



CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik

Charité Virchow Klinikum | Fächerverbund  
Frauenheilkunde | Endometriosezentrum

Leiterin: Prof. Dr. med. Sylvia Mechsner

Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin  
iMittelallee 9

Tel. +49 30 450 564 124

Fax +49 30 450 564 902

Sylvia.mechsner@charite.de

<https://frauenklinik.charite.de/zentren/endometriosezentrum/>

Fragebogen zur Studie: **Endometriose in der Schwangerschaft - Auswirkung auf das Risiko von Geburtskomplikationen**

Name:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse:

---

Telefonnummer:

---

- Ja, ich darf im Falle von Rückfragen unter den angegebenen Daten kontaktiert werden.
- Ich möchte nicht kontaktiert werden.

Sehr geehrte Patient\*in,

Endometriose und Adenomyose erfahren immer mehr Aufmerksamkeit im medizinischen und alltäglichen Diskurs. Trotz ihrer Häufigkeit sind die Krankheitsbilder jedoch wenig erforscht. Besonders das Thema Schwangerschaft wirft bei betroffenen Frauen\* viele Fragen auf. Es ist nicht abschließend geklärt, ob Frauen\* mit Endometriose während ihrer Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für Komplikationen haben als Frauen\* ohne Endometriose. Dieser Frage möchten wir in unserer Studie nachgehen.

Einige der Fragen mögen Ihnen privat erscheinen oder Sie mit Erinnerungen konfrontieren, die Sie als unangenehm empfinden. Ist dies der Fall, tut es uns leid. Wir erhoffen uns von den Ergebnissen der Studie, dass Endometriosepatient\*innen in Zukunft noch besser zu den Themen Schwangerschaft und Geburt beraten werden können.

Als Teilnehmende tragen Sie aktiv dazu bei - Herzlichen Dank dafür.

Bei **Rückfragen** erreichen Sie uns per Mail unter [greta-sophie.ebeling@charite.de](mailto:greta-sophie.ebeling@charite.de)

**Prof. Dr. med. Sylvia Mechsner**  
Studienleiterin

**Dr. med. Teresa Mira Gruber**  
Studienärztin

**Laura Ortlieb**  
Studienärztin

**Greta Sophie Ebeling**  
Doktorandin

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. An manchen Stellen haben wir die betreffenden Seiten im Mutterpass notiert. Bitte wenden Sie sich bei Fragen an greta-sophie.ebeling@charite oder besuchen uns vor Ort, sodass wir gemeinsam Ihren Mutterpass und Dokumente zu vorherigen OPs etc. durchgehen können.

### Schwangerschaften und Geburten

Bitte füllen Sie die Tabelle für Ihre bisherigen Schwangerschaften aus. Verwenden Sie für jede Schwangerschaft eine neue Zeile. Waren Sie mehr als vier Mal schwanger, nutzen Sie die Rückseite.

	In welchem Jahr endete die Schwangerschaft?	Wie endete die Schwangerschaft?
1.	Jahr:  Erfolgte eine künstliche Befruchtung (IVF/ICSI*)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Lebendgeburt in Woche: _____ <input type="radio"/> Schwangerschaftsabbruch <input type="radio"/> Extrauterin gravidität (EUG) bzw. Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Fehlgeburt/Abort in Woche: _____ <input type="radio"/> Totgeburt
2.	Jahr:  Erfolgte eine künstliche Befruchtung (IVF/ICSI*)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Lebendgeburt in Woche: _____ <input type="radio"/> Schwangerschaftsabbruch <input type="radio"/> Extrauterin gravidität (EUG) bzw. Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Fehlgeburt/Abort in Woche: _____ <input type="radio"/> Totgeburt
3.	Jahr:  Erfolgte eine künstliche Befruchtung (IVF/ICSI*)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Lebendgeburt in Woche: _____ <input type="radio"/> Schwangerschaftsabbruch <input type="radio"/> Extrauterin gravidität (EUG) bzw. Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Fehlgeburt/Abort in Woche: _____ <input type="radio"/> Totgeburt
4.	Jahr:  Erfolgte eine künstliche Befruchtung (IVF/ICSI*)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Lebendgeburt in Woche: _____ <input type="radio"/> Schwangerschaftsabbruch <input type="radio"/> Extrauterin gravidität (EUG) bzw. Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> Fehlgeburt/Abort in Woche: _____ <input type="radio"/> Totgeburt

\*IVF = In vitro Fertilisation; ICSI = Intrazytoplasmatische Spermieninjektion

## Geburtskomplikationen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Geburten eines lebenden oder toten Kindes mit mehr als 500 g Geburtsgewicht. Bitte notieren Sie jeweils das Jahr der betreffenden Schwangerschaft.

