

# Erläuterungen und Hintergrundliteratur für den (elektronischen) Eltern-Kind-Pass

Schwangerschaft und Geburt



Eltern  
Kind  
Pass

## **Impressum**

### **Autorinnen und Autor (Gesundheit Österreich GmbH)**

Lukas Teufl

Theresa Bengough

Lydia Fenz

Tonja Ofner

### **Fachliche Mitarbeit**

Berufsgruppenvertreter:innen der Allgemeinmedizin

Berufsgruppenvertreter:innen der Gynäkologie und Geburtshilfe

Berufsgruppenvertreter:innen der Hebammen

### **Assistenz**

Lucija Dilber

### **Fotonachweis**

©gettyimages.com/skaman306

Dezember 2025

## Präambel

Das vorliegende Dokument wurde für jene Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) erstellt, die Untersuchungen für Schwangere im Rahmen des (elektronischen) Eltern-Kind-Passes anbieten und durchführen. Es dient als Nachschlagewerk und Orientierungshilfe, indem Hintergrundinformationen sowie -literatur zu den jeweiligen Untersuchungsinhalten kompakt und übersichtlich dargestellt werden. Außerdem soll es die Einarbeitung in den Eltern-Kind-Pass für neue GDA erleichtern und beinhaltet daher punktuell auch Ausfüllhilfen. Es handelt sich nicht um eine Fachleitlinie und es ersetzt diese auch nicht.

## Methode

Die Erläuterungen und Hintergrundinformationen wurden in einem mehrstufigen Prozess und unter Einbindung der relevanten Berufsgruppenvertreter:innen erstellt. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hatte dabei die Aufgabe, den Prozess zu entwerfen und zu begleiten sowie die (Teil-)Ergebnisse systematisch aufzubereiten. Der Prozess gestaltete sich folgendermaßen:

- **FEEDBACKSCHLEIFE I (2023):** Die Berufsgruppenvertreter:innen übermittelten Hintergrundliteratur, die aus ihrer Sicht in das vorliegende Dokument aufgenommen werden sollte.
- Die GÖG sichtete die Hintergrundliteratur und exzerpierte relevante Textstellen in Form von Erläuterungen. Außerdem wurden für Untersuchungsinhalte, für die keine Hintergrundliteratur vorlag, Recherchen in Leitlinienregistern und auf Websites von (inter)nationalen NGOs durchgeführt.
- **FEEDBACKSCHLEIFE II (2024):** Die Berufsgruppenvertreter:innen kontrollierten die Exzerpte und die Hintergrundliteratur und hinterließen Verbesserungswünsche und/oder lieferten zusätzliche Literatur, die referenziert werden sollte.
- Die GÖG sichtete diese Rückmeldungen und arbeitete diese ein. Es entstand der erste Entwurf des vorliegenden Dokuments.
- **FEEDBACKSCHLEIFE III (2025):** Die Berufsgruppenvertreter:innen hatten erneut die Möglichkeit, Rückmeldungen zum aktuellen Stand der Erläuterungen und Hintergrundinformationen zu geben.
- Die GÖG finalisierte darauf aufbauend das Dokument.

Die Möglichkeit, sich an der Erarbeitung dieses Dokuments zu beteiligen, hatten allen Berufsgruppenvertreter:innen des Projektbeirats (n = 54) des Eltern-Kind-Passes. Da pro Fach jeweils eine abgestimmte Rückmeldung erfolgte und die Vertreter:innen auch die Möglichkeit hatten, weitere Fachexpertinnen und -experten hierfür einzubeziehen, konnte eine exakte Anzahl der beteiligten Personen nicht ermittelt werden.

## Inhalt

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Präambel.....                                                           | 3  |
| Methode.....                                                            | 3  |
| Anamnese (bis SSW 16) .....                                             | 7  |
| Schwangerenuntersuchung 1 (bis SSW 16) .....                            | 14 |
| Besondere Befunde .....                                                 | 18 |
| Ultraschalluntersuchung 1 (SSW 8–16).....                               | 22 |
| Laboruntersuchung 1 (bis SSW 16) .....                                  | 23 |
| Spezielle pränataldiagnostische Untersuchungen .....                    | 25 |
| Allgemein- und familienmedizinische Untersuchung (SSW 14–20).....       | 26 |
| Gesundheitsgespräch (SSW 14–20) – Leitfaden aktuell in Entwicklung..... | 29 |
| Hebammenberatung 1 (SSW 14–20) .....                                    | 32 |
| Schwangerenuntersuchung 2 (SSW 18–22).....                              | 34 |
| Ultraschalluntersuchung 2 (SSW 18–22).....                              | 36 |
| Schwangerenuntersuchung 3 (SSW 24–28).....                              | 39 |
| Laboruntersuchung 2 (SSW 24–28).....                                    | 41 |
| Hebammenberatung 2 (SSW 24–34).....                                     | 41 |
| Schwangerenuntersuchung 4 (SSW 30–34).....                              | 43 |
| Ultraschalluntersuchung 3 (SSW 30–34).....                              | 44 |
| Schwangerenuntersuchung 5 (SSW 35–38) .....                             | 46 |
| Ultraschalluntersuchung 4 (SSW 35–38) .....                             | 47 |
| Weitere Untersuchungen.....                                             | 48 |
| Geburt.....                                                             | 49 |
| Das Neugeborene nach der Geburt.....                                    | 54 |
| Postpartale Periode.....                                                | 57 |

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Zustand des Kindes bei Entlassung/Transfer ..... | 58 |
| Literaturverzeichnis .....                       | 59 |

# Anamnese (bis SSW 16)

| Feld                                                                | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ref. |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Anamnese der Schwangeren</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Geburtsdatum                                                        | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | –    |
| Datum der Untersuchung                                              | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | –    |
| SSW + Tage                                                          | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | –    |
| aktuelles Alter                                                     | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | –    |
| Alter bei Geburt                                                    | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | –    |
| Gewicht vor der Schwangerschaft (in kg)                             | Das Gewicht wird vor Ort gewogen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | –    |
| Größe (in cm)                                                       | Die Größe wird vor Ort gemessen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | –    |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> )                                            | Die Klassifikation der BMI-Werte erfolgt auf Basis von (1):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (1)  |
| medizinische Beratung empfohlen                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untergewicht: &lt; 18,5</li> <li>• Normalgewicht: 18,5–24,9</li> <li>• Präadipositas („Übergewicht“): 25–29,9</li> <li>• Adipositas Grad I („Adipositas“): 30–34,9</li> <li>• Adipositas Grad II („Adipositas“): 35–39,9</li> <li>• Adipositas Grad III („Schwere Adipositas“): ≥ 40</li> </ul> <p>Ab Adipositas Grad II wird eine Beratung empfohlen.</p> |      |
| gesundheitsförderliche Beratung erfolgt                             | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | –    |
| über unterstützende Angebote während der Schwangerschaft informiert | Über den in der EKP-Anwendung angeführten Link kann das Kontaktformular der Frühen Hilfen geöffnet werden. Dort kann über die Eingabe der Postleitzahl das regional zuständige Frühe-Hilfen-Netzwerk ausgewählt und direkt kontaktiert werden. Alternativ kann die nach Eingabe der Postleitzahl                                                                                                    | –    |
| umfassendes Gesundheitsförderungsangebot (z. B. REVAN)              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (2)  |
| Bewegung                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (3)  |
| Ernährung                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (4)  |

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Unterstützungsangebote (z. B. Frühe Hilfen<br>( <a href="https://fruehehilfen.at/kontaktformular">https://fruehehilfen.at/kontaktformular</a> ))   | angeführte Telefonnummer oder E-Mail-Adresse des regional zuständigen Frühe-Hilfe-Netzwerks für die Kontaktaufnahme ausgewählt werden.                                            | (5)<br>(6) |
| Beratungsstellen (z. B. für Gewaltbetroffene)                                                                                                      | Es soll auf lokale Angebote verwiesen werden.                                                                                                                                     | -          |
| aufgrund bisheriger medizinischer Risikofaktoren in der Schwangerschaft Überweisung zur weiteren medizinischen Diagnostik, Therapie und Begleitung | -                                                                                                                                                                                 | -          |
| Menses: Regelmäßigkeit                                                                                                                             | -                                                                                                                                                                                 | -          |
| Menses: Zyklusdauer von ____ bis ____ (in Tagen)                                                                                                   | -                                                                                                                                                                                 | -          |
| Gravida                                                                                                                                            | Alle Schwangerschaften, inklusive der jetzigen, unabhängig von deren Ausgang; Bsp.: schwangere Mutter mit 1 lebenden Kind, 1 Abort, 1 Interruptio, 1 Extrauteringrav = Gravida: 5 | -          |
| Para                                                                                                                                               | Anzahl der Geburten exklusive der Früh- und Spätaborte Achtung: Zwillings-/Drillingsgeburten werden als 1 Parität gezählt. Bsp. von oben: Para 1                                  | -          |
| wenn Gravida – Para ≥ 2:                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                   |            |
| __ Abort/Interruptio: < 15 SSW ____ 15–27 SSW ____                                                                                                 |                                                                                                                                                                                   |            |
| __ ektope Schwangerschaften                                                                                                                        | -                                                                                                                                                                                 |            |
| __ Totgeburt: < 37 SSW ____ ≥ 37 SSW ____                                                                                                          | -                                                                                                                                                                                 |            |
| Vorausgegangene Entbindungen (pro Kind)                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |            |
| Geburtsdatum                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   | -          |
| Geschlecht                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |            |
| Geburtsgewicht in Gramm                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |            |
| geboren in welcher SSW + Tage                                                                                                                      | Angabe der Schwangerschaftswoche bei der Geburt. Bei Frühgeburt exakte Woche angeben: abgeschlossene SSW + Tage; z. B. SSW 26 + 4                                                 | -          |
| Komplikationen während vorhergegangener Schwangerschaft(en)                                                                                        | Angabe der Komplikationen während der Schwangerschaft(en), wie Frühgeburt, Gestationsdiabetes (GDM) und Präeklampsie; insbesondere bei Frühgeburten                               | -          |
| keine                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                   |            |
| Zervixinsuffizienz                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                   |            |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |   |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| vorzeitige Wehen                                                        | Erfragen einer evtl. Längsinzision oder T-Schnitts im Rahmen einer Sectio → falls positiv, dies auch im Freitextfeldfeld dokumentieren                                                                  |   |
| Frühgeburt                                                              |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Gestationsdiabetes<br>insulinpflichtig                                  |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Gestationsdiabetes diätetisch behandelt                                 |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Präeklampsie                                                            |                                                                                                                                                                                                         |   |
| HELLP                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Schwangerschaftsdepression,<br>-psychose bzw. postpartale<br>Depression |                                                                                                                                                                                                         |   |
| <b>Geburtsmodus</b>                                                     | Angabe des Entbindungsmodus:<br>spontan; vaginal-operativ:<br>Zange/Vakuum; Sectio                                                                                                                      | - |
| <b>Komplikationen bei der Geburt und im<br/>Wochenbett</b>              | Angabe der Komplikationen bei der<br>Geburt und im Wochenbett, wie<br>Uterusatonie, Fieber, Dammriss<br>III/IV; Angabe von schweren<br>Erkrankungen der Kinder im<br>Freitextfeldfeld                   | - |
| keine                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Uterusatonie                                                            |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Dammriss III/IV                                                         |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Thrombose/Lungenembolie                                                 |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Plazentalösungsstörung                                                  |                                                                                                                                                                                                         |   |
| <b>schwere Erkrankung des Kindes</b>                                    | -                                                                                                                                                                                                       | - |
| <b>Fehlbildungen des Kindes</b>                                         | -                                                                                                                                                                                                       | - |
| <b>genetische Besonderheiten des Kindes</b>                             | -                                                                                                                                                                                                       | - |
| <b>Anamnese der familiären und eigenen Vorbelastungen</b>               |                                                                                                                                                                                                         |   |
| <b>Datum der Untersuchung</b>                                           | -                                                                                                                                                                                                       | - |
| <b>SSW + Tage</b>                                                       | -                                                                                                                                                                                                       |   |
| <b>bekannte eigene Erkrankungen:</b>                                    | Feld ankreuzen, ob eigene<br>Erkrankungen, wie Diabetes,<br>Hypertonie, Fehlbildungen,<br>genetische Erkrankungen,<br>psychische Krankheiten,<br>vorkommen. Bei Bedarf im<br>Freitextfeldfeld erläutern | - |
| keine                                                                   |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Hypertonie unabhängig von der<br>Schwangerschaft                        |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Hypertonie in vorhergegangener<br>Schwangerschaft                       |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Gestationsdiabetes                                                      |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Gerinnungsstörung                                                       |                                                                                                                                                                                                         |   |
| Schilddrüsendysfunktion                                                 |                                                                                                                                                                                                         |   |

