

Wochenbett nach hypertensiven Erkrankungen



HES

Christiane Borchard

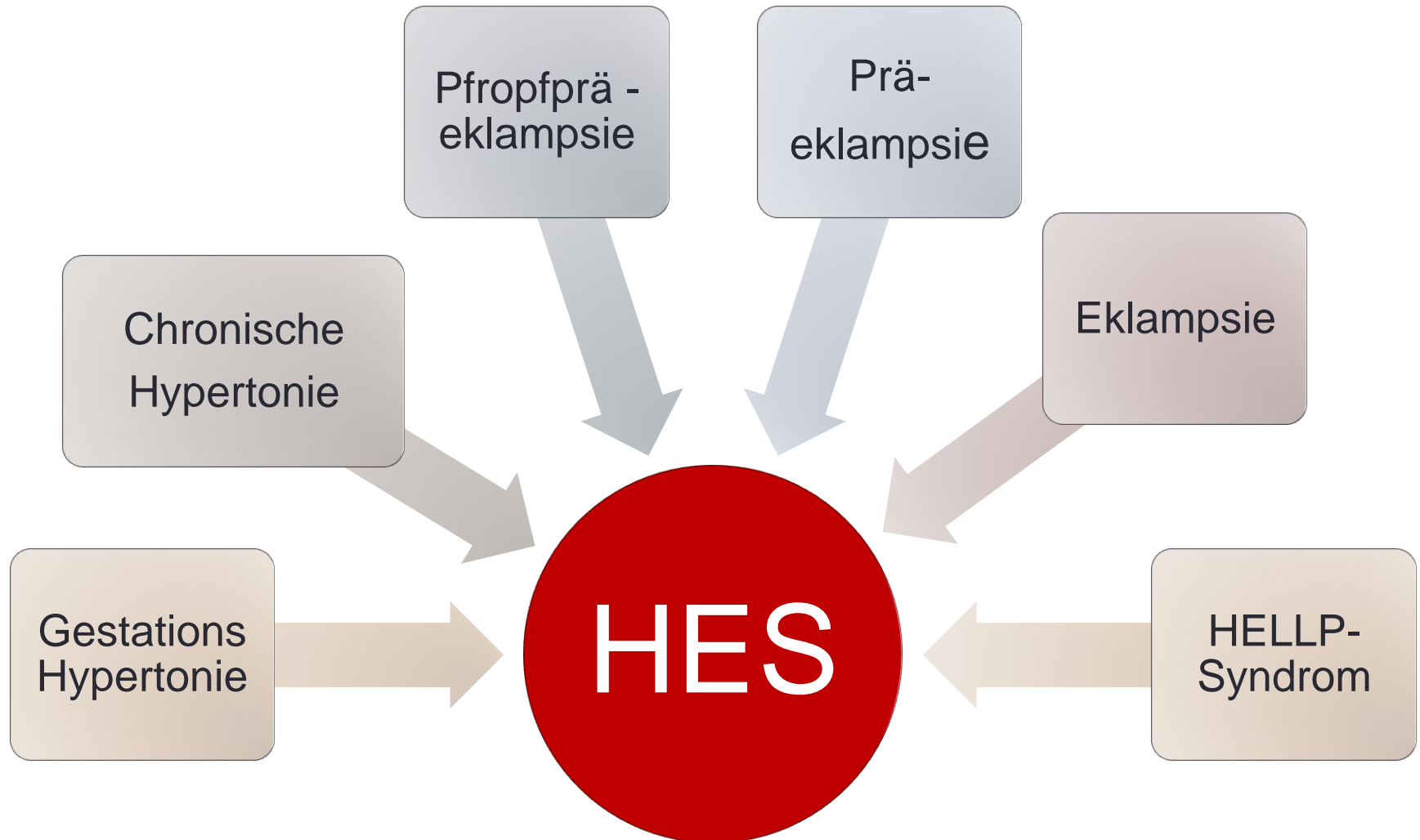
Kontakt: heb.bo@web.de

15. Deutscher Hebammenkongress

27. – 29. Mai 2019, Bremen

Klassifikation

HES tritt bei 6 - 8 % der Schwangeren auf



HES

Theorie:

Klare Definitionen....

Cave

Praxis:

HES hat viele Facetten, jeder Verlauf ist individuell!

Hypertensive Schwangerschaftserkrankung

Schwanger und krank!

Die Diagnose trifft die zumeist bislang gesunde Schwangere unvorbereitet ...

Folge: (Hoch) Risiko Schwangere

HES Auswirkungen

- Störung der Gefäßbildung Plazenta – Uterus
=> Gefahr Minderversorgung Kind
- Dysfunktion ggf. Schädigung des mütterlichen Endothels in den Blutgefäßen
=> Gefahr Minderdurchblutung von Organen

(Stiefel 2013, Walter / Wicki 2018)

HES und Wochenbett

»Zwar liegt der Beginn der Erkrankung in der Schwangerschaft, doch ist mit der Geburt die Gefahr noch nicht gebannt.«

Schausberger et al., 2013

HES und Wochenbett

»Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen können zu einem breiten Spektrum an **Komplikationen** in der **ersten postpartalen Zeit** bis hin zu **lebenslangen** erhöhten Risiken für die mütterliche Morbidität führen.«

Schausberger et al., 2013

HES und Wochenbett

Die meisten Wöchnerinnen erholen sich scheinbar rasch nach einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung.

