Termin
SS-Lernziele
der

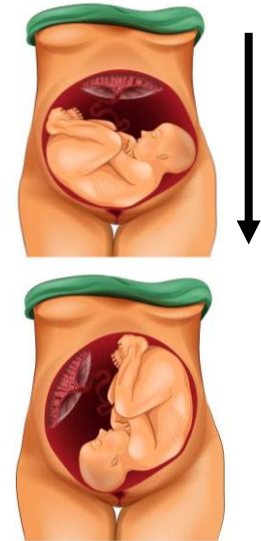


LANGFASSUNG

Lage – Stellung – Haltung – Einstellung

Lage

- Beziehung der fetalen zur mütterlichen Körperlängsachse
Längslage, Querlage, Schräglage



Stellung

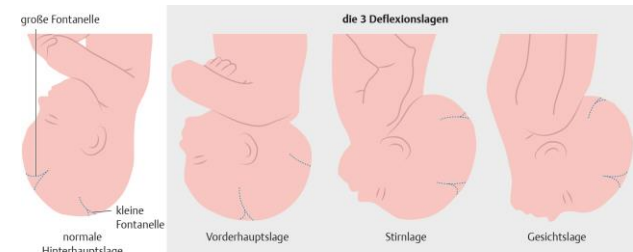
- Position des fetalen Rückens zur Mutter
1. Stellung Rücken links, 2. Stellung Rücken rechts

Haltung

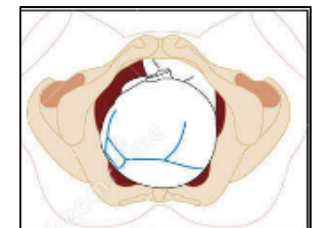
- Beugehaltung des Kopfes beim Durchtritt

Einstellung

- Beziehung des vorangehenden Kindsteils zum Geburtskanal

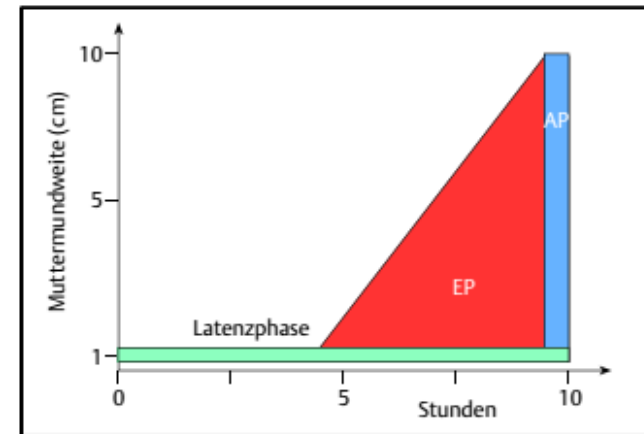


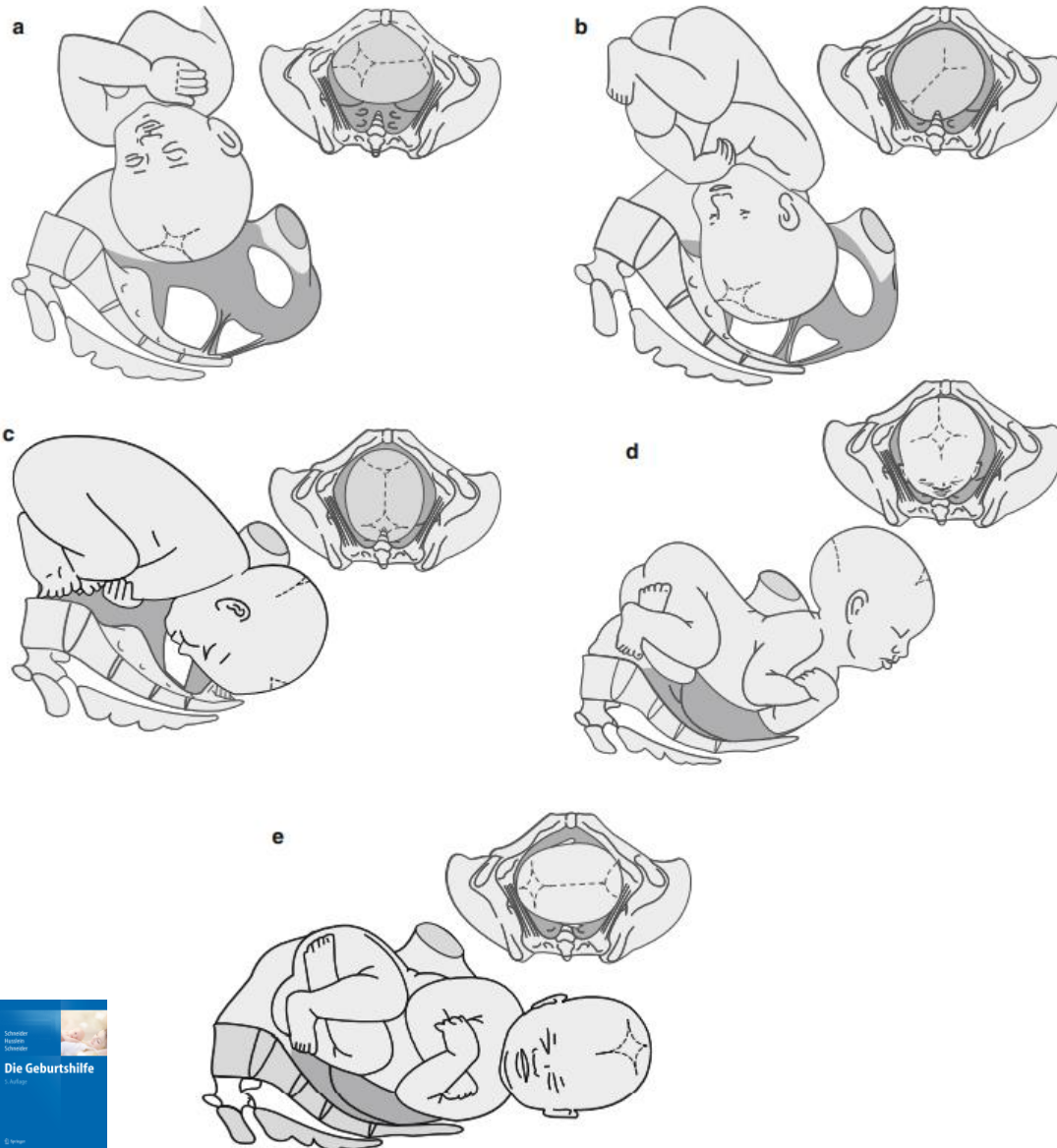
Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York
I care Pflege - 2020



Phasen der Geburt

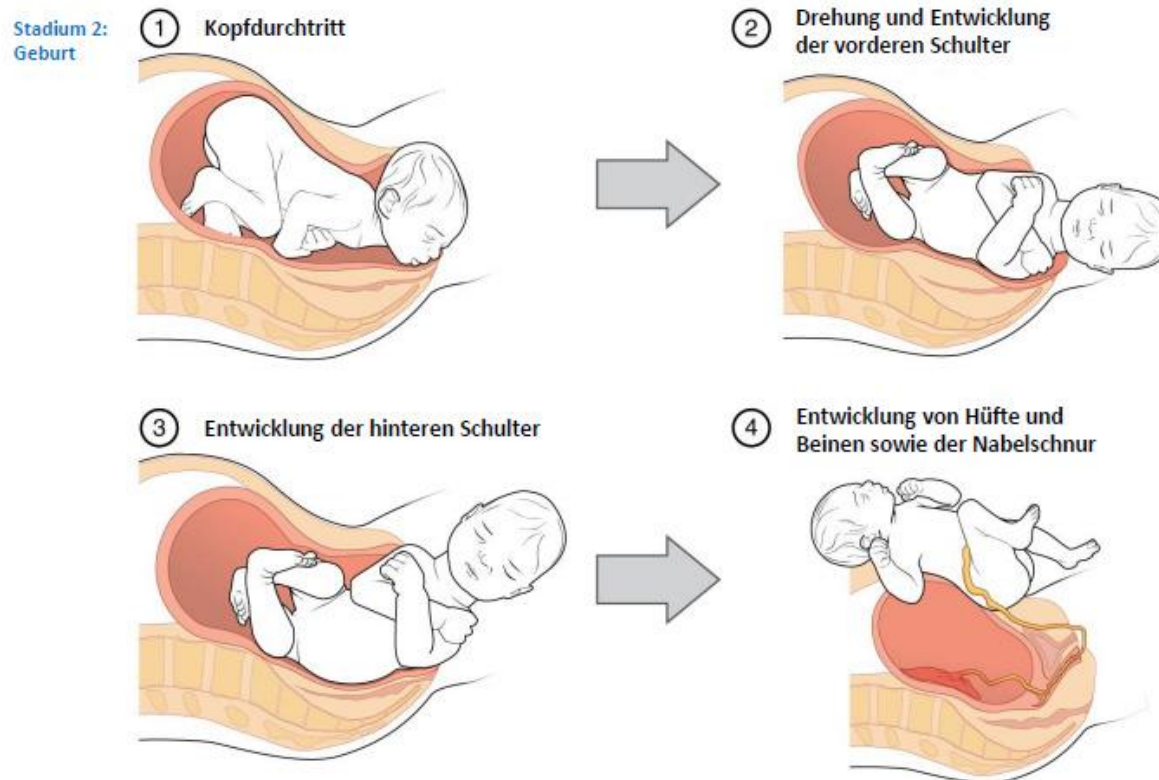
- Latenzperiode (Tage-Wochen)
 - Leichte teils auch schmerzhafte Wehen ohne deutlichen Geburtsfortschritt
- Eröffnungsperiode (*Erstgebärende 9h, Mehrgebärende 7 h*)
 - Geburtsbeginn bis Erreichen vollständigen Muttermundes
 - Aktivitätsphase: Muttermundseröffnung 1cm/h
- Austreibungsperiode (*Erstgebärende 2-3h, Mehrgebärende 0,5-1 h*)
 - vollständige Muttermunderöffnung bis zur Geburt des Kindes
- Plazentarperiode (*ab 30 min erhöhtes Risiko für PPH*)
 - Geburt des Kindes bis zur Geburt der Plazenta





- a. Beckeneingang
Indifferenzhaltung
Pfeilnaht quer
- b. Beckenmitte
Flexion und Drehung
Pfeilnaht schräg
- c. Kopf Beckenboden
Maximale Flexion
Pfeilnaht gerade
- d. Beckenausgang
Deflexion des Kopfes und
Rotation um die Symphyse
- e. Rotation der Schulter in
den geraden Durchmesser
Drehung des Kopfes nach
links/rechts
- f. Geburt des Körpers

