



Sven Kehl

**Daniel Schmitz-
Buchholz**

Kreißsaal- Einsatz!

Ein Spielbuch für
(angehende) Geburtshelfer

2., aktualisierte Auflage

 **hogrefe**

Kreißsaal-Einsatz!

Kreißsaal-Einsatz!

Sven Kehl, Daniel Schmitz-Buchholz

Programmbereich Medizin

Sven Kehl
Daniel Schmitz-Buchholz

Kreißsaal- Einsatz!

Ein Spielbuch für (angehende) Geburtshelfer

2., aktualisierte Auflage



Prof. Dr. Sven Kehl
Grabenstr. 51
96114 Hirschaid
sven.kehl@gmail.com

Dr. Daniel Schmitz-Buchholz
Scheffelstrasse 59
79102 Freiburg
dr.d.schmitz@web.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Medizin
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea
Bearbeitung: Martin Kortenhaus, Illertissen
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: [istockphoto.com/miriam-doerr](https://www.istockphoto.com/miriam-doerr)
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

2., aktualisierte Auflage 2019
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern
© 2012 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95974-0)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75974-6)
ISBN 978-3-456-85974-3
<http://doi.org/10.1024/85974-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhalt

Vorwort	7
Einführung	9
1 Abenteuerteil	13
Verzeichnis ausgewählter Quellen	193
Über die Autoren	195
Sachwortregister	197

Für Silvia, Emma und Leni

Vorwort

Auf dem Friedhof wird ein Herzspezialist beerdigt. Der Sarg steht vor einem riesigen, überdimensionalen Herz. Der Pfarrer hält seine Rede. Als er fertig ist, und alle Abschied genommen haben, klappt das Herz auf, der Sarg rollt hinein, und das Herz klappt zu. In diesem Augenblick fängt ein Trauergast an laut zu lachen. Sein Nachbar fragt ihn:

„Um Himmels Willen! Warum lachen Sie denn?“ „Verzeihung, aber ich musste an meine Beerdigung denken.“ „Und was gibt es da zu lachen?“ – „Ich bin Gynäkologe!“

Ja, so sind wir Gynäkologen – immer was zu lachen. Doch das ist nicht immer so. Die Ausbildung ist meist eher trocken und theorielastig. Vorlesungen, Seminare und zahlreiche Stunden über Büchern: Das Medizinstudium ist meist nicht sehr praxisnah! Dies trifft insbesondere auf die Geburtshilfe zu. Sicher, die Gründe sind nachzuvollziehen. Wer hätte schon gern eine Heerschar Studierender bei der Geburt des eigenen Nachwuchses? Dieses Problem ist schwer zu beheben. Es gibt viele Lehrbücher, doch im klinischen Alltag steht man oft vor dem Dilemma: Wie das Gelernte in die Praxis umsetzen?

Mein anästhesiologischer Kollege Dr. Daniel Schmitz-Buchholz und ich waren Referenten bei einer Fortbildungsveranstaltung für Notärzte. Hier bin ich auf sein Buch „Notarzt-Einsatz!“ gestoßen und wusste sofort: Das brauchen wir für die Geburtshilfe! Die Verknüpfung theoretischen Wissens mit klinischen Situationen stellt eine besondere Herausforderung dar; oft trennt sich hier die Spreu vom Weizen. Das Spielbuch ist hervorragend geeignet zu üben, das Gelernte in Alltagssituationen zu übertragen. Im Vergleich zu anderen Büchern muss der Leser am Geschehen aktiv teilnehmen und kann durch seine Handlungen die Geschichte lenken – sei es positiv oder negativ.

Dieses Buch soll die bekannten Lehrbücher ergänzen und dient dem spielerischen Training des klinischen Alltags. Es wurde für Medizinstudenten, Ärzte in der Weiterbildung, (angehende) Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und für alle sonst geburtshilflich Interessierten geschrieben.