Doch damit sind sie noch lange nicht wieder gesund!

Wochenbett erste Phase

der Genesung und Aufarbeitung!

AG Gestose – Betroffene e.V. - Homepage

»Viele Frauen fühlen sich in der Aufarbeitung ihrer Erlebnisse allein gelassen, erhalten wenig Information zu dem, was ihnen passiert ist. «

Offene Fragen:

Darf ich noch einmal schwanger werden?

Was ist bei Folgeschwangerschaften zu beachten?

Kann die Entstehung der Erkrankung beeinflusst werden?

AG Gestose – Betroffene e.V. – Selbsthilfe Forum

Aufarbeitung im Selbsthilfe Forum

Die Frauen suchen nach nachvollziehbaren Zusammenhängen zwischen ihrer zum Teil schon **Jahre zurückliegenden** Erkrankung in der Schwangerschaft und ihren körperlichen Beschwerden und seelischen Konflikten in der Gegenwart.

015/018 – S1-Leitlinie: Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen
aktueller Stand: 12/2013



AWMF-Register Nr.	015/018	Klasse:	S1
-------------------	---------	---------	----

Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen

Empfehlungen für die weitere postpartale stationäre und ambulante Betreuung
Abschlussgespräch zur Entlassung

HES postpartale Genesung

Bei der Mehrzahl der Frauen klingen die Symptome der Erkrankung innerhalb von **6 Wochen** nach der Geburt vollständig ab.

Beispiel Hypertonie, RR im Normbereich

- Gestationshypertonie im Mittel nach 6 Tagen
- Präeklampsie durchschnittlich 16 Tagen

Walther / Wicki, 2018; Schausberger, 2013

HES und Wochenbett

HES Einfluss auf den Verlauf im Wochenbett u.a.

Geburtsmodus

Komplikationen

Verweildauer

Geburtsmodus bei HES , Beispiel Uniklinik Graz

Datenerhebung 2010 - 2012

204 Frauen mit HES Diagnose

- Modus: 62 vaginale Geburten, 134 Sectiones
- Aufteilung: 2/3 primäre Sectio, 1/3 sekundäre Sectio

Kanonir, 2017

Schwere maternale Komplikationen - Intensivstation

Von **204** HES Patientinnen benötigten **13** Frauen eine intensivmedizinische Behandlung

- bei 2 Frauen deutliche Verschlechterung HELLP-Syndroms p.p.
- 2 Frauen erlitten einen eklamptischen Anfall p.p.

Weitere häufige Ursachen:

Kardiovaskuläre , pulmonale und renale Komplikation

Postpartale Eklampsie

44 % Auftreten postnatal

- 1/3 innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Geburt.
- 2 /3 Zeitpunkt ?

AWMF:

Fortsetzung der intensivierten Überwachung bis zu 48 Stunden postpartal

bei schwerer Präeklampsie Magnesiumsulfat i.v. zur Herabsetzung der Krampfbereitschaft

Eklampsie - den Ernstfall proben

Wissen und Schnelligkeit schützen vor Schäden

- Eklampsieschulungen für das interdisziplinäre Team
- Kreißsaal und Wochenstation sollten über eine **Eklampsie-Box** verfügen

Hinksen, L., 2013

Verweildauer Krankenhaus

Der Zeitpunkt der Entlassung ist individuell abhängig von Regredienz der HES Merkmale

Beispiel Graz

Kürzeste Verweildauer: 2

Längste Verweildauer: 27 Tage

Median: 6 Tage

Kanonir, 2017

AWMF: Hypertonie bis zur Entlassung

- Blutdruckmessung post partum bis zur Blutdrucknormalisierung
- Fortsetzung der laufenden Therapie, ggf. Umsetzen auf orale Medikation
- Blutdruckzielwerte bei Entlassung < 150/100 mm/ Hg
- Anleitung zur Blutdruck-Selbstmessung

AWMF: Hypertonie nach Entlassung

- Falls keine Blutdruck-Normalisierung bis 6 Wochen postpartal: Diagnostik und Behandlung nach den Empfehlungen der **Deutschen Hochdruckliga**.
- Bei ca. 5 % der Wöchnerinnen besteht postpartal ein persistierender Hypertonus (Graz: 7 %)
- NICE Guideline:
Kontrolle Facharzt nach 14 Tagen p.p.

AWMF: Weitere Diagnostik nach dem Wochenbett

6. – 8. Woche p.p.: u.a.