Entwicklung der Schulter



Angabe des Höhenstandes des fetalen Schädels

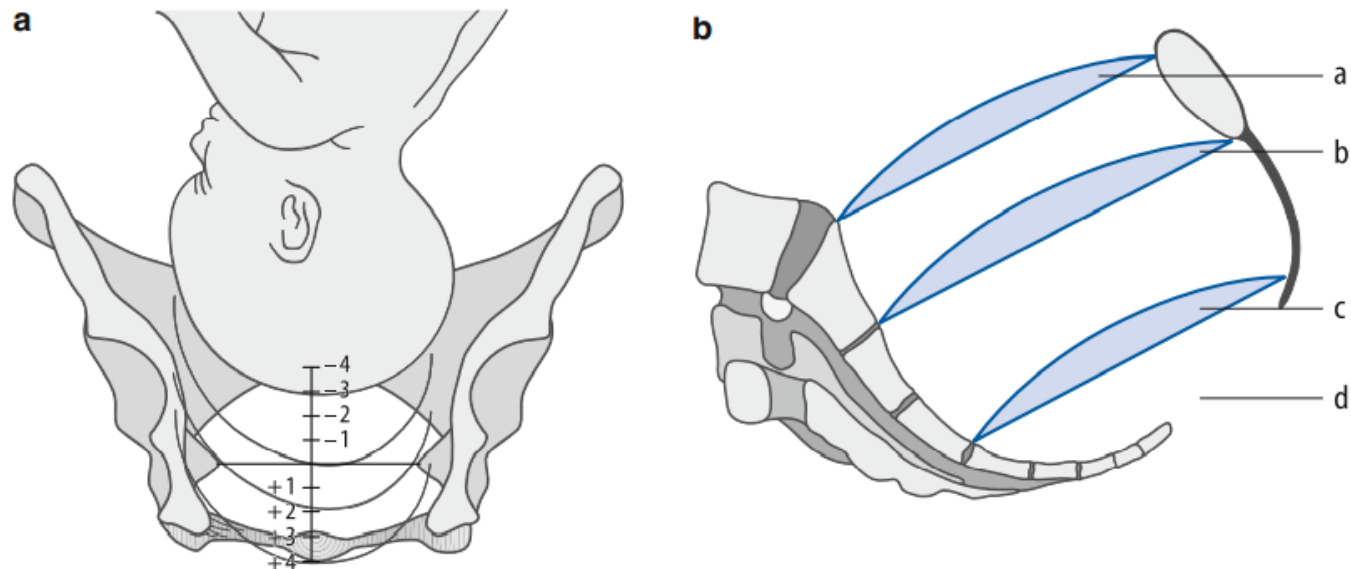
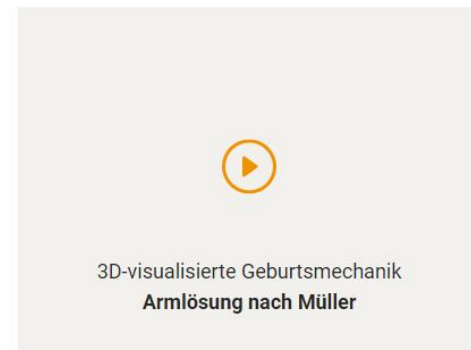
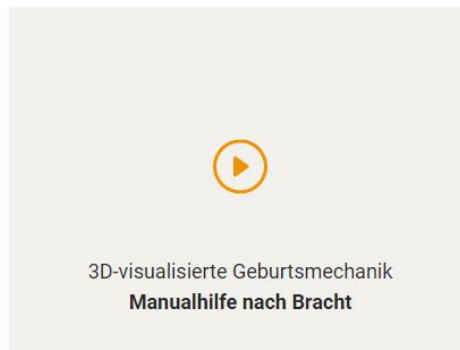
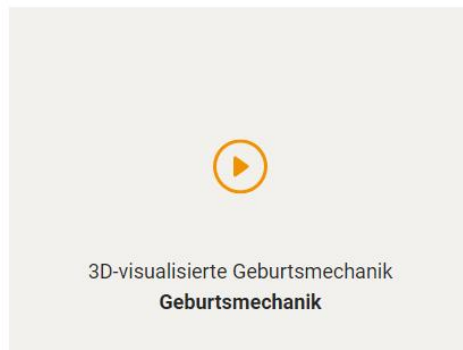
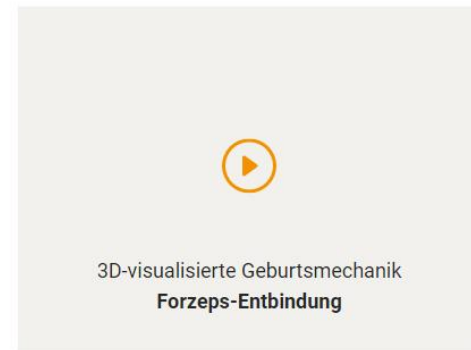
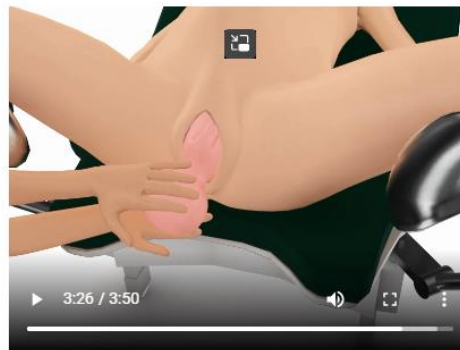
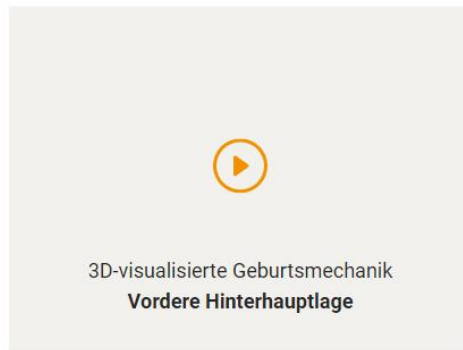


Abb. 7 a, b Höhenstand des fetalen Schädels nach De Lee und Hodge. **a** Höhenstandsangaben in cm, die die Distanz des vorangehenden Teils von der Interspinalebene (=0 cm) wiedergeben. **b** Parallelebenen:

a = obere Schoßfugenrandebene, *b* = untere Schoßfugenrandebene, *c* = Interspinalebene, *d* = Beckenboden

<https://dgppgm.de/ihre-fortbildung/bibliothek#c24>

Geburtsmechanik | 3D-visualisierte Geburtsmechanik
[Katja v. Eynatten¹, Joachim Dudenhausen², Dieter Grab¹]



Klassifikation der fetalen Herzfrequenz nach FIGO

3 Bewertungskriterien



Erkennen einer fetalen Gefahrensituation



Konsequenz

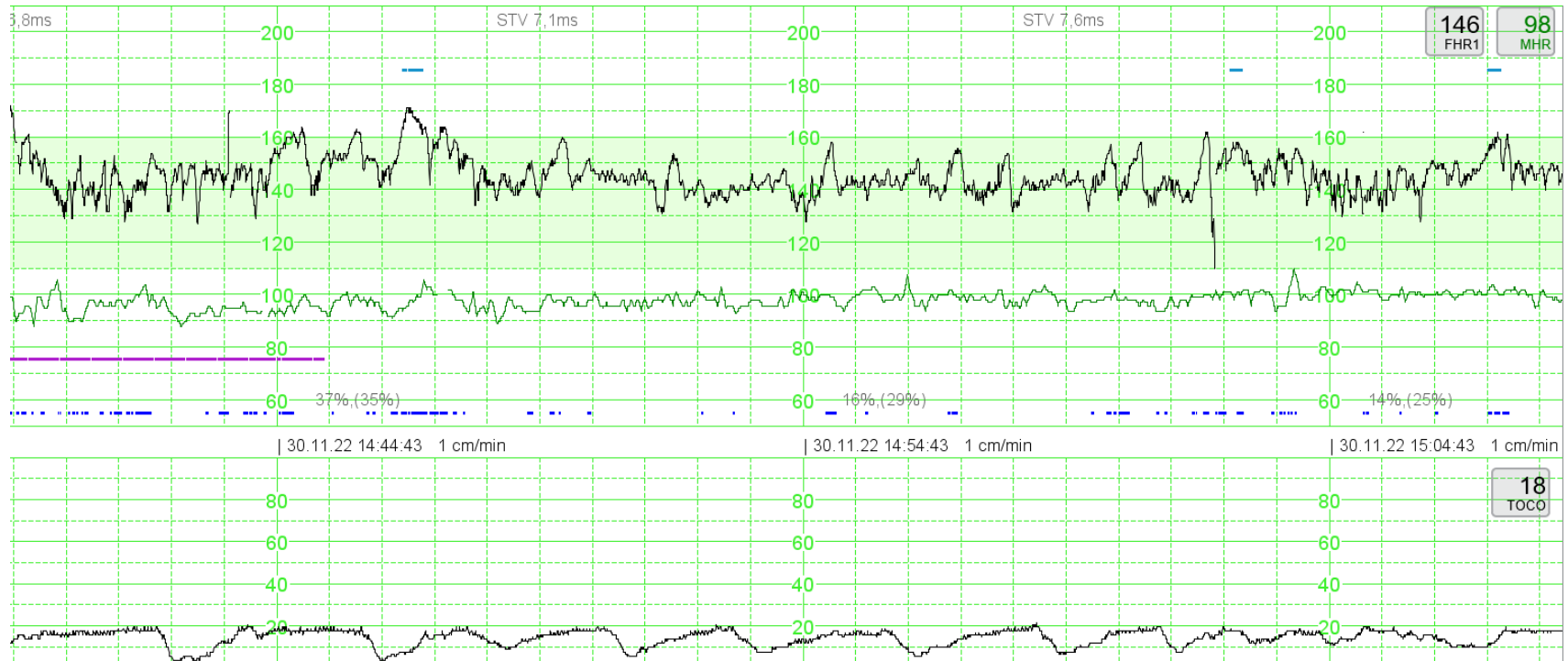


	Normal	Suspekt	Pathologisch
Baseline	110–160 SpM	es fehlt ein normales Merkmal, es liegt aber kein pathologisches Merkmal vor	< 100 SpM
Oszillation	5–25 SpM		eingeschränkte oder erhöhte Oszillation, sinusoidales Muster
Dezelerationen	keine repetitiven* Dezelerationen		repetitive späte oder prolongierte Dezelerationen > 30 Minuten (bei reduzierter Oszillation > 20 Minuten), Prolongierte Dezeleration > 5 Minuten
Interpretation	keine Hypoxie / Azidose	Hypoxie / Azidose unwahrscheinlich	Hohes Risiko für Hypoxie / Azidose
Klinisches Management	keine Intervention erforderlich	Konservative Maßnahmen: Korrektur reversibler Ursachen, engmaschige Überwachung, weitere Diagnostik	Konservative und / oder invasive Maßnahmen: Sofortige Korrektur reversibler Ursachen, weitere Diagnostik oder (falls nicht möglich) rasche Entbindung