Sie beginnen als junger Assistent Ihren ersten Dienst in der neuen Klinik. Der ganz normale Wahnsinn nimmt seinen Lauf – das Überleben

beginnt. Sie müssen kritische Situationen erkennen und diese dann meistern können. Nicht vergessen: Es steht das Leben zweier auf dem Spiel! Die Situationen, mit denen Sie in Ihrem Dienst konfrontiert werden, entsprechen denen eines durchschnittlichen 24-Stunden-Dienstes in einem Perinatalzentrum.

Sie entscheiden über Leben und Tod, über gesund und krank! Überlegen Sie also gut!

Nehmen Sie die Herausforderung an? Viel Erfolg!

Oktober 2019, Sven Kehl

Einführung

„Was sollen wir tun? Die Herztöne schmieren ab! Jetzt sag doch was?“ Sie schrecken auf und – ein Glück: nur ein Traum! Das kann doch nicht wahr sein – schon zum dritten Mal sind Sie diese Nacht aufgewacht. Warum wohl? In ein paar Stunden beginnt Ihr erster Dienst in der neuen Klinik. Ob Sie aufgeregt sind? Das wäre glatt untertrieben! Es gibt so viel, was schiefgehen kann. So viele Pathologien, die schneller Entscheidungen bedürfen. Sie legen sich wieder in das nassgeschwitzte Kopfkissen und fallen in einen unruhigen Schlaf.

Ihr Dienst wird Sie mit verschiedensten Situationen konfrontieren. Das Prinzip ist ganz einfach: Sie beginnen im Abenteuerteil des Buches bei Situation 0 mit dem Lesen. Sie müssen entscheiden, wie es weitergehen soll. Jede Entscheidung führt Sie zu einem neuen Textabschnitt – einfach der Nummer am Ende des Absatzes folgen. So werden Sie gezwungen, Entscheidungen zu treffen und die Konsequenzen zu tragen. Ob Ihre Entscheidung richtig oder falsch ist, erfahren Sie oft sofort bei der nächsten Nummer, manchmal folgt die Erklärung aber auch erst später. Mit falschen Entscheidungen können Sie sich damit in ausweglose Situationen manövrieren; wenn Sie Glück haben, steht Ihnen jemand bei – vielleicht in der Person eines Oberarztes oder einer rettenden Fee. Doch auf die Fee sollten Sie sich nicht verlassen! Die Beurteilung beruht auf den gängigen Leitlinien von nationalen oder internationalen Fachgesellschaften oder entsprechenden Literaturquellen. Natürlich kann auch an einigen Stellen die subjektive Meinung des Autors mit einfließen. Wenn Sie Kompetenzpunkte verlieren, obwohl Sie Ihrer Meinung nach korrekt entschieden haben: Nicht traurig sein – der Kreißsaal ist kein Ponyhof!

Da verschiedene Einsätze nicht immer nur nacheinander kommen, sondern auch mal ineinandergreifen können, ist es sinnvoll, wenn Sie Ihren Dienst von vorne bis hinten durchspielen. Wenn Sie anschließend bestimmte Fragestellungen erneut durcharbeiten wollen, können Sie im Inhaltsverzeichnis der angegebenen Nummer des gewünschten Startabsatzes folgen.

In dieser zweiten Auflage wurden neue Leitlinien-Empfehlungen – und davon gab es in den letzten Jahren einige – berücksichtigt.

Das Lernziel ist nicht nur das problemlose Durchspielen; Sie sollen verstehen, warum Sie was wann machen!

