

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 122 (2024)

Heft: 8-9

Artikel: Revidierte Leitlinie : hypertensive Schwangerschaftserkrankungen

Autor: Baumann, Marc

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1072741>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

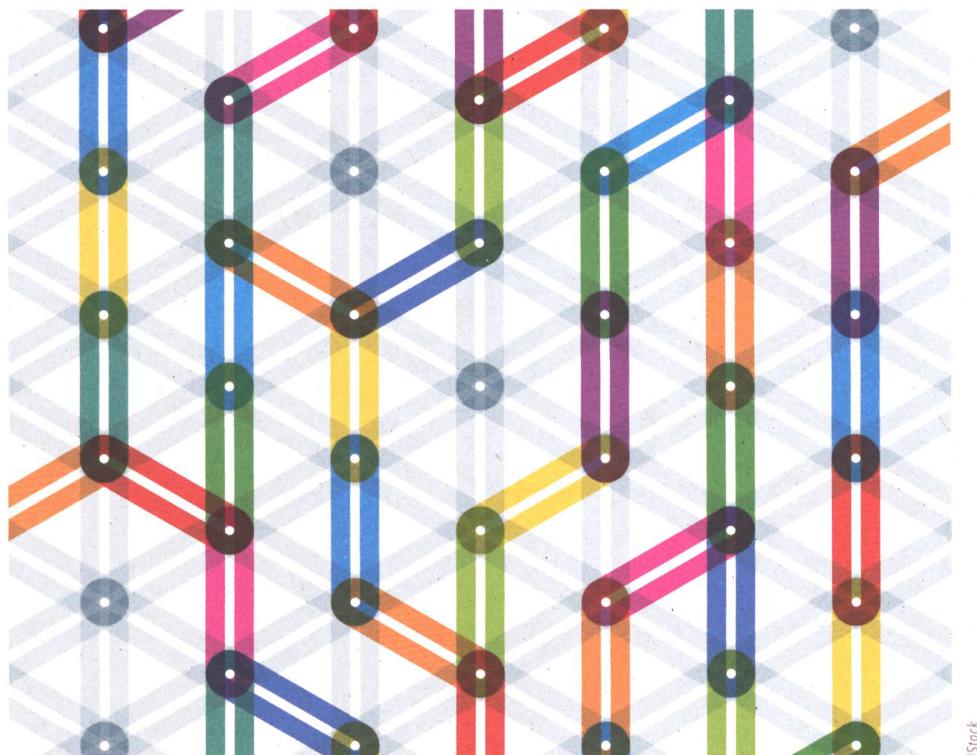
Download PDF: 25.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Revidierte Leitlinie: Hypertensive Schwanger- schaftserkrankungen

Die überarbeitete Leitlinie «Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen» von interprofessionellen Experten und Expertinnen aus der Schweiz, Deutschland und Österreich steht kurz vor dem Abschluss. Sie berücksichtigt die Bedeutung niedrigerer Blutdruckwerte für das Wohl von Mutter und Kind und passt die Ziel-Blutdruckwerte entsprechend an. Angiogene Marker wie sFlt-1 und PLGF gewinnen zunehmend an Bedeutung bei der Diagnostik und Prädiktion der Präeklampsie.

TEXT:
MARC BAUMANN



iStock

Die Medizin befindet sich im stetigen Wandel. Deshalb müssen aufgrund wachsender wissenschaftlicher Kenntnisse die Behandlungsstrategien und Richtlinien laufend dem aktuellen Wissensstand angepasst werden. Im Bereich der fetomaternalen Medizin gehören die hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen sicherlich zu den komplexesten und in der Betreuung anspruchsvollsten Krankheitsbildern. Um im deutschsprachigen Raum eine möglichst einheitliche Handhabe zu ermöglichen, verfassten die schweizerischen, deutschen und österreichischen Gesellschaften der Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG, DGGG und OeGGG) eine Leitlinie bezüglich «Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen», welche im Rahmen des Leitlinienprogramms der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) herausgegeben wurde. Zunehmend mehr Punkte werden obsolet. Die Leitlinie musste revidiert werden. Deshalb haben sich in den letzten zwei Jahren knapp 30 Fachexperten und -expertinnen aus der Schweiz, Deutschland und Österreich (aus rund 23 verschiedenen