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| pulmonale Erkrankung                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                 |
| orthopädische Erkrankung                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |
| neurologische Erkrankung                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |
| psychiatrische Erkrankung                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                 |
| immunologische Erkrankung                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                 |
| maligne Erkrankung                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                 |
| renale Erkrankung                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |
| kardiovaskuläre Erkrankung                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                 |
| hereditäre Erkrankung oder angeborene Fehlbildung                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |
| Auffälligkeiten bei Stimmung und Schlaf                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
| Unfallgefährdung oder Schadstoffexposition im beruflichen oder privaten Umfeld (sportliche Betätigung, Landwirtschaft ...) |                                                                                                                                                                                                 |
| <b>bekannte familiäre Erkrankungen:</b>                                                                                    | Feld ankreuzen, ob in der Familie Risikofaktoren, wie Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Erkrankungen, psychische Krankheiten, vorkommen. Bei Bedarf im Freitextfeldfeld erläutern |
| keine                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                 |
| Hypertonie unabhängig von der Schwangerschaft                                                                              |                                                                                                                                                                                                 |
| Hypertonie in vorhergegangener Schwangerschaft                                                                             |                                                                                                                                                                                                 |
| Gestationsdiabetes                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                 |
| Gerinnungsstörung                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |
| Schilddrüsendysfunktion                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
| pulmonale Erkrankung                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                 |
| orthopädische Erkrankung                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |
| neurologische Erkrankung                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |
| psychiatrische Erkrankung                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                 |
| immunologische Erkrankung                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                 |
| maligne Erkrankung                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                 |
| renale Erkrankung                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |
| kardiovaskuläre Erkrankung                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                 |
| hereditäre Erkrankung oder angeborene Fehlbildung                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |
| Auffälligkeiten bei Stimmung und Schlaf                                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Unfallgefährdung oder Schadstoffexposition im beruflichen oder privaten Umfeld (sportliche Betätigung, Landwirtschaft ...) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| <b>Erhöhtes Thromboserisiko bekannt?</b>                                                                                   | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -          |
| bereits stattgefundene Thrombose                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| hereditäres Risiko                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| Faktor-V-Leiden-Mutation                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| Schwangere mit positiver Familienanamnese (1. Grades) bzgl. Thromboseereignis                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| andere kumulative Risikofaktoren, wie z. B. Alter > 35; Adipositas; Mehrlingsschwangerschaft; Präeklampsie                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| <b>erhöhtes Blutungsrisiko</b>                                                                                             | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -          |
| Faktor-VIII-Mangel                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| Von-Willebrand-Faktor-Mangel                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| <b>erhöhtes Risiko für GDM</b>                                                                                             | Als bedeutendste Risikofaktoren für GDM gelten <u>(7)</u> :                                                                                                                                                                                                                                      | <u>(7)</u> |
| frühzeitiger oGTT veranlasst                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• familiäre Diabeteserkrankungen</li> <li>• Ethnizität (Mittlerer Osten, Süd- und Ostasien, Afrika)</li> <li>• mütterliches Alter</li> <li>• mütterlicher BMI (Übergewicht, Adipositas)</li> <li>• Parität und frühere Schwangerschaft mit GDM</li> </ul> |            |
| <b>Erläuterung zu oben angeführten Erkrankungen</b>                                                                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -          |
| <b>Varizellen-Infektion/-Impfung</b>                                                                                       | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -          |
| <b>Röteln-Infektion/-Impfung</b>                                                                                           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -          |
| <b>Masern-Infektion / 2 Impfungen</b>                                                                                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -          |
| <b>Impfempfehlungen für die Eltern</b>                                                                                     | Aktuelle Impfempfehlungen sind dem Impfplan Österreich <u>(8)</u> zu entnehmen.                                                                                                                                                                                                                  | <u>(8)</u> |
| Influenza                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| COVID-19                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |
| Pertussis (27.–36. SSW)                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>frühere, relevante Operationen</b>               | Feld JA/NEIN ankreuzen, ob eigene relevante Operation vorliegt. Falls JA, Art der Erkrankung/OP im Freitextfeld-feld erläutern. Achten auf für die Schwangerschaft relevante Erkrankungen/Operationen, bspw. Schilddrüse, Herz, Venen usw. | -          |
| <b>metabolische/bariatrische Operationen</b>        | -                                                                                                                                                                                                                                          | -          |
| <b>Sectio und andere gynäkologische Operationen</b> | Feld JA/NEIN ankreuzen, ob Uterusoperationen vorliegen. Falls JA, Art der OP im Freitextfeldfeld erläutern. Achten auf Erfragen eines evtl. transversalen oder T-Schnittes im Rahmen einer Frühgeburtensectio;                             | -          |
| Sectio                                              | Myomenukleationen (gestielte oder 8 intramurale Myome, bei Unklarheit evtl. OP-Bericht anfordern)                                                                                                                                          |            |
| Konisation                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Myomenukleation                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Cerlage                                             |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <b>Bedarfsmedikation</b>                            | -                                                                                                                                                                                                                                          | -          |
| welche (Wirkstoff oder Marken-name, Dosierung)      |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Medikamentenanpassung aufgrund der Schwangerschaft  |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <b>Dauermedikation</b>                              | -                                                                                                                                                                                                                                          | -          |
| welche (Wirkstoff oder Marken-name, Dosierung)      |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Medikamentenanpassung aufgrund der Schwangerschaft  |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| <b>Allergie bekannt</b>                             | -                                                                                                                                                                                                                                          | <u>(9)</u> |
| Medikamente                                         |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Jod                                                 |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Pflaster                                            |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Pollen                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Hausstaubmilben                                     |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Nahrungsmittel                                      |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Tierhaare                                           |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Insektengift                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |            |
| Kontaktallergene                                    |                                                                                                                                                                                                                                            |            |

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Ernährungsbesonderheiten</b>                                                                                                                                                                                    | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -                        |
| <b>Raucherin vor der Schwangerschaft</b>                                                                                                                                                                           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -                        |
| Raucherin seit Bekanntwerden der Schwangerschaft                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| Zigarette(n)/Tag                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| Aufklärung und ggf. Beratung zur Rauchentwöhnung empfohlen                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| <b>Wie häufig haben Sie bis zum Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol getrunken?</b>                                                                                                                           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <u>(10)</u>              |
| <b>Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?</b>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| Aufklärung/Beratung über die möglichen Folgen für das Kind erfolgt                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| <b>Gibt oder gab es Drogenkonsum?</b>                                                                                                                                                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -                        |
| Aufklärung/Beratung über die Folgen für das Kind                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| Überweisung an spezialisierte Einrichtung                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| <b>Unter Berücksichtigung Ihres derzeitigen Einkommens, wie kommen Sie damit über die Runden?</b>                                                                                                                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -                        |
| <b>Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen Ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen?</b>                                                                                    | auf psychosoziale sowie<br>medizinische<br>Überlastungssymptome achten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <u>(5)</u><br><u>(6)</u> |
| Informationen/Ermutigung bzgl. möglicher Hilfestellungen (z. B. Frühe Hilfen<br><a href="https://fruehehilfen.at/kontaktformular">https://fruehehilfen.at/kontaktformular</a> )<br>und zur Inanspruchnahme erfolgt | Über den in der EKP-Anwendung angeführten Link kann das Kontaktformular der Frühen Hilfen geöffnet werden. Dort kann über die Eingabe der Postleitzahl das regional zuständige Frühe-Hilfen-Netzwerk ausgewählt und direkt kontaktiert werden. Alternativ kann die nach Eingabe der Postleitzahl angeführte Telefonnummer oder E-Mail-Adresse des regional zuständigen Frühe-Hilfe-Netzwerks für die Kontaktaufnahme ausgewählt werden. |                          |

# Schwangerenuntersuchung 1 (bis SSW 16)

| Feld                                           | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ref.                 |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Untersuchungsbefund</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |
| Datum der Untersuchung                         | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | –                    |
| SSW + Tage                                     | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | –                    |
| Sterilitätsbehandlung                          | JA/NEIN ankreuzen, ob Sterilitätsbehandlung, wie IVF, ICSI, Insemination, Clomiphen erfolgt.<br>Eventuell exaktes Datum der Punktion angeben (Geburtssterminbestimmung). Sonstige relevante Anmerkungen im Freitextfeldfeld erläutern                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |
| Stimulation mit Hormonen                       | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |
| IVF: Datum der Eizellentnahme                  | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |
| Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |
| Eizellenspende                                 | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |
| Gewicht (in kg)                                | soll gewogen werden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | –                    |
| bisherige Gewichtszunahme                      | <p>Die Klassifikation der bisherigen Gewichtszunahme erfolgt auf Basis des Artikels von <a href="#">(11)</a> anhand der Anzahl der Feten (1 vs. 2) und Gestationswochen sowie des Gewichts vor der Schwangerschaft.</p> <p><b>Empfohlene Gewichtszunahme im Schwangerschaftsverlauf von Singleton:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• untergewichtige Mütter: 12,7–18,1 kg (pro Woche: 0,3–0,5 kg)</li> <li>• normalgewichtige Mütter: 11,3–15,9 kg (pro Woche: 0,2–0,4 kg)</li> <li>• übergewichtige Mütter: 6,8–11,3 kg (pro Woche: 0,2–0,3 kg)</li> <li>• adipöse Mütter: min. 6,8 kg (pro Woche: 0,2–0,6 kg)</li> </ul> <p><b>Empfohlene Gewichtszunahme im Schwangerschaftsverlauf von Zwillingen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• untergewichtige Mütter: 22,7–28,1 kg (pro Woche: 0,6–0,8 kg)</li> <li>• normalgewichtige Mütter: 18,1–24,5 kg (pro Woche: 0,5–0,8 kg)</li> <li>• übergewichtige Mütter: 17,2–21,3 kg (pro Woche: 0,5–0,7 kg)</li> </ul> | <a href="#">(11)</a> |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• adipöse Mütter: 13,2–17,2 kg (pro Woche: 0,3–0,6 kg)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |
| Blutdruck (SYS)  | <b>Methodik der Praxisblutdruckmessung:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (12) |
| Blutdruck (DIA)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbereitung: mind. 5 Minuten Ruhe, in der Regel in sitzender Position</li> <li>• Messungen: am Oberarm</li> <li>• bei Auffälligkeit erneute Messung nach 5 Minuten Ruhe, in sitzender Position</li> <li>• Ergebnis: letzter gemessener Wert</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |
| Blutdruck (Puls) | <p>Zum Ausschluss einer Seitendifferenz (&gt; 20 mmHg) sollte primär die Messung an beiden Armen erfolgen.</p> <p><b>Klassifikation pathologischer Blutdruckwerte:</b></p> <p><b>Praxisblutdruck:</b></p> <p>Cut-off-Wert (= Schwellenwert) <math>\geq 140</math> und/oder diastolisch <math>\geq 90</math> mmHg</p> <p><b>24-h-Blutdruckmessung:</b></p> <p>Cut-off-Wert des Tagesmittelwerts: <math>\geq 135/85</math> mmHg</p> <p>Cut-off-Wert des 24-h-Werts: <math>\geq 130/80</math> mmHg</p> <p>Cut-off-Wert des nächtlichen Mittelwerts: <math>\geq 120/70</math> mmHg</p> <p><b>Heimblutdruck:</b></p> <p>gilt bei einem Anteil von <math>\geq 25\%</math> von Blutdruckwerten über 135/85 mmHG als pathologisch</p> <p><b>Definitionen:</b></p> <p><b>Chronische Hypertonie:</b></p> <p>präkonzeptionell oder im ersten Trimester diagnostizierte Hypertonie</p> <p><b>Gestationshypertonie:</b></p> <p>im Verlauf der Schwangerschaft neu auftretende Blutdruckwerte von <math>\geq 140/90</math> mmHg bei einer zuvor normotensiven Schwangeren ohne zusätzliche Kriterien, die eine Präeklampsie definieren</p> <p><b>Präeklampsie:</b></p> <p>ist jeder (auch vorbestehend) erhöhte Blutdruck <math>\geq 140/90</math> mmHg in der Schwangerschaft mit mindestens einer neu auftretenden Organmanifestation, die keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann</p> <p>Zu den typisch betroffenen Organsystemen zählen insbesondere Plazenta (fetale</p> |      |

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|                                                                    | Wachstumsrestriktion), Niere, zentrales Nervensystem, Leber, hämatologisches System und Lunge. Eine neu auftretende Symptomatik ist insbesondere dann im Zusammenhang mit einer Präeklampsie zu sehen, wenn sie persistiert, in ihrer Ursache unerklärt bleibt und therapieresistent ist.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |
| Überweisung erforderlich                                           | Feld JA/NEIN ankreuzen und konkrete Einrichtung/Fachperson im Freitextfeldfeld erläutern                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |
| <b>Ödeme</b>                                                       | <p>Ödeme werden im Rahmen einer körperlichen Untersuchung diagnostiziert. <span style="float: right;">(1)</span></p> <p>Ödeme allein sind ein unspezifisches Symptom, das nur dann von Bedeutung ist, wenn die Ödeme rasch zunehmen, d. h., wenn eine deutliche Gewichtszunahme innerhalb kurzer Zeit (<math>\geq 1</math> kg/Woche im dritten Trimester) festgestellt wird oder ein ausgeprägtes Gesichtssödem besteht.</p> <p>bei Bedarf Grad der Ödeme im Freitextfeldfeld angeben: – keine; + leichte; ++ mäßige; +++ starke Ödeme</p>                                                                                                                                                                                   |   |
| <b>Varizen</b>                                                     | bei Bedarf, vorhandene Varizen im Freitextfeldfeld angeben: – keine; + leichte; ++ mäßige; +++ starke Varizen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - |
| <b>gynäkologischer Befund</b>                                      | Feld ankreuzen, ob gynäkologischer Status unauffällig/auffällig; falls auffällig, im Freitextfeldfeld erläutern                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |
| wenn auffällig:<br>Genitalverstümmelung (FGM)                      | <p><b>Die Genitalverstümmelung wird in vier Haupttypen klassifiziert:</b> <span style="float: right;">(13)</span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Typ 1 – Klitoridektomie: Exzision der klitoralen Vorhaut und/oder die teilweise oder gänzliche Entfernung der Klitoris</li> <li>• Typ 2 – Exzision: Entfernung der Klitoris mit partieller oder totaler Entfernung der kleinen Labien</li> <li>• Typ 3 – Infibulation: Entfernung der ganzen oder eines Teiles der äußeren Genitalien mit anschließender Vernähung der Vulva bis auf eine minimale Öffnung für Harn und Menstruationsblutung</li> <li>• Typ 4 – diverse, nicht klassifizierbare Praktiken (z. B. Einstechen/Verätzen der Klitoris)</li> </ul> |   |
| Aufklärung/Beratung über die Folgen für Schwangerschaft und Geburt |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |

|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Überweisung an spezialisierte Einrichtung</p> <p>Information/Ermutigung bzgl. möglicher Hilfestellungen (z. B. Beratungseinrichtungen für kulturell bedingte Gewalt)</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>PAP abgenommen</b></p>                                                                                                                                                | <p><b>Empfehlungen für Abnahmegeräte für Zytologie und deren Abstrichqualität:</b> <span style="float: right;">(15)<br/>(14)</span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PapCone (sehr hoch)</li> <li>• cervical broom (z. B. Cervex-Brush – 92 %)</li> <li>• Kombination aus Spatel und endozervikaler Bürste (z. B. Cytobrush – 88 %)</li> <li>• extended tip spatula (z. B. Szalay Spatel – 87 %)</li> </ul> <p>Cave: Bei Abnahme der Dünnschichtzytologie wird ein spezielles Abnahmegerät seitens der Firma vorgeschrieben.</p> <p><b>Beurteilung der Abstrichqualität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gut beurteilbar und repräsentativ</li> <li>• eingeschränkt, aufgrund von fehlenden endozervikalen Zellen</li> <li>• eingeschränkt, aufgrund von ...</li> <li>• nicht beurteilbar (PAP = 0)</li> </ul> <p><b>Die zytologische Klassifikation des Ergebnisses</b><br/>(Details siehe S. 9 bei <u>(14)</u>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PAP-Gruppe 0: nicht beurteilbar</li> <li>• PAP-Gruppe I/II: normales, altersentsprechendes bzw. gutartiges Zellbild</li> <li>• PAP-Gruppe III: Dignität (d. h. Gut- bzw. Bösartigkeit der Zellveränderungen) nicht sicher beurteilbar</li> <li>• PAP-Gruppe IIIG: auffällige glanduläre Zellen</li> <li>• PAP-Gruppe IIID: Zellen einer leicht bis mäßigen Dysplasie</li> <li>• PAP-Gruppe IV: Zellen einer mäßigen bis schweren Dysplasie bzw. eines Adenocarcinoma in situ</li> <li>• PAP-Gruppe V: Zellen eines vermutlich invasiven Karzinoms</li> </ul> <p>Die Klassifikation kann auch anhand des Bethesda-Systems erfolgen; Doppelklassifikationen sind zulässig (Details siehe <u>(15)</u>).</p> |
| <p><b>vag. Sekret (nativ)</b></p>                                                                                                                                           | <p>Das vaginale Sekret wird anhand des Nugent-Scores, basierend auf der Bewertung von <span style="float: right;">(16)</span></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                  | <p>grampositiven Stäbchen, kleinen gramvariablen und gramnegativen Stäbchen und gekrümmten „Mobiluncus-ähnlichen“ Stäbchen, folgendermaßen klassifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0–3 Punkte: gesund</li> <li>• 4–6 Punkte: intermediär</li> <li>• 7–10 Punkte: klinische Symptome der bakteriellen Vaginose</li> </ul> |
| <b>Chlamydia trachomatis / Neisseria gonorrhoeae</b>                                                                                                                             | Feld ankreuzen: positiv, negativ, nicht erhoben; wenn positiv, Ergebnis im Freitextfeld anführen                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Harnbefund (semiquantitativ)</b>                                                                                                                                              | – –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>wenn auffällig:</p> <p>Bakterien</p> <p>Leukozyten</p> <p>Nitrit</p> <p>Eiweiß</p> <p>Keton</p> <p>Glukose</p> <p>Erythrozyten</p> <p>weiteres Vorgehen und ggf. Therapie</p> | Feld ankreuzen, wenn auffällig. Bei Bedarf unter „weiteres Vorgehen“ im Freitextfeld Harnbefund durch Harnstreifenkontrolle angeben                                                                                                                                                                                                          |
| <b>weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc.</b>                                                                                                   | <p>im Freitextfeld Befunde oder Procedere eintragen: –</p> <p>Bsp.: Wehen, Freistellung, Verordnung von Medikamenten (Folsäure, Vitamine, Eisen)</p>                                                                                                                                                                                         |

