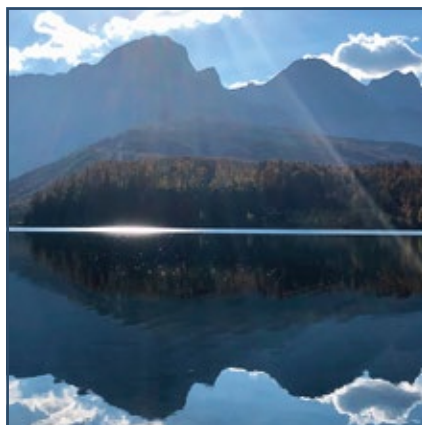




**Stellungnahme der ÖGGG
zum medizinisch induzierten Spätabbruch**

Mutter-Kind-Pass

**Schwangerschaft, Geburt
und zukünftige Beckenbodenschädigung**

**Neugeborenencreening 2019:
Früherkennung von angeborenen Stoffwechselerkrankungen
und Hormonstörungen**

Das Überbringen schlechter Nachrichten

Kyleena®

5 Jahre, niedrig dosiert.



WENN SIE MICH FRAGEN:

ICH WILL EINEN MÖGLICHST
NATÜRLICHEN
ZYKLUS UND
HOHE KONTRAZEPTIVE
WIRKSAMKEIT

DIE KÖRPEREIGENEN
HORMONAKTIVITÄTEN BLEIBEN
WEITGEHEND UNVERÄNDERT¹

0,29

5-Jahres-Pearl-Index^{1*}

ÖSTROGENFREI¹

NIEDRIGSTE
TÄGLICHE
LNG-DOSIS^{1*}



GEEIGNET FÜR NULLIPARE UND
PARE FRAUEN¹

^{*} 1-Jahres-Pearl-Index: 0,16 (95%-Konfidenzintervall 0,02–0,58). 5-Jahres-Pearl-Index: 0,29 (95%-Konfidenzintervall 0,16–0,50). Die Versagerquote lag bei ca. 0,2 % in Jahr 1. Die kumulative Versagerquote lag nach 5 Jahren bei ca. 1,4 %.

[▲] erhältlich als 5-Jahres-IUS



1. Bayer. Kyleena® Fachinformation Stand September 2018.

Kyleena 19,5 mg intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Das intrauterine Wirkstofffreisetzungssystem enthält 19,5 mg Levonorgestrel.

Liste der sonstigen Bestandteile: Polydimethylsiloxan-Elastomer, Hochdisperses Siliciumdioxid wasserfrei, Polyethylen, Bariumsulfat, Polypropylen, Kupferphthalocyanin, Silber

Pharmakotherapeutische Gruppe: Plastik-IUP mit Gestagen, ATC-Code: G02BA03

Anwendungsgebiete: Empfängnisverhütung für eine Dauer von bis zu 5 Jahren.

Gegenanzeigen: Schwangerschaft; akute oder rezidivierende entzündliche Beckenerkrankung (PID) oder Krankheiten, die mit einem erhöhten Risiko für Beckeninfektionen verbunden sind; akute Zervizitis oder Vaginitis; postpartale Endometritis oder septischer Abort in den vorangegangenen drei Monaten; zervikale intraepitheliale Neoplasie bis zur Rückbildung; maligne Erkrankung von Uterus oder Zervix; gestagen-sensitive Tumoren, z. B. Mammakarzinom; anomale vaginale Blutung unbekannter Ätiologie; angeborene oder erworbene Fehlbildung des Uterus einschließlich Uterusmyome, die die Einlage und/oder Retention des intrauterinen Wirkstofffreisetzungssystems behindern würden (d. h. wenn sie die Gebärmutterhöhle verformen würden); akute Lebererkrankung oder Lebertumor; Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile.

Inhaber der Zulassung: Bayer Austria Ges.m.b.H., Herbststraße 6–10, 1160 Wien.

Rezeptpflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig.

Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Stand der Information: September 2018

Kyleena®

5 Jahre, niedrig dosiert.

Editorial	Seite 4
Ch. Brezinka	
Die Stempel im Mutter-Kind-Pass: von der „erhöhten Geburtenbeihilfe“ zum „Kinderbetreuungsgeld neu“	Seite 7
V. Konstantopoulou, M. Zeyda	
Österreichisches Früherfassungsprogramm zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechsel- erkrankungen und Hormonstörungen – Das Neugeborenencreening im Jahr 2019	Seite 10
B. Bodner-Adler	
Schwangerschaft, Geburt und zukünftige Beckenbodenschädigung.....	Seite 13
T. Stompe	
Das Überbringen schlechter Nachrichten	Seite 16

Rubriken

Mut zu Veränderungen	
„Jede Frau hat das Recht auf einen erfahrenen Operateur“	Seite 18
J. Grabowski	
Der Einsatz von Probiotika in der gynäkologischen Onkologie	Seite 22
Hinweise für Autoren	Seite 20

Titelbild: Kinga Chalubinski

IMPRESSUM

Herausgeber: o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein und Univ.-Prof. DD. Johannes Huber
Universitätsklinik für Frauenheilkunde, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Redaktion: Univ.-Prof. Dr. Kinga Chalubinski, Universitätsklinik für Frauenheilkunde,
Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

Medieninhaber, Produktion: Krause & Pachernegg GmbH,
A-3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21, Tel. 02231/61258-0, Fax DW 10,
Homepage: www.kup.at/speculum

Herstellung: Wallig Ennstaler Druckerei und Verlag Ges.m.b.H., A-8962 Gröbming, Mitterbergstraße 36

Erscheinung: bis zu 4× jährlich

Abonnementwünsche und Adressenänderungen:

Krause & Pachernegg GmbH, A-3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21, Fax 02231/61 258-10

Besonderer Hinweis: Namentlich gezeichnete Artikel, Leserbriefe, sonstige Beiträge und die darin enthaltenen Therapieangaben sind die wissenschaftliche und/oder persönliche Meinung des Verfassers und müssen daher nicht mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Diese Beiträge fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Die Druckwiedergabe wird sorgfältig geprüft, erfolgt jedoch ohne Gewähr. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung und Quellennachweis gestattet.

Um den Lesefluss zu erleichtern, wurde auf eine gleichzeitige Erwähnung der männlichen und weiblichen Formen verzichtet. Es sind aber immer gleichermaßen sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint.

Für Angaben zur Anwendung von Arzneimitteln bzw. Einsatz von Geräten kann keine Gewähr übernommen werden. Der Leser muss diese Angaben in jedem Einzelfall anhand der Anwendungsrichtlinien und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüfen.

Angaben lt. Pressegesetz § 25, Abs. 4: SPECULUM ist eine internationale medizinische Fachzeitschrift zur wissenschaftlichen Information und Weiterbildung von Gynäkologen und gynäkologisch interessierten Ärzten.