Universitätskliniken) bestehend aus Ärztinnen und Ärzten sowie Hebammen und Vertreter*innen von Selbsthilfegruppen zusammengefunden. Sie haben sich intensiv ausgetauscht und die revidierte Leitlinie

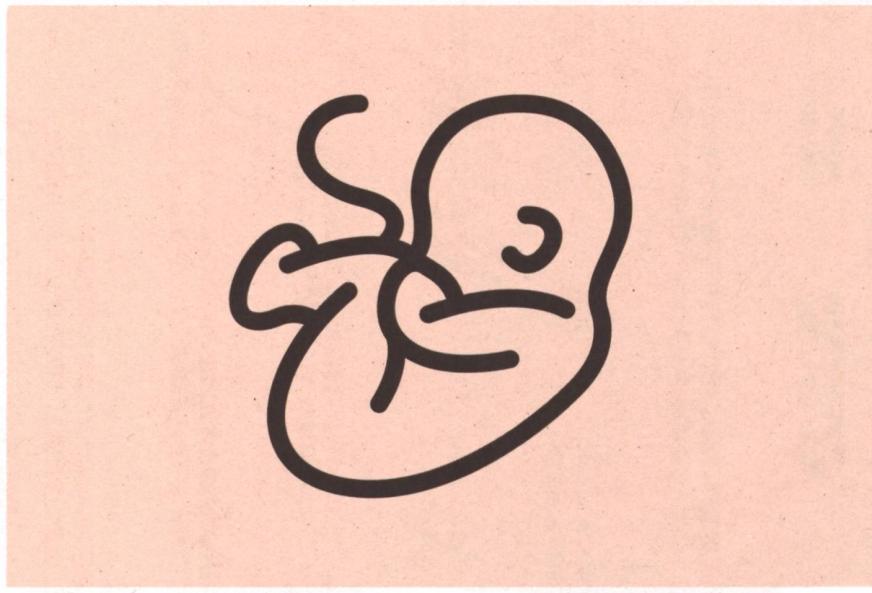
Was ist neu an der Leitlinie?

Die Definitionen der Gestationshypertonie und der chronischen Hypertonie bleiben unverändert: Ein Blutdruck von systolisch

In der revidierten Fassung der Leitlinie wird nicht mehr zwischen einer milden und schweren Präekklampsie unterschieden, da sich die klinische Dynamik und Ausprägung rasch ändern können.

verfasst. In wenigen Monaten soll sie offiziell aufgeschaltet werden und die bisherige Leitlinie ersetzen.

≥ 140 mm Hg und/oder diastolisch ≥ 90 mm Hg gilt weiterhin als hyperton. Bei der Überarbeitung der Diagnostik der



istock

Präeklampsie (in Anlehnung an die International Society of Studies of Hypertension in Pregnancy [ISSHP]) ist für die Diagnose einer Präeklampsie neben der Hypertonie nicht mehr zwingend eine Proteinurie erforderlich; stattdessen kann auch die Beteiligung eines anderen Organsystems als Kriterium herangezogen werden. Zu den typisch betroffenen Organen zählen insbesondere Plazenta (fetale Wachstumsrestriktion), Niere, zentrales Nervensystem, Leber, hämatologisches System, Lunge. Bemerkenswert ist, dass die angiogenen Faktoren wie sFlt-1 und «Placental Growth Factor» (PLGF) einen festen Platz als Diagnosekriterien haben und in Kombination mit Hypertonie sozusagen eine «angiogene Präeklampsie» definieren können.