## Besondere Befunde

| Feld                                          | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                              | Ref. |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Blutung vor der SSW 28 (Freitextfeld)</b>  | <p>Unter den „Besonderen Befunden“ werden pathologische Zustände, die im Verlauf der Schwangerschaft aufgetreten sind, zusammengefasst. Auf diese Weise kann schnell ein Überblick über alle vorhandenen Erkrankungen erhalten werden.</p> | –    |
| <b>Blutung nach der SSW 28 (Freitextfeld)</b> |                                                                                                                                                                                                                                            |      |
| <b>Plazentainsuffizienz</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                            |      |
| <b>Plazentaauffälligkeiten (Freitextfeld)</b> | <p>Einige der hier angeführten Parameter sind anzukreuzen und können nach Ankreuzen zusätzlich im Freitextfeld beschrieben werden.</p>                                                                                                     |      |
| <b>Toxoplasmose</b>                           |                                                                                                                                                                                                                                            |      |

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| Nabelschnurauffälligkeiten<br>(Freitextfeld)                 |
| Polyhydramnion                                               |
| Oligohydramnion                                              |
| Anhydramnion                                                 |
| vorzeitige Wehentätigkeit                                    |
| Zervixinsuffizienz                                           |
| Anämie                                                       |
| rezidivierende<br>Harnwegsinfekte                            |
| relevante antierythrozytäre<br>Antikörper                    |
| Risiko aus serologischen<br>Befunden (Freitextfeld)          |
| Blutungsrisiko                                               |
| Hypertonie (> 140/90 mmHg)<br>(Freitextfeld)                 |
| Eiweißausscheidung > 1 g/l                                   |
| mittelgradige generalisierte<br>Ödeme                        |
| Gestationsdiabetes<br>insulinpflichtig                       |
| Gestationsdiabetes<br>diätetisch<br>behandelt                |
| besondere psychosoziale<br>Belastungen (Freitextfeld)        |
| missbräuchlicher<br>Substanzkonsum in der<br>Schwangerschaft |
| Tabakkonsum in der<br>Schwangerschaft                        |
| auffällige Gewichtszunahme                                   |
| präkonzeptionelles<br>Übergewicht (BMI)<br>(Freitextfeld)    |
| präkonzeptionelles<br>Untergewicht (BMI)<br>(Freitextfeld)   |

Details zur einzelnen „Besonderen Befunden“ können bei den jeweiligen Schwangeren- oder Ultraschalluntersuchungen dokumentiert oder im Feld „andere Auffälligkeiten“ am Ende der Liste der „Besonderen Befunde“ beschrieben werden.

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>behandlungsbedürftige Erkrankungen (Freitextfeld)</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>andere Auffälligkeiten (Freitextfeld)</b>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Verordnungen und andere Befunde (Freitextfeld)</b>                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>fetale Auffälligkeiten während der Schwangerschaft (Freitextfeld)</b>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>stationäre oder ambulante Behandlung während der Schwangerschaft (Freitextfeld)</b>                                          | Stationäre Aufenthalte während der Schwangerschaft, aber auch invasive Untersuchungen wie eine Chorionbiopsie oder Amniozentese sollen durch Angabe des Zeitraums des stationären Aufenthalts, der Spitalsabteilung, der Diagnose und der durchgeführten Behandlung in den entsprechenden Feldern dokumentiert werden. |
| <b>weitere Eintragungen (Freitextfeld)</b>                                                                                      | Unter „weitere Eintragungen“ können zusätzliche und über den Eltern-Kind-Pass hinausgehende Untersuchungen/Befunde dokumentiert werden.                                                                                                                                                                                |
| <b>vorzeitiger Mutterschutz (möglich ab SSW 15 + 0)</b>                                                                         | Details zur rechtlichen Grundlage sind dem Mutterschutzgesetz <u>(17)</u> zu entnehmen.                                                                                                                                                                                                                                |
| Anämie mit Hämoglobin im Blut < 8,6 g/dl mit zusätzlicher kardiopulmonaler Symptomatik                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Auffälligkeiten im pränatalen Ultraschall mit drohendem Risiko einer Frühgeburt unter laufender Therapie (z. B. Polyhydramnion) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| belastete Anamnese mit Status post spontanem Spätabort oder Frühgeburt eines Einlings (16.–36. SSW)                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| insulinpflichtiger Diabetes mellitus (IDDM) mit rezidivierenden Hyper- oder Hypoglykämien                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| kongenitale Fehlbildungen                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mehrlingsschwangerschaft                                                                                                       |
| eine oder mehrere<br>Organtransplantationen,<br>denen die werdende Mutter<br>unterzogen wurde                                  |
| Placenta praevia totalis<br>bzw. partialis aber der 20.<br>SSW                                                                 |
| <b>Präeklampsie, EPH-Gestose</b>                                                                                               |
| sonografisch bewiesene<br>subamniotale oder<br>subplazentare<br>Einblutungszone(n)<br>(Hämatome) mit klinischer<br>Symptomatik |
| Status post Konisation                                                                                                         |
| thromboembolisches<br>Geschehen in der laufenden<br>Schwangerschaft                                                            |
| Fehlbildungen des Uterus                                                                                                       |
| Verdacht auf Plazenta<br>increta/percreta inklusive<br>Narbeninvasion ab 20. SSW                                               |
| vorzeitige Wehen bei<br>Zustand nach Tokolyse im<br>Krankenhaus                                                                |
| Wachstumsretardierung mit<br>nachgewiesener<br>Mangelversorgung des<br>Feten                                                   |
| Zervixinsuffizienz:<br>Zervixlänge unter 25 mm<br>Länge und/oder Cerclage in<br>laufender Schwangerschaft                      |
| Sonstiges / Verweis an<br>Arztin bzw. Arzt                                                                                     |
| <b>beantragt am:</b>                                                                                                           |
| <b>arbeitsrechtliche Freistellung</b>                                                                                          |
| <b>beantragt am:</b>                                                                                                           |

# Ultraschalluntersuchung 1 (SSW 8–16)

| Feld                                                 | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ref.                 |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Datum der Untersuchung                               | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –                    |
| SSW + Tage errechnet                                 | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –                    |
| SSW + Tage laut Ultraschall                          | Der Geburtstermin wird auf Basis des ersten Tages der letzten Menstruation (LMP + 280 Tage) errechnet (EGT). Eine höhere Genauigkeit des Geburtstermins erhält man mittels Ultraschall.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (18)<br>(19)<br>(20) |
| Geburtstermin laut Ultraschall                       | <p>Das (anamnestische) Gestationsalter soll mit der Messung der Scheitel-Steiß-Länge in der Frühschwangerschaft überprüft und ab einer Diskrepanz von 7 Tagen korrigiert werden.</p> <p>Bei spontan konzipierten Zwillingen sollte die größere Scheitel-Steiß-Länge zur Schätzung des Gestationsalters herangezogen werden.</p> <p>Bei In-vitro-Fertilisation soll das Datum der Eizellenentnahme oder das Alter des Embryos bei der Einsetzung herangezogen werden.</p>                                                                                 |                      |
| Mehrlingsschwangerschaft                             | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –                    |
| Zahl der Feten: ____                                 | Die Chorionizität wird durch                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (20)                 |
| wenn Mehrlingsschwangerschaft: monochorial/dichorial | <ul style="list-style-type: none"> <li>die Beurteilung der Dicke der Eihaut an der Insertionsstelle der Amnionmembran an der Plazenta,</li> <li>die Bestimmung des T- oder Lambda-Zeichens sowie</li> <li>die Anzahl der Plazentamassen bestimmt.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |
| wenn monochorial: diamnial/monoamnial                | <p>Zum Zeitpunkt der Bestimmung der Chorionizität sollte auch die Amnionizität bestimmt werden. Monochoriale monoamniotische Schwangerschaften sollten einem spezialisierten Zentrum mit Erfahrung in deren Management zugewiesen werden.</p> <p>Es ist wichtig, einer einheitlichen und verlässlichen Strategie für die vorgeburtliche Bezeichnung von Zwillingen zu folgen. Option 1: Bezeichnung der Lage (rechts/links, oben/unten)</p> <p>Option 2: Bezeichnung nach Insertion der Nabelschnüre zu den Plazentarändern und der Membraninsertion</p> |                      |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |   |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Lokalisation der Gestation                        | -                                                                                                                                                                                                                    | - |
| Herzaktion                                        | Feld ankreuzen:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• positiv, falls Herzaktion sichtbar</li> <li>• negativ, falls Herzaktion nicht sichtbar</li> </ul>                                                        | - |
| SSL des Embryos in mm                             | Angabe der SSL mittels Vaginalsonografie oder Abdominalsonografie, Sagittalschnitt und Messung der Distanz vom höchsten Punkt des Kopfes bis zum Steißbein = Scheitel-Steiß-Länge (SSL) in mm (außen-außen gemessen) | - |
| Auffälligkeiten bei Uterus und/oder Adnexen       | -                                                                                                                                                                                                                    | - |
| erschwerende Untersuchungsbedingungen             | Ankreuzen der Auswahlfelder bzw. weitere Erläuterungen im Freitextfeld unter „Sonstiges“                                                                                                                             | - |
| Adipositas                                        |                                                                                                                                                                                                                      |   |
| Myome                                             |                                                                                                                                                                                                                      |   |
| Darmgasüberlagerung                               |                                                                                                                                                                                                                      |   |
| ungünstige fetale Lage                            |                                                                                                                                                                                                                      |   |
| Aufklärung über pränatale Untersuchungen erfolgt? | -                                                                                                                                                                                                                    | - |
| Kontrollbedarf                                    | -                                                                                                                                                                                                                    | - |
| weiterführende Untersuchung veranlasst            | -                                                                                                                                                                                                                    | - |
| Anmerkungen                                       | -                                                                                                                                                                                                                    | - |

## Laboruntersuchung 1 (bis SSW 16)

Die Laboruntersuchung ist nach aktuellem medizinischen State of the Art durchzuführen. Zum oralen Glukosetoleranztest (oGTT) wurde Folgendes festgehalten:

| Feld                     | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                           | Ref.                      |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| oGTT bei erhöhtem Risiko | Der oGTT bis SSW16 ist durchzuführen, wenn ein hohes Risiko für gestational diabetes mellitus (GDM) besteht. Ein hohes Risiko besteht bei:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• GDM in einer früheren Schwangerschaft</li> </ul> | <u>(21)</u><br><u>(7)</u> |

- Prädiabetes in der Anamnese (gestörte Glukosetoleranz und/oder Nüchternglukose > 100 mg/dl)
- kongenitale fetale Fehlbildung in einer früheren Schwangerschaft
- Geburt eines Kindes > 4.500 g
- intrauteriner Fruchttod (IUFT)
- habituellem Abortus (mehr als 3 Fehlgeburten hintereinander)
- Diabetes-Symptome
- Adipositas (BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>)
- Alter über 35 Jahre
- metabolisches Syndrom
- vaskuläre Erkrankung (koronare Herzkrankheit, Insult, periphere arterielle Verschlusskrankheit)
- Familienanamnese – Diabetes mellitus Typ 2 bei Verwandten ersten Grades
- Ethnizität (z. B. arabisch, südasiatisch, südostasiatisch, lateinamerikanisch)

#### **Methodik des oralen Glukosetoleranztests (oGTT):**

Die Testung soll morgens (zwischen 6:00 und 9:00 Uhr) beginnen, nachdem eine mindestens achtstündige Nahrungskarenz durchgeführt wurde. Eine Änderung der bisherigen Ernährung, eine Reduktion der Kohlenhydrate oder Diäten der letzten 3 Tage vor dem Test sollten vermieden werden. Außerdem gilt es, außergewöhnliche körperliche Belastungen vor dem und am Testtag zu vermeiden. Die Schwangere soll die Glukoselösung (75 g Glukose in 300 ml Wasser) schluckweise innerhalb von 5 Minuten trinken und während des Testes sitzen und nicht rauchen. Zur GDM-Diagnostik sollen Blutglukosewerte ausschließlich mit einer qualitätsgesicherten Methode in venösem Plasma direkt oder in venösem Vollblut gemessen und mit einem Faktor von 1,11 (+ 11 %) in venöse Plasmawerte umgewandelt werden. Für exakte oGTT-Resultate sind folgende Standards zu berücksichtigen:

- Messungen aus venösem Plasma und nicht aus Kapillarblut
- Messung in einem zertifizierten Labor
- Am Testtag ist vor dem oGTT die Einnahme kontrainsulinärer Medikamente (z. B. Thyroxin, Progesteron, Glukokortikoide, Sympathikomimetika) zu vermeiden.
- Nach Einleitung der fetalen Lungenreife mittels Glukokortikoiden sollte man bis zur

Testdurchführung mindestens fünf Tage warten.

- Bei Fieber, akuten Erkrankungen oder verordneter Bettruhe ist die Testung bis zur vollständigen Genesung zu verschieben.
- Bei operativen Eingriffen am Magen-Darm-Trakt (z. B. bariatrische Operation) ist die Aussagekraft eines oGTT limitiert und es besteht die Gefahr eines Dumping-Syndroms. In diesem Fall sollte eine Blutzuckerselbstmessung über mehrere Tage erfolgen und sollten Blutzuckerprofile zur Bewertung herangezogen werden.
- Bei Hyperemesis gravidarum oder stärkerer Schwangerschaftsübelkeit ist die Testung um einige Tage zu verschieben.