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe



Postadresse & Kontakt

Stephanie Leutgeb | OEGGG-Sekretariat
1090 Wien, Billrothhaus – Frankgasse 8

Tel: +43 |0|664 3535 140
e-mail: oeggg@oeggg.at
web: www.oeggg.at

Frau
Mag.Dr. Juliane Bogner-Strauß
Bundesministerin für Frauen, Familien und Jugend
Bundeskanzleramt Österreich
1020 Wien, Untere Donaustraße 13-15
post@bka.gv.at

Frau
Mag. Beate Hartinger-Klein
Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und
Konsumentenschutz
1010 Wien, Stubenring 1
post@sozialministerium.at

Wien, 13.03.2019

Herrn
Norbert Hofer
Bundesminister für Verkehr, Innovation und Technologie
1030 Wien, Radetzkystraße 2
norbert.hofer@bmvit.gv.at

Herrn
Dr. Josef Moser
Bundesminister für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
1070 Wien, Museumstraße 7
josef.moser@bmvrjd.gv.at

Sehr geehrte Ministerin Frau Doktor Bogner-Strauß!
Sehr geehrte Ministerin Frau Magister Hartinger-Klein!
Sehr geehrter Minister Herr Doktor Moser!
Sehr geehrter Minister Herr Hofer!

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft OEGGG Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erlaubt sich Ihnen zu Ihrer weiteren Verwendung folgende Stellungnahme zum medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch zu übermitteln.

Der §97 StGB Abs. 2 regelt den Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren oder einer ersten Gefahr, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde.

Die derzeitige Regelung aus §97 Strafgesetzbuch ist ein sehr guter Kompromiss zwischen der Tatsache, dass ein Schwangerschaftsabbruch zweifelsohne ein *Unrecht* darstellt, ein Verbot (historisch belegt) undurchsetzbar ist und dieses Unrecht gegen das „Unglück“ bei Austragen einer Schwangerschaft abgewogen werden muss.

Die Tatsache, dass ein Schwangerschaftsabbruch nicht erlaubt, sondern verboten, aber unter den im §97 (2) genannten Umständen straffrei gestellt ist, bringt diesen Kompromiss gut zum Ausdruck.

Präsidentin
Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
praesident@oeggg.at

1. Schriftführerin
Priv.-Doz.Dr. Gunda Pristauz
Universitätsklinik für Frauenheilkunde & Geburtshilfe
8020 Graz, Auenbruggerplatz 14
schriftfuehrer@oeggg.at

Die Handhabung des §97 Abs. 2 (medizinische Indikation) wird in Österreich seit Beginn dieses Jahrtausends auf der Basis eines Konsensus-Statements „Spätabbruch“ – beigefügt – durchgeführt und wird somit wesentlich eingeschränkter gehandhabt als es der Gesetzestext zulassen würde.

Die Eckpunkte dieser Vorgangsweise sind:

- immer **nur auf Wunsch der Frau** (daher wird hier keine „Eugenik“ betrieben, sondern der Schwangerschaftsabbruch wird auf der Basis der Autonomie einer umfassend informierten Schwangeren durchgeführt)
- nach interdisziplinärer Abklärung und Beratung (Entscheidungsfindung im weitgehenden Konsens – nicht einstimmig!)
- unter psychologischer Betreuung die möglichen Optionen der Weiterführung der Schwangerschaft oder des medizinisch indizierten Spätabbruchs ergebnisoffen besprochen
- mit einem ausreichenden Zeitabstand zwischen Diagnose und Entscheidung
- unter Abwägung der Vorstellung, dass die Autonomie der Schwangeren im Zuge der Schwangerschaft abnimmt und das Lebensrecht des Kindes in dieser Zeit zunimmt (was vom Gesetz her nicht vorgesehen wäre)
- Durchführung weitgehend nur in spezialisierten Zentren mit entsprechender Erfahrung (auch in der Betreuung)
- Es ist zwingend notwendig nach der Geburt des Kindes eine pathologisch-anatomische und histologische Aufarbeitung durchzuführen.
- Die derzeitige gesetzliche Regelung und ihre praktische Durchführung verfolgen keinerlei „eugenische“ Ziele in dem Sinn, dass die Zahl gewisser Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung reduziert und dieses Ziel mit Zwangsmitteln erreicht werden soll. Wahr ist vielmehr, dass nach ausführlicher Pränataldiagnostik und Bewertung des Schweregrades der fetalen Erkrankung die Schwangere individuell informiert und non-direktiv beraten wird. Ein eventueller Schwangerschaftsabbruch wird nur nach schriftlicher, informierter Zustimmung und Entscheidung der Patientin durchgeführt und dient ausschließlich einer individuellen Konfliktlösung.

Was die Befürworter einer Streichung der medizinischen Indikation nicht berücksichtigen sind die aus Sicht der Unterstützer zweifelsohne unerwünschten Konsequenzen:

Das weitgehend umgesetzte – und in Zukunft möglicherweise noch verstärkt ausgebaut – Ersttrimesterscreening (zwischen der 11. und 14. Schwangerschaftswoche) zeigt oft ein erhöhtes Risiko für eine Fehlbildung an, ohne dass eine klare Diagnose gestellt werden kann.

In der jetzigen Situation wird die Zeit danach (vor allem bis zum Organscreening in der 21. Schwangerschaftswoche) dazu verwendet, diesen Verdacht „abzuarbeiten“....

In rund $\frac{3}{4}$ aller Fälle zeigt sich, dass der ursprüngliche Verdacht sich nicht bestätigen konnte und es sich im Wesentlichen um ein gesundes Kind handelt.

Nur in rund $\frac{1}{4}$ der ursprünglichen Verdachtsfälle bestätigt die weiterführende Diagnostik (Chorionzottenbiopsie, ausführliche genetische Untersuchungen aus dem gewonnenen Material, fetaler Kernspin, detailliertes Organscreening in einer späteren Schwangerschaftsphase) den Verdacht auf eine Fehlbildung – was dann in der jetzigen gesetzlichen Regelung tatsächlich zu einem Schwangerschaftsabbruch führen kann – falls die Frau das wünscht...

In Zukunft werden bei Streichung der medizinischen Indikation der Großteil diese Verdachtsfälle abgebrochen werden – unter anderem deshalb, weil der OGH doch einen massiven Druck auf die Pränataldiagnostiker ausübt („wrongful-birth-Urteile“) und daher die Aufklärung im Zweifel eher hart ausfallen muss.

- Ein nicht unbeträchtlicher Teil von spät diagnostizierten Fehlbildungen (z.B. während des Organscreenings - das deshalb notwendig ist, weil hier Veränderungen diagnostiziert werden können, wo man dem Kind erfolgreich helfen kann – z.B. Zwerchfellhernie) werden dann ins Ausland zum Abbruch fahren („Abbruch-Tourismus“).
- Ein Teil dieser Feten wird qualvoll (unter Umständen über Tage) post partum sterben.
- Ein anderer Teil wird nach entsprechender intensivmedizinischer Betreuung mit z.T. schwersten Behinderungen den Eltern übergeben werden, wo das österreichische Sozialsystem zwar verspricht diesen betroffenen Familien zu helfen, diese Versprechen aber zumeist nur am Papier existieren und die Unterstützung den tatsächlichen Aufwand nicht decken kann. Die – bekannte – Folge ist, dass die Frau sehr oft mit ihrem behinderten Kind allein gelassen wird und der Mann, der mit dieser Belastung nicht umgehen kann, die Familie verlässt.