Erweiterung der Diagnosekriterien

Die Erweiterung der Diagnosekriterien macht Sinn. Dadurch können mehr Präeklampsie-Fälle erkannt werden. Die Identifikation dieser Hochrisikopopulation ist wichtig, um präventive Strategien anbieten zu können, diese besser zu monitorisieren und den Zeitpunkt der Geburt optimal zu planen. In der revidierten Fassung der Leitlinie wird nicht mehr zwischen einer milden und schweren Präeklampsie unterschieden, da sich die klinische Dynamik und Ausprägung rasch ändern können. Aufgrund dieser Unvorhersehbarkeit sollte der Begriff «milde» Präeklampsie nicht

mehr verwendet werden. Die Überwachung und Therapieentscheidung werden der Symptomatik und ihrer Dynamik angepasst.

Mögliche Screening

Erstmals verbrieft in der Leitlinie ist die Aussage, dass alle Schwangeren im ersten Trimenon über die Möglichkeit eines Präeklamps-

Bei Präeklampsie mögliche beteiligte Organsysteme mit Symptomen/Befunden

Organsysteme	Symptom / Befund
Zentralnervensystem und Sinnesorgane	Kopfschmerzen
	Tics (schnelle, wiederholte, nicht rhythmische Bewegungen) oder Kloni (rhythmische, wiederholte Muskelzuckungen)
	Sehstörung, Hörstörung
	Generalisierter Krampfanfall
	Apoplexie
Leber	Oberbauchschmerz (rechtsbetont)
	Epigastrische Schmerzen
	Retrosternale Schmerzen
	Leberwert-Erhöhung
Lunge	Dyspnoe mit oder ohne Abfall der Sauerstoffsättigung SpO ₂ < 96 %
Niere	Oligo- bis Anurie
	Proteinurie
	Erhöhung der Retentionsparameter
Gastrointestinal	Nausea, Emesis, Diarrhoe
Hämatopoetisches System	Thrombozytopenie
	Hämolyse
Plazenta	«Small for Gestational Age» (SGA) / «Fetal Growth Restriction» (FGR)
Angiogene Faktoren	sFlt-1, PIGF

sie-Screenings informiert werden sollen und dass, wenn ein Präeklampsie-Screening im ersten Trimenon durchgeführt wird, dies nach FMF-Algorithmus erfolgen soll. Bei Frauen mit anamnestischem Risiko und/oder einem hohen Risiko-Wert im Präeklampsie-Screening (nach FMF) soll ab der Frühschwangerschaft (spätestens vor 16+0 SSW) mit der oralen Einnahme von niedrig dosierter Acetylsalicylsäure (ASS 150 mg/Tag vorzugsweise abends eingenommen) begonnen werden (siehe Artikel Seite 14).

Angiogene Faktoren

Auch der Stellenwert der angiogenen Faktoren wurde angehoben; einerseits bei der Diagnosestellung einer Präeklampsie, aber auch für die Prädiktion, das heißt die Evaluation, ob eine Schwangere ein erhöhtes Risiko hat, eine Präeklampsie zu entwickeln. Diese angiogenen Faktoren können ergänzend zur klinischen Untersuchung für die Sicherung und den Ausschluss der Diagnose «Präeklampsie» verwendet werden oder zur Beurteilung der Progression der Erkrankung. Eine Indikation zur Entbindung soll nicht wegen auffälliger angiogener Marker gestellt werden.

Es wird in der revidierten Leitlinie auch Wert darauf gelegt, dass Risikoschwangere möglichst lange weiter im ambulanten Setting betreut werden können. Die Schwangere wird angehalten, den Blutdruck zu Hause selbst zu messen und zu protokollieren und

auf Präeklampsie-Zeichen zu achten. Es ist wichtig, Auffälligkeiten mit der Hebamme oder der Ärztin/dem Arzt zu besprechen. Dies trägt nicht nur dazu bei, unnötige Arzt- oder Hebammentermine zu vermeiden, sondern ermöglicht der Schwangeren auch, die Auto-