Bereits bei einem erhöhten Wert ist GDM zu klassifizieren. Die Grenzwerte sind folgende:

- nüchtern:  $\geq 92$  mg/dl
- 1 h:  $\geq 180$  mg/dl
- 2 h:  $\geq 153$  mg/dl

## Spezielle pränataldiagnostische Untersuchungen

| Feld                               | Erläuterungen | Ref. |
|------------------------------------|---------------|------|
| <b>Ersttrimester-Screening</b>     | –             | –    |
| NIPT                               |               |      |
| combined test                      |               |      |
| Präeklampsiescreening              |               |      |
| <b>Organscreening durchgeführt</b> | –             | –    |
| <b>CVS/AC</b>                      | –             | –    |
| CVS durchgeführt                   |               |      |
| AC durchgeführt                    |               |      |
| Chordozentese                      |               |      |

# Allgemein- und familienmedizinische Untersuchung (SSW 14–20)

| Feld                                                                                                                       | Erläuterungen                                                                                                                                                                     | Ref. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Anamnese der familiären und eigenen Vorbelastungen</b>                                                                  |                                                                                                                                                                                   |      |
| <b>Datum der Untersuchung</b>                                                                                              | –                                                                                                                                                                                 | –    |
| <b>SSW + Tage</b>                                                                                                          | –                                                                                                                                                                                 |      |
| <b>bekannte eigene Erkrankungen:</b>                                                                                       | Feld ankreuzen, ob eigene Erkrankungen, wie Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Erkrankungen, psychische Krankheiten, vorkommen. Bei Bedarf im Freitextfeld erläutern | –    |
| keine                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |      |
| Hypertonie unabhängig von der Schwangerschaft                                                                              |                                                                                                                                                                                   |      |
| Hypertonie in vorhergegangener Schwangerschaft                                                                             |                                                                                                                                                                                   |      |
| Gestationsdiabetes                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |      |
| Gerinnungsstörung                                                                                                          |                                                                                                                                                                                   |      |
| Schilddrüsendysfunktion                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |      |
| pulmonale Erkrankung                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   |      |
| orthopädische Erkrankung                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |      |
| neurologische Erkrankung                                                                                                   |                                                                                                                                                                                   |      |
| psychiatrische Erkrankung                                                                                                  |                                                                                                                                                                                   |      |
| immunologische Erkrankung                                                                                                  |                                                                                                                                                                                   |      |
| maligne Erkrankung                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |      |
| renale Erkrankung                                                                                                          |                                                                                                                                                                                   |      |
| kardiovaskuläre Erkrankung                                                                                                 |                                                                                                                                                                                   |      |
| hereditäre Erkrankung oder angeborene Fehlbildung                                                                          |                                                                                                                                                                                   |      |
| Auffälligkeiten bei Stimmung und Schlaf                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |      |
| Unfallgefährdung oder Schadstoffexposition im beruflichen oder privaten Umfeld (sportliche Betätigung, Landwirtschaft ...) |                                                                                                                                                                                   |      |
| <b>bekannte familiäre Erkrankungen:</b>                                                                                    | Feld ankreuzen, ob in der Familie Risikofaktoren, wie Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Erkrankungen, psychische Krankheiten, vorkommen.                            | –    |
| keine                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |      |
| Hypertonie unabhängig von der Schwangerschaft                                                                              |                                                                                                                                                                                   |      |
| Hypertonie in vorhergegangener Schwangerschaft                                                                             |                                                                                                                                                                                   |      |
| Gestationsdiabetes                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |      |

|                                                                                                                            |                                      |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Gerinnungsstörung                                                                                                          | Bei Bedarf im Freitextfeld erläutern |   |
| Schilddrüsendysfunktion                                                                                                    |                                      |   |
| pulmonale Erkrankung                                                                                                       |                                      |   |
| orthopädische Erkrankung                                                                                                   |                                      |   |
| neurologische Erkrankung                                                                                                   |                                      |   |
| psychiatrische Erkrankung                                                                                                  |                                      |   |
| immunologische Erkrankung                                                                                                  |                                      |   |
| maligne Erkrankung                                                                                                         |                                      |   |
| renale Erkrankung                                                                                                          |                                      |   |
| kardiovaskuläre Erkrankung                                                                                                 |                                      |   |
| hereditäre Erkrankung oder angeborene Fehlbildung                                                                          |                                      |   |
| Auffälligkeiten bei Stimmung und Schlaf                                                                                    |                                      |   |
| Unfallgefährdung oder Schadstoffexposition im beruflichen oder privaten Umfeld (sportliche Betätigung, Landwirtschaft ...) |                                      |   |
| Untersuchungsbefund                                                                                                        |                                      |   |
| Datum der Untersuchung                                                                                                     | -                                    | - |
| SSW + Tage                                                                                                                 | -                                    | - |
| Befundbesprechung/Auffälligkeiten/<br>Zwischenanamnese                                                                     | -                                    | - |
| Nase, Rachen; wenn auffällig:                                                                                              | -                                    | - |
| Schwangerschaftsrhinitis                                                                                                   |                                      |   |
| behinderte Nasenatmung                                                                                                     |                                      |   |
| Hals, Schilddrüse; wenn auffällig:                                                                                         | -                                    | - |
| Struma                                                                                                                     |                                      |   |
| Herz-Kreislauf; wenn auffällig:                                                                                            | -                                    | - |
| Rhythmusstörungen                                                                                                          |                                      |   |
| Palpitationen                                                                                                              |                                      |   |
| Herzgeräusche                                                                                                              |                                      |   |
| Frequenz                                                                                                                   |                                      |   |
| Blutdruck (SYS)                                                                                                            | siehe                                | - |
| Blutdruck (DIA)                                                                                                            | <u>Schwangerenuntersuchung 1</u>     |   |
| Blutdruck (Puls)                                                                                                           |                                      |   |

|                                                   |   |   |
|---------------------------------------------------|---|---|
| Auffälligkeiten:                                  |   |   |
| Hypertonie                                        |   |   |
| Hypotonie                                         |   |   |
| Kollapsneigung                                    |   |   |
| Schwindel                                         |   |   |
| Kopfschmerzen                                     |   |   |
| <b>Lunge; wenn auffällig:</b>                     | - | - |
| Asthma                                            |   |   |
| chronische (Raucher-)Bronchitis                   |   |   |
| <b>Abdomen; wenn auffällig:</b>                   | - | - |
| Hernien                                           |   |   |
| gastroösophagealer Reflux                         |   |   |
| Meteorismus                                       |   |   |
| Obstipation                                       |   |   |
| <b>Skelett, Extremitäten; wenn auffällig:</b>     | - | - |
| muskuläre Insuffizienzen (insbesondere lumbal)    |   |   |
| Fehlhaltungen der Wirbelsäule                     |   |   |
| Beinfehlstellungen                                |   |   |
| <b>Haut; wenn auffällig:</b>                      | - | - |
| Pruritus gestationis                              |   |   |
| Striae                                            |   |   |
| Hämorrhoiden                                      |   |   |
| Varikosis                                         |   |   |
| Beinödeme                                         |   |   |
| Intertrigo                                        |   |   |
| auffällige Hämatome                               |   |   |
| <b>Nervensystem; wenn auffällig:</b>              | - | - |
| Parästhesien                                      |   |   |
| Karpaltunnelsyndrom                               |   |   |
| <b>Gesamtbefund</b>                               | - | - |
| <b>medizinische Beratung/Begleitung empfohlen</b> | - | - |
| <b>Kontrollen dringend empfohlen</b>              | - | - |

# Gesundheitsgespräch (SSW 14–20) – Leitfaden aktuell in Entwicklung

| Feld                                                                                          | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ref. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Anamnestische Angaben psychischer Erkrankungen                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Datum der Untersuchung                                                                        | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| SSW + Tage                                                                                    | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| Gibt es in der Familie 1. Grades eine psychische Erkrankung?                                  | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| Hatte Mutter oder Schwester psychische Erkrankungen in der SS, bei Geburt oder im Wochenbett? | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| Gibt es eine bereits diagnostizierte eigene psychische Erkrankung?                            | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| affektive Störung                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Angststörung                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Suchterkrankung                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Psychose                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Essstörung(en)                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Psychosoziale Belastungen                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Datum der Untersuchung                                                                        | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| SSW + Tage                                                                                    | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| Gespräch zu den psychosozialen Belastungen möglich                                            | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| PHQ-2                                                                                         | Wenn der Gesamtscore <b>≥ 3 Punkte</b> ist, soll der EPDS durchgeführt werden.                                                                                                                                                                                                                                           | –    |
| EPDS                                                                                          | Bei <b>10–12 Punkten</b> liegt eine mäßige Wahrscheinlichkeit für eine Depression vor. Eine erhöhte Wachsamkeit und gegebenenfalls Wiederholung des Tests beim nächsten Termin werden empfohlen.<br><br>Bei <b>≥ 13 Punkten</b> liegt eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Depression vor. Eine Überweisung an eine für | –    |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                           |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|                                                                                                                                                                    | psychische Diagnostik befähigte Fachperson/Institution wird empfohlen.                                                                                                                                                                    |   |
|                                                                                                                                                                    | Falls der Score <b>bei der zehnten Frage</b> („Gelegentlich kam Ihnen der Gedanke, sich etwas anzutun“) $\geq 1$ Punkt ist, wird ebenfalls eine Überweisung an eine für psychische Diagnostik befähigte Fachperson/Institution empfohlen. |   |
| <b>GAD-2</b>                                                                                                                                                       | Wenn der Gesamtscore $\geq 3$ Punkte ist,                                                                                                                                                                                                 | . |
|                                                                                                                                                                    | soll der GAD-7 durchgeführt werden.                                                                                                                                                                                                       |   |
| <b>GAD-7</b>                                                                                                                                                       | Bei <b>10–14 Punkten</b> liegt die Wahrscheinlichkeit einer mittelgradigen Ängstlichkeit vor. Eine erhöhte Wachsamkeit und gegebenenfalls Wiederholung des Tests beim nächsten Termin werden empfohlen.                                   | . |
|                                                                                                                                                                    | Bei $\geq 15$ Punkten liegt eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine klinisch relevante Ängstlichkeit vor. Eine Überweisung an eine für psychische Diagnostik befähigte Fachperson/Institution wird empfohlen.                               |   |
| Ergebnis besprochen und Optionen aufgezeigt                                                                                                                        | –                                                                                                                                                                                                                                         | – |
| Überweisung an Fachperson erfolgt oder Frühe Hilfen<br>( <a href="https://fruehehilfen.at/kontaktformular">https://fruehehilfen.at/kontaktformular</a> ) empfohlen | siehe <u>Anamnese</u>                                                                                                                                                                                                                     | – |
| <b>Patientin aktuell in Behandlung</b>                                                                                                                             | –                                                                                                                                                                                                                                         | – |
| klinisch-psychologische Behandlung                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                           |   |
| Psychotherapie                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                           |   |
| psychiatrische Behandlung                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                           |   |
| medikamentöse Behandlung                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                           |   |
| Anmerkungen                                                                                                                                                        | –                                                                                                                                                                                                                                         | – |
| <b>Erhebung sozioökonomischer Belastungen</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                           |   |
| Datum der Beratung                                                                                                                                                 | –                                                                                                                                                                                                                                         | – |
| SSW + Tage                                                                                                                                                         | –                                                                                                                                                                                                                                         | – |
| Haben Sie genug Geld [...]?                                                                                                                                        | –                                                                                                                                                                                                                                         | – |
| Fühlen Sie sich [...] unterstützt?                                                                                                                                 | –                                                                                                                                                                                                                                         | – |

|                                                                                                                          |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Haben Sie Betreuungspflichten?                                                                                           | - | - |
| Verfügen Sie [...] über ausreichend Möglichkeiten, [...] Belastungen bewältigen zu können?                               | - | - |
| Fühlen Sie sich [...] überfordert?                                                                                       | - | - |
| Gibt es etwas [...], das Ihnen Sorgen macht?                                                                             | - | - |
| Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen Ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen? | - | - |
| Information/Ermutigung bzgl. möglicher Hilfestellungen                                                                   | - | - |
| Information/Beratung bzgl. möglicher Hilfestellungen (z. B. Frühe Hilfen) und Ermutigung zur Inanspruchnahme erfolgt     |   |   |
| Gespräch zu häuslicher Gewalt möglich                                                                                    | - | - |
| vergangene Gewalterfahrungen                                                                                             | - | - |
| aktuelle Gewalterfahrungen                                                                                               | - | - |
| Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen                                                                                    | - | - |
| Anmerkungen                                                                                                              | - | - |
| polizeiliche Intervention erforderlich                                                                                   | - | - |
| Information/Beratung                                                                                                     | - | - |
| Kontaktaufnahme mit geeigneten Angeboten                                                                                 | - | - |
| konkrete Angebote                                                                                                        | - | - |
| <b>Sozialanamnestisches Gespräch</b>                                                                                     |   |   |
| Datum der Untersuchung                                                                                                   | - | - |
| SSW + Tage                                                                                                               | - | - |
| Beratung zu empfohlener Gewichtszunahme/Ernährung                                                                        | - | - |
| Planen Sie zu stillen?                                                                                                   | - | - |
| Informationsmaterialien zum Stillen überreicht                                                                           |   |   |
| Raucherin vor der Schwangerschaft                                                                                        |   |   |

|                                                                        |                   |   |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|---|
| Raucherin seit Bekanntwerden der Schwangerschaft                       | <u>siehe ANM1</u> | - |
| Zigarette(n)/Tag                                                       |                   |   |
| Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft            |                   |   |
| Aufklärung/Beratung über die möglichen Folgen für das Kind erfolgt     |                   |   |
| Aufklärung/Beratung zu rauchfreier Umgebung / Passivrauchen erfolgt    |                   |   |
| Unterstützungsangebot (Rauchentwöhnung) empfohlen                      |                   |   |
| mit Zustimmung der Schwangeren Weitervermittlung an geeignete Angebote |                   |   |
| <b>Wie häufig haben Sie bis zur Schwangerschaft Alkohol getrunken?</b> | <u>siehe ANM1</u> | - |
| Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol? |                   |   |
| Aufklärung/Beratung über die möglichen Folgen für das Kind erfolgt     |                   |   |
| <b>Gibt oder gab es Drogenkonsum?</b>                                  | <u>siehe ANM1</u> | - |
| Aufklärung/Beratung über die Folgen für das Kind erfolgt               |                   |   |
| Überweisung an spezialisierte Einrichtung                              |                   |   |
| <b>weiterführende Beratung empfohlen</b>                               | -                 | - |