Ihre Kompetenz

Treffen Sie eine falsche Entscheidung, verlieren Sie Kompetenzpunkte! Wie viele Sie davon zu Beginn Ihres Dienstes haben, hängt davon ab, wie Sie sich selbst einschätzen. Hier eine grobe Orientierung:

Pech gehabt: Sie sind zufällig im Krankenhaus-Aufzug steckengeblieben. Trotz allem, so ein Praktikum ist doch was Tolles – und der weiße Kittel steht Ihnen wunderbar! Zum Glück sind Sie nicht allein im Lift gefangen. Ob das wirklich Glück ist? Mit Ihnen eingesperrt ein werdender Vater – ein psychisches Wrack – und seine hechelnde Frau. Oh, nicht nur hechelnd, auch keuchend und pressend ... Spüren Sie schon den Angstschweiß auf der Stirn? Dann sind Sie ein

absoluter Laie → 60 Kompetenzpunkte

Wen haben wir denn noch?

Sie sind ein richtiger Ästhet! Sie lieben Ihr schönes weißes Hemd. Und diese herrlichen weißen Schuhe – Reinheit geht Ihnen über alles. Sie wollen auch im Kreißsaal überzeugen: Daher haben Sie Ihr weißes Lieblingshemd und die weißen Schlappen an. Ein bisschen naiv sind Sie aber schon: Glauben Sie wirklich, dass das so blütenrein bleibt? Oje, Sie sind ein

blutiger Anfänger → 45 Kompetenzpunkte

Man lernt nie aus! Sie haben schon einiges gelernt; und Sie haben noch einiges zu lernen. Doch das macht Ihnen nichts aus. Sie sind in der Geburtshilfe der

Newcomer → 35 Kompetenzpunkte

Schlechte Herztöne? Geburtsstillstand? Das lässt Sie kalt – alles schon erlebt. Die Kinder in der städtischen Krabbelgruppe gingen alle durch Ihre Finger. Sie sind ein

Geburtshilfe-Routinier → 20 Kompetenzpunkte

Sie sind erfahren, Sie sind routiniert. Ihnen macht man nichts vor. Wenn der Kreißsaal brennt, fragen die Hebammen Sie um Rat. Warum? Sie sind der

Hebammen-Flsterer → 10 Kompetenzpunkte

Man nennt Sie „den Storch“ – Meister Adebar hat den Dienst quittiert, weil es Sie gibt! Den

Profi-Geburtshelfer → 5 Kompetenzpunkte

Mal schauen, ob Sie sich am Ende Ihres 24-Stunden-Dienstes richtig eingeschätzt haben. Auch das ist eine wichtige Eigenschaft. Wenn Sie sich überschätzen, kann das gefährlich sein. Und im Grunde Ihres Herzens wollen Sie auch noch in Zukunft Dienste machen: So ein Kreißsaal-Verbot macht sich gar nicht gut im Lebenslauf!

Verzeichnis verschiedener Situationen

Für den Fall, dass Sie Ihren Dienst nicht am Stück durchspielen oder wenn Sie eine Situation nochmals erleben möchten, können Sie sich grob an den aufgeführten Fallnummern orientieren.

1 Abenteuererteil

Vorbereitung ist das A und O: Zettel und Papier liegen bereit? Für Notizen können Sie auch das Protokoll im Anhang verwenden – oder Sie merken sich die ganzen Einzelheiten. Die Kompetenzpunkte sind notiert? Dann geht's los! Beginnen sie mit dem Lesen bei Absatz **320**.

Situation 0	320
Situation 1	243
Situation 2	173, 272, 430
Situation 3	252, 7
Situation 4	200
Situation 5	132
Situation 6	520
Situation 7	210, 376
Situation 8	329, 439
Situation 9	187
Situation 10	392
Situation 11	54
Situation 12	231, 421
Situation 13	431

- 1** Atosiban ist ein kompetitiver Antagonist am Oxytocin-Rezeptor. Nach Bindung werden die Kontraktionsfrequenz und der Tonus der Uterusmuskulatur gesenkt, woraus eine Unterdrückung der Wehentätigkeit resultiert. Es wird jedoch nicht oral verabreicht! Sie verlieren 2 Kompetenzpunkte.

Gehen Sie zurück zu den Optionen von **406**.