Sind folgende Komplikationen aufgetreten?	Betreffende Schwangerschaften
<p><b>Frühgeburtlichkeit*</b> (Ende der Schwangerschaft vor der Schwangerschaftswoche 37+0)</p> <p><input type="radio"/> lag vor: ____ + ____ SSW</p> <p><input type="radio"/> lag nicht vor</p>	<p>Jahr(e):</p> <p>Grund:</p> <p><input type="radio"/> Mehrlingsschwangerschaft</p> <p><input type="radio"/> Polyhydramnion</p> <p><input type="radio"/> Triple I (Infekt, Inflammation oder beides)</p> <p><input type="radio"/> Hypertensive Schwangerschaftserkrankung</p> <p><input type="radio"/> Andere Ursache:</p>
<p>Störungen beim <b>Einwachsen der Plazenta</b></p> <p><b>Plazentaennistung am unteren Gebärmutterpol</b> (Placenta praevia)*</p> <p><input type="radio"/> Ja, marginalis</p> <p><input type="radio"/> Ja, partialis</p> <p><input type="radio"/> Ja, totalis</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p>Plazentainvasion <b>bis an die Muskelschicht</b> (Placenta accreta)*</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p>Plazentainvasion <b>bis in die Muskelschicht</b> (Placenta increta)*</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p>Plazentainvasion <b>über die Muskelschicht hinaus</b> (Placenta percreta)*</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p>Ansatz der <b>Nabelschnur an den Eihäuten</b> (Insertio velamentosa)*</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Ja, im unteren Uterussegment (Vasa praevia)</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>	<p>Jahr(e):</p> <p>Jahr(e):</p> <p>Jahr(e):</p> <p>Jahr(e):</p> <p>Jahr(e):</p>

<p><b>Bluthochdruck</b> in der Schwangerschaft und “Schwangerschaftsvergiftung”</p> <p><b>Gestationshypertonie*</b></p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p><b>Präeklampsie*</b></p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p><b>HELLP-Syndrom*</b></p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Jahr(e):</p> <p>Jahr(e):</p> <p>Jahr(e):</p>
<p><b>Narbenendometriose</b> im Bereich einer Kaiserschnittnarbe</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Jahr(e):</p> <p>Details:</p>
<p><b>Verletzung bzw. Riss der Gebärmutter</b> (Uterusruptur <u>vor</u> Beginn der Geburtswehen)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Jahr(e):</p> <p>Details:</p>
<p><b>Verletzung bzw. Riss der Gebärmutter</b> (Uterusruptur <u>nach</u> Beginn der Geburtswehen)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Jahr(e):</p> <p>Details:</p>
<p><b>Andere</b> schwere Komplikationen (z.B. Gallenstau/Cholestase in der Schwangerschaft)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>	<p>Jahr(e):</p> <p>Welche:</p>

Kam es bei einer/mehreren Geburt/en zu einem <b>Kaiserschnitt</b> ? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Jahr(e)?:  Bitte nennen Sie jeweils den Grund:
---	--

- \***Placenta praevia marginalis**: Placenta bedeckt einen Teil der Zervix oder reicht bis an den inneren Muttermund heran;
- \***Placenta praevia partialis**: die Plazenta bedeckt den inneren Muttermund teilweise;
- \***Placenta praevia totalis**: die Plazenta bedeckt den inneren Muttermund vollständig;
- \***Placenta accreta**: Plazentazotten reichen bis ans Myometrium;
- \***Placenta increta**: Plazentazotten durchwachsen das gesamte Myometrium;
- \***Placenta percreta**: Plazentazotten reichen bis in die Serosa bzw. infiltrieren Nachbarorgane
- \***Gestationshypertonie**: in der SS erstmals aufgetretener Blutdruck  $\geq 140/90$  mmHg;
- \***HELLP-Syndrom**: Kombination aus Hämolyse, erhöhten Leberwerten und erniedrigter Blutplättchenzahl;
- \***Präeklampsie**: Bluthochdruck in der Schwangerschaft und Proteinurie  $\geq 300$  mg/d oder Präeklampsie-Marker im Blut
- \***Frühgeburtlichkeit**: Gestationsalter vor der 37. Vollendeten Schwangerschaftswoche
- \***Insertio velamentosa**: Ansatz der Nabelschnur direkt an den Eihäuten, mit freiem Verlauf der Nabelschnurgefäße in den Eihäuten und Mündung am lateralen Rand der Plazenta
- \***Vasa praevia**: Insertio velamentosa im unteren Uterinsegment, frei verlaufende Nabelschnurgefäße nahe des inneren Muttermunds