## Hebammenberatung 1 (SSW 14-20)

| Feld                                               | Erläuterungen | Ref.        |
|----------------------------------------------------|---------------|-------------|
| Datum der Untersuchung                             | -             | -           |
| SSW + Tage                                         | -             | -           |
| Information/Beratung über folgende Themen erfolgt: | -             | <u>(22)</u> |

|                                                                                                                                                     |   |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------|
| Schwangerschaftsverlauf,<br>Aufklärung über<br>Geburtsvorbereitung                                                                                  |   | (23)                               |
| Stillen                                                                                                                                             |   |                                    |
| Ängste, Unsicherheiten                                                                                                                              |   |                                    |
| gesundheitsförderndes<br>Verhalten                                                                                                                  |   |                                    |
| persönliche Lebenssituation<br>(Partnerschaft, berufliche<br>Situation, Einkommen,<br>psychische Probleme etc.)                                     |   |                                    |
| psychosoziales Umfeld,<br>Erwartungen und Fragen                                                                                                    |   |                                    |
| <b>Auf weitere von der<br/>Schwangeren angesprochene<br/>Probleme wurde<br/>eingegangen.</b>                                                        | - | -                                  |
| <b>besondere<br/>Beratungsergebnisse</b>                                                                                                            | - | -                                  |
| <b>Information über REVAN<br/>erfolgt</b>                                                                                                           | - | (2)<br>(4)                         |
| <b>Unter Berücksichtigung Ihres<br/>derzeitigen Einkommens, wie<br/>kommen Sie damit über die<br/>Runden?</b>                                       | - | -                                  |
| <b>Haben Sie insgesamt den<br/>Eindruck, dass Ihre<br/>momentanen Belastungen<br/>Ihre<br/>Bewältigungsmöglichkeiten<br/>zu übersteigen drohen?</b> | - | (5)<br>(6)<br>(24)<br>(25)<br>(26) |
| <b>Information/Beratung bzgl.<br/>möglicher Hilfestellungen<br/>(z. B. Frühe Hilfen) und<br/>Ermutigung zur<br/>Inanspruchnahme</b>                 |   | (27)                               |
| <b>weiterführender<br/>Unterstützungsbedarf:</b>                                                                                                    | - | -                                  |
| medizinische Unterstützung<br>(Ärztinnen bzw. Ärzte,<br>Krankenhaus, MTD etc.)                                                                      | - | -                                  |

|                                                                                                                                     |   |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|
| psychische Unterstützung<br>(psychologisch,<br>psychotherapeutisch etc.)                                                            | - | (28)<br>(29) |
| soziale Unterstützung<br>(sozialarbeiterisch etc.)                                                                                  | - | -            |
| umfassende Unterstützung<br>aufgrund von<br>Mehrfachbelastungen<br>(Frühe Hilfen etc.)                                              | - | (5)<br>(6)   |
| Information/Beratung bzgl.<br>möglicher Hilfestellungen<br>bei Gewaltbetroffenheit und<br>Ermutigung zur<br>Inanspruchnahme erfolgt | - | (30)<br>(31) |

## Schwangerenuntersuchung 2 (SSW 18–22)

| Feld                                                                    | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ref. |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Untersuchungsbefund</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |
| Datum der Untersuchung                                                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -    |
| SSW + Tage                                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -    |
| Befundbesprechung/Auffälligkeiten/<br>Zwischenanamnese                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -    |
| RhD-Faktor Schwangere (falls noch nicht in<br>Labor 1 erhoben/bestimmt) | Die Prävention einer<br>Alloimmunisierung besteht in der<br>Verabreichung einer Anti-D-<br>Immunprophylaxe. Dazu werden<br>300 µg humanes Anti-D-<br>Immunglobulin intravenös oder<br>intramuskulär verabreicht. Die<br>Applikation der Anti-D-<br>Immunprophylaxe sollte innerhalb<br>von 72 Stunden nach dem Ereignis<br>erfolgen und ist alle 12 Wochen bis<br>zur Geburt zu wiederholen.<br>Postpartal sollte sie ebenfalls nach<br>72 Stunden erfolgen. | (32) |
| Rhesusprophylaxe empfohlen                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |
| Gewicht (in kg)                                                         | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -    |
| bisherige Gewichtszunahme                                               | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -    |

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Blutdruck (SYS)                                                        | siehe <u>Schwangerenuntersuchung 1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -    |
| Blutdruck (DIA)                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Blutdruck (Puls)                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Ödeme                                                                  | siehe <u>Schwangerenuntersuchung 1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -    |
| Varizen                                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -    |
| gynäkologischer Befund                                                 | siehe <u>Schwangerenuntersuchung 1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -    |
| Harnbefund (semiquantitativ); wenn auffällig:                          | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -    |
| Bakterien                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Leukozyten                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Nitrit                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Eiweiß                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Keton                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Glukose                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Erythrozyten                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| Nikotin (Zig./Tag)                                                     | Auch der Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft soll erfragt werden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -    |
| Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol? | <u>siehe ANM</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -    |
| über Folgen von Rauchen und/oder Alkohol in Schwangerschaft aufgeklärt |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
| erhöhtes Risiko für Zervixinsuffizienz                                 | Ein erhöhtes Risiko für Zervixinsuffizienz liegt vor, wenn zumindest ein Risikofaktor hinsichtlich einer Frühgeburt vorliegt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehrlingsschwangerschaft</li> <li>• vorausgegangene Frühgeburt</li> <li>• vorausgegangener Spätabort</li> <li>• vorausgegangene Zervixoperation (z. B. Konisation)</li> <li>• Schwangere &lt; 18 Jahre oder &gt; 35 Jahre</li> <li>• niedriger sozioökonomischer Status</li> <li>• bakterielle Infektion</li> <li>• starkes Unter-/Übergewicht</li> <li>• Schwangerschaftsintervall &lt; 6 Monate</li> </ul> | (33) |

|                                                                         |                       |   |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---|
|                                                                         | • Bindegewebsschwäche |   |
| weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc. | -                     | - |

## Ultraschalluntersuchung 2 (SSW 18–22)

| Feld                                                                                        | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ref. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Datum der Untersuchung                                                                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -    |
| SSW + Tage                                                                                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -    |
| Geburtstermin laut Ultraschall                                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -    |
| Mehrlingsschwangerschaft                                                                    | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -    |
| Zahl der Feten: ____                                                                        | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -    |
| wenn Mehrlingsschwangerschaft: monochorial/dichorial                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| wenn monochorial: diamnial/monoamnial                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| Plazentalokalisation                                                                        | Plazentalokalisation:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (34) |
| Vorderwand                                                                                  | • Vorderwand: Die Plazenta hat sich an der anterioren Wand der Gebärmutter eingenistet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (35) |
| Hinterwand                                                                                  | • Hinterwand: Die Plazenta hat sich an der posterioren Wand der Gebärmutter eingenistet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |
| Seitenwand re./li.                                                                          | • Seitenwand: Die Plazenta hat sich an einer lateralen Wand der Gebärmutter eingenistet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |
| Fundus                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| Übergänge                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| tiefer Plazentasitz: Abstand vom kaudalen Plazentarand zum inneren Muttermund: ____ (in mm) | Die Placenta praevia wird folgendermaßen kategorisiert (34):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |
| Placenta praevia: marginalis/partialis/totalis                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• tiefsitzende Plazenta: Abstand zum inneren Muttermund <math>\leq 2</math> cm</li> <li>• Placenta praevia marginalis: Plazentarand reicht bis zum inneren Muttermund.</li> <li>• Placenta praevia partialis: Plazenta überdeckt den inneren Muttermund teilweise.</li> <li>• Placenta praevia totalis: Plazenta überzieht den inneren Muttermund komplett.</li> </ul> |      |

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zervixinsuffizienz liegt aktuell vor.                                                    | <b>Methodik der Zervixlängenmessung:</b> <span style="float: right;">(33)</span><br><span style="float: right;">(36)</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| weiteres Vorgehen und ggf. Therapie                                                      | <p>Die Zervixlänge wird durch eine Vaginalsonografie gemessen. Die Messung erfolgt zwischen dem Os cervicale internum und externum. Folgende Punkte sind für eine hohe Qualität einzuhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harnblase soll vor der Untersuchung entleert werden.</li> <li>• longitudinale Darstellung der Zervix auf voller Länge</li> <li>• Zervikalkanal und umgebene zervikale Mukosa sollen identifiziert werden.</li> <li>• ausreichende Vergrößerung des Bildausschnittes (die Zervix soll ca. 50–75 % des Bildes einnehmen)</li> <li>• so wenig Druck wie möglich auf die Zervix ausüben</li> <li>• Untersuchungsdauer 3 bis 5 Minuten (Variation der Länge durch Kontraktionen oder Lageänderungen möglich)</li> </ul> <p>Die Klassifikation einer Zervixlänge <math>\leq 25</math> mm als verkürzt hat sich durchgesetzt. Es sei aber darauf hingewiesen, dass die Zervixlänge je nach Gestationswoche variiert. Eine detaillierte Perzentiltabelle findet sich in der Leitlinie (33) auf S. 80.</p> |
| Die nächsten Items bis inkl. „Biometrie entsprechend SSW“ sind pro Mehrling zu befüllen. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Herzaktion                                                                               | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Fruchtwassermenge                                                                        | <p>Eine exakte Bestimmung der Fruchtwassermenge ist nicht möglich, da die Methoden hierfür nicht valide genug sind. Die beiden häufigsten Verfahren sind die Messung des Amniotic-Fluid-Index (AFI) und des größten Fruchtwasserdepots (SDP, single deepest pocket), wobei Letztere empfohlen wird, da der SDP geringere Schwankungen als der AFI während des Schwangerschaftsverlaufs aufweist.</p> <p><b>Messung des AFI:</b></p> <p>Der Uterus wird in 4 Quadranten geteilt, das jeweils größte vertikale Fruchtwasserdepot gemessen und die vier Werte werden anschließend addiert. Cut-off-Werte lassen sich aufgrund der Dynamiken in der Schwangerschaft nur schwer bestimmen. Folgende Einteilung hat sich durchgesetzt: Der Normalwert liegt hier zwischen 5 cm und 24 cm. Eine Polyhydramnion liegt ab einem AFI <math>\geq 25</math> cm vor, eine Oligohydramnion ab einem AFI <math>\leq 5</math> cm.</p> <div style="text-align: right;">(19)<br/>(37)</div>                                                                   |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                 | <p><b>Messung des SDP:</b></p> <p>Es wird das tiefste einzelne Fruchtwasserdepot gemessen. Der Normalwert liegt zwischen 2 cm und 8 cm. Eine Polyhydramnion liegt ab einem SDP <math>\geq 8</math> cm vor, eine Oligohydramnion ab einem SPD <math>\leq 2</math> cm.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>biparietaler Durchmesser</b> | <p>Die Fetometrie wird mittels Ultraschall durchgeführt. <span style="float: right;">(38)<br/>(19)</span></p> <p>Erstellung einer Transversalebene durch den fetalen Kopf. Das Mittellinienecho ist zentral gelegen sichtbar, in gleichem Abstand vom proximalen und distalen Schädelknochenecho. Das Cavum septi pellucidi und der Thalamus sind sichtbar.</p> <p>Messung des knöchernen Schädels an der breitesten Stelle, im rechten Winkel zum Mittellinienecho. Vom Außenrand des proximalen zum Außenrand des distalen Schädelknochens. Perzentile nach Gestationswoche finden sich bei (38) (S. 16).</p> |  |
| <b>Kopfumfang</b>               | <p>Die Fetometrie wird mittels Ultraschall durchgeführt. <span style="float: right;">(38)<br/>(19)</span></p> <p>Erstellung einer Transversalebene durch den fetalen Kopf. Das Mittellinienecho ist zentral gelegen sichtbar, in gleichem Abstand vom proximalen und distalen Schädelknochenecho. Das Cavum septi pellucidi und der Thalamus sind sichtbar.</p> <p>Messung des knöchernen Schädels an der breitesten Stelle, entlang des Mittellinienechos. Vom Außenrand des frontalen zum Außenrand des okzipitalen Schädelknochens.</p> <p>Perzentile nach Gestationswoche finden sich bei (38) (S. 17).</p> |  |
| <b>Abdomen quer</b>             | <p>Die Fetometrie wird mittels Ultraschall durchgeführt. <span style="float: right;">(38)<br/>(19)</span></p> <p>Einstellung eines runden Querschnitts durch das kindliche Abdomen, die Leber und der kindliche Magen sind sichtbar, die Umbilikalvene ist im höchsten Abschnitt innerhalb der Leber kurz angeschnitten, die drei Ossifikationskerne der Wirbelsäule sind sichtbar, die Rippen sind symmetrisch angeschnitten.</p>                                                                                                                                                                              |  |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|                                               | Messung des größten queren Durchmessers des Abdomens, rechtwinkelig zum Abdomenumfang, an den äußeren Stellen des Abdomenumfangs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |
| <b>Abdomenumfang</b>                          | <p>Die Fetometrie wird mittels Ultraschall durchgeführt. (38) (19)</p> <p>Einstellung eines runden Querschnitts durch das kindliche Abdomen, die Leber und der kindliche Magen sind sichtbar, die Umbilikalvene ist im höchsten Abschnitt innerhalb der Leber kurz angeschnitten, die drei Ossifikationskerne der Wirbelsäule sind sichtbar, die Rippen sind symmetrisch angeschnitten.</p> <p>Messung des größten geraden Durchmessers des Abdomens, von der fetalen Wirbelsäule zur vorderen Bauchwand.</p> <p>Perzentile nach Gestationswoche finden sich bei (38) (S. 18).</p> |   |
| <b>Femurlänge</b>                             | <p>Die Fetometrie wird mittels Ultraschall durchgeführt. (38) (19)</p> <p>Einstellung des schallkopfnäheren Femurs, Messung der Diaphysenlänge ohne Femurkopf und ohne distale Femurepiphyse.</p> <p>Perzentile nach Gestationswoche finden sich bei Kiserud et al. (2017, S. 19).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |
| <b>Biometrie entsprechend SSW</b>             | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | – |
| <b>Kontrollbedarf</b>                         | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | – |
| <b>weiterführende Untersuchung veranlasst</b> | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | – |
| <b>Anmerkungen</b>                            | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | – |
| <b>Aufklärung über Organscreening erfolgt</b> | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | – |

## Schwangerenuntersuchung 3 (SSW 24–28)

| Feld                          | Erläuterungen | Ref. |
|-------------------------------|---------------|------|
| <b>Untersuchungsbefund</b>    |               |      |
| <b>Datum der Untersuchung</b> | –             | –    |

|                                                                               |                                                                                                    |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SSW + Tage                                                                    | -                                                                                                  | -   |
| Befundbesprechung/Auffälligkeiten/<br>Zwischenanamnese                        | -                                                                                                  | -   |
| erneute Beratung über Empfehlung der<br>Pertussis-Impfung in der 27.-36. SSW  | -                                                                                                  | (8) |
| Rhesusprophylaxe durchgeführt                                                 | siehe<br><a href="#">Schwangerenuntersuchung 2</a>                                                 | -   |
| Organscreening durchgeführt                                                   | -                                                                                                  | -   |
| Gewicht (in kg)                                                               | siehe<br><a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a>                                                 | -   |
| bisherige Gewichtszunahme                                                     | siehe<br><a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a>                                                 | -   |
| Blutdruck (SYS)                                                               | siehe<br><a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a>                                                 | -   |
| Blutdruck (DIA)                                                               |                                                                                                    |     |
| Blutdruck (Puls)                                                              |                                                                                                    |     |
| Ödeme                                                                         | siehe<br><a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a>                                                 | -   |
| Varizen                                                                       | -                                                                                                  | -   |
| gynäkologischer Befund                                                        | siehe<br><a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a>                                                 | -   |
| Harnbefund; wenn auffällig:                                                   | -                                                                                                  | -   |
| Bakterien                                                                     |                                                                                                    |     |
| Leukozyten                                                                    |                                                                                                    |     |
| Nitrit                                                                        |                                                                                                    |     |
| Eiweiße                                                                       |                                                                                                    |     |
| Keton                                                                         |                                                                                                    |     |
| Glukose                                                                       |                                                                                                    |     |
| Erythrozyten                                                                  |                                                                                                    |     |
| Nikotin (Zig./Tag)                                                            | Auch der Konsum neuer<br>Nikotinerzeugnisse während<br>der Schwangerschaft soll<br>erfragt werden. | -   |
| Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der<br>Schwangerschaft Alkohol?     | <a href="#">siehe ANM</a>                                                                          | -   |
| über Folgen von Rauchen und/oder Alkohol in der<br>Schwangerschaft aufgeklärt |                                                                                                    |     |
| weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde,<br>Erkrankungen, Therapie etc.    | -                                                                                                  | -   |

## Laboruntersuchung 2 (SSW 24–28)

Die Laboruntersuchung ist nach aktuellem medizinischen State of the Art durchzuführen. Angaben zum oralen Glukosetoleranztest finden sich bei L1.