- 2** Ihre Verdachtsdiagnose einer Uterusruptur ist nicht sehr plausibel. Eine Uterusruptur ist ein Zerreißen des Uterus meist während der Geburt und kommt mit ca. 1:1500 Geburten gar nicht so selten vor. Meist sind Frauen betroffen, die eine Operation an der Gebärmutter hatten – einen Kaiserschnitt oder eine Myomentfernung. Symptome sind heftige Wehen, eine innere Unruhe der Patientin und starke Schmerzen im unteren Uterinsegment. Es kommt zu einem Geburtsstillstand und ggf. kann man sehen, wie der Bandl-Ring über Nabelhöhe steigt. Die fetalen Herztöne werden pathologisch und wenn die Geburt nicht per Kaiserschnitt beendet wird, stirbt das Kind.

Es ist somit vor allem ein Problem unter der Geburt – meist der Austreibungsperiode.

Sie bekommen 4 Kompetenzpunkte abgezogen. Wenn Sie noch einmal überlegen wollen, gehen Sie zurück zur **431**, sonst führen Sie bei **308** nun eine klinische Untersuchung durch.

- 3** Die gesuchte Zahl ist bei diesen Zahlen nicht dabei!

Gehen Sie weiter zur **309** oder, wenn Sie es nochmals versuchen möchten, zurück zur **187**.

- 4** „Hallo ihr zwei, wir würden jetzt auf die ‚Woche‘ gehen und Visite machen.“

„Ich habe gerade eine Frau mit Geburtsbeginn reingelassen; sie ist am CTG. Ich funke dich an, wenn sie fertig ist“, antwortet Barbara.

Sie nicken und machen sich – Suse im Schlepptau – auf zum Aufzug.

Weiter zur **243**.

- 5** Das SOAP-Schema ist eine gute Möglichkeit für strukturiertes Arbeiten. Sie fragen die Patientin nach ihrem Befinden und erhalten so ihre subjektive Einschätzung. Zu den objektiven Kriterien gehören die klinische und apparative Diagnostik. In der Beurteilung sollte man dann die bisherigen Informationen bewerten (Assessment) und anschließend das weitere Vorgehen planen.

„Und auf was muss ich bei einer Wöchnerin achten?“ lautet schon die nächste Frage von Suse.

- „Wichtig ist eine tägliche Kontrolle des Muttermunds bzw. des Gebärmutterhalses (Palpation oder Spekulumuntersuchung).“ (85)
- „Unter anderem auf die Temperatur, den Fundusstand, den Hämoglobin-Wert und den Lochialfluss.“ (164)
- „Auf gar nichts.“ (401)

„Also, wir müssen jetzt untersuchen, ob eine Infektion vorliegt. Wären sie so freundlich, sich in der Umkleide unten frei zu machen?“ Nach kurzer Zeit kommt Frau Graf aus der Kabine und setzt sich auf den Untersuchungsstuhl; die Elektrik fährt in die richtige Position. Das äußere Genitale ist unauffällig. Die Untersuchungsspiegel werden eingesetzt und es zeigt sich folgender Befund: weißlich-bröcklicher Fluor, die Scheidenwände sind gereizt und gerötet; der Muttermund ist geschlossen.

6

Wie lautet Ihre Beurteilung?

- Normalbefund (536)
- bakterielle Vaginose (412)
- Aminkolpitis (271)
- Trichomonadenkolpitis (34)
- Soorkolpitis (457)

Es ist jetzt 06:42 Uhr und Sie sind in einem Zwiespalt: Lohnt es sich, sich noch einmal hinzulegen? Sie entscheiden sich dagegen. Sie holen einen Kaffee aus dem Automaten in der Küche und bereiten ein paar Entlassungsbriefe vor, die Sie am gestrigen Tag nicht fertigstellen konnten. Da Sie mit dem neuen Computersystem noch nicht so vertraut sind, vergeht die Zeit wie im Flug.

