

ドイツでのお産

2017年11月26日

JAMSNET World 講演会

東京大学 本郷キャンパス

ドイツ産婦人科医 中川フェールベルク美智子

妊娠してから出産、産後まで

- 開業医で定期的妊婦検診
 - 必要により高度専門医による診察
 - 病院での出産
 - 産後3日間の入院
 - 産後の助産師による家庭訪問
 - 産後検診はいつもの開業医で
 - Mutterpassにすべて記載
 - すべて保険でカバーされる
-



April 2001

Name: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____

Bei Namensänderung: Name: _____

Wohnort: _____

Laboruntersuchungen

Blutgruppenzugehörigkeit

A B O

--

Rh pos. (D pos./Rh neg. (D neg.) *)

--

*) Rh positiv bzw. Rh negativ wörtlich eintragen

Diese Eintragungen entbinden den behandelnden Arzt nicht von seiner Sorgfaltspflicht (z.B. Kreuzprobe)

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel des Arztes

Antikörper-Suchtest

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Röteln-HAH-Test

negativ positiv, Titer 1: _____

Immunität anzunehmen ja nein

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Unterschrift des Arztes

Nachweis von Chlamydia trachomatis-DNA aus einer Urinprobe mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT)

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Röteln-HAH-Test-Kontrolle

(vgl. Abschnitt C Nr. 1 zu b) der Mutterschafts-Richtlinien)

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

ggf. ergänzende serologische Untersuchungen: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

LSR durchgeführt

am: _____

Protokoll-Nr.: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

(ggf. Ergebnisse weiterer serologischer Untersuchungen siehe Seite 4)

Antikörper-Suchtest-Kontrolle

negativ positiv, Titer 1: _____

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Nachweis von HBs-Antigen aus dem Serum

negativ positiv

Datum der Untersuchung: _____

Protokoll-Nr. des Laboratoriums: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Alter _____ Jahre Gewicht vor SS-Beginn _____ kg Größe _____ cm
 Gravida _____ Para _____

A. Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----|-------------------------------|
| 1. Familiäre Belastung (z.B. Diabetes, Hypertonie, Fehlbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten _____) | ja <input type="checkbox"/> | 1. | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 2. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Blutungs-/Thromboseeigung | <input type="checkbox"/> | 3. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Allergie, z.B. gegen Medikamente _____ | <input type="checkbox"/> | 4. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Frühere Bluttransfusionen | <input type="checkbox"/> | 5. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) | <input type="checkbox"/> | 6. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtsch. Probleme) | <input type="checkbox"/> | 7. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangegangenen Schwangerschaften) | <input type="checkbox"/> | 8. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | 9. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Adipositas | <input type="checkbox"/> | 10. | <input type="checkbox"/> |
| 11. Kleinwuchs | <input type="checkbox"/> | 11. | <input type="checkbox"/> |
| 12. Skelettanomalien | <input type="checkbox"/> | 12. | <input type="checkbox"/> |
| 13. Schwangere unter 18 Jahren | <input type="checkbox"/> | 13. | <input type="checkbox"/> |
| 14. Schwangere über 35 Jahren | <input type="checkbox"/> | 14. | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) | <input type="checkbox"/> | 15. | <input type="checkbox"/> |
| 16. Zustand nach Sterilitätsbehandlung | <input type="checkbox"/> | 16. | <input type="checkbox"/> |
| 17. Zustand nach Frühgeburt (vor Ende der 37. SSW) | <input type="checkbox"/> | 17. | <input type="checkbox"/> |
| 18. Zustand nach Mangelgeburt | <input type="checkbox"/> | 18. | <input type="checkbox"/> |
| 19. Zustand nach 2 oder mehr Fehlgeburten/Abbrüchen | <input type="checkbox"/> | 19. | <input type="checkbox"/> |
| 20. Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese | <input type="checkbox"/> | 20. | <input type="checkbox"/> |
| 21. Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 21. | <input type="checkbox"/> |
| 22. Komplikationen post partum ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 22. | <input type="checkbox"/> |
| 23. Zustand nach Sectio | <input type="checkbox"/> | 23. | <input type="checkbox"/> |
| 24. Zustand nach anderen Uterusoperationen ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 24. | <input type="checkbox"/> |
| 25. Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) | <input type="checkbox"/> | 25. | <input type="checkbox"/> |
| 26. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ | <input type="checkbox"/> | 26. | <input type="checkbox"/> |

Nach ärztlicher Bewertung des Kataloges A liegt bei der Erstuntersuchung ein Schwangerschaftsrisiko vor

Beratung der Schwangeren

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Ernährung (u.a. Jodzufuhr), Medikamente, Genussmittel | <input type="checkbox"/> |
| b) Tätigkeit/Beruf, Sport, Reisen | <input type="checkbox"/> |
| c) Risikoberatung | <input type="checkbox"/> |
| d) Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik | <input type="checkbox"/> |
| e) Krebsfrüherkennungsuntersuchung | <input type="checkbox"/> |
| f) Zum HIV-Antikörpertest | <input type="checkbox"/> |
| g) Zur Zahngesundheit | <input type="checkbox"/> |