## Hebammenberatung 2 (SSW 24–34)

| Feld                                                                                                                     | Erläuterungen                                                                                                                                                                                                                                            | Ref. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Psychosoziale Belastungen                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Datum der Untersuchung                                                                                                   | –                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| SSW + Tage                                                                                                               | –                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |
| Gespräch zu den psychosozialen Belastungen möglich                                                                       | Im Rahmen der Beratung sind unter Gewährleistung der Privatsphäre und Vertraulichkeit Leitfragen (siehe nachfolgende Felder) zu stellen. Diese sollen in eine Empfehlung münden, ob eine zusätzliche psychosoziale Unterstützung notwendig/sinnvoll ist. | –    |
| PHQ-2                                                                                                                    | <u>siehe B1</u>                                                                                                                                                                                                                                          | –    |
| EPDS                                                                                                                     | <u>siehe B1</u>                                                                                                                                                                                                                                          | –    |
| GAD-2                                                                                                                    | <u>siehe B1</u>                                                                                                                                                                                                                                          | –    |
| GAD-7                                                                                                                    | <u>siehe B1</u>                                                                                                                                                                                                                                          | –    |
| Unter Berücksichtigung Ihres derzeitigen Einkommens, wie kommen Sie damit über die Runden?                               | <u>siehe B1</u>                                                                                                                                                                                                                                          | –    |
| Haben Sie insgesamt den Eindruck, dass Ihre momentanen Belastungen Ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu übersteigen drohen? | <u>siehe B1</u>                                                                                                                                                                                                                                          | –    |
| Ergebnis besprochen und Optionen aufgezeigt                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Überweisung an Fachperson oder Frühe Hilfen empfohlen                                                                    | –                                                                                                                                                                                                                                                        | –    |

|                                                                                                        |                                      |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| <b>Patientin aktuell in Behandlung</b>                                                                 | -                                    | -           |
| klinisch-psychologische Behandlung                                                                     |                                      |             |
| Psychotherapie                                                                                         |                                      |             |
| psychiatrische Behandlung                                                                              |                                      |             |
| medikamentöse Behandlung                                                                               |                                      |             |
| <b>Anmerkungen</b>                                                                                     | -                                    | -           |
| <b>Hebammenberatung</b>                                                                                |                                      |             |
| <b>Datum der Beratung</b>                                                                              | -                                    |             |
| <b>SSW + Tage</b>                                                                                      | -                                    | -           |
| <b>Information/Beratung über folgende Themen erfolgt:</b>                                              | Siehe auch <u>Hebammenberatung 1</u> | <u>(22)</u> |
| Schwangerschaftsverlauf                                                                                |                                      | <u>(23)</u> |
| Geburt                                                                                                 |                                      | <u>(39)</u> |
| Wochenbett                                                                                             |                                      |             |
| Stillen, Säuglingsernährung                                                                            |                                      |             |
| Babyschreien und Schütteltrauma                                                                        |                                      |             |
| Ängste/Unsicherheiten                                                                                  |                                      |             |
| gesundheitsförderndes Verhalten                                                                        |                                      |             |
| persönliche Lebenssituation (Partnerschaft, berufliche Situation, Einkommen, psychische Probleme etc.) |                                      |             |
| psychosoziales Umfeld, Erwartungen und Fragen                                                          |                                      |             |
| <b>Auf weitere von der Schwangeren angesprochene Probleme wurde eingegangen.</b>                       | -                                    | -           |
| <b>besondere Beratungsergebnisse</b>                                                                   | -                                    | -           |
| <b>weiterführender Unterstützungsbedarf:</b>                                                           | -                                    | -           |

|                                                                                                                                     |                                          |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---|
| medizinische Unterstützung<br>(Ärztinnen bzw. Ärzte,<br>Krankenhaus, MTD etc.)                                                      | -                                        | - |
| psychische Unterstützung<br>(psychologisch,<br>psychotherapeutisch etc.)                                                            | siehe <a href="#">Hebammenberatung 1</a> | - |
| soziale Unterstützung<br>(sozialarbeiterisch etc.)                                                                                  | -                                        | - |
| umfassende Unterstützung<br>aufgrund von<br>Mehrfachbelastungen<br>(Frühe Hilfen etc.)                                              | siehe <a href="#">Hebammenberatung 1</a> | - |
| Information/Beratung bzgl.<br>möglicher Hilfestellungen<br>bei Gewaltbetroffenheit und<br>Ermutigung zur<br>Inanspruchnahme erfolgt | siehe <a href="#">Hebammenberatung 1</a> | - |

## Schwangerenuntersuchung 4 (SSW 30-34)

| Feld                                                   | Erläuterungen                                   | Ref. |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------|
| Untersuchungsbefund                                    |                                                 |      |
| Datum der Untersuchung:                                | -                                               | -    |
| SSW + Tage                                             | -                                               | -    |
| Befundbesprechung/Auffälligkeiten/<br>Zwischenanamnese | -                                               | -    |
| Rhesusprophylaxe durchgeführt                          | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 2</a> | -    |
| Gewicht (in kg)                                        | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a> | -    |
| bisherige Gewichtszunahme                              | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a> | -    |
| medizinische Beratung/Betreuung<br>empfohlen           | -                                               | -    |
| Blutdruck (SYS)                                        | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a> | -    |
| Blutdruck (DIA)                                        |                                                 |      |
| Blutdruck (Puls)                                       |                                                 |      |
| Ödeme                                                  | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a> | -    |

|                                                                                 |                                                                                           |   |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Varizen                                                                         | -                                                                                         | - |
| gynäkologischer Befund                                                          | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a>                                           | - |
| Harnbefund; wenn auffällig:                                                     | -                                                                                         | - |
| Bakterien<br>Leukozyten<br>Nitrit<br>Eiweiß<br>Keton<br>Glukose<br>Erythrozyten |                                                                                           |   |
| Nikotin (Zig./Tag)                                                              | Auch der Konsum neuer Nikotinerzeugnisse während der Schwangerschaft soll erfragt werden. | - |
| Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?          | <a href="#">siehe ANM</a>                                                                 | - |
| über Folgen von Rauchen und Alkohol in Schwangerschaft aufgeklärt               |                                                                                           |   |
| weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapien etc.        | -                                                                                         | - |

## Ultraschalluntersuchung 3 (SSW 30–34)

| Feld                                                 | Erläuterungen                                   | Ref. |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------|
| Datum der Untersuchung                               | -                                               | -    |
| SSW + Tage                                           | -                                               | -    |
| Geburtstermin laut Ultraschall                       | -                                               | -    |
| Mehrlingsschwangerschaft                             | -                                               | -    |
| Zahl der Feten: ____                                 | siehe <a href="#">Ultraschalluntersuchung 1</a> | -    |
| wenn Mehrlingsschwangerschaft: monochorial/dichoiral |                                                 |      |

|                                                                                                      |                                                 |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---|
| wenn monochorial:<br>diamnial/monoamnial                                                             |                                                 |   |
| Plazentalokalisation                                                                                 | siehe <a href="#">Ultraschalluntersuchung 2</a> | - |
| Vorderwand                                                                                           |                                                 |   |
| Hinterwand                                                                                           |                                                 |   |
| Seitenwand re./li.                                                                                   |                                                 |   |
| Fundus                                                                                               |                                                 |   |
| tiefer Plazentasitz: Abstand<br>vom kaudalen Plazentarand<br>zum inneren Muttermund:<br>____ (in mm) |                                                 |   |
| Placenta praevia:<br>marginalis/partialis/totalis                                                    |                                                 |   |
| Plazentaauffälligkeit                                                                                | -                                               | - |
| Die nächsten Items bis inkl. „Biometrie entsprechend SSW“ sind pro Mehrling zu befüllen.             |                                                 |   |
| Herzaktion                                                                                           | siehe <a href="#">Ultraschalluntersuchung 1</a> | - |
| Kindeslage                                                                                           | -                                               | - |
| Fruchtwassermenge                                                                                    | siehe <a href="#">Ultraschalluntersuchung 2</a> | - |
| biparietaler Durchmesser                                                                             | siehe <a href="#">Ultraschalluntersuchung 2</a> | - |
| Kopfumfang                                                                                           | siehe <a href="#">Ultraschalluntersuchung 2</a> | - |
| Abdomen quer                                                                                         | siehe <a href="#">Ultraschalluntersuchung 2</a> | - |
| Abdomenumfang                                                                                        | siehe <a href="#">Ultraschalluntersuchung 2</a> | - |
| Femurlänge                                                                                           | siehe <a href="#">Ultraschalluntersuchung 2</a> | - |
| Biometrie entsprechend SSW                                                                           | -                                               | - |
| Kontrollbedarf                                                                                       | -                                               | - |
| weiterführende<br>Untersuchung veranlasst                                                            | -                                               | - |
| Anmerkungen:                                                                                         | -                                               | - |
| Aufklärung über<br>Organscreening erfolgt                                                            | -                                               | - |

# Schwangerenuntersuchung 5 (SSW 35–38)

| Feld                                                                                                                              | Erläuterungen                                   | Ref. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------|
| Untersuchungsbefund                                                                                                               |                                                 |      |
| Datum der Untersuchung                                                                                                            | –                                               | –    |
| SSW + Tage                                                                                                                        | –                                               | –    |
| Befundbesprechung/Auffälligkeiten/<br>Zwischenanamnese                                                                            | –                                               | –    |
| Gewicht (in kg)                                                                                                                   | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a> | –    |
| bisherige Gewichtszunahme                                                                                                         | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a> | –    |
| medizinische Beratung/Begleitung<br>empfohlen                                                                                     | –                                               | –    |
| Blutdruck (SYS)                                                                                                                   | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a> | –    |
| Blutdruck (DIA)                                                                                                                   |                                                 |      |
| Blutdruck (Puls)                                                                                                                  |                                                 |      |
| Ödeme                                                                                                                             | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a> | –    |
| Varizen                                                                                                                           | –                                               | –    |
| gynäkologischer Befund                                                                                                            | siehe <a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a> | –    |
| β-Streptokokken                                                                                                                   | –                                               | –    |
| Harnbefund; wenn auffällig:                                                                                                       | –                                               | –    |
| Bakterien<br>Leukozyten<br>Nitrit<br>Eiweiß<br>Keton<br>Glukose<br>Erythrozyten                                                   |                                                 |      |
| Haben Sie insgesamt den Eindruck,<br>dass Ihre momentanen Belastungen<br>Ihre Bewältigungsmöglichkeiten zu<br>übersteigen drohen? | –                                               | –    |
| Information/Ermutigung bzgl.<br>möglicher Hilfestellungen (z. B.<br>Frühe Hilfen) und<br>zur Inanspruchnahme erfolgt              |                                                 |      |

|                                                                         |                                                                                        |   |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Nikotin (Zig./Tag)                                                      | Auch der Konsum neuer Nikotinprodukte während der Schwangerschaft soll erfragt werden. | - |
| Wie häufig trinken Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Alkohol?  | <u>siehe ANM</u>                                                                       | - |
| über Folgen von Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft aufgeklärt   |                                                                                        |   |
| weitere Untersuchungsbefunde, Laborbefunde, Erkrankungen, Therapie etc. | -                                                                                      | - |

## Ultraschalluntersuchung 4 (SSW 35–38)

| Feld                                                   | Erläuterungen                          | Ref. |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|------|
| Datum der Untersuchung                                 | -                                      | -    |
| SSW + Tage                                             | -                                      | -    |
| Geburtstermin laut Ultraschall                         | -                                      | -    |
| Mehrlingsschwangerschaft                               | -                                      | -    |
| Zahl der Feten: ____                                   | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 1</u> | -    |
| wenn Mehrlingsschwangerschaft: monochorial/dichorial   |                                        |      |
| wenn monochorial: diamnial/monoamnial                  |                                        |      |
| Zahl der Feten: ____                                   | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 1</u> | -    |
| Plazentalokalisation                                   | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 2</u> | -    |
| Vorderwand                                             |                                        |      |
| Hinterwand                                             |                                        |      |
| Seitenwand re./li.                                     |                                        |      |
| Fundus                                                 |                                        |      |
| tiefer Plazentasitz: Abstand vom kaudalen Plazentarand |                                        |      |

|                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                    |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| zum inneren Muttermund:<br>____ (in mm)                                                      |                                                                                                                                                                                                                                    |              |
| Placenta praevia:<br>marginalis/partialis/totalis                                            |                                                                                                                                                                                                                                    |              |
| Plazentaauffälligkeit                                                                        | -                                                                                                                                                                                                                                  | -            |
| Die nächsten Items bis inkl. „geschätztes Gewicht des Kindes“ sind pro Mehrling zu befüllen. |                                                                                                                                                                                                                                    |              |
| Herzaktion                                                                                   | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 1</u>                                                                                                                                                                                             | -            |
| Kindeslage                                                                                   | -                                                                                                                                                                                                                                  | -            |
| Fruchtwassermenge                                                                            | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 2</u>                                                                                                                                                                                             | -            |
| biparietaler Durchmesser                                                                     | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 2</u>                                                                                                                                                                                             | -            |
| Kopfumfang                                                                                   | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 2</u>                                                                                                                                                                                             | -            |
| Abdomen quer                                                                                 | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 2</u>                                                                                                                                                                                             | -            |
| Abdomenumfang                                                                                | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 2</u>                                                                                                                                                                                             | -            |
| Femurlänge                                                                                   | siehe <u>Ultraschalluntersuchung 2</u>                                                                                                                                                                                             | -            |
| Biometrie entsprechend SSW                                                                   | -                                                                                                                                                                                                                                  | -            |
| geschätztes Gewicht des Kindes (in g)                                                        | Das Gewicht wird nach Hadlock et al. (40) geschätzt, wobei Messwerte des Kopfes, des Abdomens und die Femurlänge berücksichtigt werden.<br><br>Perzentile nach Gestationswoche und Geschlecht finden sich bei (38) (S. 25 und 26). | (40)<br>(38) |
| Kontrollbedarf                                                                               | -                                                                                                                                                                                                                                  | -            |
| weiterführende Untersuchung veranlasst                                                       | -                                                                                                                                                                                                                                  | -            |
| Anmerkungen                                                                                  | -                                                                                                                                                                                                                                  | -            |

## Weitere Untersuchungen

Der EKP-S unterscheidet drei verschiedene Arten von „Weiteren Untersuchungen“:

- Schwangerenuntersuchung
- Laboruntersuchung
- Ultraschalluntersuchung

Diese sind nicht direkt Bestandteil des EKP-S, sondern decken unter Umständen zusätzlich benötigten Untersuchungsbedarf außerhalb des EKP-Untersuchungsprogramms ab. Wird eine dieser Untersuchungen durchgeführt, kann die Durchführung dokumentiert werden.