Die Streichung der medizinischen Indikation stellt eine wesentliche Verschlechterung der derzeitigen Situation dar und es wird als Folge dazu zu einer eindrucksvollen Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen und zu einer starken sozialen Diskriminierung kommen, die gerade die sozial Schwächeren verstärkt treffen wird.

Wir ersuchen Sie im Sinne der Frauen und Kinder die grundsätzliche Regelung im §97 StGB Abs. 2 zu belassen und die Handhabung des medizinischen Schwangerschaftsabbruches wie er in Österreich auf der Basis der beigefügten Konsensus Empfehlung tatsächlich gehandhabt wird, z.B. mittels Verordnung vorzuschreiben und es nicht der Gemeinschaft der FrauenärztInnen im Sinne einer freiwilligen Beschränkung zu überlassen.

Mit freundlichen Grüßen
für den Vorstand der OEGGG

Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger
Präsidentin der OEGGG

PD Dr. Gunda Pristauz
1. Schriftführerin der OEGGG

Univ.-Prof.Dr. Peter Husslein
Vorstandsmitglied der OEGGG

Schreiben ist elektronisch viduiert

Die Stempel im Mutter-Kind-Pass: von der „erhöhten Geburtenbeihilfe“ zum „Kinderbetreuungsgeld neu“

Ch. Brezinka

Seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes sind staatliche Geldzahlungen an Compliance bei der Inanspruchnahme der ärztlichen Untersuchungen der werdenden Mutter in der Schwangerschaft und – danach – des Kindes gekoppelt. Ursprünglich gab es diese Zahlungen unter dem Titel „erhöhte Geburtenbeihilfe“, mittlerweile sind sie Teil des „Kindergeldes neu“ geworden. Sie werden über die Krankenversicherung, bei der die Schwangere bei Eintritt der Schwangerschaft gemeldet war, administriert.

Die Krankenkassen und Sozialversicherungsträger in Österreich waren stets darauf bedacht, die Ausgaben für den „Versicherungsfall Mutterschaft“ so gering wie möglich zu halten. Vor allem wollte man diesen speziellen Versicherungsfall auf die Geburt beschränken und ihn nicht in die Frühschwangerschaft hineinreichen lassen. Die Kassen sträubten sich dagegen, ein umfassendes Schwangeren-Vorsorgepaket für ihre Versicherten anzubieten. Mit dem Familienlastenausgleichsgesetz und dem entsprechenden Fonds – FLAF – gelang es ab 1954, ein Finanzierungselement für familienpolitische Ziele außerhalb der Krankenkassenbeiträge und außerhalb des vom Parlament zu bewilligenden Budgets zu schaffen. Dennoch brauchte es bis zum Jahr 1974, als mit dem Mutter-Kind-Pass ein über den FLAF finanziertes, strukturiertes Schwangeren- und Kleinkinder-Vorsorgeprogramm für alle in Österreich lebenden Frauen und Mütter angeboten werden konnte [1].

Interessant war von Anfang an die Koppelung von Geldprämien an gute Compliance bei der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen des MKP während und nach der Schwangerschaft. Nach der Entbindung stand jeder Frau eine „allgemeine Geburtenbeihilfe“ zu – im Jahr 1996 waren dies 2000,- Schilling. Die „erhöhte Geburtenbeihilfe“ in der Höhe von 5000,- Schilling wurde nur ausbezahlt, wenn die im Mutter-Kind-Pass festgelegten ärztlichen Untersuchungen

während der Schwangerschaft entsprechend bestätigt waren.

Die Koppelung der erhöhten Geburtenbeihilfe an Wohlverhalten – zu beweisen durch bestätigte Arztbesuche während der Schwangerschaft – zeigt einen ungewöhnlich vormundschaftlichen Staat. Im Vergleich zur sonstigen Sozialgesetzgebung ist diese Strenge für Österreich eigentlich atypisch. Abgeschaut wurde diese Vorgangsweise in Frankreich, wo schon lange eine aktive, staatlich geleitete und überwachte Schwangerenvorsorge mit Prämien und finanziellen Belohnungen, aber auch Strafen bestand. Bereits 1946 gab es für französische Schwangere eine Geldprämie („prime de declaration precoce“), wenn sie ihre Schwangerschaft im ersten Trimenon meldeten. Bald danach wurde ein System eingeführt („allocation de grossesse/allocation au jeune enfant“), wobei Frauen vom 4. Monat der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensmonat des Kindes eine monatliche Geldprämie erhielten, wenn sie regelmäßig ihre Arztbesuche absolvierten [2].

Die wechselhafte Entwicklung der gesetzlichen Bestimmungen zu Schwangerschaft, Mutterschaft, Karenz in Österreich und den verschiedenen Beihilfen von 1945 bis heute ist in der Tabelle 1 chronologisch wiedergegeben.

Wir wollen uns hier auf den Jetzt-Zustand (erste Jahreshälfte 2019) beschränken: In Österreich gilt in den 8 Wochen vor der Geburt und den 8 Wochen danach ein absolutes Beschäftigungsverbot: der Mutterschutz. Kommt das Kind vor dem bei der Schwangerschaftsmeldung gemeldeten, damals errechneten Geburtstermin zur Welt, dann verlängert sich die Mutterschutzfrist in der Zeit nach der Geburt, bis die der Frau ursprünglich zustehenden 16 Wochen erreicht sind. Bei Mehrlingsgeburten, Frühgeburten und auch nach Sectio verlängert sich das Arbeitsverbot nach der Geburt um 4 Wochen auf 12 Wochen.

Tabelle 1: Chronologie von Mutterschutz und Kinderbetreuungsgeld in Österreich nach 1945

1948	Ernährungsbeihilfegesetz berücksichtigt Schwangere
1949	Einführung der gesetzlichen Kinderbeihilfe
1954	Familienlastenausgleichsgesetz
1957	6-monatige Karenz nach Mutterschutzfrist
1960	12 Monate Karenz nach Mutterschutzfrist, einkommensabhängiges Karenzgeld
1967	Familienbeihilfe, Kinderbeihilfe, Ergänzungsbeitrag, Muttergeld und Geburtenbeihilfe in ein Familienlastenausgleichsgesetz zusammengefasst
1974	Einkommensunabhängiges Karenzgeld, Erleichterung der Anwartschaft, Einführung des Mutter-Kind-Passes
1990	Karenzurlaubserweiterungsgesetz mit Teilzeitbeihilfe für Selbständige und Bäuerinnen
1992	Einführung des zweiten Karenzjahrs (24 Monate)
1995	Trennung der „allgemeinen Geburtenbeihilfe“ von der „erhöhten Geburtenbeihilfe“, die nur bei guter Compliance ausbezahlt wird
1996	„Sparpaket“: Strukturanpassungsgesetz – Abschaffung der erhöhten Geburtenbeihilfe, Verkürzung der Karenzzeit auf 18 Monate, außer Partner nimmt 3 Monate
1997	Einführung Mutter-Kind-Pass-Bonus und Kleinkindbeihilfe
2002	Abschaffung der Sondernotstandshilfe („3. Karenzjahr“) und Ersatz durch Kindergeld für 3 Jahre
2004	Neuregelung Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung bis zum 7. Lebensjahr des Kindes
2009	Pauschales Kinderbetreuungsgeld
2012	Aufhebung des Karenzurlaubsgesetzes
2015	Präzisierung im Mutterschutzgesetz, dass Kündigungsschutz bis vier Wochen nach einer Fehlgeburt besteht
2017	Kinderbetreuungsgeld neu mit Wahl zwischen KBG-Konto und einkommensabhängigem Kindergeld

Während der mindestens 16 Wochen Mutterschutz steht der Frau das Wochengeld zu, welches sich aus dem bisherigen Durchschnittseinkommen errechnet. Das Wochengeld wird bei der zuständigen Krankenkasse beantragt. Nur wenige Frauen treten nach Ablauf der Mutterschutzfrist wieder in den Arbeitsprozess ein, denn nun beginnt die Zeit der Karenz. Dies ist ein arbeitsrechtlicher Anspruch auf eine Dienstfreistellung gegen

Entfall der Bezüge und die Verpflichtung für den Arbeitgeber, die Dienstnehmerin spätestens zum 2. Geburtstag des Kindes wieder die Arbeit aufnehmen zu lassen.