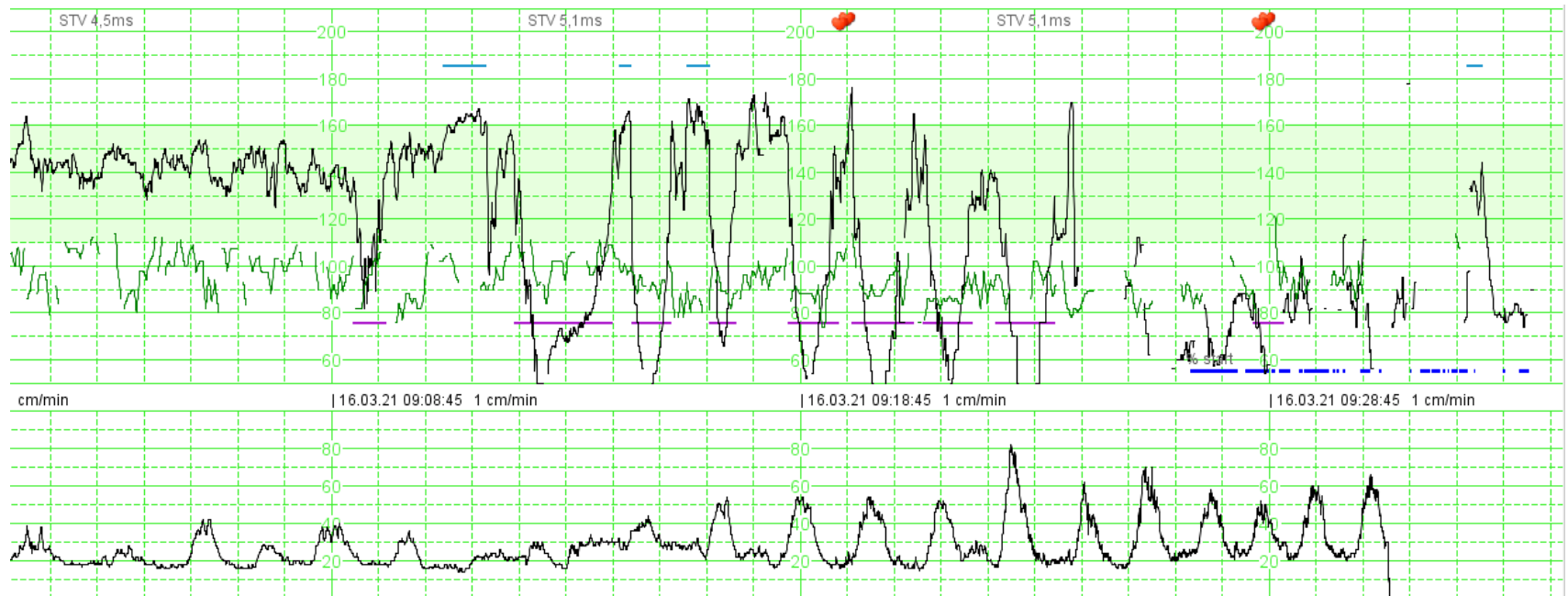
*Dezelerationen gelten als repetitiv, wenn sie mit > 50 % der Kontraktionen auftreten. Das Fehlen von Akzelerationen während der Geburt ist von unklarer Bedeutung.

Klassifikation:
Normal **N**
Suspekt **S**
Pathologisch **P**

CTG Fetale Überwachung prä- und intrapartal



CTG Fetale Überwachung prä- und intrapartal

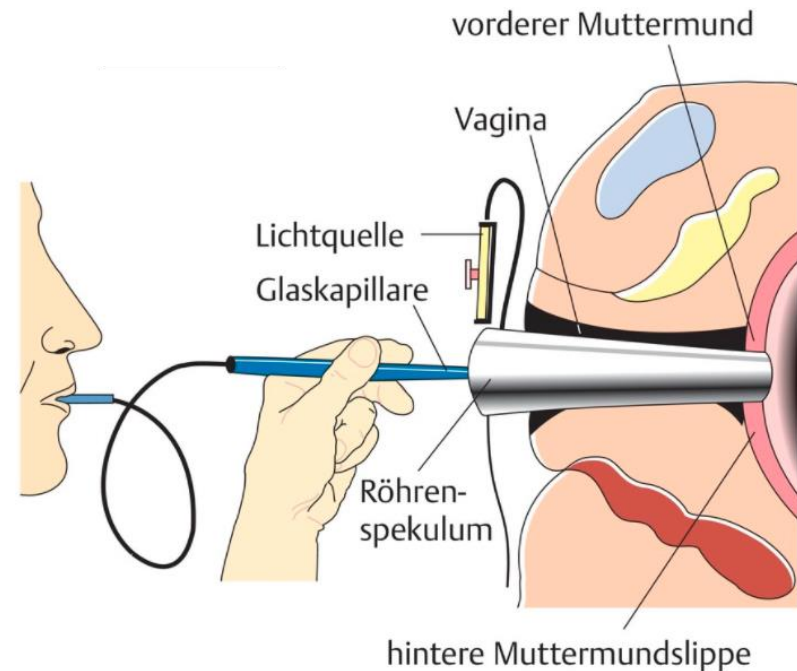


Diagnostische Zusatztests unter Geburt

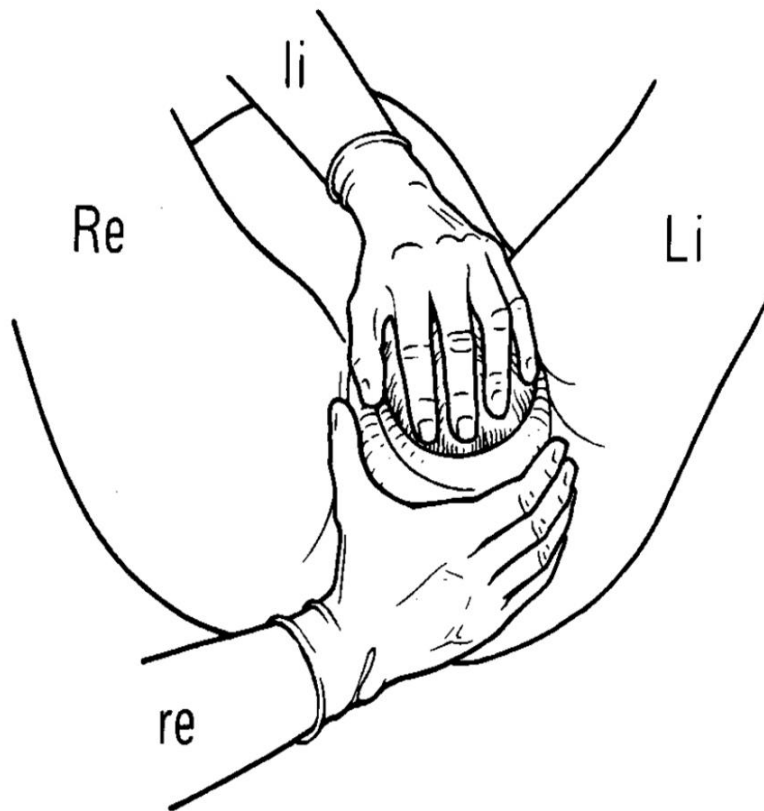
Mikroblutuntersuchung MBU = Fetalblutanalyse FBA

5.50	Empfehlung												
Empfehlungsgrad A	Das Ergebnis der Fetalblutprobe soll mittels folgender Klassifikation bewertet werden:												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Laktat (mmol/l)</th> <th>pH</th> <th>Beurteilung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 4,1</td> <td>≥ 7,25</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>4,2–4,8</td> <td>7,21–7,24</td> <td>Grenzwertig</td> </tr> <tr> <td>≥ 4,9</td> <td>≤ 7,20</td> <td>Pathologisch</td> </tr> </tbody> </table>	Laktat (mmol/l)	pH	Beurteilung	≤ 4,1	≥ 7,25	Normal	4,2–4,8	7,21–7,24	Grenzwertig	≥ 4,9	≤ 7,20	Pathologisch
	Laktat (mmol/l)	pH	Beurteilung										
	≤ 4,1	≥ 7,25	Normal										
4,2–4,8	7,21–7,24	Grenzwertig											
≥ 4,9	≤ 7,20	Pathologisch											
Evidenzgrad	Leitlinienadaptation: NICE-Leitlinie CG 190 Intrapartum care for healthy women and babies [1], Empfehlung 1.10.48												
	Konsensstärke: 88 %												

- Normal: Wiederholung nach spätestens 60 min
- Grenzwertig: Wiederholung nach spätestens 30 min



Dammschutz

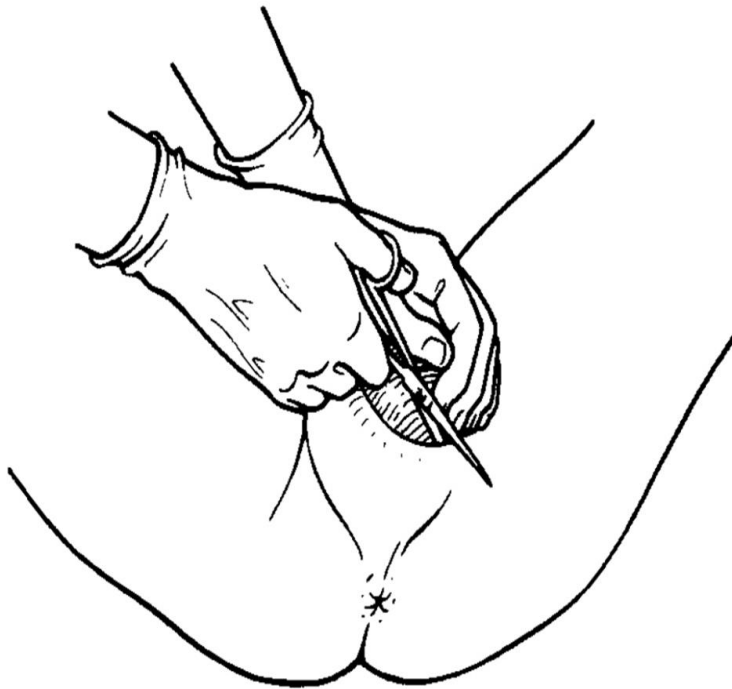


- Linke Hand:
steuert das Austrittstempo
des Kopfes
- Rechte Hand:
stützt den Damm