Bei Fragen: [greta-sophie.ebeling@charite.de](mailto:greta-sophie.ebeling@charite.de)

### Gynäkologische Geschichte

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Diagnosen an und geben Sie den Diagnosezeitpunkt an:

Diagnose:	Jahr der Diagnose
Endometriose <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Tief infiltrierende Endometriose <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Adenomyose <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Uterus myomatosus/Vorliegen von Myomen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	



<p>Aufgrund der Endometriose wurde ich bereits operiert.</p> <p><input type="radio"/> Zutreffend</p> <p><input type="radio"/> Nicht zutreffend</p>	<p>Wie oft?</p> <p>Wann?</p> <p>Was wurde genau gemacht?</p> <p>(Nutzen Sie gern die Rückseite und/oder fügen Sie OP-Berichte und Briefe an)</p>
<p>Aufgrund der Endometriose sind mir bereits Organe entfernt worden.</p> <p><input type="radio"/> Zutreffend</p> <p><input type="radio"/> Nicht zutreffend</p>	<p>Welche Organe sind entfernt worden?</p>

### Allgemeine Vorgeschichte

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und machen Sie jeweils genauere Angaben:

<p>Ich leide unter einer/mehreren weiteren Erkrankung/en.</p> <p><input type="radio"/> Zutreffend</p> <p><input type="radio"/> Nicht zutreffend</p>	<p>Welche und seit wann:</p>
<p>Ich nehme regelmäßig Medikamente ein.</p> <p><input type="radio"/> Zutreffend</p> <p><input type="radio"/> Nicht zutreffend</p>	<p>Welche und seit wann:</p>

<p>Ich konsumiere/habe während meiner Schwangerschaft regelmäßig Nikotin/Alkohol/Drogen konsumiert.</p> <p><input type="radio"/> Zutreffend</p> <p><input type="radio"/> Nicht zutreffend</p>	<p>Welche und seit wann:</p>
---	------------------------------

### Beratung und Betreuung in der Schwangerschaft

Die folgenden Fragen helfen uns zu verstehen, welche Rolle die Endometriose/Adenomyose in der Schwangerschaftsvorsorge und in Gesprächen mit Ihren behandelnden Ärzt\*innen gespielt hat. Insbesondere Ihre persönliche Einschätzung interessiert uns. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und erläutern Sie gegebenenfalls:

<p>Ich wurde in der Schwangerschaft von meinem*r Frauenärzt*in auf Endometriose/Adenomyose als Risikofaktor für Schwangerschaftskomplikationen angesprochen.</p> <p><input type="radio"/> Zutreffend</p> <p><input type="radio"/> Nicht zutreffend</p>
<p>Ich wurde in der Entbindungsklinik auf Endometriose/Adenomyose als Risikofaktor in der Schwangerschaft angesprochen.</p> <p><input type="radio"/> Zutreffend</p> <p><input type="radio"/> Nicht zutreffend</p>

<p>Ich hätte mir zu folgenden Zeitpunkten <b>mehr Beratung zu EM und AM als Risikofaktor</b> in der Schwangerschaft gewünscht:</p> <p><input type="radio"/> Vor der ersten Schwangerschaft</p> <p><input type="radio"/> In der Schwangerschaftsvorsorge</p> <p><input type="radio"/> In der Entbindungsklinik</p> <p><input type="radio"/> An folgendem Zeitpunkt:</p> <p><input type="radio"/> <b>Nicht zutreffend</b>, da ich mir zu keinem Zeitpunkt mehr Beratung gewünscht hätte.</p>
--

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme.**

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an [greta-sophie.ebeling@charite.de](mailto:greta-sophie.ebeling@charite.de) oder per Post an die folgende Adresse:

Endometriosezentrum  
 Studie: Endometriose und Schwangerschaft  
 Frauenklinik Charité Virchow Klinikum  
 Geländeadresse: Mittelallee 9  
 Augustenburger Platz 1; 13353 Berlin