7

Schon ist es kurz vor halb 8: Die Visite ruft! Die Morgentoilette wird durchgeführt und Sie machen sich auf den Weg nach oben – zur Station. Suse ist auch schon im Stationszimmer. „Guten Morgen!“, werfen Sie in den Raum.

„Hast du gut geschlafen?“, fragt Suse.

„Na ja, musste noch mal raus; war aber nichts Aufregendes, deshalb habe ich dich nicht gerufen. Dann lass uns mal durchgehen.“

Die „Wochenstation“ ist schnell visitiert; es hat sich seit gestern auch nicht viel geändert. Sie gehen auf die andere Station mit den Risikoschwangeren.

„Gut, dass du da bist!“ Das klingt schon mal nicht so gut. „Schau dir bitte mal die Laborwerte von Frau Mehdorn an: Die Leukozyten steigen!“

Sie werfen einen Blick auf den aktuellen Laborbefund und können es bestätigen. Bei Frau Mehdorn, der Patientin mit dem frühen vorzeitigen Blasensprung, hatten Sie eine antibiotische Therapie angeordnet und es wurde eine Lungenreifeinduktion begonnen.

Was machen Sie nun?

- eine schnellstmögliche Entbindung bei Verdacht auf ein Amnioninfektionssyndrom (283)
- Sie rufen im Labor an, da es sich offensichtlich um einen Laborfehler handelt. (98)
- nichts (374)

8 Lesen Sie weiter bei 284.

9 Engmaschige Blutdruckmessungen und eine Laborkontrolle sind wichtige Untersuchungen. Urin-Stix-Kontrollen sind außerdem eine Möglichkeit, die Ausscheidung von Proteinen zu überblicken. Da hierbei jedoch keine quantitative Aussage möglich ist, sollte eine andere Untersuchung im Vordergrund stehen.

Sie verlieren 1 Kompetenzpunkt und gehen zurück zur 411.

10 Die Vakuumextraktion wird vorbereitet. Bevor diese durchgeführt wird, müssen neben der Höhenstanddiagnostik welche dieser 5 folgenden Punkte (notieren Sie sich die Ziffer am Ende) kontrolliert werden:

- Haltung und Einstellung (1)
- Blasensprung (2)
- Ausschluss eines Kopf-Becken-Missverhältnisses (3)
- leere Harnblase (4)
- adäquate Analgesie/Anästhesie (5)

Weiter bei 286.

11 Atosiban ist ein kompetitiver Antagonist am Oxytocin-Rezeptor. Nach Bindung werden die Kontraktionsfrequenz und der Tonus der Uterusmuskulatur gesenkt, woraus eine Unterdrückung der Wehentätigkeit resultiert. Es wird jedoch nicht oral verabreicht! Sie verlieren 2 Kompetenzpunkte.

Wenn Sie Atosiban i.v. einsetzen wollen, gehen Sie zur 406, sonst zurück zu den Optionen von 73.

Nein, das ist nicht die richtige Dosierung von Dexamethason.
Sie verlieren 2 Kompetenzpunkte und gehen zurück zur 298.

12

Wenn medikamentöse Maßnahmen – und ggf. auch Ballonkatheter (z. B. Bakri-Ballon) oder Tamponaden (z. B. Celox-Tamponade) – erfolglos waren, sollte invasiv eingegriffen werden.

13

Uteruskompressionsnähte sollen die Plazentahaftfläche verkleinern und die Blutungsquelle tamponieren. Eine häufige Technik ist die klassische B-Lynch-Naht – die sog. Hosenträger-Naht.

Weitere uteruserhaltende chirurgische Maßnahmen sind die abdominelle Ligatur der A. uterina, die schrittweise uterine Devaskularisation und die Ligatur der A. iliaca interna.

Eine weitere invasive Möglichkeit ist die arterielle Katheterembolisation der Aa. uterinae.