„Hands-on“ vs. „Hands-off“

8.12	Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Sowohl die „Hands-on“- (→ „Dammschutz“) als auch die „Hands-off“-Technik (→ kein „Dammschutz“: die Hände der Hebamme berühren weder den Damm der Gebärenden noch den kindlichen Kopf, die Hebamme kann aber jederzeit eingreifen) können bei der Geburt des Kindes angewandt werden.
Evidenzgrad 1	Leitlinienadaptation: NICE-Leitlinie CG 190 Intrapartum care for healthy women and babies [1], Empfehlung 209, sowie Abgleich und Einbezug aktueller Literatur nach Update-Recherche [313, 319]
	Konsensstärke: 92,9 %

Episiotomie



8.8 Episiotomie

8.13	Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Eine routinemäßige Episiotomie während einer spontanen vaginalen Geburt soll nicht durchgeführt werden.
Evidenzgrad 1	Leitlinienadaptation: NICE-Leitlinie CG 190 Intrapartum care for healthy women and babies [1], Empfehlung 211, sowie Abgleich & Einbezug aktueller Literatur [320]
	Konsensstärke: 100 %

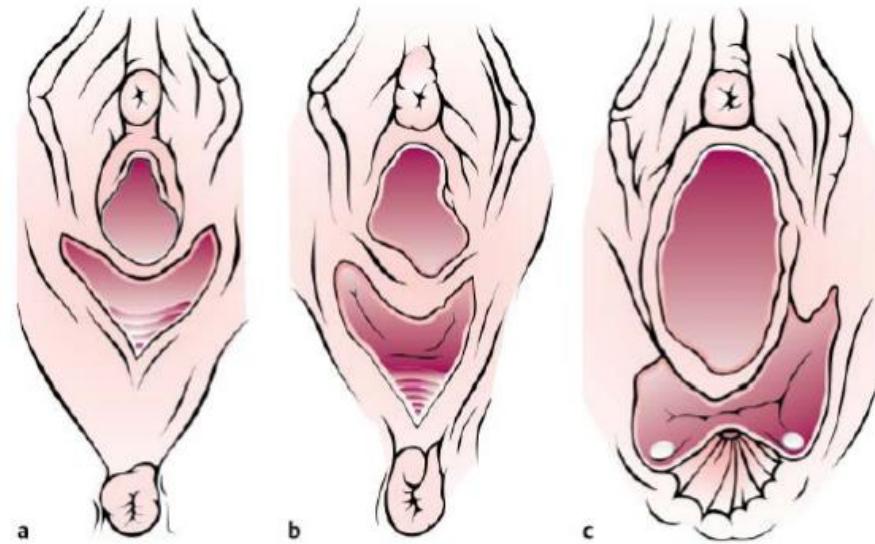
Dammriss

■ Dammriss 1. Grades:
Verletzung der Haut des Dammes

■ Dammriss 2. Grades:
Verletzung der Haut und der
oberflächlichen Dammmuskulatur

■ Dammriss 3. Grades:
teilweise oder vollständige
Durchtrennung des M. sphincter ani

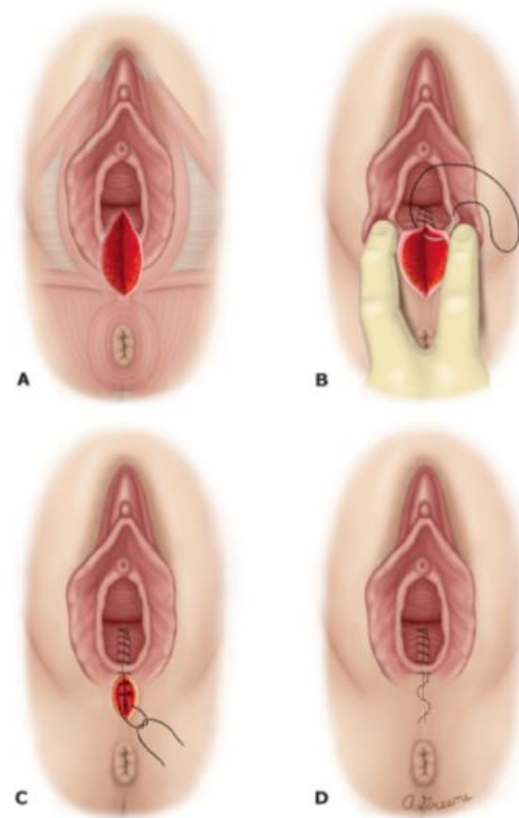
■ Dammriss 4. Grades:
zusätzlich Einriss der Rektumschleimhaut



a Dammriss 1. Grades.
b Dammriss 2. Grades.
c Dammriss 3. Grades.

Geburtsverletzungen

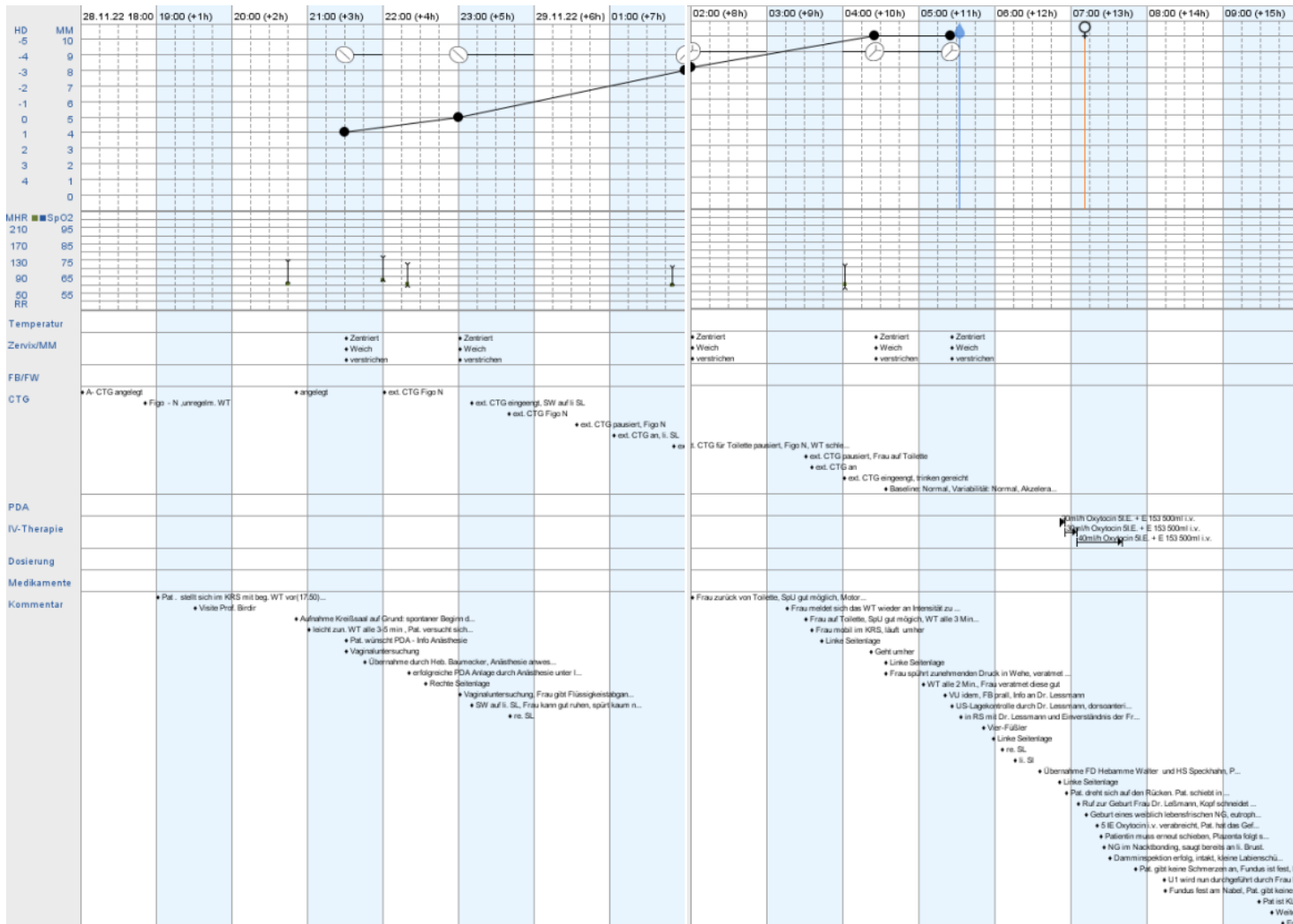
- Mediane Episiotomie
- Dammriss II°



Labienhämatom



Partogramm: Darstellung des Geburtsfortschrittes



Plazentarperiode

■ Zeit von der Geburt des Kindes bis zur Geburt der Plazenta

Konsensbasierte Empfehlung 4.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Die aktive Leitung der Plazentarperiode („active management of third stage of labor – AMTSL“) verringert das Risiko einer PPH um bis zu 66% und soll deshalb bei jeder Geburt empfohlen werden.