Bestimmung von Serumkreatinin,
Eiweißausscheidung, idealerweise im 24-Std.-Sammelurin

12. Woche p.p.: u.a.

Evaluation einer evtl. Nierenschädigung
Bei persistierender Proteinurie und/oder
Serumkreatininerhöhung =>
Überweisung zum Nephrologen

AWMF: Weitere Lebensführung & Schwangerschaften

- Hinweis auf erhöhte Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen für Mutter und Kind
- Diagnostik und ggf. Therapie von kardiovaskulären Risikofaktoren (u.a. Hypertonie)
- Aufklärung über Wiederholungsrisiko nach Präeklampsie / HELLP-Syndrom
- Beratungsgespräch (Internist, Frauenarzt) vor geplanter Schwangerschaft (u.a. Prävention).

Spätfolgen Hypertonie

Kardiovaskuläres Risiko => Verminderte Lebenserwartung

Assoziation: Auftreten PE und arterielle Hypertonie in späteren Lebensabschnitt => Herzerkrankungen, Apoplexia

Bislang fokussieren die vorliegende Studien zumeist die Spätfolgen nach schwerer PE!

Offen: Folgen nach leichter PE und anderen HES

Weiblich, Silver Ager - Hypertonie

Die arterielle Hypertonie gehört zu den wichtigsten Ursachen kardiovaskulärer Erkrankungen bei Männern **und** Frauen in Deutschland.

- Im höheren Alter erhalten Frauen jedoch deutlich seltener als Männer gleichen Alters eine **spezifische Therapie** der arteriellen Hypertonie.
- Nur **29 %** aller Hypertonikerinnen in Deutschland werden adäquat behandelt

Weiblich, Silver Ager – Hypertonie

Ursachen Todesfälle von Frauen:

45,1% Myokardinfarkte, Apoplexia

26,7% Karzinom

Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen:

Check-UP ab 35. Lebensjahr: 24,7% der Frauen

Mammografie-Screening: 54% der Frauen

Schausberger et al. 2013

AWMF: Abschlussgespräch

- Informationen über Erkrankung, Verlauf, weitere Konsequenzen
- Diagnostik von kardiovaskulären Risikofaktoren
- Angebot einer erneuten Beratung u.a. vor einer neuen Schwangerschaft
- Hinweis auf Selbsthilfegruppen (Mutter, Kind)
- **möglichst im Beisein des Partners**

Zeitpunkt des Gespräches

zeitnah nach der Geburt

Sind die Frauen wirklich schon bereit für die Aufnahme von wichtigen Informationen für die nächste Schwangerschaft ?

Oder mit der Aussicht auf eine schwere Folgeerkrankung in der weiteren Zukunft?

- Empfehlung anderer Autoren:
Beratung zu einem **späteren** Zeitpunkt bei den niedergelassenen FachärztInnen

Studie: Sicht der Frauen – Ergebnisse Abschlussgespräch

Betroffenen Frauen:

- Wünschen sich **schriftliche** Informationen, weil sie sich in dieser Phase kaum auf die Interaktion mit der Fachperson konzentrieren konnten.
- Fanden den Zeitpunkt als zu früh, um über eine erneute Schwangerschaft zu sprechen.

Studie: Sicht der Frauen

» Frauen nach PE waren erst im Zeitfenster zwischen 6 Monaten und einem Jahr nach der Geburt bereit und erkannten die Notwendigkeit, sich wieder auf ihre eigene Gesundheit zu konzentrieren, Lebensstilbelange anzugehen und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen«

Walter/ Wicki 2018

NICE Guideline, 2010

Schriftlicher Betreuungsplan:

- Frequenz der Blutdrucküberwachung
- Blutdruckzielwerte
- Indikationen zur erneuten ärztlichen Vorstellung
- Namen der nachsorgenden
Gesundheitspersonen

Walter / Wicki, 2018

Studie: Sicht der Frauen - Ergebnisse

Betroffene Frauen:

- Psychosoziale Bedürfnisse sind Frauen weitreichend erfasst.

Fehlt:

- Der Nachweis, dass eine bedeutende Anzahl betroffener Frauen diese Bedürfnisse hat und entsprechende Interventionen geplant werden sollten.