In bestimmten Situationen sind uteruserhaltende Maßnahmen relativ kontraindiziert: bei einer Placenta increta/percreta mit Eröffnung des Implantationsbetts und therapieresistenter Blutung, bei einer nicht rekonstruierbaren Uterusverletzung und bei einem septischen Uterus.

Weiter zur 471.

So einfach ist die Frage nicht zu beantworten, da dies auch von der Schwangerschaftswoche abhängt.

14

- Dummerweise haben Sie gerade die genaue SSW bei dieser Patientin vergessen. (30)
- Sie wissen die SSW und möchten zurück zu den Optionen von 229.

Sie reißen den CTG-Streifen ab und fragen die Patientin, ob Sie etwas für sie tun können. Dies wird von ihr mit den Worten „Nein danke, ist gerade alles bestens!“ verneint. Die Worte „alles bestens“ sind in diesen Situationen stets von einer besonderen Melodie untermalt!

15

Sie verlassen mit Suse den Raum und gehen mit dem CTG-Streifen in die Zentrale, wo auch Barbara wartet. „Was muss ich bei der Beurteilung eines CTG eigentlich genau beachten?“, will Suse von Ihnen wissen.

„Also“, holen Sie aus, „wichtig bei der Beurteilung sind die

- Baseline der fetalen Herzfrequenz, der Notch sowie die Anwesenheit von Akzelerationen und Dezelerationen.“ (224)
- Floatingline der fetalen Herzfrequenz, die Oszillation/Bandbreite sowie die Anwesenheit von Akzelerationen und Dezelerationen.“ (359)

- Baseline der fetalen Herzfrequenz, die Oszillation/Bandbreite sowie die Anwesenheit von Akzelerationen und Dezelerationen.“ (523)
- Baseline der fetalen Herzfrequenz, die Oszillation/Bandbreite sowie die Anwesenheit von Wehen.“ (48)

16 Phenytoin intravenös kann im Rahmen einer manifesten Eklampsie als Mittel der zweiten Wahl angewendet werden. Es ist jedoch nicht zur Prophylaxe geeignet.

Sie verlieren 3 Kompetenzpunkte. Zurück zur 504.

17 BI-RADS, das Breast Imaging Reporting and Data System, ist eine Klassifikation des American College of Radiology in der Befundung von Mammografien.

Sie ziehen sich 2 Kompetenzpunkte ab. Wenn Sie schon 2 Fehlversuche hinter sich haben, lesen Sie weiter bei 226, sonst wählen Sie aus folgenden Optionen:

- Van-Nuys-Score (491)
- ACOG-Score (282)
- Misgav-Ladach-Score (68)
- Bishop-Score (28)
- Quintero-Score (113)

18 Die chronische Hypertonie, die Gestationshypertonie und die Präeklampsie gehören zum Formenkreis der hypertensiven Erkrankungen und treten in 6–8 % aller Schwangerschaften auf. Früher wurde auch die Pfropfpräeklampsie dazu gezählt. Die Auswirkungen auf die Schwangerschaft sind erheblich, denn sie tragen zu 20–25 % zur perinatalen Mortalität bei und stehen an erster bis dritter Stelle der mütterlichen Todesursachen. Insbesondere die Präeklampsie ist für jeden dritten Fall schwerer geburtshilflicher Morbidität, für eine fünffach gesteigerte perinatale Mortalität und weltweit für mindestens 50 000 mütterliche Todesfälle pro Jahr verantwortlich.

Richtig ist, dass Sie weder die chronische Hypertonie noch die Gestationshypertonie gewählt haben:

- Die chronische Hypertonie ist entsprechend der neuen Leitlinie definiert als eine präkonzeptionell oder im ersten Trimenon diagnostizierte Hypertonie.
- Die Gestationshypertonie ist eine nach dem ersten Trimenon auftretende Hypertonie (Blutdruckwerte $\geq 140/90$ mmHg) bei einer zuvor