druck die Feten nicht beeinträchtigt werden, die Mütter jedoch gesundheitlich profitieren. Als Zielblutdruckwerte gelten neu: ≤ 135 mm Hg systolisch und ≤ 85 mm Hg diastolisch. Konkret heißt dies, dass Frauen mit wiederholten Blutdruckwerten von ≥ 140 mm Hg systolisch und/oder ≥ 90 mm Hg diastolisch medikamentös therapiert werden sollen. Zu beachten ist, dass eine drastische Blutdrucksenkung eventuell zur plazentaren Minderperfusion und somit einer akuten fetalen Beeinträchtigung führen kann. Bei der Blutdruckeinstellung gilt die Regel «start low, go slow». Unterschreitet der Mittelwert des diastolischen Blutdrucks an drei aufeinanderfolgenden Tagen den Wert von 80 mmHg, sollte eine Reduktion der bestehenden Medikation erfolgen. α -Methyldopa, Nifedipin und Labetalol/Metoprolol sind Mittel der ersten Wahl zur antihypertensiven Therapie in der Schwangerschaft, wobei Labetalol in Deutschland nicht zur Verfügung steht.

Ein deutlicher Paradigmenwechsel ist, dass die Zielbereiche für den Blutdruck erheblich gesenkt wurden.

nomie über ihre Schwangerschaft zu behalten. Ist eine Präeklampsie einmal diagnostiziert, sollte die Schwangere unter stationären Bedingungen weiter abgeklärt und betreut werden. Bei stabilen Verläufen ist ein Wechsel ins ambulante Umfeld auch möglich.

Paradigmenwechsel beim Blutdruck

Ein deutlicher Paradigmenwechsel ist, dass die Zielbereiche für den Blutdruck erheblich gesenkt wurden. Dies basiert auf neusten Studien, CHIPS- und CHAP-Studie (Magee et al., 2016; Tita et al., 2022), welche zeigen konnten, dass bei tief eingestelltem Blut-

Antihypertensive Therapie

Ein weiterer Punkt, welcher neu in die Leitlinie aufgenommen wurde, ist die Eskalierung der antihypertensiven Therapie, wenn der Zielblutdruck mittels Monotherapie nicht erreicht werden kann. Dann soll vorzugsweise eine andere Substanzklasse zum Einsatz kommen, wenn die Dosis bis zum mittleren Dosisbereich gesteigert wurde. Frauen mit einer Gestationshypertonie



iStock

kann alternativ zur Schwangerschaftsbeendigung eine Prolongation nach 37+0 SSW angeboten werden, wenn der Blutdruck kontrolliert, das fetale Wohlbefinden sichergestellt und eine Präeklampsie ausgeschlossen sind. Frauen mit einem Gestationshypertonus sollte davon abgeraten werden, den errechneten Geburtstermin zu überschreiten.

Die Geburt kann bei stabilem maternalen und fetalen Zustand auf vaginalem Weg erfolgen, da bei optimaler Überwachung kein erhöhtes kindliches Risiko besteht.

Entbindung bei Präeklampsie

Bei Präeklampsie sollte die Entbindung ab 36 bis 37 Schwangerschaftswochen geplant werden. Vor 34 Schwangerschaftswochen sollte versucht werden, die Schwangerschaft zu prolongieren. Zwischen der 34. und 36. Schwangerschaftswoche befinden wir uns in einer Grauzone, in der wir den optimalen Zeitpunkt für die Entbindung sorgfältig abwägen müssen, um sowohl das Wohl der Mutter als auch das des Kindes zu berücksichtigen. In der Leitlinie haben

wir bezüglich des Geburtsmodus auch festgehalten, dass die Geburt bei stabilem maternalen und fetalen Zustand auf vaginalem Weg erfolgen kann, da bei optimaler Überwachung kein erhöhtes kindliches Risiko besteht. Um die Mutter-Kind-Bindung zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zu fördern, soll direkt nach Geburt der Kontakt zwischen Mutter und Baby ermöglicht werden. Es soll auch für die Unterstützung beim Bonden, Stillen oder Abpumpen eine optimale Betreuung ermöglicht werden. Postpartal sollte der Blutdruck auf Zielwerte von <135/85 mmHg eingestellt werden.