Konsensbasierte Empfehlung 4.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

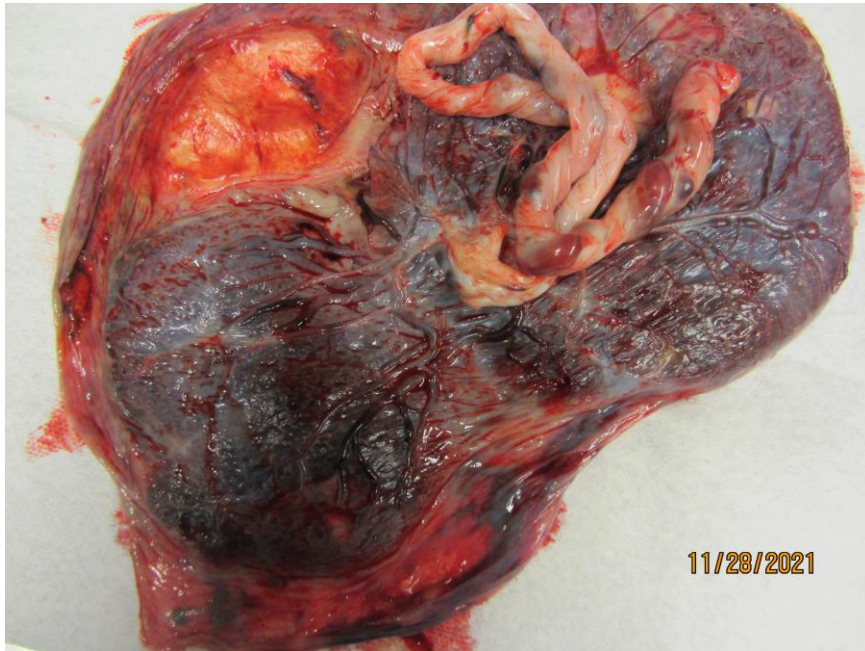
Zur medikamentösen Prophylaxe der PPH können Oxytocin 3-5 IE i.v. oder Carbetocin 100 µg i.v. (beides als Kurzinfusion) oder - bei vaginaler Geburt - i.m. verwendet werden, wobei Carbetocin eine länger anhaltende Wirksamkeit bei gleicher Nebenwirkungsrate zeigt.

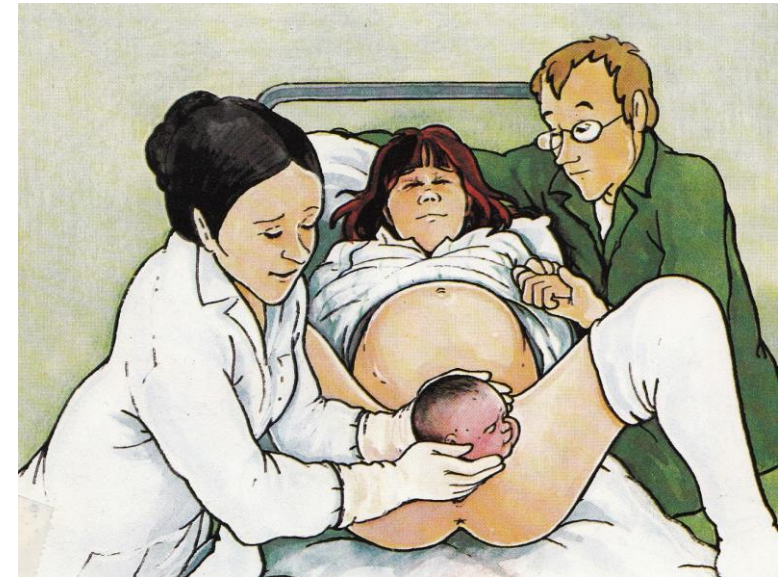
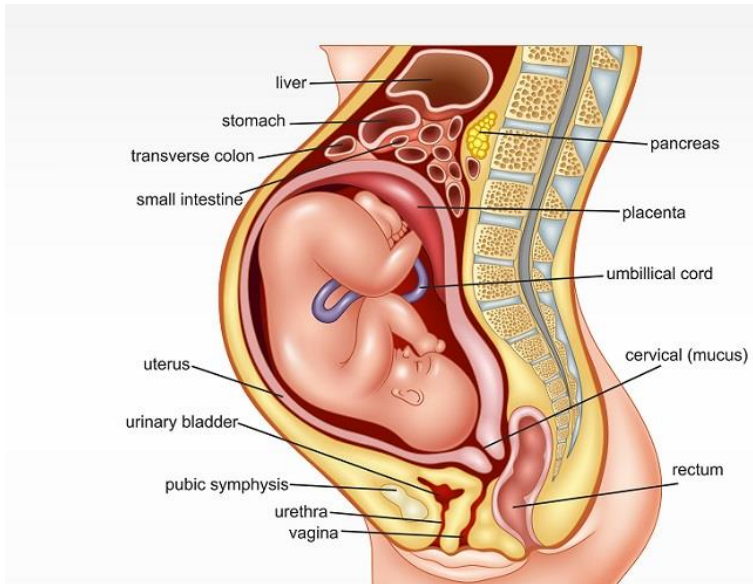


Leitlinienprogramm
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)
suissse
Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie

AWMF-Registernummer
418683
Leitlinienklasse
S2a
Stand
August 2022
Version
2.2

Plazenta













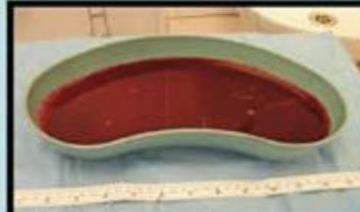
„Peter, Ida und das Minimum“ G. Fagerström, G. Hansson, Ravensburger

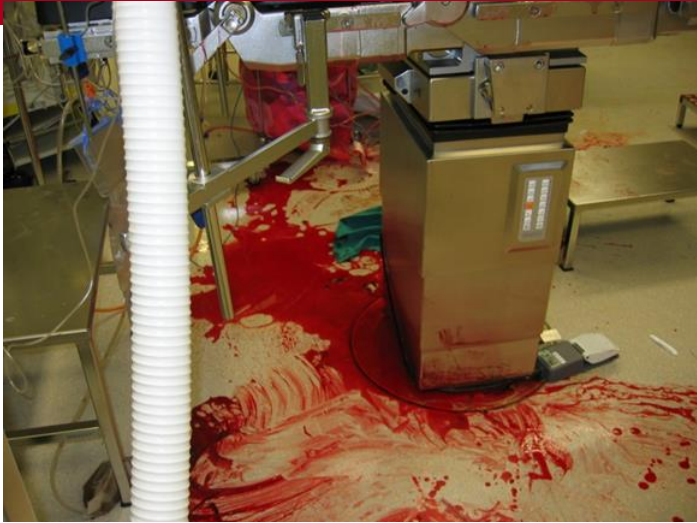
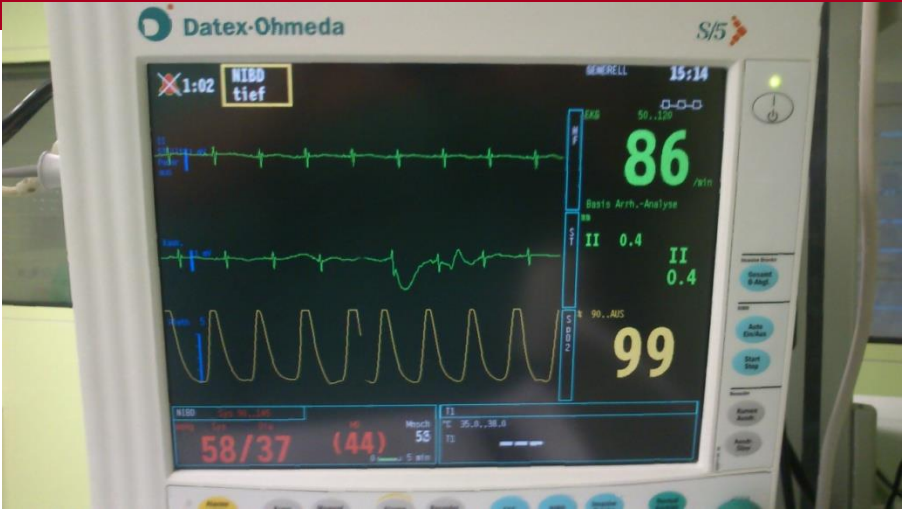
Durchblutung des Uterus
in der 40. SSW:

700 ml Blut/min

Postpartum haemorrhage (PPH)=
Blutverlust innerhalb 24 Stunden
nach Geburt:

- > 500 ml nach vaginaler Geburt
- > 1000 ml nach Sectio

 <p>Soiled Sanitary Towel 30ml</p>	 <p>Saturated Sanitary Towel 100ml</p>	 <p>Saturated Small Swab 10x10cm 60ml</p>
 <p>Incontinence Pad 250ml</p>	 <p>Saturated Large Swab 45x45cm 350ml</p>	 <p>50cm diameter (300ml), 75cm diameter (1000ml) and 100cm diameter (1500ml) 100cm Diameter Floor Spill 1500ml</p>
 <p>PPH Limited to Bed only 1000ml</p>	 <p>PPH Spilling onto Floor 2000ml</p>	 <p>Full Kidney Dish 500ml</p>



Medikamentöse Therapie der PPH

■ **Oxytocin 10 IE / 500 ml E153**

Laufgeschwindigkeit 200-500 ml/h, abhängig von uteriner Wirkung
Laut LL AWMF 10-40 IE Oxytocin in 500-1000 ml Infusionslösung

■ Carbetocin

Zugelassen zur PPH-Prävention nach Sectio und vaginaler Geburt

■ **Tranexamsäure 1g / 100 ml NaCl**

Gabe bei Diagnosestellung der PPH
Wiederholung von 1g möglich

■ **Nalador 500 µg / 500 ml E153**

Laufgeschwindigkeit initial 500 ml/h
Reduktion so rasch wie möglich, abhängig von uteriner Wirkung