Jede dieser „Weiteren Untersuchungen“ kann innerhalb der Schwangerschaft mehrfach erfasst werden. Die Anzahl, wie oft eine Erfassung möglich ist, ist dem Untersuchungsplan zu entnehmen.

## Geburt

| Feld                                             | Erläuterungen                                                                                                                                      | Ref. |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Geburt Schwangere</b>                         |                                                                                                                                                    |      |
| Datum der Untersuchung                           | –                                                                                                                                                  | –    |
| Mehrlingsgeburt                                  | –                                                                                                                                                  | (20) |
| wenn ja, die Dokumentation betrifft<br>Mehrling: | Mehrlinge werden mit römischen Ziffern gekennzeichnet. Das erstgeborene Kind erhält I, das zweitgeborene II usw.                                   | –    |
| Geburt am                                        | –                                                                                                                                                  | –    |
| Uhrzeit der Geburt                               | –                                                                                                                                                  | –    |
| SSW + Tage                                       | –                                                                                                                                                  | –    |
| Alter bei Geburt                                 | –                                                                                                                                                  | –    |
| Ort der Geburt                                   | –                                                                                                                                                  | –    |
| Krankenhaus                                      |                                                                                                                                                    |      |
| Hausgeburt                                       |                                                                                                                                                    |      |
| Hebammenpraxis                                   |                                                                                                                                                    |      |
| Transportmittel                                  |                                                                                                                                                    |      |
| medizinische Begleitung bei der Geburt           | –                                                                                                                                                  | –    |
| Ärztin bzw. Arzt                                 |                                                                                                                                                    |      |
| Hebamme                                          |                                                                                                                                                    |      |
| Geburtsdauer                                     | Der Geburtsbeginn wird mit dem Start der aktiven Eröffnungsphase definiert. In dieser Phase treten regelmäßige und schmerzhafte Kontraktionen auf, | (41) |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                                         | <p>die zu einer Muttermundöffnung führen. Zu Beginn der Phase ist der Muttermund durchschnittlich 4 bis 6 cm geöffnet.</p> <p>Das Geburtsende wird mit vollständigem Austritt der Plazenta festgelegt.</p>                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| <b>Blasensprung vor Geburt</b>          | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -    |
| <b>Fruchtwasserfarbe</b>                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -    |
| <b>Fruchtwassermenge</b>                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -    |
| <b>mütterliche Erkrankung</b>           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -    |
| Gestationsdiabetes insulinpflichtig     | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (21) |
| Gestationsdiabetes diätetisch behandelt |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Diabetes mellitus I/II                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (41) |
| Präeklampsie                            | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (42) |
| HELLP                                   | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (42) |
| <b>Kindslage</b>                        | Ankreuzen der Auswahlfelder, ob es sich um eine Schädellage, Beckenendlage oder Querlage handelt. Bei einer Schräglage oder sonstigen regelwidrigen Lage kann die exakte Lage im Freitextfeldfeld dazugeschrieben werden.                                                                                                                                                                                                                                                | -    |
| <b>Wehenbeginn</b>                      | Ankreuzen der Auswahlfelder, ob spontan, eingeleitet oder kein Wehenbeginn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | -    |
| <b>Geburtsmodus</b>                     | Als primäre Sectio wird eine Sectio vor Geburtsbeginn und ohne Blasensprung sowie ohne vorangegangenen unmittelbaren Einleitungsversuch oder akuten Anlass bezeichnet. Als sekundäre Sectio bezeichnet werden z. B. eine Sectio, die an sich geplant/terminisiert war, tatsächlich aber nach Geburts(wehen)beginn und/oder Blasensprung durchgeführt wurde, eine Sectio im Anschluss an eine frustrane Einleitung, eine Sectio nach jedem vorzeitigen Blasensprung, eine | (43) |
| spontan                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| prim. Sectio                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| sek. Sectio                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Akutsectio                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Manualhilfe                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Vakuum                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| Forceps                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                              | <p>Sectio vor Geburtsbeginn und ohne Blasensprung, jedoch bei bedrohlichen Blutungen, akutem Abdomen (z. B. bei V. a. vorzeitige Plazentalösung, V. a. Appendizitis), eklamptischem Anfall, pathologischem CTG ohne Wehen, Status febrilis unklarer Genese, V. a. Amnioninfektionssyndrom ohne Blasensprung, mütterlichem Schock (z. B. allergischer Genese, kardialer Ursache, bei Lungen-/Fruchtwasserembolie), mütterlicher Erkrankung(sverschlechterung) (z. B. bei Herz- oder Kreislauferkrankungen, Lebererkrankungen), V. a. Uterusruptur, Nabelschnurvorfall oder dergleichen.</p>        |                      |
| <b>Indikation zur operativen Geburt</b>      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                    |
| Wunschsectio                                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                    |
| kindliche Indikationen                       | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                    |
| drohende intrauterine Asphyxie               | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                    |
| mangelnder Geburtsfortschritt                | <p>Es gibt keine evidenzbasierte Definition einer protrahierten Eröffnungsphase. Zur Diagnose werden Veränderungen in der Stärke, Frequenz und Dauer der Kontraktionen, die Rate der Muttermundöffnung sowie das Tiefortreten und die Rotation des kindlichen Kopfes bewertet. Details siehe <a href="#">(41)</a></p> <p>Eine protrahierte Austreibungsphase wird diagnostiziert, wenn die Geburt in der aktiven Phase bezüglich der Rotation und/oder des Tiefortretens bei einer Erstgebärenden über 2 Stunden und bei einer Mehrgebärenden über 1 Stunde inadäquate Fortschritte aufweist.</p> | <a href="#">(41)</a> |
| Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode | <p>Ein Geburtsstillstand in der Austreibungsphase wird diagnostiziert, wenn die aktive Phase der Austreibungsphase bei einer Erstgebärenden 3 Stunden und bei einer Mehrgebärenden 2 Stunden überschreitet.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="#">(41)</a> |

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode                   | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -           |
| Frühgeburt                                                   | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -           |
| Amnioninfektionssyndrom                                      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -           |
| Mehrlingsgeburt                                              | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -           |
| <b>Indikation zur vaginal operativen Geburt</b>              | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
| drohende intrauterine Asphyxie                               | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
| mangelnder Geburtsfortschritt                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
| Geburtsstillstand in der Austrittsperiode                    | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
| <b>Geburtseinleitung</b>                                     | Zu den Indikationen zur Geburtseinleitung gehören nach <u>(44)</u> :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <u>(44)</u> |
| Indikation                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminüberschreitung (ab 41 + 0 SSW)</li> <li>• (früher) vorzeitiger Blasensprung</li> <li>• Gestationsdiabetes</li> <li>• SGA-Fetus oder intrauterine Wachstumsrestriktion</li> <li>• intrahepatische Schwangerschaftscholestase</li> <li>• hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft</li> <li>• Verdacht auf (nicht diabetogene) Makrosomie</li> </ul> |             |
| medikamentös:                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -           |
| Prostaglandine (Gel, Bändchen, vaginale und orale Tabletten) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
| Oxytocin                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
| mechanisch:                                                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -           |
| Ballonkatheter                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
| Amniotomie (Blasenöffnung)                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
| <b>Anästhesie</b>                                            | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -           |
| keine                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
| Lokalanästhesie                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
| Spinalanästhesie                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
| Periduralanästhesie/Epiduralanästhesie                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
| kombinierte Spinal-Epidural-Anästhesie                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |
| Allgemeinanästhesie                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| sonstige Anmerkungen    | im Freitextfeld weitere relevante Informationen eintragen; z. B. Besonderheiten des Kindes oder bei Frühgeburten mit lange zuvor liegendem Blasensprung das Datum des Blasensprungs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |
| Geburtsverletzungen     | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | –                    |
| Episiotomie             | Details zur Episiotomie siehe <a href="#">(41)</a> .<br>Klassifikation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>mediane Episiotomie:</b> Schnitt entlang der Mittellinie</li> <li>• <b>mediolaterale Episiotomie:</b> Schnitt ausgehend vom Mittelpunkt im 45°-Winkel</li> <li>• <b>laterale Episiotomie:</b> Schnitt im 45°-Winkel, jedoch etwa 2 cm von der Mitte versetzt</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="#">(41)</a> |
| Labienriss              | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | –                    |
| Klitorisriss            | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | –                    |
| Dammriss                | Details zum Dammriss siehe <a href="#">(41)</a> .<br>Klassifikation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DR I:</b> oberflächliche Verletzung der Damm- und Scheidenhaut</li> <li>• <b>DR II:</b> Verletzungen der oberflächlichen Beckenbodenmuskulatur (M. bulbocavernosus und M. transversus perinei) ohne Beteiligung auf Sphinktermuskulatur</li> <li>• <b>DR III:</b> Verletzung der oberflächlichen Beckenbodenmuskulatur und des M. sphincter ani bei intakter Rektumwand</li> <li>• <b>DR IV:</b> Verletzung der oberflächlichen Beckenbodenmuskulatur, des M. sphincter ani externus und internus und des Rektums</li> </ul> | <a href="#">(41)</a> |
| Vaginalriss             | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | –                    |
| Zervixriss              | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | –                    |
| Blutverlust             | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <a href="#">(35)</a> |
| normal ( $\leq 500$ ml) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| vermehrt (bei Spontangeburt > 500 ml) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |
| bei Sectio > 1.000 ml                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |
| <b>Plazenta</b>                       | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | - |
| Nabelschnurknoten                     | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | - |
| SUA (single umbilical artery)         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | - |
| Insertio velamentosa                  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | - |
| <b>Placenta accreta spectrum</b>      | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | - |
| <b>weitere Komplikationen</b>         | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | - |
| Robson-Kriterium                      | <p>Die Klassifikation von Robson unterscheidet 10 Gruppen von Müttern. Diese Gruppen erlauben eine standardisierte Auswertung der Kaiserschnittraten, die auch länderübergreifend möglich ist. Sie basiert auf folgenden Variablen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parität (0 vs. min. 1)</li> <li>• vorausgegangene Sectio caesarea (ja vs. nein)</li> <li>• Geburtsbeginn (spontan vs. induziert vs. prelabour)</li> <li>• Anzahl der Feten (1 vs. mehr)</li> <li>• Gestationsalter (&lt; 37. SSW vs. ab 37. SSW)</li> <li>• Kindeslage</li> </ul> <p>Klassifikationslogik auf S. 29–31 des Implementation Manual der WHO <a href="#">(45)</a></p> |   |

## Das Neugeborene nach der Geburt

| Feld                                   | Erläuterungen | Ref. |
|----------------------------------------|---------------|------|
| <b>Das Neugeborene nach der Geburt</b> |               |      |
| Datum der Untersuchung                 | -             | -    |
| Lebendgeburt; wenn nein:               | -             | -    |
| Wiederbestellung der Patientin         |               |      |
| Überweisung ins Krankenhaus            |               |      |

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| psychische Unterstützung                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |
| soziale Unterstützung                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |
| Unterstützung durch Hebammen                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |
| umfassendere Unterstützung aufgrund von Mehrfachbelastungen |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |
| <b>Name</b>                                                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | -                          |
| <b>Geschlecht</b>                                           | Wenn aufgrund des Vorliegens einer Variante einer Geschlechtsentwicklung die medizinisch eindeutige Zuordnung zum männlichen oder weiblichen Geschlecht nicht möglich ist, kann das Geschlecht vorübergehend als „offen“ eingetragen werden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -                          |
| <b>Gestationsalter bei Geburt</b>                           | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | -                          |
| <b>Gewicht in g</b>                                         | Das Körpergewicht wird gewogen. Achten auf Perzentil(sprünge)<br>Perzentile finden sich bei <u>(46)</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <u>(46)</u>                |
| <b>Länge in cm</b>                                          | Die Länge wird im Liegen gemessen. Achten auf Perzentil(sprünge)<br>Perzentile finden sich bei <u>(46)</u> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <u>(46)</u>                |
| <b>Kopfumfang in cm</b>                                     | Der horizontale Kopfumfang wird über Protuberantia occipitalis und supraaurikulär gemessen. Achten auf Perzentil(sprünge)<br>Perzentile finden sich bei <u>(46)</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <u>(46)</u>                |
| <b>APGAR</b>                                                | Die APGAR-Werte werden üblicherweise von dem bzw. der Geburtshelfer:in oder der Hebamme während der Routineversorgung und des Haut-zu-Haut-Kontakts erhoben und stellen die standardisierte Zustandsbeschreibung des Neugeborenen dar.<br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Herz:</b> 0 = kein Puls; 1 ≤ 100/Minute; 2 ≥ 100/Minute</li> <li>• <b>Atmung:</b> 0 = keine; 1 = flach, unregelmäßig, Schnappatmung; 2 = regelmäßig, kräftiges Schreien</li> <li>• <b>Hautfarbe:</b> 0 = blau, weiß, blass; 1 = Akrozyanose; 2 = rosig</li> <li>• <b>Muskeltonus:</b> 0 = schlaff, keine Bewegungen; 1 = gering, wenig Bewegungen; 2 = gut, aktive Bewegungen</li> </ul> | <u>(47)</u><br><u>(48)</u> |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reflexe:</b> 0 = keine; 1 = Grimassieren, geringe Reaktion; 2 = schreien</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| <b>Nabelschnur-pH-Wert</b>                  | <p>nach Möglichkeit vor Lösen der Plazenta Blut durch Punktion der Nabelarterie und möglichst auch der Nabelvene gewinnen; im Zweifelsfall aus 2 Gefäßen Blut gewinnen (mind. 1 Probe ist dann arteriell)</p> <p>Der aus pH-Wert und pCO<sub>2</sub> errechnete BE (Base Excess) ist zur Beurteilung des Säure-Basen-Status aussagekräftiger als der pH-Wert allein. Details siehe S. 152 (49)</p> | (49) |
| arteriell                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| venös                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| <b>Blutgruppe</b>                           | zwingend bei RhD-negativer Mutter zur Anti-D-Prophylaxe der Mutter, bei RhD-positivem Kind direkter Coombs-Test                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (49) |
| <b>Rh (Kind)</b>                            | Detail siehe S. 152 (49)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |
| <b>Unterstützungsmaßnahmen erforderlich</b> | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | –    |
| Beatmung                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | –    |
| CPAP                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| Maskenbeatmung                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| Intubation/Larynxmaske                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| Herzdruckmassage                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| Epinephrin                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| Volumengabe                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| <b>Diagnosen nach der Geburt</b>            | –                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | –    |
| Perinatale Asphyxie                         | Liegt eine metabolische Azidose mit einem pH-Wert < 7,0, einem BE von < -12 mmol/l und/oder Zeichen der hypoxisch ischämischen Enzephalopathie vor, muss eine Asphyxie vermutet werden.                                                                                                                                                                                                            | (50) |
| Hypoglykämie                                | Hypertrophe und hypotrophe Neugeborene haben ein erhöhtes Risiko für Hypoglykämie. Die erste Messung soll ohne klinische Symptome nicht vor einem Lebensalter von 2 Stunden stattfinden.                                                                                                                                                                                                           | (50) |
| Fehlbildung                                 | Die körperliche Untersuchung aller Körperteile erfolgt mittels Inspektion, Palpation und Auskultation. Es soll eine Beurteilung von Kopf                                                                                                                                                                                                                                                           | (50) |