Präeklampsie-Nachsorge

Neu in der revidierten Leitlinie ist auch die Erwähnung der Wichtigkeit der Präeklampsie-Nachsorge. Ein Abschlussgespräch mit der Wöchnerin über die Erkrankung, den individuellen Verlauf und weitere Konsequenzen soll erfolgen. Die Wöchnerin soll nach Präeklampsie aufgrund ihrer kardiovaskulären Risiken langfristig engmaschig nachbetreut werden mit Beginn sechs Wochen nach der Entbindung. In dieser Präeklampsie-Nachsorge sollte auch die Planung einer möglichen, weiteren Schwangerschaft erfolgen. Die eigene Erfahrung zeigte, dass Wöchnerinnen nach Schwangerschaften mit Präeklampsie oft verunsichert sind hinsichtlich des Wunsches nach einer weiteren Schwangerschaft. Diese Ängste können wir diesen Müttern im Rahmen der Präeklampsie-Nachsorge nehmen, indem wir kausale Nebenerkrankungen wie zum Beispiel Antiphospholipid-Syndrom suchen respektive ausschliessen, diese Mütter begleiten

und unterstützen sowie präventive Strategien wie zum Beispiel Lifestyle-Änderungen oder medikamentös Aspirin oder niedermolekulares Heparin (bei Antiphospholipid-Syndrom) anbieten. ☺

AUTOR



Marc Baumann,
PD Dr. med., leitender Arzt,
ärztlicher Leiter Mutter-Kind-Station,
Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Inselspital Bern.

Literatur

- Alan, T. & al. (2022) Treatment for Mild Chronic Hypertension during Pregnancy. *The new England journal of medicine*.
- Magee, L. A., von Dadelszen, P. & Singer, J. et al. (2016) The CHIPS Randomized Controlled Trial (Control of Hypertension in Pregnancy Study): Is Severe Hypertension Just an Elevated Blood Pressure? *Hypertension*; 68: 1153-1159. DOI: 10.1161/hypertensionaha.116.07862
- Tita, A.T., Szychowski, J.M. & Boggess, K. et al. (2022) Treatment for Mild Chronic Hypertension during Pregnancy. *N Engl J Med*; 386: 1781-1792. DOI: 10.1056/NEJMoa2201295