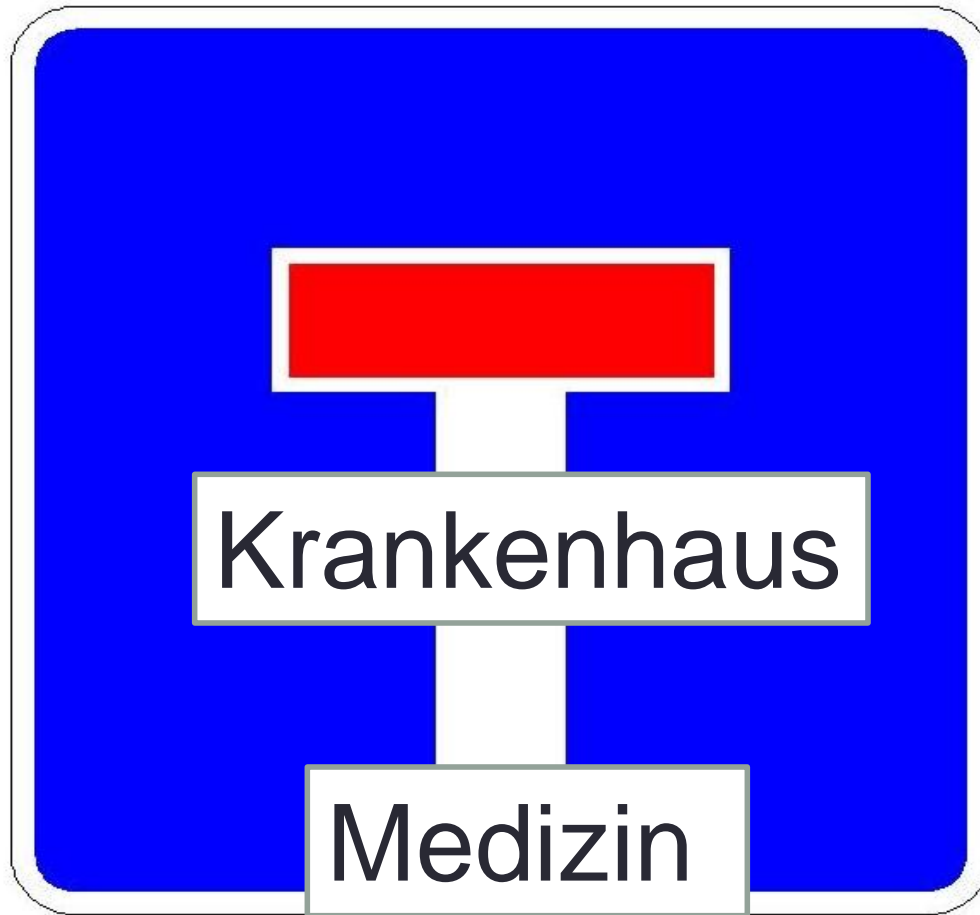
Walter / Wicki, 2018

AWMF – Leitlinie

Randständig thematisiert bzw. offen bleibt:

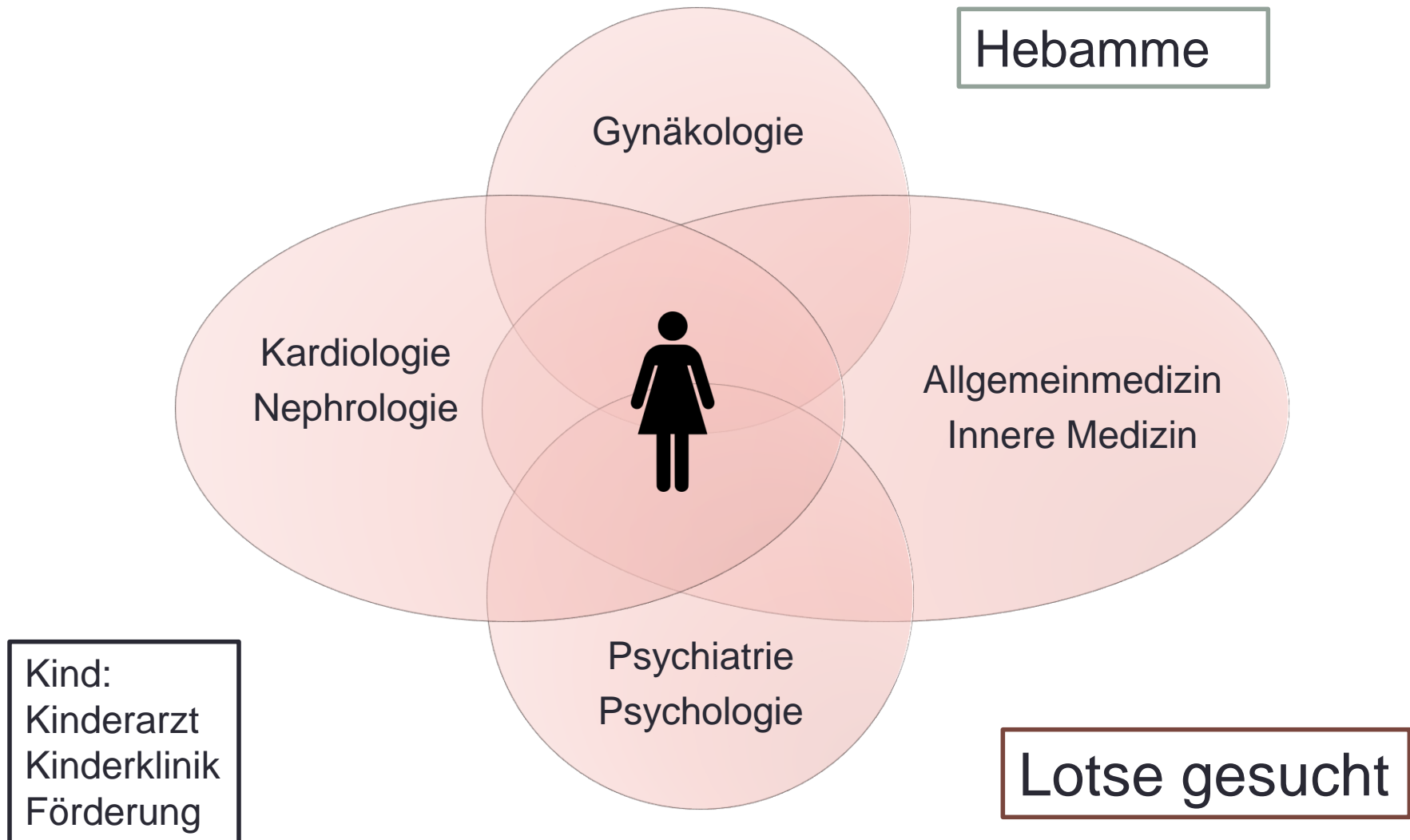
- Koordination und Kontinuität der poststationären Begleitung
- Psychische Belastungen und Folgen
- Konkrete Hinweise für die aufsuchende Hebammenbetreuung