Postpartale Blutung

Handlungsalgorithmus UKD

Schritte	Klinische Symptome	Maßnahmen	Medikamente/Blutprobe
<p></p> <p>Kreißsaal 2365 Hebamme 16848</p> <p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vaginale Blutung <ul style="list-style-type: none"> → 500 ml nach vaginaler Geburt → 1000 ml nach Sectio ◆ Patientin kreislaufstabil 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 2. Flexüle: <ul style="list-style-type: none"> → BB, Gerinnung → Kreuzblut, Einkreuzen 2Eks Anmeldung Orbis ▶ Volumen E 153 1000 ml (warm) ▶ Katheterisierung HB ▶ Halten Uterus ▶ Wiegen/ Messen Blutverlust ▶ Abklärung Ursache (4 Ts) <ul style="list-style-type: none"> → Uterustonius → Plazentainspektion → Geburtsverletzung/Uterotomie → Gerinnung 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2. Gabe Oxytocin 5 IE i.v. ● Oxytocin 10 IE/ 500ml E153 ● 1g Tranexamsäure/ 100ml NaCl ● Zur Prophylaxe bei stehender Blutung: <ul style="list-style-type: none"> → Cytotec 800 µg (4 Tbl.) rektal
<p></p> <p>Anästhesie tagsüber 19003 Dienst 18000 OP-Schwester 18081</p> <p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Anhaltend schwere Blutung ◆ Blutverlust <ul style="list-style-type: none"> → 1500ml ◆ Patientin kreislaufstabil 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fahrt in OP Saal 19 ▶ Plazentalösung/Nachtastung ▶ Auffangtuch / Wiegen Blutverlust ▶ Diagnose/Versorgung <ul style="list-style-type: none"> → Geburtsverletzungen / Ausschluss Uterusruptur ▶ Halten (ggf. bimanuell) Uterus 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nalador 1Amp (500 µg)/ 500 ml E153 <ul style="list-style-type: none"> → Infusomat über KRS → Beginn 500 ml/h, rasche Reduktion ● Anforderung EKs/Fibrinogen/FFP Trafu 3569 ● 2. Gabe 1g Tranexamsäure ● ggf. Transfusion Fibrinogen, Eks
<p>3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Therapierefraktäre schwere Blutung ◆ Patientin kreislaufstabil 	<p>Cavumtamponade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Einlage Bakri-Katheter (Blockung 500 ml) ▶ Ggf. Scheidentamponade <p>Blutungsstopp</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Intensivüberwachung organisieren (ITS/ KRS) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nalador weiter, max. 3 Amp/24 h ● Hämodynamische Stabilisierung ● Optimierung HK und Gerinnung
<p>Hinzuziehen Prof. Wimberger / OA-Hintergrund</p> <p>4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Persistierende Blutung ◆ Patientin kreislaufinstabil ◆ hämorrhagischer Schock 	<p>Chirurgische Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Kompression Aorta ▶ Kompression Uterus ▶ Laparotomie ▶ Gefäßklemme/Gefäßligatur ▶ Uteruskompressionsnähte ▶ Hysterektomie 	<ul style="list-style-type: none"> ● ggf. rekombinanter Faktor VIIa <ul style="list-style-type: none"> → Initial 90 µg/kg KG (Bolus) ● Universal-Eks 0 Rhesus negativ <ul style="list-style-type: none"> → über Rettungsstelle 2425



Regelwidrige Geburt

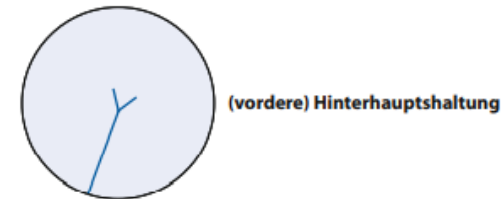
Geburtsunmögliche Lagen:

- Querlage
- Persistierender hoher Kopf-Geradstand
- Hintere Scheitelbeineinstellung
(hinterer Asynklitismus)
- Dorsoanteriore Gesichtslage
- Tiefer Kopfquerstand



Einstellungs- und Haltungsanomalie

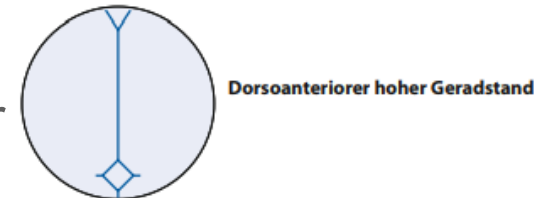
- **Haltungsanomalie:**
 - Streck- oder Flexionshaltung
 - Ca. 1 % aller Geburten
 - Fehlende Beugung
 - Ursache: Mißverhältnis, Vorliegen einer Hand
- **Einstellungsanomalie**
 - In der Austreibungsperiode
 - Beziehung des Kopfes zum maternalen Becken



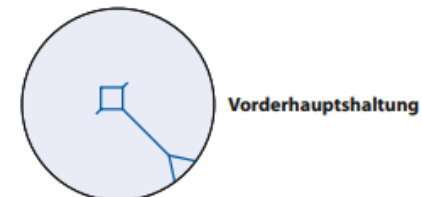
(vordere) Hinterhauptshaltung



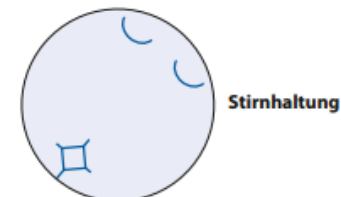
hintere Hinterhauptshaltung



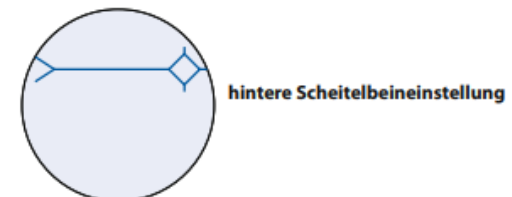
Dorsoanteriorer hoher Geradstand



Vorderhauptshaltung

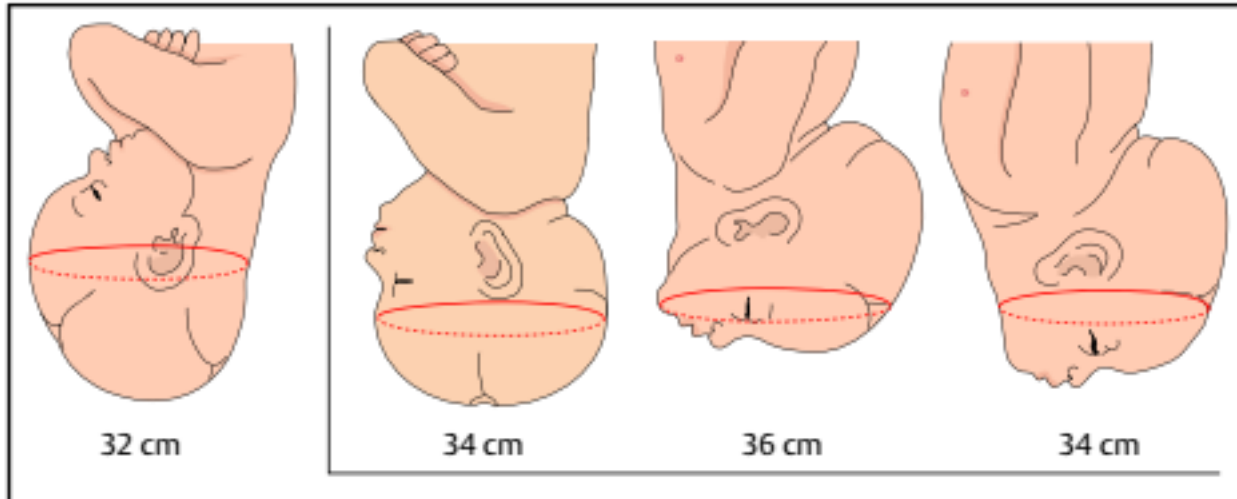


Stirnhaltung



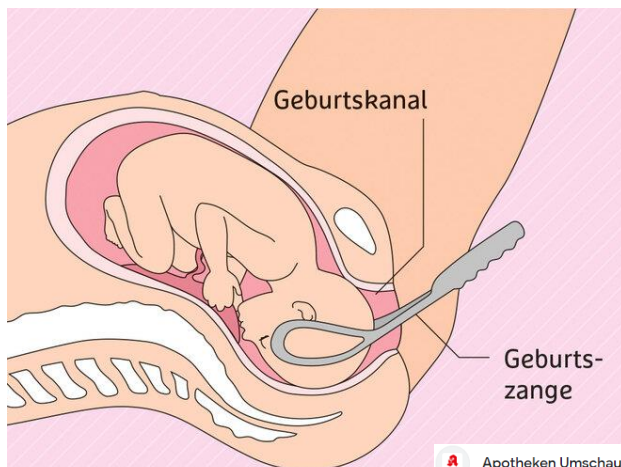
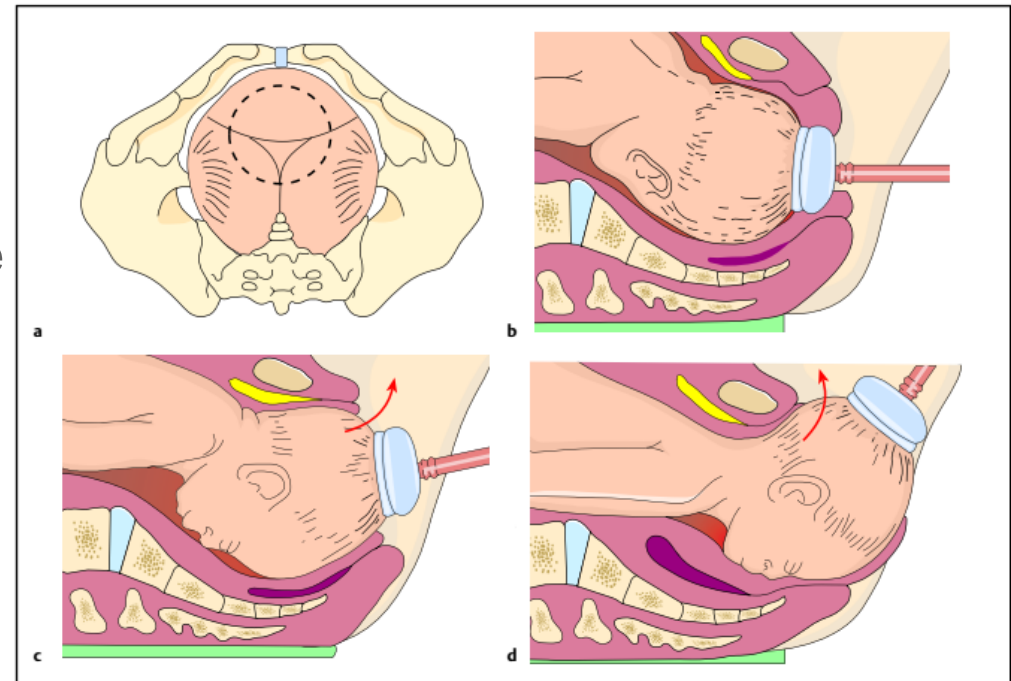
hintere Scheitelbeineinstellung