In dieser Zeit hat die karenzierte Arbeitnehmerin Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld (KBG). Dieses stellt die wichtigste staatliche existenzsichernde Leistung für Eltern in der Kleinkindphase dar, es ist eine sog. Familienleistung und wird über die zuständige Krankenkasse administriert. Anspruch in voller Höhe besteht nur, wenn ein Minimum der im MKP geforderten Untersuchungen in der Schwangerschaft und später mit dem Kleinkind gemacht werden.

Dafür legt das Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG) präzise fest, dass der Mutter-Kind-Pass für den Nachweis der ärztlichen Untersuchungen sowie der Hebammenberatung einen entsprechenden Vordruck zu enthalten hat [3]. Bereits bei der Beantragung des Kinderbetreuungsgeldes müssen die fünf Untersuchungen während der Schwangerschaft sowie die erste Untersuchung des Kindes mittels Vorlage der entsprechenden Untersuchungsbestätigungen aus dem MKP nachgewiesen werden.

Dafür sind vom Gesetz auf den letzten Seiten des MKP zwei Blätter mit Perforation vorgesehen, wobei auf dem mit „Vordruck – Blatt 1“ überschriebenen Blatt „zum Nachweis (in Kopie) bei der zuständigen Krankenkasse bei erstmaliger Antragstellung auf Kinderbetreuungsgeld“ die fünf Untersuchungen in der Schwangerschaft und die Erstuntersuchung des Kindes mit Datum, Stempel und Unterschrift zu bestätigen sind. Da sie nicht im Original vorgelegt werden müssen, geben sich viele Krankenkassen mittlerweile mit abfotografierten oder eingescannten und per e-mail-Attachment übermittelten Formularen zufrieden – Hauptsache, die Stempel und die Daten stimmen.

Die Stempel auf dem Vordruck 1 genügen für die Antragsberechtigung für Kindergeld. Die Stempel und Unterschriften auf Seite 16 des MKP haben damit nichts zu tun und dürfen von keinem kreativen Schalter-Sachbearbeiter als Voraussetzung für das Kindergeld gefordert werden. Genauso wenig darf man Schwangere nötigen, die nunmehr mögliche Hebammenkonsultation in der Schwangerschaft deshalb zu machen, „weil Sie sonst kein Kindergeld kriegen“.

Die Defizite beim Ausfüllen des MKP sind seit den Anfängen bekannt und wurden auch bei der ersten (und bisher einzigen) ministeriellen Enquete zu den Erfahrungen mit dem Mutter-Kind-Pass im Jahr 1988 thematisiert [4]. Was sicher nicht

geht, ist die mancherorts eingerissene Praxis, die Wöchnerin, die den Kindergeldantrag stellt, von Amts wegen so oft zu den betreuenden Gynäkologen zurückzuschicken, bis diese auch die letzte Varizen- und Ödeme-Rubrik im MKP mustergültig nachgetragen haben.

Der MKP ist ein Leuchtturm-Projekt der österreichischen Gesundheits-, Sozial- und Familienpolitik. Trotzdem ist er bis heute in Ordinationen und Spitalsambulanzen das wenig geliebte „gelbe Heftl“ geblieben. Die heftigen Kämpfe einzelner Berufsgruppen, abrechnungstechnisch „in den MKP hinein“ zu kommen, die dabei unvermeidlichen „Winke mit Leichentüchern und Kindersärgen“, wenn diesem Wunsch unvollständig entsprochen wird, stehen in keiner Relation zur alltäglichen Lustlosigkeit beim Ausfüllen der Formulare. Allen, die mit dem MKP zu tun haben, ist eine positive Einstellung zu diesem Heft ans Herz zu legen.

LITERATUR:

1. Brezinka C. Schwangerschaft in Österreich – Medizin, Kostenrechnung und Sozialgesetzgebung in der Schwangerschaftsvorsorge, Geburt und Karenzzeit. In: Baier H, Wiehn ER (Hrsg). Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Hartung Gorre Verlag Konstanz, 1997.
2. Cahen F. Le gouvernement des grossesses en France (1920–1970). *Revue d'Histoire de la Protection Sociale* 2014; 7: 34–57.
3. Holzmann-Windhofer S, Weissenböck M. Kinderbetreuungsgeldgesetz - Kommentar zum KBGG und FamZeitbG. Lexis Nexis, Wien, 2017.
4. Rett A. Eine kritische Darstellung des derzeitigen Mutter-Kind-Passes; Mutter-Kind-Pass – Erfahrungen und Entwicklungen, Enquete vom 21.11.1988. Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, Wien, 1989; pp 41–2.

Korrespondenzadresse:

*Ao. Univ.-Prof. Dr. Christian Brezinka
Univ.-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
E-mail: christoph.brezinka@i-med.ac.at*

Österreichisches Früherfassungsprogramm zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Hormonstörungen – Das Neugeborenenenscreening im Jahr 2019

V. Konstantopoulou, M. Zeyda

Zusammenfassung

Das Neugeborenenenscreening (NGS) ist eine der erfolgreichsten präventiven Maßnahmen, die weltweit in der Medizin ihren Einzug fand. Es unterliegt ständiger Erneuerung nach den neuesten Qualitätskriterien, es wird mit modernsten technischen Methoden und durch fachkompetente Mitarbeiter multidisziplinär durchgeführt. Seit der Erstentwicklung des NGS sind Tausende von Neugeborenen mit angeborenen Stoffwechselstörungen, inkl. cystischer Fibrose, sowie Endokrinopathien frühdiagnostiziert, frühbehandelt und vor dem Tode bewahrt worden bzw. konnte im Vergleich zu einer nicht erfolgten Früherkennung ihre Lebensqualität deutlich verbessert werden. Unter jährlich 80.000–90.000 Geburten in Österreich werden ca. 100 Neugeborene diagnostiziert.

Die Entstehung des Neugeborenenenscreenings

1963 wurde das erste nationale Screening auf Phenylketonurie aus einer Trockenblutkarte in Massachusetts von Professor Dr. Robert Guthrie eingeführt. Fast auf den Tag genau 53 Jahre sind vergangen, seitdem der Kinderarzt Professor Dr. Otto Thalhammer die Innovation und den Beitrag des Neugeborenenenscreenings im Gesundheitswesen erkannt hat. In Folge hat er das NGS in Pionierarbeit im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit und Familie in Österreich an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde implementiert, wo es bis heute lokalisiert ist.