Leitlinie AWMF 015/ 018 – Behandlungspfad?



Und wie geht es weiter ??????

Koordination und Kontinuität

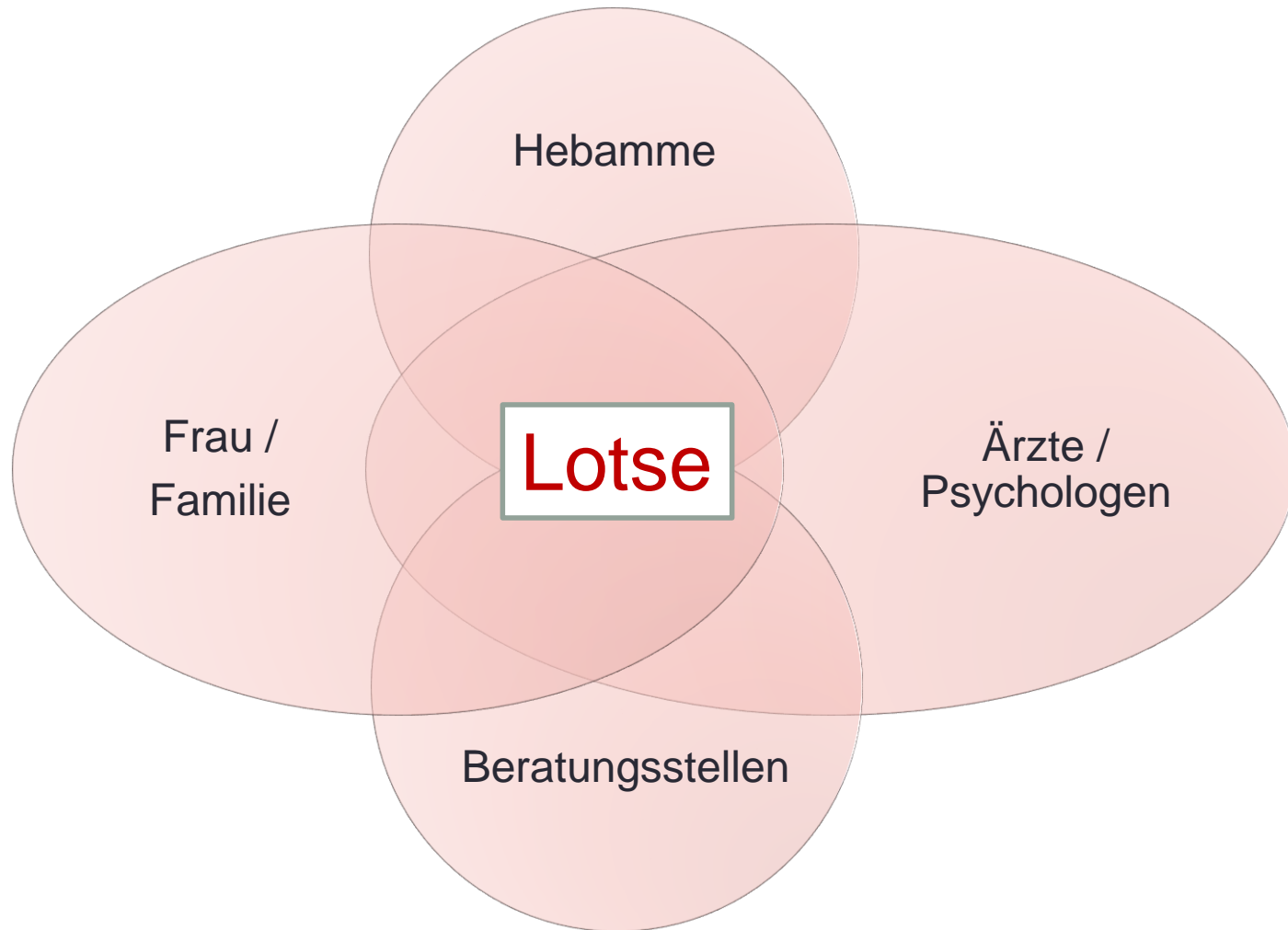


Lotse

Geleitmann mit dem Auftrag Kapitän/ Mannschaft und Schiff sicher durch fremde Gewässer zu lotsen.