Deflektionshaltungen



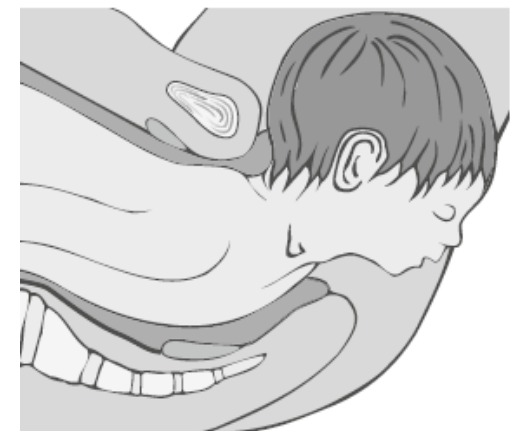
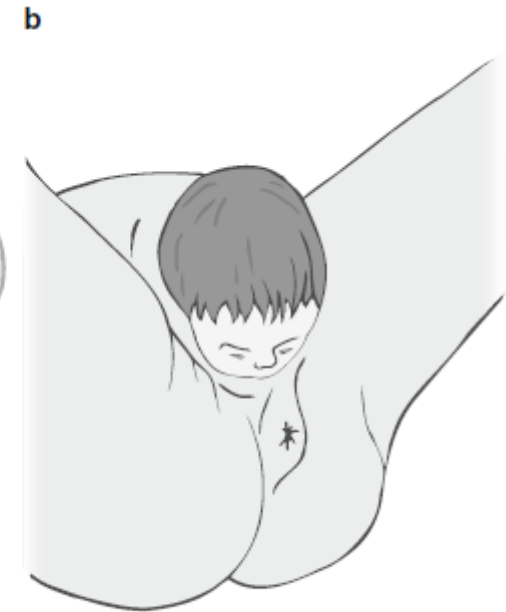
Vaginal operative Entbindung

- Indikation:
- Fetale Asphyxie oder drohende fetale Asphyxie
 - Sekundäre Wehenschwäche
 - Mütterliche Erschöpfung
 - Fehlende Kooperation



Schulterdystokie

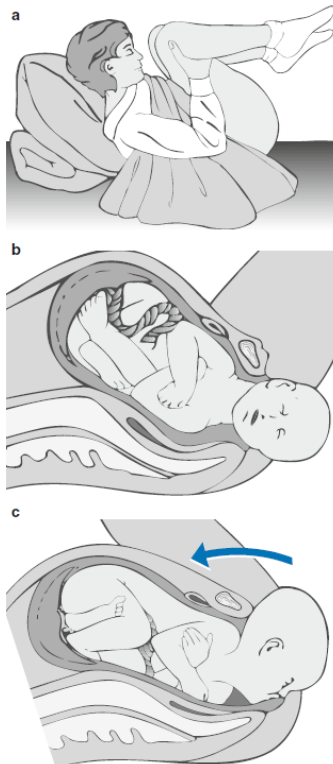
- Hoher Schultergeradstand
- Tiefer Schulterquerstand
- Inzidenz 0,5 %
- Nicht Ziehen!



- **Präpartale Risikofaktoren:**
 - Z.n. Schulterdystokie – Wiederholungsrisiko 15-20%!
 - Fetale Makrosomie > 4500g
 - GDM, DM
 - BMI > 30
- **Intrapartale Risikofaktoren:**
 - Geburtseinleitung
 - Verlängerte EP/AP
 - Rasche AP, Multigravidität
 - VE
 - Oxytocininfusion

Schulterdystokie

■ Mc Roberts Manöver



■ Gaskin Manöver

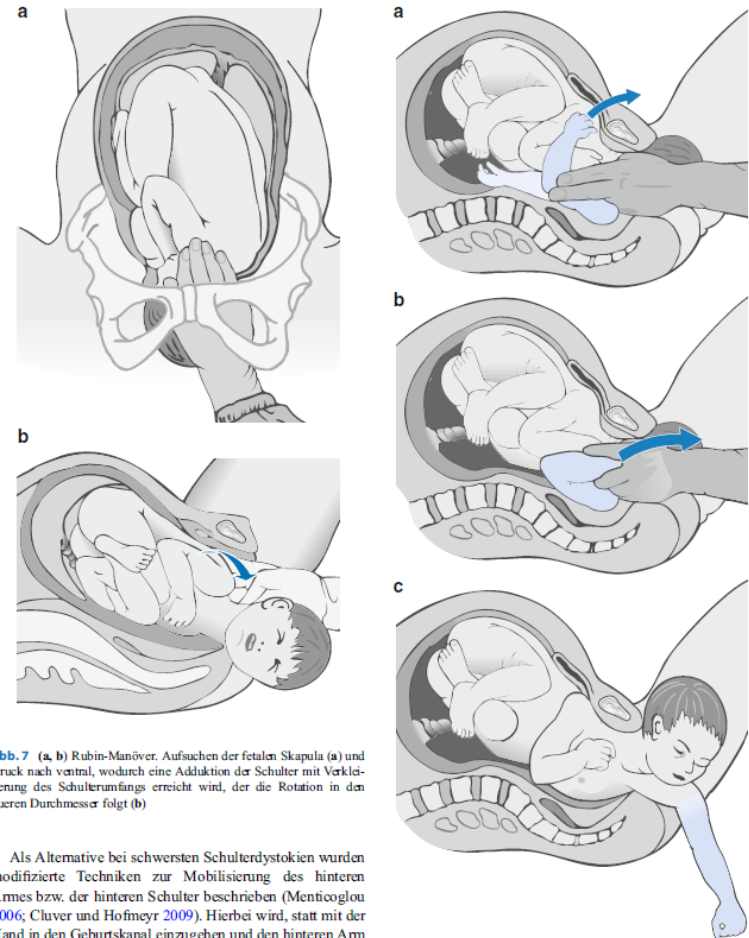


Schulterdystokie

Innere Rotation und Armentwicklung

Risiken

- Plexuslähmung
- Fraktur Humerus, Clavicula
- Asphyxie
- Maternale Geburtsverletzung



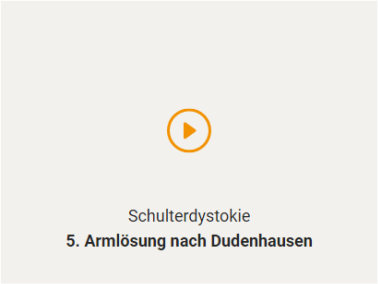
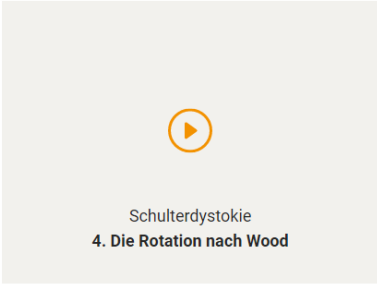
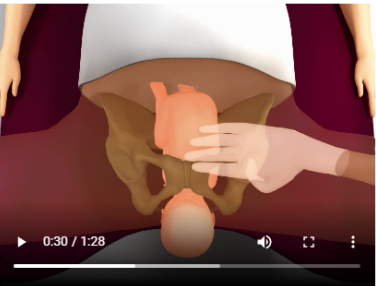
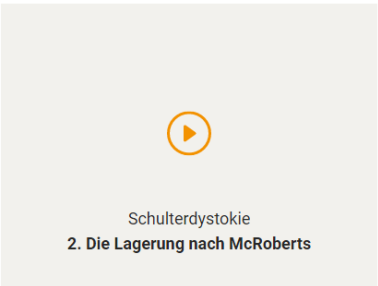
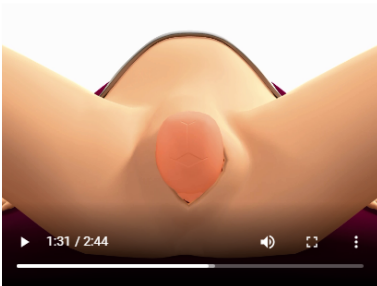
bb. 7 (a, b) Rubin-Manöver. Aufsuchen der fetalen Skapula (a) und ruck nach ventral, wodurch eine Adduktion der Schulter mit Verkleinerung des Schulterumfangs erreicht wird, der die Rotation in den größeren Durchmesser folgt (b)

Als Alternative bei schwersten Schulterdystokien wurden modifizierte Techniken zur Mobilisierung des hinteren Armes bzw. der hinteren Schulter beschrieben (Menticoglou 2006; Cluver und Hofmeyr 2009). Hierbei wird, statt mit der Hand in den Geburtskanal einzugehen und den hinteren Arm herauszuliefern, eine digitale avilläre Traktion bzw. eine

<https://dgp.gm.de/ihre-fortbildung/bibliothek#c249>

Lehrfilme

Vorgehen bei Schulterdystokie | 3D-animiertes Trainingsprogramm
[Katja v. Eynatten¹, Axel Feige², Stephan Schmidt³, Dieter Grab¹]



¹ Städt. Klinikum München GmbH, Frauenklinik Harlaching
² gynäkolog. Praxis, Nürnberg
³ Universitäts-Frauenklinik Marburg

Beckenendlage

■ Poleinstellungs- anomalie



Abb. 3 Vollkommene Steiß-Fuß-Lage



Abb. 5 Vollkommene Fußlage. (Aus Feige und Krause 1998 mit freundlicher Genehmigung)



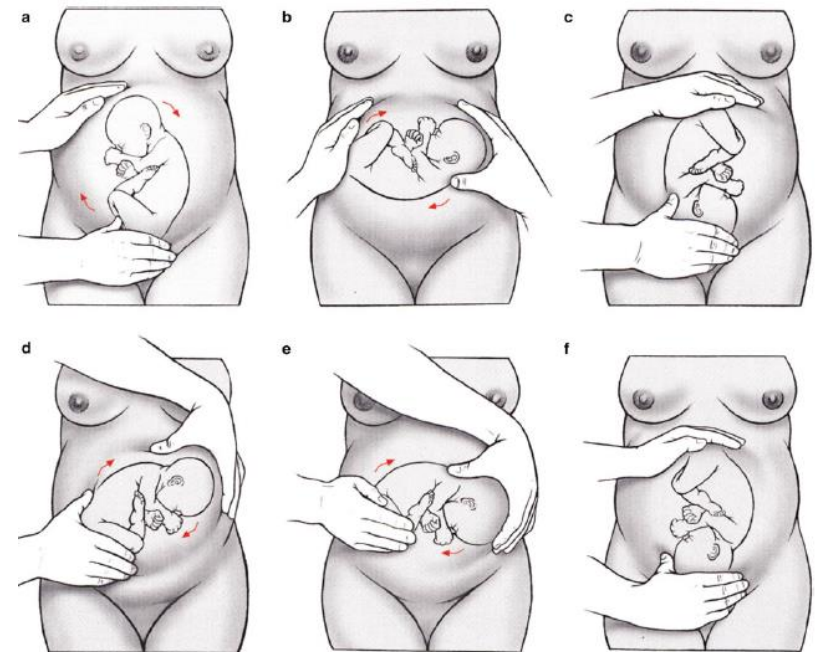
Abb. 6 Unvollkommene Fußlage. (Aus Feige und Krause 1998 mit freundlicher Genehmigung)