Berner Fachhochschule

Werden Sie zur Pionierin

Ich werde Hebamme MSc

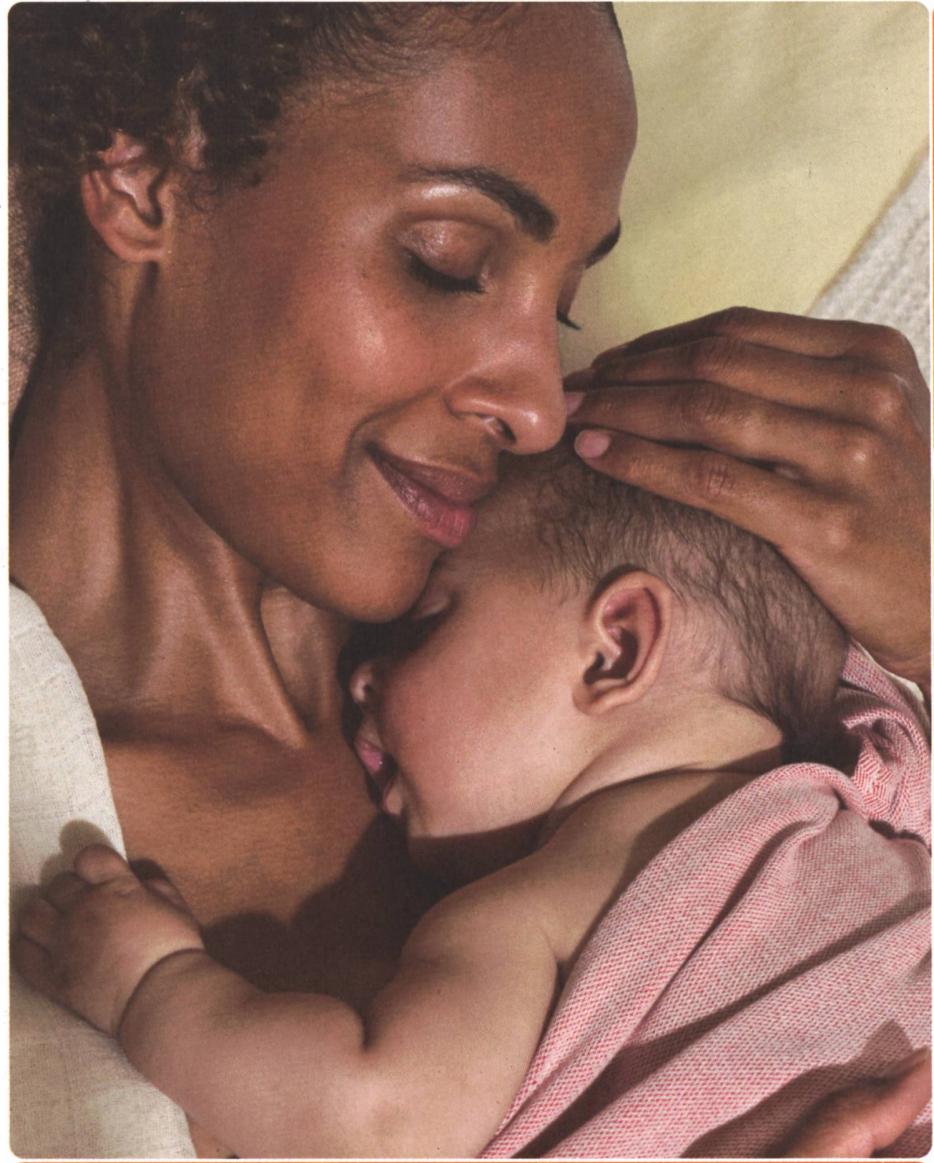
«Das Master-Studium erweitert meinen Horizont und legt den Grundstein zur Pionierarbeit. Es ist facettenreich, spannend, anspruchsvoll und ein Türöffner – sei es geburtshilflich oder auch interdisziplinär. Ich sehe es als meine Pflicht, mich evidenzbasiert weiterzubilden, um mit der komplexen Entwicklung des Gesundheitswesens Schritt zu halten.»

Simone Hasler, Master-Studentin Hebamme
Hebammenexpertin, Luzerner Kantonsspital, Wolhusen

→ Erhalten Sie einen vertieften Einblick mit unserer Video-Präsentation.

► Gesundheit

bfh.ch/msc-hebamme

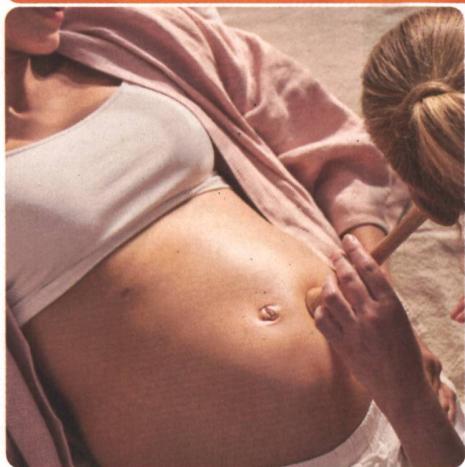


WELEDA baby



Kostenfrei
bestellen

MUSTERPAKETE FÜR HEBAMMEN



- Mit Kennenlerngrößen zur Weitergabe an die von Ihnen begleiteten Familien
- Für die Freiberuflichkeit oder Klinik
- Bestellung: hebammen@weleda.ch
Telefon: 061 705 22 22



WELEDA
Since 1921
baby

Nappy Change Cream
Windelcreme
Crème pour

Baby Oil

Hebammen-
empfehlung
Nr. 1

**Willkommensset
von Weleda baby**
Natürlich beschützt. Von Anfang an.

PFLEGEN - CREMEN - REINIGEN

WELEGESÉN - CSEWEN - KEVÍSÉN

* Im Bereich Baby-Pflegeprodukte ist WELEDA baby die Nr.1-Marke bei Hebammenempfehlungen; unabhängige Marktforschungsstudie 2024, Schweiz.