Zuerst wurde nur eine Krankheit – die Phenylketonurie – untersucht. Innerhalb desselben Jahres

wurden die Galaktosämie und bald darauf noch 8 weitere angeborene Stoffwechselstörungen bzw. Endokrinopathien (kongenitale Hypothyreose, Biotinidasemangel, cystische Fibrose und adrenogenitales Syndrom) eingeschlossen. Damals galt das NGS deshalb als das umfassendste Früherkennungsprogramm weltweit.

Die Entwicklung der revolutionären technischen Errungenschaft, die Tandem-Massenspektrometrie (MS/MS), mit der mehrere Blutparameter simultan in wenigen Minuten untersucht werden können, führte Ende der 1990er Jahre in den USA und April 2002 geleitet durch Prof. Sylvia Stöckler-Ipsiroglu in Österreich zur Erweiterung des Screening-Panels um weitere 20 Erkrankungen.

Einschlusskriterien

Nachdem das NGS rasch international verbreitet wurde, haben Wilson & Jungner im Jahre 1968 im Auftrag der WHO 10 Kriterien darüber erstellt, welche Bedingungen die einzuschließenden Erkrankungen bzw. Konditionen erfüllen sollten:

1. Die Erkrankung (Kondition) soll ein bedeutsames Gesundheitsproblem sein.
2. Die Biologie, der natürliche Verlauf der Erkrankung von der latenten Phase bis zur manifesten Erkrankung, muss weitgehend verstanden sein.
3. Die Erkrankung muss eine identifizierbare Frühphase haben.
4. Die Behandlung im Frühstadium muss wirksamer sein als im Spätstadium.
5. Es muss einen geeigneten Test für die Entdeckung der Frühphase der Erkrankung geben.
6. Der Test muss für die Bevölkerung annehmbar sein.

7. Die Untersuchungsintervalle des Screening-Tests müssen im Vorhinein bekannt sein.
8. Einrichtungen (Ressourcen), die den erhöhten Versorgungsbedarf, der durch bevölkerungsbasierte Screening-Programme anfällt (wie z. B. definitive diagnostische Untersuchung, Folgebehandlungen), abdecken, müssen *a priori* verfügbar sein.
9. Das Risiko eines mit den Screening-Maßnahmen assoziierten physischen und psychischen Schadens muss bewiesenermaßen geringer sein als der Nutzen.
10. Die Kosten müssen in einem annehmbaren Verhältnis zum Gesundheitsnutzen des Programms stehen.

NGS-Untersuchungspanel aktuell

Entwicklungen aufgrund von Forschungsergebnissen sowohl technischer als auch medizinischer Natur resultieren in der ständigen Erneuerung des NGS. Auch das NGS-Panel kann sich im Laufe der Zeit – also je länger eine Krankheit oder Kondition untersucht wird, auch den Kriterien berücksichtigend – verändern. Aktuell wird im Österreichischen Neugeborenen-Screening-Labor nach 28 Krankheiten gesucht – die Anzahl variiert abhängig von der Kategorisierung der gescreenten Krankheiten. Sie gehören mehr oder weniger der Gruppe der Intoxikationskrankheiten an, d.h. Krankheiten, die sich bald nach der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten manifestieren, wie mittel-, lang- oder überlangkettige Fettsäureoxidaationsdefekte oder Organoazidurien wie Methylmalonazidurie, Propionazidämie, Isovalerialanazidämie, Glutarazidurie Typ I oder Harnstoffzyklusdefekte wie Citrullinämie.

Mit zunehmender Expertise sowie Sensitivität der angewandten Methoden ist es in der Zwischenzeit möglich, auch angeborene Cobalaminstoffwechseldefekte sowie nutritiv (maternal) bedingte Vitamin B12-Mangelsituationen, die – wenn sie ausgeprägt vorliegen – ebenfalls zu Entwicklungsstörungen und zerebralen Leiden führen können, festzustellen. Die Inzidenz dieses Vitaminmangels nimmt mit der Verbreitung alternativer Ernährungsweisen (Vegetarismus oder Veganismus) sowie mit dem auf der anderen Seite bestehenden Mangel an Bewusstsein für eine ausgewogene Ernährung zu.

Praktische Umsetzung

Das NGS sollte zwischen der 36. und 72. Lebensstunde durchgeführt werden. Auf der Vorderseite der dafür vorgesehenen Filterpapierkarte sind Fel-

Inzidenzen in Österreich 2018	
Phenylketonurie	1
Hyperphenylalaninämie	3
Galaktosämien	4
Adrenogenitales Syndrom	7
Hypothyreose	24
Cystische Fibrose	22
Biotinidase-Mangel	4
Citrullinämie Typ I	4
Carnitin-Transporterdefekt	2
Glutarazidurie Typ I	2
Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel	8
Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel	3
Long-Chain 3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel	1
Propionazidämie	2
Methylmalonazidurie	1
Isovalerialanazidurie	1
Intrazelluläre Cobalamindefekte	2
Vitamin B12-Mangel	56
Gesamt	147

der zur Dokumentation der Daten des Neugeborenen und der Kindesmutter sowie Besonderheiten, die die peri-/ postpartale Zeit des Neugeborenen betreffen, vorhanden. Auf der Rückseite der Filterpapierkarte findet sich zur Vermeidung unnötiger Recalls oder gar falsch-negativer Resultate eine genaue Beschreibung der korrekten Blutabnahme und weitere Behandlung der Trockenblutkarte, sowie die Adresse des Neugeborenen-Screening-Labors.

Die Kindesmutter sollte vor der Blutabnahme über das Screening (am besten mit dem vom Österreichischen Neugeborenen-Screeninglabor ausgegebenen Informationsfolder) informiert werden. Sollte sie konkret gegen die Durchführung sein, ist dies mit ihrer Unterschrift zu dokumentieren.

Thema Datenschutz

Die auf der Filterpapierkarte eingetragenen Daten sowohl des Neugeborenen als auch der Kindesmutter werden vertraulich behandelt. Nur Personen, die im NGS involviert sind, haben zur Interpretation der Ergebnisse und für eine gegebenenfalls notwendige Verständigung Einsicht in diese Daten.

Neuerungen & Ausblick

Mit dem Ziel, die Recallraten so optimal wie möglich zu reduzieren, werden ständig neue Algorithmen und Zweittests überprüft und eingeführt. Somit konnte 2017 die zuvor hohe Recallrate bei der Detektierung der cystischen Fibrose durch Einführung des Tests auf das Pancreatitis-Associated Protein um 75 % bei erhaltener Sensitivität reduziert werden. Das bedeutet, dass ca. 600 Familien jährlich nicht mehr unnötig beunruhigt werden.

Neue Zielkrankheiten, derzeit noch in Pilotstudie, sind primäre Immundefizienzen (SCID, Severe Combined Immunodeficiency), die schon in einigen europäischen Ländern implementiert wurden.