Abb. 4 Unvollkommene Steiß-Fuß-Lage

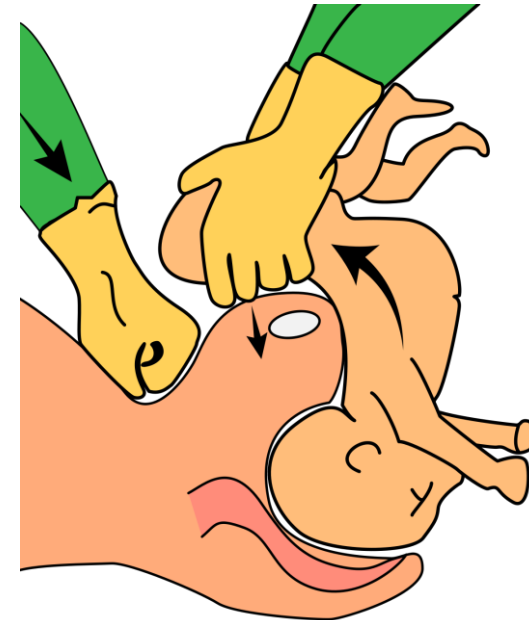
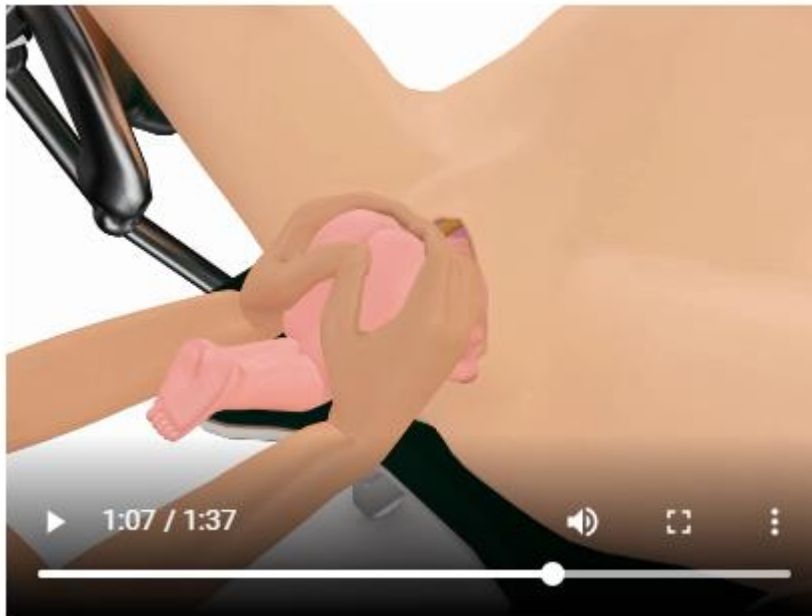
Beckenendlage Äußere Wendung

- Risiken
 - Nabelschnurkomplikationen
passagere Asystoliephase,
kurzfristige Bradykardie
 - Vorzeitige Plazentalösung
 - Fetomaternale Transfusion
 - Kein erhöhtes IUFT Risiko
- Erfolgchance ca. 50 %



Manualhilfe nach Bracht

<https://dgppgm.de/ihre-fortbildung/bibliothek#c249>



Wikipedia.de

Sectio caesarea

- „Sectiorate“ UKD 30 %
- Primäre und sekundäre Sectio
- Indikationen
- Komplikationen
 - Erhöhter Blutverlust
 - Narbe



Wochenbett und Komplikationen

- Wochenbett = Puerperium
6-8 Wochen nach Geburt
 - Uterusrückbildung (Nachwehen)
 - Wundheilung
 - Beginn der Laktation
- Gekennzeichnet durch die „Wochenfluss“ = Lochien
- Mutterschutz in Deutschland:
Beschäftigungsverbot nach der Geburt für 8 Wochen, Lohnfortzahlung

Infektionen im Wochenbett

Ursachen für einen fieberhaften Wochenbettverlauf

- Inneres Genitale:
 - Endometritis
 - Endomyometritis
- Ovarialvenenthrombose
- Tuboovarialabszess
- Paravaginales Hämatom
- „toxic shock syndrome“ (TTS)
- Wundbereich:
 - Infektion der Sectionarbe
 - Infektion der Episiotomie oder eines Vaginal- oder Dammrisses
- Mammae (Kap. 48 ► Stillen – Laktationsmedizin)
 - Milcheinschuss
 - Mastitis puerperalis
- Extremitäten:
 - Tiefe Beinvenenthrombose
- Abdomen:
 - Gastroenteritis
 - Hepatitis
 - Appendizitis
 - Pyelonephritis
- Thorax:
 - Pneumonie
 - Endokarditis
- ZNS:
 - Meningitis
- HNO-Bereich:
 - Sinusitis
 - Otitis media

- Mamma: Milchstau, Mastitis puerperalis
- Uterus: Endometritis, Endomyometritis
- Adnexen: Tuboovarialabszess

- Wundinfektion Sectionarbe
- Wundinfektion Geburtsverletzung

- Ovarialvenenthrombose

- Antibiose nach Indikation
- Laktation beachten
- Embryotox.de

Thrombembolie im Wochenbett

Inzidenz venöser Thrombembolien

- Erhöht in der Schwangerschaft um das 5-fache
- Erhöht im Wochenbett um das 15-fache
- Antikoagulation mit NMH in Schwangerschaft und Wochenbett nach Indikation prophylaktische oder therapeutisch

Tabelle XI: Beispielhafte Risikogruppen (abgeleitet nach ACCP 2004 [8])

	Risikokonstellation in der Schwangerschaft
Niedriges VTE-Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangere mit familiärer Thromboseanamnese* • Schwangere mit thrombophilen Faktoren ohne eigene oder familiäre Thromboseanamnese *
Mittleres VTE-Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangere mit Thrombose in der Eigenanamnese ohne hereditäres thrombophiles Risiko * • Schwangere mit wiederholten Spontanaborten oder schwerer Präeklampsie/ HELLP-Syndrom und Thrombophilie (angeboren, erworben) ohne Thrombose in der Eigenanamnese * • Schwangere mit homozygoter Faktor V Leiden-Mutation in der Eigenanamnese* • Schwangere mit niedrigem Risiko und zusätzlichen Risikofaktoren (Adipositas, Präeklampsie, Infektion, Bettlägerigkeit)
Hohes VTE-Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangere mit wiederholter Thrombose in der Eigenanamnese * • Schwangere mit homozygoter Faktor V Leiden-Mutation oder kombinierten thrombophilen Faktoren und einer Thrombose in der Eigenanamnese *

*Risikokategorien für Thrombophilien bei Schwangeren [429]



AWMF Leitlinien-Register Nr. 003/001 Entwicklungsstufe 3

S3-Leitlinie

Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)

2. komplett überarbeitete Auflage,
Stand: 15.10.2015

Psychiatrische Erkrankungen

- „Baby blues“ (Prävalenz bis 85 %)
- Wochenbettdepression (Prävalenz 15 %)
- Wochenbettpsychose (Prävalenz 0,2 %)

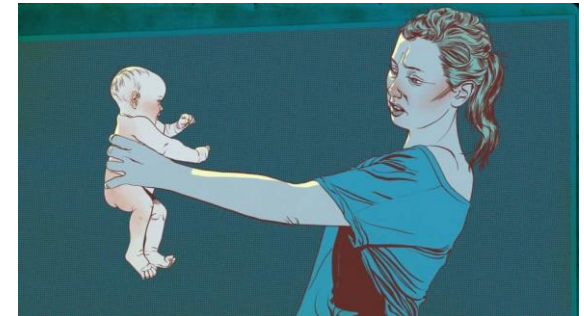


Bild: FAZ



Bild: gesund.bund.de

Mehr Geburtshilfe: im praktischen Einsatz oder im Kreißsaalforum

Kreißsaalforum online

Online verfügbar

- 1. **„COVID-19 in der Geburtshilfe“**
OÄ Dr. med. Jennifer Winkler, Geburtshilfe UKD
- 2. **„Nüchternheit zur OP und Nahrungsaufnahme unter Geburt und bei Risiken“**
FA Dr. med. Antje Zotta, Anästhesie UKD
- 3. **„Rhesus-NIPT und Blutgruppenantikörper in der Schwangerschaft“**
FA Dr. med. Janka Fryze, Geburtshilfe UKD
- 4. **„Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Prävention, Diagnostik, Therapie und Notfälle“**
FA Dr. med. Franziska Stäritz, Geburtshilfe UKD
- 5. **„Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Komplikationen und Betreuung postpartal“**
Hebamme M. Sc. Midwifery Katharina Langton MF, Zentrum für Hebammenwissenschaften, MF
- 6. **„Physiologie und Pathologie der Geburtsphasen“**
Hebamme Nathalia Falcao Cury/
Hebamme Helene Brauner, Geburtshilfe UKD
- 7. **„Schwangerschaftsabbruch nach §218a StGB: Indikationen, rechtliche Grundlage und Ablauf“**
OÄ Prof. Dr. med. Cahit Birdir, Geburtshilfe UKD
- 8. **„PDA/SPA: Indikationen, Komplikationen, Geburtsverlauf und Risiken“**
FA Dr. med. Antje Zotta, Anästhesie UKD
- 9. **„Postpartale Hämorrhagie: Aktuelles Vorgehen und neue Leitlinie“**
FA Dr. med. Eva Pecqueux, Geburtshilfe UKD
- 10. **„Geburtseinleitung: Indikation, Methoden und Komplikationen“**
FA Dr. med. Janka Fryze, Geburtshilfe UKD

Online können alle bisher gehaltenen Vorträge unter <https://caruscloud.uniklinikum-dresden.de/index.php/sf/m/7p6C9FBZkgoN> angesehen werden.
Passwort: Frauenklinik22
Hier findet sich auch das aktuelle Programm.

So finden Sie uns



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Haus 21, Hörsaal KuF (Kinder- und Frauenklinik), Erdgeschoss in der Halle
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Voraussichtlich jeden letzten Dienstag im Monat von 14:30 Uhr bis 15:30 Uhr. Programmänderungen vorbehalten. Das aktuelle Programm findet sich in der Cloud.
Die Termine im Sommersemester und im folgenden Wintersemester können erst im Verlauf festgelegt werden und werden dann bekanntgegeben.



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Kreißsaalforum

Eine interprofessionelle und interdisziplinäre Fortbildungsreihe in der Geburtshilfe



Universitäts
Kinder
Frauzentrum
am Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus

Anmeldung zum „Newsletter“: Kreissaalforum@ukdd.de