B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

27. Behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen, ggf. welche _____
- | | |
|------------------------------------|--|
| 28. Dauermedikation | 42. Anämie |
| 29. Abusus | 43. Harnwegsinfektion |
| 30. Besondere psychische Belastung | 44. Indirekter Coombstest positiv |
| 31. Besondere soziale Belastung | 45. Risiko aus anderen serologischen Befunden |
| 32. Blutungen vor der 28. SSW | 46. Hypertonie (Blutdruck über 140/90) |
| 33. Blutungen nach der 28. SSW | 47. Eiweißausscheidung 1% (entsprechend 1000 mg/l) oder mehr |
| 34. Placenta praevia | 48. Mittelgradige - schwere Ödeme |
| 35. Mehrlingschwangerschaft | 49. Hypotonie |
| 36. Hydramnion | 50. Gestationsdiabetes |
| 37. Oligohydramnie | 51. Einstellungsanomalie |
| 38. Terminunklarheit | 52. Andere Besonderheiten ggf. welche _____ |
| 39. Placenta-insuffizienz | |
| 40. Isthmozervikale Insuffizienz | |
| 41. Vorzeitige Wehentätigkeit | |

Terminbestimmung

Zyklus _____ / _____ Letzte Periode _____
 Konzeptionstermin (soweit sicher): _____
 Schwangerschaft festgestellt am: _____ in der _____ SSW

Berechneter Entbindungstermin:

Entbindungstermin (ggf. nach Verlauf korrigiert):

Kommentar _____

Gravidogramm

Zweiter Ak-Suchtest (24.-27. SSW) am: _____

Untersuchung auf Hepatitis B (32.-40. SSW) am: _____

Anti-D-Prophylaxe (28.-30. SSW) am: _____

In der Entbindungsklinik vorgestellt am: _____

1.	Datum	Schwanger- schaftswoche	SSW ggf. Kontr.	Fundusstand Symph.- Furcuband	Kindslage	Herztöne	Kindbewegung	Ödeme	Varikosis	Gewicht	syst/ diast.	RR	Hb (Eryf)	ggf. Bakteriolog.	Sediment	Eiwert	Zucker	Hämig	Blut	Vaginale Unter- suchung	Risiko-Nr. nach Katalog B	Sonstiges/Therapie/Maßnahmen
2.																						
3.																						
4.																						
5.																						
6.																						
7.																						
8.																						
9.																						
10.																						
11.																						
12.																						
13.																						
14.																						

ULTRASCHALL- UNTERSUCHUNGEN

Bemerkungen:			(z.B. Ergebnisse aus vorausgegangener Ultraschalluntersuchung)							
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	I. Screening 8 + 0 bis 11 + 6 SSW			FS	SSL	BPD	Biometrie I	
			Intrauteriner Sitz:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Zeitgerechte Entwicklung:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
			Embryo darstellbar:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> Kontrolle			
			Herzaktion:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Konsiliaruntersuchung veranlasst:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Bemerkungen:	
			Mehrlinge:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja					
			monochorial:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja					
			Auffälligkeiten:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Kontrolle				
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	II. Screening 18 + 0 bis 21 + 6 SSW			BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
			a)			Thorax:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
			Einling:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose)	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein
			Herzaktion:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Linksseitige Herzposition	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	
			Plazentalok./-struktur:	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Kontrolle		Persistierende Arrhythmie im Untersuchungszeitraum	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein
			Kommentar:			Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja körperl. Entwicklung: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
			Zeitgerechte Entwicklung:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> Kontrolle	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein
			b) Kopf:			Rumpf:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Konsiliaruntersuchung veranlasst: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
			Ventrikelauffälligkeiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein
			Auffälligkeiten der Kopfform	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		Darstellbarkeit des Magens im linken Oberbauch	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein
			Darstellbarkeit des Kleinhirns	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Darstellbarkeit der Harnblase	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Bemerkungen: Biometrie II	
			Hals und Rücken:				Unregelmäßigkeiten der dorsalen Hautkontur	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein
Datum	SSW (LR)	SSW korrigiert	III. Screening 28 + 0 bis 31 + 6 SSW			BPD	FOD/KU	ATD	APD/AU	FL
			Einling:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
			Kindslage:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		Fruchtwassermenge: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> ja
			Herzaktion:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Darstellbarkeit des Magens im linken Oberbauch	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Kontrollbedürftige Befunde hinsichtlich	
			Plazentalok./-struktur:	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Kontrolle		Persistierende Arrhythmie im Untersuchungszeitraum	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein
			Kommentar:			Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Bemerkungen: Biometrie III	
			Zeitgerechte Entwicklung:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> Kontrolle	<input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein

開業医、専門医、病院の関係

- 開業医がホームベースとなる
 - 必要により高度専門医の意見を伺うことができる
 - 高度専門医も開業の形が多い
 - 専門的な特殊検査あるいは入院が必要な場合のみ病院へ
 - 病院は基本的には24時間体制
 - 専門医、病院からは そのつど報告書が来る
-

日本では

- 出産のできる病院で妊婦検診および出産
 - 出産時の緊急体制の手薄
 - 時に転院が難しい
 - 正常な妊娠出産は保険対象外
 - 母子手帳は子の成長の記録が目的
-

日本の風習として

- 里帰り出産
 - 妊婦の母親がサポーターとして大きな役割
-

ドイツでは

- 夫がサポーターとしての第一人者
 - 出産準備教室は夫婦で
 - 夫立会い出産
 - 産後のFamilyroom
-

ご静聴ありがとうございました。