Conclusio

Österreich hatte von Beginn an eine Vorreiterrolle in einer weltweit bahnbrechenden und einer der erfolgreichsten präventivmedizinischen Errungenschaft: das Neugeborenencreening, für das in Österreich fortwährend höchster technischer und wissenschaftlicher Standard angestrebt wird. Die einfache Methode der Probengewinnung sowie die hohe Akzeptanz des Screenings in der Bevölkerung Österreichs ermöglichen diesen Erfolg, der frühdiagnostizierten Kindern und ihren Familien eine deutlich verbesserte Lebensqualität bzw. in manchen Fällen ein nahezu normales Leben bringt.

Weitere Informationen über das Österreichische Neugeborenencreening und die untersuchten Krankheiten, den Informationsfolder sowie Kontaktadressen finden Sie auf der Website: www.neugeborenencreening.at

LITERATUR:

Thalhammer O et al. Zwölf Jahre österreichisches Programm zur Früherfassung angeborener Stoffwechselanomalien. *Klin Pädiat* 1980; 192: 589–98.

Kasper DC et al. The National Austrian Newborn Screening Program – Eight years experience with mass spectrometry. Past, present, and future goals *Wien Klin Wochenschr* 2010; 122: 607–13.

Wilson JMG & Jungner G. Principles and practice of screening for disease. WHO, Geneva, 1968; Public health paper Number 34 (Übersetzung in Deutsch: Dr. med. Daniela Schmid, MSc, Wien 2004).

Korrespondenzadresse:

*Frau OA Dr. med. Vassiliki Konstantopoulou
Abteilung für Pulmologie, Allergologie &
Endokrinologie*

*Spezialbereich Pädiatrische Stoffwechselmedizin
Medizinische Leitung des Neugeborenen-
screening- und Stoffwechsellabors
AKH Wien*

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

E-mail:

vassiliki.konstantopoulou@meduniwien.ac.at

Schwangerschaft, Geburt und zukünftige Beckenbodenschädigung

B. Bodner-Adler

Schwangerschaft und Geburt können einen schädlichen Einfluss auf den weiblichen Beckenboden ausüben, wobei sowohl die Schwangerschaft selbst als auch die Entbindung wichtige ätiologische Faktoren in der Entstehung einer späteren Beckenbodendysfunktion darstellen.

Schwangerschaft und Beckenboden

Die Schwangerschaft selbst führt durch die hormonelle Umstellung zu Veränderungen der gesamten Muskel- und Bindegewebsstrukturen, zur Herabsetzung des Muskeltonus und zur Nachgiebigkeit der Bandverbindungen im kleinen Becken. Weiters kommt es durch die vermehrte Gewichtszunahme während der Schwangerschaft (SS) zu einer Körperschwerpunktverlagerung nach ventral und zu einer Belastung des Beckenbodens (BB) durch unsere aufrechte Körperhaltung.

Klinisch zeigt sich in der Spät-SS und postpartum eine verminderte BB-Kraft und Aktivität im Vergleich zu Nicht-Schwangeren. Auch die Harninkontinenz (HI) tritt deutlich häufiger während der SS als vor der SS auf. Ein Drittel der Frauen klagte über Inkontinenzsymptome während der SS, wobei die höchste Inzidenz (Belastungsinkontinenz) im 2. Trimenon liegt.

Der Zusammenhang zwischen Beckenorganprolaps (BOP) und Schwangerschaft bzw. vaginaler Geburt wurde im Rahmen der SwePOP-Study (Swedish Pregnancy, Obesity and Pelvic Floor-Study) untersucht. Gyhagen et al. zeigten mit ihren Resultaten, dass die Prävalenz eines BOP 2 Jahrzehnte nach einer vaginalen Geburt doppelt so hoch wie nach einer Sectio (14,6 % versus 6,3 %, OR: 2,55; 95 % CI: 1,98–3,28) war.

Was bewirkt die vaginale Geburt am Beckenboden?

Durch Druck des kindlichen Kopfes während der vaginalen Geburt kann es zu einer Überdehnung des BB mit Schädigungen am neuromuskulären System, Bindegewebe und an den Sphinktersystemen für Harnblase und Darm kommen. Dies kann in der Folge auch eine Kompression und Dehnung der zugehörigen Nerven mit Demyelinisierung und nachfolgender Denervierung des N. pudendus bewirken. Risikofaktoren für eine Pudendusschädigung stellen vor allem die vaginal-operative Entbindung (v.a. die Forcepsentbindung), eine protrahierte Austreibungsphase und ein hohes kindliches Geburtsgewicht dar.

Der vaginal-operative Entbindungsmodus ist besonders traumatisch für den Beckenboden und mit einer erhöhten Verletzungsrate, einer Schädigung des hinteren Kompartimentes mit Stuhlinkontinenz, aber auch Begleitbelastungsinkontinenz assoziiert. Tähtinen et al. zeigten in einer prospektiven, auf der Gesamtbevölkerung basierenden Studie den Einfluss verschiedener vaginaler Entbindungsarten (Spontangeburt, Forcepsentbindung, Vakuumextraktion) auf spätere Urge- und Belastungsinkontinenz-Episoden auf. Konklusion dieser Arbeit war, dass Frauen unter 50 Jahren ein signifikant erhöhtes Langzeitrisiko für eine Belastungsinkontinenz durch eine Forcepsentbindung, nicht aber durch eine Vakuumextraktion hatten.

Im Leben einer Frau stellen Schwangerschaft, Geburt, sowie die postpartale Phase die höchste Beanspruchung des Beckenbodens dar. Wesentlich ist es daher, schon vor der Entbindung zu eruieren, welche individuelle Risikokonstellation vorliegt, um der werdenden Mutter eine exakte Aufklärung und Information über das Risiko einer zukünftigen Beckenbodenfunktionsstörung bieten zu können. Entsprechende Präventionsmaßnahmen und gegebenenfalls eine Risikoreduktion können dann in die Wege geleitet werden.

Erstellung von Prognosemodellen

Seit langer Zeit besteht der Wunsch nach einer Implementierung von Prognosemodellen für die Entwicklung einer späteren Beckenbodenschädigung. Die Schwierigkeit eines solchen Modells lag bisher darin, dass oft ein sehr langer Zeitraum zwischen der Geburt und der Entstehung einer späteren BB-Erkrankung besteht und es sich um ein multifaktorielles Geschehen handelt.

Die Studie von Jelovsek et al. legte den Grundstein und die Voraussetzung dafür. Ziel dieser Arbeit war es, Frauen mit einem hohen Risiko für eine spätere BB-Dysfunktion zu identifizieren. Dafür wurden Variablen gesucht, welche vor und während der Geburt relevant sind, wobei der Geburtsmodus und die Familienanamnese den größ-

ten Einfluss in einem Nachbeobachtungszeitraum von 12 und 20 Jahren hatten. Mit Hilfe dieser Langzeitdaten aus 2 großen Untersuchungen (SwePOP Study und PROLONG Study) konnten prognostische Modelle entwickelt werden, welche das Risiko für eine BB-Dysfunktion 12 und 20 Jahre nach der Entbindung berechnen können.