- Auftrag
- Kennt das Gewässer
- Nutzt Orientierungspunkte

Lotse



Fazit

Damit nach HES
keine Lücken in der weiteren
Diagnostik, Therapie und Beratung
entstehen,
sollten wesentliche Informationen
nicht untergehen!

Cave:

Koordination und Kontinuität

Zukunft: Koordination durch APM ?

- Advanced Practice Midwife (Master)
- Zusatzqualifikation der Hebamme für die Beratung und Koordination für Frauen / Familien mit besonderen Bedürfnissen
- Entlastung Frau/ Familie und der begleitenden Hebamme
- Begleitung: salutogenetisch, personenzentriert, langfristig

Ziel: bedarfsgerechte Versorgung statt fragmentierte

Unter- bzw. Überversorgung => Lotse

(Walter/ Wicki, 2018)

Aufsuchende Hebamme Wochenbett

Aufgabe Hebamme

Den Prozess der individuellen
Genesung
aufmerksam zu begleiten.

Hebammenhilfe Wochenbett

Wahrnehmen, Einschätzen (Bewerten), Handeln:

- körperliche wie seelische Belastungen, Schmerzen.
 - individuelle Bedürfnisse & Ressourcen der Frau / Familie.
 - Wahrnehmung, Reflektion und Kommunikation ambivalenter Gefühlen, Gedanken und Handlungen.
- Hebamme / Lotsin: fortlaufender Prozess der Auftragsklärung und Festlegen von Orientierungspunkten!

Betroffene Mutter

»Nach der Entlassung aus der Klinik wollte ich nur mein Babyglück genießen, so habe ich viele Warnzeichen über Jahre verdrängt. Hätte ich die Spätfolgen mehr im Blick gehabt, wäre mir wohl einiges erspart geblieben. Doch ich wollte nicht, bezogen auf meine Gesundheit, überängstlich sein und damit mein Kind und meinen Partner nicht belasten.«

Gratwanderung

Zwischen der Umsetzung medizinisch sinnvoller Maßnahmen und dem persönlichen Leidensdruck der Frau und Familie.

Informieren, Beraten, Aufklären:

Begleitung der Frau auf den Weg in die Selbsthilfe, statt in die Verdrängung.

Postpartale Hypertonie - Orientierungshilfe

Fakt: Bei ca. 5 % der Wöchnerinnen liegt postpartal ein persistierender Hypertonus vor.

Frage: Hinzuziehen Hausarzt - Frauenarzt ?

Wer ist zuständig und ab wann überweise ich die Frauen?

Orientierungshilfe:

- NICE / Fachliteratur: 14 Tage p.p.
- AWMF: Leitlinie Deutsche Hochdruckliga e.V.

Deutsche Hochdruckliga e.V.

ESC POCKET GUIDELINES



**Deutsche Gesellschaft
für Kardiologie**
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.
German Cardiac Society



Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie
und Prävention



**EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®**



**European
Society of
Hypertension**

Leitlinien für das Management der arteriellen Hypertonie

*Mehr Infos unter: www.escardio.org/guidelines
www.dgk.org
www.hochdruckliga.de*

Klassifikation der Hypertonie

Tabelle 3: Definition und Klassifikation von Praxisblutdruck (mmHg)^a

Kategorie	Systolisch		Diastolisch
Optimal	< 120	und	< 80
Normal	120-129	und/oder	80-84
Hochnormal	130-139	und/oder	85-89
Hypertonie Grad 1	140-159	und/oder	90-99
Hypertonie Grad 2	160-179	und/oder	100-109
Hypertonie Grad 3	≥ 180	und/oder	≥ 110

PE

Schwere PE

Hebamme

Arzt

Therapie der Hypertonie

Hochnormal	130-139	und/oder	85-89
Hypertonie Grad 1	140-159	und/oder	90-99

Bewertung des kardiovaskulären Gesamtrisikos in Abhängigkeit vom Blutdruck sowie von der Prävalenz von Risikofaktoren

⇒ Lebensstil – ändernde Maßnahmen

- Pharmakologische Therapie: Hypertonie Grad 2

Blutdruckmessung außerhalb der Praxis

»Eine repräsentativere Bestimmung des tatsächlichen Blutdrucks zum Ausschluss der white coat hypertension«

DHL e.V., 2013

Hypertonie im Wochenbett

Alle messbaren Kriterien erheben und bewerten!

alle Frauen: 1x täglich Blutdruckmessung in den ersten zehn Tagen, nach Sectio 2 x tgl.