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|                                     | (inklusive Fontanelle, Augen und enoraler Inspektion), Thorax (inklusive Auskultation von Lunge und Herz), Abdomen (inklusive Nabel), Genitale, aller Extremitäten (inklusive Palpation auf traumatische Unversehrtheit) und der Neurologie (Vigilanz, Spontanmotorik) erfolgen. Damit soll auf mögliche Geburtstraumata (besonders häufig: Clavikulafraktur) und Fehlbildungen geprüft werden. |   |
| <b>Transfer und Kontrolle</b>       | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | - |
| Transferierung nach                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | - |
| Intensivtransport durchgeführt von  | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | - |
| <b>Kontrolle dringend empfohlen</b> | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | - |

## Postpartale Periode

| Feld                                                       | Erläuterungen                                          | Ref. |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|
| <b>Postpartale Periode</b>                                 |                                                        |      |
| <b>Datum der Untersuchung</b>                              | -                                                      | -    |
| <b>Wochenbett</b>                                          | -                                                      | -    |
| Fieber p. p. > 2 Tage über 38,5 °C                         | -                                                      | -    |
| postpartale Blutung über 1.000 ml                          | -                                                      | -    |
| Stimmung (z. B. postpartale Krisen, Stimmungsschwankungen) | -                                                      |      |
| Anämie Hb < 10 g/dl (6,2 mmol/l)                           | -                                                      |      |
| Gabe von Blutkonserven                                     | -                                                      |      |
| <b>Blutdruck &lt; 6 h nach Geburt</b>                      | siehe <u><a href="#">Schwangerenuntersuchung 1</a></u> | -    |
| <b>SYS</b>                                                 |                                                        | -    |
| <b>DIA</b>                                                 |                                                        |      |
| <b>Puls</b>                                                |                                                        |      |

|                                                |                      |     |
|------------------------------------------------|----------------------|-----|
| Mutter entlassen am/um                         | -                    | -   |
| Anti-D-Prophylaxe erfolgt                      | -                    | -   |
| Masern-Mumps-Röteln-Impfung erfolgt            | Empfehlung siehe (8) | (8) |
| Hebammennachsorge                              | -                    | -   |
| weitere Eintragungen                           | -                    | -   |
| gynäkologische postpartale Kontrolle empfohlen | -                    | -   |

## Zustand des Kindes bei Entlassung/Transfer

| Feld                                         | Erläuterungen | Ref. |
|----------------------------------------------|---------------|------|
| Zustand des Kindes bei Entlassung/Transfer   |               |      |
| Datum der Untersuchung                       | -             | -    |
| Entlassung                                   | -             | -    |
| Kind unauffällig entlassen                   |               |      |
| Entlassung ohne ärztliche Untersuchung [...] |               |      |
| Kind nach der Geburt verlegt/transferiert    |               |      |
| Entlassungsgewicht (in g)                    | -             | -    |
| Vitamin-K-Prophylaxe oral: 1. Gabe           | -             | (50) |
| Stillen                                      | -             | (51) |
| mütterliche Indikation                       |               | (52) |
| kindliche Indikation                         |               | (53) |
| Pre-Nahrung                                  |               |      |
| Frühgeborennahrung                           |               |      |
| Mutter [...] aufgeklärt                      |               |      |
| weitere Eintragungen                         | -             | -    |

# Literaturverzeichnis

1. **DGGG, OEGGG, SGGG.** Adipositas und Schwangerschaft (S3-Level, AWMF Registry No. 015-081) [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-081l\\_S3\\_Adipositas-Schwangerschaft\\_2020\\_06.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-081l_S3_Adipositas-Schwangerschaft_2020_06.pdf); AWMF; 2019
2. **Seper K, Wüst N, Dieminger B.** Basisliteraturbericht. Ernährung in der Schwangerschaft. Wien; 2014.
3. **Ring-Dimitriou S, Windsperger K, Felder-Puig R, Kayer B, Zeuschner V, Lercher P.** Österreichische Bewegungsempfehlungen für Frauen während der Schwangerschaft und danach, für Kinder im Kindergartenalter und für Kinder und Jugendliche. Gesundheitswesen. 2020; 82:183.
4. **AGES.** Richtig essen schützt. Lebensmittelinfektionen in der Schwangerschaft. Wien; 2018.
5. **GÖG, NZFH.** Thematisieren von psychosozialen Belastungen und Angebot von Frühen HILFEN. Kurzanleitung. Wien: GÖG & NZFH; 2020.
6. **GÖG, NZFH.** Vermittlungsgründe zu den Frühen HILFEN. Wien: GÖG & NZFH; 2020.
7. **DDG, DGGG.** Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge (S3 Level, AWMF Registry No 057-008 [https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-008l\\_S3\\_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge\\_2019-06-abgelaufen.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-008l_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06-abgelaufen.pdf); AWMF; 2018
8. **BMASGPK.** Impfplan Österreich <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Impfen/impfplan.html> 2025
9. **Kopp M, Hamelmann E.** Allergieprävention (S3 Level, AMWF Registry No 061-016) [https://register.awmf.org/assets/guidelines/061-016l\\_S3\\_Allergiepraevention\\_2022-11-verlaengert.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/061-016l_S3_Allergiepraevention_2022-11-verlaengert.pdf); AWMF; 2022
10. **Puhm A, Antony K, Brotherhood A, Klein C, Santner M.** Alkohol- und Zigarettenkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Wien: Gesundheit Österreich; 2023.
11. **Luke B, Hedinger M, Nugent C, Newman R, Mauldin J, Witter F, et al.** Body Mass Index - Specific Weight Gains Associated with Optimal Birth Weights in Twin Pregnancies. The Journal of Reproductive Medicine. 2003;48(4):224.
12. **DGGG, OEGGG, SGGG.** Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft (HES): Diagnostik und Therapie (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/018)

- [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-018l\\_S2k\\_Hypertensive-Erkrankungen-Schwangerschaft-HES-Diagnostik-Therapie\\_2024-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-018l_S2k_Hypertensive-Erkrankungen-Schwangerschaft-HES-Diagnostik-Therapie_2024-07.pdf) 2024
13. **WHO**. Female genital mutilation <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> 2025
  14. **ÖGZ, ÖGPath**. Qualitätsstandard / Empfehlungen zur gynäkologischen Zervixzytologie [https://oegpath.at/wp-content/uploads/2020/05/Empfehlungen-zur-gyna%CC%88kologischen-Zytologie-2017-Revision-3-ab-01-04-2020\\_EV.pdf](https://oegpath.at/wp-content/uploads/2020/05/Empfehlungen-zur-gyna%CC%88kologischen-Zytologie-2017-Revision-3-ab-01-04-2020_EV.pdf): ÖGZ & ÖGPath; 2020
  15. **Nayar R, Wilbur D**. The Bethesda system for reporting cervical cytology: definitions, criteria, and explanatory notes. Würzburg: Springer; 2015.
  16. **DGGG, OEGGG, SGGG**. Bakterielle Vaginose (S2k Level, AWMF Registry No. 015-028) [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-028l\\_S2k\\_Bakterielle-Vaginose\\_2023-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-028l_S2k_Bakterielle-Vaginose_2023-07.pdf): AWMF; 2023
  17. **MSchG**. Mutterschutzgesetz 1979. 2024.
  18. **Committee Opinion No 700**: Methods for Estimating the Due Date. Obstetrics & Gynecology. 2017; 129(5):e154.
  19. **DGGG, OEGGG, SGGG**. Fetale Wachstumsrestriktion (S2k Level, AWMF Registry No 015-080) [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-080l\\_S2k\\_Fetale-Wachstumsrestriktion\\_2024-10\\_1.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-080l_S2k_Fetale-Wachstumsrestriktion_2024-10_1.pdf): AWMF; 2024
  20. **DGGG, DEGUM**. Überwachung und Betreuung von Zwillingsschwangerschaften (S2e Level, AWMF Registry No. 015-087) [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-087l\\_S2e\\_Ueberwachung-Betreuung-Zwillingsschwangerschaften\\_2020-05.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-087l_S2e_Ueberwachung-Betreuung-Zwillingsschwangerschaften_2020-05.pdf): AWMF; 2020
  21. **Kautzky-Willer A, Winhofer, Kiss H, Falcone V, Berger A, Lechleitner M, et al**. Gestationsdiabetes (GDM). Update 2023. Wiener klinische Wochenschrift. 2023; 135:128.
  22. **NICE**. Antenatal care. NICE; 2021.
  23. **ÖHG**. Leitlinie zur Betreuung gesunder schwangerer Frauen. ÖHG; 2019.
  24. **Bundeskanzleramt**. Weitere Leistungen für Familien <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/familie/weitere-leistungen-fuer-familien.html>: BKA; 2025
  25. **Transparenzportal**. Förderungen zum Thema Schwangerschaft, Geburt <https://transparenzportal.gv.at/tdb/tp/situation/buerger/familie-und-mitmenschen/schwangerschaft-geburt/alle>: BMF; 2025
  26. **Österreich C**. Familien & Kinder <https://www.caritas.at/hilfe-angebote/familien-kinder>: Caritas Österreich; 2025

27. **Wien S.** Psychische Krisen rund um Schwangerschaft und Geburt  
<https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/schwerpunkte/lebensphasen/schwangerschaft/perinatal.html>; Stadt Wien; 2025
28. **Diakonie.** AMIKE-Telefon <https://www.diakonie.at/unsere-angebote-und-einrichtungen/amike-telefon>; Diakonie; 2025
29. **Wimmer-Puchinger B.** Eigentlich sollte ich glücklich sein. Wien; 2023.
30. **Siller H, O'Brien Green S, König-Bachmann M.** Lass uns reden. Eine Handreichung für Hebammen zu Gesprächen über Gewalt. 2022.
31. **Nationale Koordinierungsstelle "Gewalt gegen Frauen".** Factsheets, Leitfäden und Broschüren. <https://www.coordination-vaw.gv.at/publikationen/factsheets-leitfaeden-broschueren.html>; Nationale Koordinierungsstelle "Gewalt gegen Frauen"; o. J
32. **Kapfhammer E, Ochsenbein-Kölble N.** Screening auf irreguläre mütterliche Blutgruppenantikörper und fetale Blutgruppenbestimmung. Die Gynäkologie. 2023; 56:92.
33. **DGGG, OEGGG, SGGG.** Prävention und Therapie der Frühgeburt (S2k Level, AWMF Registry No. 015-025) [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-025l\\_S2k\\_Praevention-Therapie-Fruehgeburt\\_2025-03-verlaengert.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-025l_S2k_Praevention-Therapie-Fruehgeburt_2025-03-verlaengert.pdf); AWMF; 2022
34. **Oppenheimer L, Farine D, Ritchie K, Lewinsky R, Telford J, Fairbanks L.** What is a low-lying placenta? American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1991; 165(4):1038.
35. **DGGG, OEGGG, SGGG.** Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie (S2k Level, AWMF Registry No 015-063) [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-063l\\_S2k\\_Peripartale\\_Blutungen\\_Diagnostik\\_Therapie\\_PPH\\_2022-09\\_2.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-063l_S2k_Peripartale_Blutungen_Diagnostik_Therapie_PPH_2022-09_2.pdf); AWMF; 2022
36. **Reinsperger I, Rosian K, Winkler R, Piso B.** Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil XI: Mutter-Kind-Pass Weiterentwicklung: Screeningempfehlungen der Facharbeitsgruppe für Schwangerschaft, Wochenbett und Kindheit (0-6 Jahre). HTA Projektbericht Nr. 92; 2018. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment; 2018.
37. **Magann E, Chauhan S, Doherty D, Lutgendorf M, Magann M, Morrison J.** A Review of Idiopathic Hydramnios and Pregnancy Outcomes. Obstetrical & Gynecological Survey. 2007; 62(12):802.
38. **Kiserud T, Piaggio G, Carroli G, Widmer M, Carvalho J, Jensen L, et al.** The World Health Organization Fetal Growth Charts: A Multinational Longitudinal Study of

- Ultrasound Biometric Measurements and Estimated Fetal Weight. PLoS Medicine. 2017; 14(1):36.
39. **Hilfen NZF.** Zahlen und Fakten zum Schütteltrauma.  
<https://www.elternsein.info/schuetteln/zahlen-fakten-zum-schuetteltrauma/>:  
Nationales Zentrum Frühe Hilfen; 2025
40. **Hadlock F, Harrist R, Sharman R, Deer R, Park S.** Estimation of fetal weight with the use of head, body, and femur measurements—a prospective study. American journal of obstetrics and gynecology. 1985; 151(3):337.
41. **GG, dghW.** Vaginale Geburt am Termin (S3 Level, AWMF Registry No 015-083)  
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l\\_S3\\_Vaginale-Geburt-am-Termin\\_2021-03.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf): AWMF; 2020
42. **DGGG, OEGGG, SGGG.** Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft (HES): Diagnostik und Therapie. (S2k Level, AWMF Registry No 0158-018)  
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-018l\\_S2k\\_Hypertensive-Erkrankungen-Schwangerschaft-HES-Diagnostik-Therapie\\_2024-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-018l_S2k_Hypertensive-Erkrankungen-Schwangerschaft-HES-Diagnostik-Therapie_2024-07.pdf): AWMF; 2024
43. **DGGG, OEGGG, SGGG.** Sectio caesarea (S3 Level, AWMF Registry No. 015-084)  
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l\\_S3\\_Sectio-caesarea\\_2020-06\\_1\\_02.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf): AWMF; 2020
44. **DGGG, OEGGG, SGGG.** Geburtseinleitung (S2k Level, AWMF Registry No. 015-088)  
[https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-088ladd\\_S2k\\_Geburtseinleitung\\_2021-04.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-088ladd_S2k_Geburtseinleitung_2021-04.pdf): AWMF; 2020
45. **WHO.** Robson Classification. Implementation Manual. Genf; 2017.
46. **WHO.** Child growth standards <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/>: WHO; 2009
47. **Simma B, Klechl-Kohlendorfer U, Wald M, Weissensteiner M, Urlesberger B, Berger A.** Betreuung des gesunden Neugeborenen in Kreißsaal und Kinderzimmer. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2018.
48. **GNP.** Klassifikation und Diagnostik der Mikrozephalie. AWMF online; 2019.
49. **Genzel-Boroviczény O, Nußbaum C.** Checkliste Neonatologie. 7 ed: Thieme; 2022.
50. **GNPI.** Betreuung von Neugeborenen in der Geburtsklinik (S2k Level, AWMF Registry No. 024-005 [https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-005l\\_S2k\\_Betreuung-von-Neugeborenen-in-der-Geburtsklinik\\_2022-01-abgelaufen.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-005l_S2k_Betreuung-von-Neugeborenen-in-der-Geburtsklinik_2022-01-abgelaufen.pdf): AWMF; 2022
51. **AGES BH.** Österreichische Beikostempfehlungen. Wien: AGES, BMG & HVB; 2010.

52. **BMASGPK.** Stillen - ein guter Beginn. Information für Mütter und Väter. Wien: BMASGPK; 2021.
53. **BMASGPK.** Empfehlung der Nationalen Ernährungskommission. Österreichische Stillempfehlungen. Wien: BMASGPK; 2014.