UR-CHOICE

Der als UR-CHOICE (Tabelle 1) bezeichnete Algorithmus fragt verschiedene Risikofaktoren in der 37./38. SSW ab. Diese werden in einen Online-Risiko-Kalkulator (http://riskcalc.org/UR_CHOICE) eingetragen und je nach Angabe lässt sich für jede werdende Mutter ausrechnen, mit welchem individuellen Risiko für eine zukünftigen BB-Funktionsstörung sie bei jeweiligem Geburtsmodus zu rechnen hat (Abbildung 1). Die Eingabe beruht auf folgenden Hauptrisikomerkmale:

- Harninkontinenz vor (während) der SS
- Ethnizität
- Alter bei der ersten Geburt (mütterliches Alter > 35 a)
- BMI (> 25) vor der SS (Übergewicht und Adipositas)
- Positive Familienanamnese (Mutter und/oder Schwester leidet an einer HI, AI oder an einem BOP)

Tabelle 1: Kriterien im UR-CHOICE-Rechner

U – Urininkontinenz vor der Schwangerschaft
R – Rasse/Ethnizität
C – Alter der Mutter (Childbearing age)
H – Höhe/Körpergröße der Mutter
O – Gewicht der Mutter/BMI (Overweight)
I – Familienanamnese (Inheritance)
C – Geplante Kinderzahl (Children desired)
E – Fetales Gewicht (Estimated fetal weight)

12-Year Risk for Women with One or More Previous Births.						
Outcomes	Route of Delivery	Any	Bothersome	Treatment	Bothersome or Treatment	Average Risk of Bothersome or Treatment
Pelvic Organ Prolapse	Vaginal			2%*		9%
	C-Section			2%*		7%
Urinary Incontinence	Vaginal					28%
	C-Section					24%
Fecal Incontinence	Vaginal			2%*		5%
	C-Section			2%*		5%
Any Pelvic Floor Disorder	Vaginal					37%
	C-Section					32%
Two or More Pelvic Floor Disorders	Vaginal					5%
	C-Section					5%

- Geschätztes kindliches Geburtsgewicht (> 4000 g)
- Mütterliche Größe (< 160 cm)

Je nach vorliegendem Score können die Patientinnen dann in ein Low-, Intermediate- oder High-risk-Kollektiv eingeteilt werden. Liegen mehrere der oben genannten Risikofaktoren vor, fällt die werdende Mutter in das High-risk-Kollektiv. Diese Patientengruppe verlangt die höchste Aufmerksamkeit.

Aufklärung und Prävention

Frauen mit mehreren Risikofaktoren stellen die Gruppe mit dem höchsten Risiko für die Entstehung einer späteren BB-Dysfunktion dar. Gerade für dieses Patientenkollektiv stehen Aufklärung und Prävention im Vordergrund.

Nach entsprechender Information und Berechnung des individuellen Risikos kann der geplante Geburtsmodus, in Abhängigkeit der persönlichen Einstellung und der geplanten Anzahl an Kindern,

besprochen werden. Eine Vorstellung an einer physikalischen Abteilung/Physiotherapie (eventuell mit Kontinenzberatung) sollte während der Schwangerschaft sowie postpartum veranlasst werden.

Bestehende Risikofaktoren wie Nikotin, Adipositas und Obstipation sollten weitgehend reduziert werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Geburtshilfe, Urogynäkologie und physikalischer Medizin stellt die Voraussetzung für die optimale Betreuung dieser Patientinnengruppe dar.

LITERATUR: BEI DER VERFASSERIN

Korrespondenzadresse:

*Assoc.-Prof. Univ.-Doz. Dr. Barbara Bodner-Adler
Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie*

MUW

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20

E-mail: barbara.bodner-adler@meduniwien.ac.at

Das Überbringen schlechter Nachrichten

T. Stompe

Einleitung

Die Überbringung schlechter Nachrichten ist ein integraler, häufig ungeliebter Bestandteil des medizinischen Alltags. Im Studium und auch danach in der weiterführenden Ausbildung wird man oft nicht auf diese Situationen vorbereitet. Manche Kolleginnen und Kollegen sind intuitiv dazu in der Lage, die passende Sprache in der passenden Situation zu finden, für andere ist diese Aufgabe eine erhebliche Belastung.

Einige versuchen sich aus dieser daraus zu stellen, indem sie sich einreden, dass schlechte Nachrichten eine Belastung für die Patienten darstellen und deshalb gesundheitsschädlich sind. Dabei zeigen allerdings Studien, dass mehr als 80 % der Kranken auch schlechte Nachrichten möglichst zeitnah mitgeteilt bekommen wollen. Wie lässt sich also diese Aufgabe für Patientinnen und deren Angehörige so gestalten, dass kritische Gesprächssituationen vermieden oder bewältigt werden können?

Die persönliche Mitteilung schlechter Nachrichten

Im Vorfeld des Gesprächs gilt es für den Arzt, die Ärztin abzuklären, auf welcher **Kommunikationsebene** Botschaften vermittelt werden. In der Kommunikationswissenschaft werden vier Ebenen unterschieden, auf denen sich jeweils unterschiedliche Fragen stellen.

- Auf der Sachebene: Welche Informationen möchte ich der Patientin vermitteln? Wie formuliere ich eine Aussage? Welche Worte benutze ich?
- Auf der Appellebene: Was möchte ich bei der Patientin erreichen? Welchen Wunsch, welche Aufforderung möchte ich an sie richten?
- Auf der Beziehungsebene: Wie steht die Patientin in Bezug zu mir? Wie sehe ich sie? Wie sollen wir zueinander stehen, um angemessen handeln zu können?
- Auf der Selbstoffenbarungsebene: Was erzähle ich der Patientin (direkt oder indirekt) von mir? Was spüre ich, wenn ich mit ihr rede?

Wenn über diese Punkte Klarheit gewonnen wurde, so kann man mit der eigentlichen Vorbereitung des Gesprächs beginnen. Für diejenigen, die noch nicht viel Erfahrungen in der Übermittlung schlechter Nachrichten haben, empfiehlt es sich, eine **Checkliste** mit folgenden Punkten zu führen:

- Haben Sie alle Fakten, die Sie wissen müssen?
- Welche Personen sollten bei dem Gespräch anwesend sein?
- Wann ist der günstigste Zeitpunkt?
- Haben Sie einen angenehmen Raum, ohne Telefon und ohne Störungen?
- Sind bequeme Sitzmöglichkeiten vorhanden?
- Haben Sie Taschentücher verfügbar?
- Haben Sie einen adäquaten Zeitrahmen festgesetzt?

Noch vor dem eigentlichen Gespräch gilt es, sich über den Informationsstand der Patientin Rechenschaft abzulegen und sich klar zu machen, welche Haltung sie zu ihrer Problematik/ihrer Krankheit hat:

- Wie informiert ist die Betroffene?
- Was weiß sie über ihre Krankheit oder Problem?
- Was hat sie verstanden, welche Fragen sind voraussichtlich noch offen?
- Welche Redewendungen benutzt sie?
- Was ist ihre größte Sorge?
- Welche Überzeugungen hat sie?
- Wie sind ihre Lebenseinstellungen, wie ihre Zukunftserwartungen?

Nachdem diese Punkte abgearbeitet sind, kann man in das eigentliche Gespräch eintreten. Auch für diese Form der Gesprächsführung gibt es einige Punkte zu beachten, die sich empirisch bewährt haben:

Geben Sie erste Informationen, beginnend mit „Warnschuss“, z. B.: „Ich habe leider schlechte Nachrichten für Sie ...“.