Nach HES: 2 x tgl., in den ersten 10 Tagen

bei Entlassung mit Werten über 130 / 85 mm/Hg:

4 x täglich, Selbstmessungen mit Protokoll

nach 14 Tagen:

bei anhaltend hohen Werten Weiterleitung mit schriftlicher Mitteilung der Hebamme zum Facharzt (GynäkologIn, Hausarzt/Hausärztin, InternistIn).

Praxistipp

Kommunikation: Einladung zum Perspektivenwechsel

- Was würden Sie Ihrer besten Freundin in so einem Fall empfehlen?
- Wie würden sie das Unterlassen von wichtigen Untersuchungen bei Ihrem Kind bewerten?
Warum sollte das nicht auch für Sie gelten?

Fachgesellschaft

**Marcé Gesellschaft
für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V.**

**30% aller Schwangeren sind bereits
psychisch belastet**

Unerkannt - Unterschätzt - Unbehandelt

Belastungen durch HES

Ungewisser Verlauf verbunden mit ...

- Gefahr für die eigene Gesundheit
 - Auftreten lebensbedrohlicher Ereignisse
 - Angst um das Kind (Frühgeburt, Tod)
 - Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühle, Ausgeliefert sein
Schuldgefühle
 - Sorgen und Ängste im sozialen Umfeld
- Psychische Veränderungen wie Angst, PPD und Zeichen von PTBS treten gehäuft nach PE auf.

Walter / Wicki, 2018

»Ich hatte 2009 ein schweres HELLP in der 34. SSW.

Es sah alles ziemlich knapp aus, aber es ist gut ausgegangen.

In der Schwangerschaft und bis heute geht es mir nicht so prickelnd.

Geht es jemandem ähnlich? Ich weiß nicht wo ich anfangen soll...

Ich habe seit Jahren depressive Verstimmungen, Panikattacken und innere Unruhe. Diese versuche ich mit Hilfe einer Therapeutin in den Griff zu bekommen. «

»Ich mache mir echt Gedanken, da in den letzten Jahren viele körperliche Dinge dazu gekommen sind. Ständig platschnasse Hände und Füße, blaue Flecke (ohne mich gestoßen zu haben), immer mal wieder Gliederschmerzen ohne krank zu sein oder zu werden, von Zeit zu Zeit Fremdkörpergefühl im Hals. Das schlimme zur Zeit ist, dass ich zwar echt durchschnittlich viel schlafe aber dennoch am Morgen aufstehe, als hätte ich überhaupt nicht geschlafen.«

Posttraumatische Belastungsstörung

Trauma

jeder 2. Mensch hat Trauma Erfahrung

- häufig akute Belastungsreaktion, mögliche Anzeichen u.a. panische Angstattacken, übermäßiges Schwitzen, erhöhte Herzfrequenz

Auftreten: ersten Tage und Wochen

Kruse, M. 2018

Trauma

Weiterer Verlauf ist individuell

Jeweils 1/3 der betroffenen Menschen :

- entwickeln eine PTBS
- leiden unter einer anderen psychischen Störung u.a. Depression
- Bewältigung, Integration / Kompensation ohne professionelle Hilfe

»Bis zur Therapie konnte ich jedes Detail der HELLP-Nacht abrufen, ich hatte sehr detaillierte Beschreibungen und drastische Wertungen in meinen Erzählungen und der Alltag war für mich teilweise sehr schwierig. Während der Therapie habe ich mich gegen den Verlust dieser Erinnerungen gewehrt.«

»Heute kann ich einigermaßen damit leben. Meine Psychologin erklärte es mir so: Da die traumatischen Erlebnisse so präsent sind, dass man sie jederzeit ein Detail abrufen kann, inklusive der Farbe an den Wänden im Untersuchungszimmer, ist das Gehirn so beschäftigt und ausgelastet, dass für anderes kaum Raum bleibt und es untergeht.«

Screening - Bögen

„Schatten und Licht e.V. und die **Marcé-Gesellschaft** empfehlen den Einsatz des EPDS sowohl als Selbstbeurteilungsfragebogen für die Frauen als auch als **Screeninginstrument** für Hebammen und Ärzte.

Weitere valide Messinstrumente sind:

- Depression-Angst-Stress-Skala (**DASS-P**)
- Ein Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (**Parental Bonding Questionair,PBQ**)
- Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale (**PSS-SR**)

APM

Die Spezialisierung sollte Hebammen insbesondere dazu befähigen, Assessments zur Abklärung von PTSD und PPD durchzuführen.

Walter/ Wicki, 2018

Psychische Ebene

Unterstützung zur Akzeptanz und Integration des Erlebten in den neuen Alltag als Mutter / Familie

- Wahrnehmen und Handeln bei Stimmungsschwankungen und psychischen Störungen
- mit den frühen Anzeichen/ Abgrenzungen gut vertraut sein. Stabilisieren im „Hier und Jetzt“
- Selbsthilfemaßnahmen erfolgreich?
Falls nein, frühzeitig Screeningbögen (Fragen) nutzen und Hilfen hinzuziehen. Regionale Angebote kennen!

Mangel an Strukturen und Vernetzung

- **Psychiatrische Kliniken: Notfallambulanz, 112**
- Mutter – Kind Station, Tagesklinik – Mutter Kind Ambulanz
- Niedergelassene Psychiater und Psychologen , oft lange Wartezeiten ggf. Psychotherapeuten in der „Ausbildung“, Ärzte / Heilpraktiker mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung, **Hausarzt**
- Kommunalen sozialpsychiatrischen Dienst z.B. Gesundheitsamt
- **Beratungsstellen mit dem Angebot Konfliktberatung und Krisenintervention**
- Angebote der Selbsthilfegruppen, Familienbildungseinrichtungen, Erziehungshilfen, soziale Dienste

HES – Checkliste

- Aufnahmebefund beim ersten Wochenbettbesuch u.a. Beschwerden, Belastungen, Stimmung , RR Werte, Medikamenteneinnahme
- Bericht der Frau: Welche Informationen hat sie bereits erhalten und auch verstanden?
- Welche Informationen braucht sie jetzt?
- Welche später?
- Ggf. Anbindung an die Selbsthilfegruppe der Gestose-Betroffenen anbahnen

HES – Checkliste

- Bericht und Befunde des Arztbriefes mit Einverständnis der Frau lesen und ihr erklären
- Wöchnerin an die Kontrolltermine nach sechs beziehungsweise zwölf Wochen erinnern
- bei normabweichenden Blutdruckwerten vorher Termin mit Facharzt vereinbaren lassen
- gegebenenfalls Blutdruckprotokoll von der Frau selbst führen lassen

HES Checkliste

- für Unterstützung und Verständnis im privaten sozialen Umfeld sorgen
- Unterstützung beim Aufbau einer neuen Tagesstruktur mit ausreichenden Erholungsphasen für die Genesung

Zusammenfassung

- Klinische Nachsorge fokussiert sich mehrheitlich die zeitnahen und langfristigen **körperlichen** Folgen der Erkrankung (u.a. Leitlinie AWMF)
- Psychische Belastungen der Frauen / Familie p.p. werden oft nur randständig thematisiert u.a. fehlen Studien (Evidenzen) für entsprechende Empfehlungen in den Leitlinien und regionale Hilfsangebote
- **Koordination und Kontinuität tragen wesentlich zu einer bedarfsgerechten Versorgung bei.**

Hinkson L: Eklampsie: Wissen und Schnelligkeit schützen vor Schäden. Hebammenforum 2013. 14: 810–816

Kanonir AM: Maternale Komplikationen im Wochenbett nach Präeklampsie, Eklampsie und HELLP-Syndrom. Eine retrospektive Datenanalyse. Medizinische Universität Graz 2017. https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=52705&pOrgNr=1&pPersNr=51978, zuletzt (letzter Zugriff: 27.2.2018)

Kühnert M: Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen. https://www.laekh.de/images/Hessisches_Aerzteblatt/2016/11_2016/CME_2016_11_ (letzter Zugriff: 27.2.2018)

Sammler S, Wasser M, Föhl-Kuse S, Rath W, Leeners B: Maternale neurologische Symptome und Langzeitfolgen nach hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen. Posterpräsentation 2003.
Zur Verfügung gestellt von S. Föhl-Kuse

Schausberger, CE, Jakobs VR, Bogner G, Wolfrum-Ristau P, Fischer T: Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen – Risiko auf Lebenszeit?

Geburtshilfe Frauenheilkunde 2013. 73, 1–6

Schlembach D: Präeklampsie: Screening und Management, Die Hebamme 2017. 30: 27–33

Weimer D: Psychische Störungen im Wochenbett, in Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Hippokrates Verlag. Stuttgart 2007

Walthe / Wicki : , Betreuung nach Präeklampsie, Die Hebamme 2018; 31: 157–166

Kruse, Martina: Traumatisierte Frauen begleiten, Praxishandbuch für Hebammenarbeit, Hippokrates Verlag 2018

AWMF Leitlinie: 015/018 – S1-Leitlinie: Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen, aktueller Stand 12/2013

Leitlinie der deutschen Hochdruckliga: ESC POCKET GUIDELINES - Deutsche Hochdruckliga: > www.hohdruckliga.de/tl.../2014_Pocket-Leitlinien_Arterielle_Hypertonie.pdf

Selbsthilfe: Arbeitsgemeinschaft Gestose-Betroffene e.V.,

➤ www.präeklampsie-hellp.de

Peripartale psychische Störungen: Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V., www.marce-gesellschaft.de

Schatten und Licht e.V., Initiative peripartaler psychischer Erkrankungen:
➤ www.schatten-und-licht.de

Broschüre: Traumasensible Begleitung durch die Hebamme:

www.hebammenverband.de/aktuell/standpunkte/Empfehlungen/Broschüre