Sprechen Sie freundlich und lassen Sie der Betroffenen Zeit (Pausen zulassen), um zu antworten und zu reagieren, ob sie weitere Informationen benötigt oder Fragen stellen möchte.

Reden Sie klar und einfach, erklären Sie Schritt für Schritt. Medizinische Fachausdrücke sowie

voraussichtlich unbekannte Begriffe sollten vermieden werden.

Teilen Sie die Information in kleine Einheiten auf und geben Sie Beispiele. Wiederholen Sie die Worte der Patientin vor der Fortsetzung des Gesprächs.

Fragen Sie sie, wie sie sich im Augenblick fühlt und wie sie über ihr Problem denkt. Gehen Sie zuerst auf Sorgen und Befürchtungen ein, bevor Sie die Details erklären. Lassen Sie der Betroffenen Zeit für den Ausdruck ihrer Gefühle, denn gefühlsmäßige Reaktionen jeder Art helfen der Patientin, mit der Situation umzugehen.

Hören Sie aktiv zu und finden Sie heraus, ob Sie verstanden wurden. Fragen Sie, was sie im Moment noch wissen möchte.

Seien Sie im Gespräch so optimistisch wie möglich und so realistisch wie erforderlich.

Im Gespräch sollten Sie über folgende Punkte automatisch reflektieren: Was hat die Patientin verstanden? Erklären Sie die Situation in Ruhe erneut, wenn es Missverständnisse gab. Was bedeutet die Nachricht kognitiv (Verweigerung, Intellektualisierung, Unglauben, Annahme etc.), wie reagiert die Betroffene emotional (Wut, Trauer, Angst, Hilflosigkeit, Scham etc.)? Sind Sie im Stande, Empathie auszudrücken? („Ich kann verstehen, dass ...“).

Nach dieser Phase des Gesprächs sollte eine **Zusammenfassung** mit Blick auf die Zukunft erfolgen. Die weitere Vorgehensweise sollte erklärt werden, dabei sollte man unbedingt unrealistische Versprechungen vermeiden. Die Patientin sollte auf das Schlimmste vorbereitet werden, wodurch unbewusste Ängste verringert werden.

Weitere Gesprächstermine oder gemeinsame Gesprächen mit Angehörigen sollten angeboten werden. Zur Beendigung des Gesprächs sollte langsam das Thema geändert werden.

Die telefonische Mitteilung schlechter Nachrichten

Hier gelten die Grundregeln wie beim persönlichen Gespräch, die Herausforderung ist jedoch noch größer, da kein visuelles Feedback (außer bei Videotelefonie) vorhanden ist.

Bei der Vorbereitung sollte folgendes beachtet werden: Zur Vermeidung von Peinlichkeiten und

damit eines schlechten Einstiegs empfiehlt es sich, den Namen der Person genau aufschreiben. Man sollte möglichst alle Informationen zur Verfügung haben und sich einen ruhigen Platz suchen. Ausreichend Zeit ist einzuplanen, Unterbrechungen sind möglichst auszuschließen.

Als günstig erweist es sich, die emotionalen Reaktionen des Gegenübers zu antizipieren und Antworten auf schwierige Fragen vorzubereiten. Unbedingt sollte man etwas zum Aufschreiben bereithalten.

Das Telefongespräch selbst beginnt mit der Vorstellung (Name, Rolle, Institution). Danach ist zu klären, ob die richtige Person am anderen Ende der Leitung ist. Das Wichtigste sollte mit einfachen, klaren Worten übermittelt werden – kurze Sätze! Pausen machen und die Reaktion der Angerufenen artikulieren/paraphrasieren, Unterstützung anbieten, Fragen beantworten, weitere Fragen gerne später beantworten.

Im Telefonat sollte man nur das sagen, was sicher ist, ansonsten: „Wir wissen das noch nicht ...“. Man sollte für sich klären, ob die Person alles verstanden hat, ob noch etwas offen geblieben ist und ob sie Unterstützung hat. Name und Telefonnummer sollen nochmals für Nachfragen zur Verfügung gestellt werden. Der nächsten Termin soll möglichst konkret vereinbart werden, das Telefonat soll dokumentiert werden.

Sowohl nach einer persönlichen als auch einer telefonischen Mitteilung schlechter Nachrichten hat sich bewährt, mit Kollegen eine kurze **Inter-vision** zu halten. Dabei geht es um Fragen wie: Was lief gut? Was war eventuell schlecht? Was könnte ich noch besser machen? Wie wäre das zu leisten? Wie fühle ich mich? Was sind die nächsten Schritte?

Wenn es gelingt, diese Grundregeln aus der Kommunikationswissenschaft und der praktischen Erfahrung zu verinnerlichen, sollte diese manchmal gefürchtete und gemiedene Gesprächssituation deutlich leichter zu bewältigen sein.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Thomas Stompe
Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Allgemeines Krankenhaus Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail: thomas.stompe@meduniwien.ac.at

Mut zu Veränderungen

Ein guter Eishockeyspieler ist dort, wo der Puck sein wird. (Wayne Gretzky)

„Jede Frau hat das Recht auf einen erfahrenen Operateur“ [1]

P. Husslein

Der Zusammenhang zwischen der Erfahrung des Operateurs (eigentlich jedes Behandlers) und den Erfolgsparametern bzw. Komplikationsraten einer Behandlung ist durch Daten gut dokumentiert und entspricht auch dem natürlichen Empfinden. Es ist deshalb erstaunlich, dass die sich daraus notwendigerweise ableitenden Konsequenzen offenbar so schwer zu treffen sind, wie eine aktuelle Diskussion im Bereich der Herzchirurgie eindrucksvoll gezeigt hat.

- Die Entwicklung der neuen Ärzteausbildungsordnung mit der Modulausbildung ist daher grundsätzlich positiv zu sehen, da frühzeitig Schwerpunkte und Interessen gefördert werden können, wahrscheinlich geht dieser Ansatz aber nicht weit genug. Es stellt sich nämlich schon die Frage, warum jede Ausbildungsassistentin/jeder Ausbildungsassistent – unweigerlich nicht erfolgreich – in allen Bereichen des Faches ausgebildet werden soll, wenn ohnehin bei den meisten relativ früh ersichtlich ist, dass sie das Interesse für bestimmte Bereiche des Faches nicht haben und diese dann auch nicht betreiben werden. Jede Operation hat eine Lernkurve und die Assistenz einer Ausbildungsoperation gefährdet unnötigweise Patientinnen. Die – meiner Ansicht nach unausweichlich notwendige – Lösung ist die Etablierung einer breiten Basisausbildung und die Weiterentwicklung der Spezialisierung in Form von Aufstockung mit Sub-

spezialisierungen nach Erlangung des Facharztstitels.

Dazu ist ein Umdenken erforderlich – die Ärztekammer ist gefordert ihre bisherige Position „Wer Facharzt ist, hat damit die Qualifikation erreicht, alle Spezialaspekte des Faches anbieten zu können“ aufzugeben. Diese Haltung entspricht nicht der Realität, ist unehrlich und den sich uns anvertrauenden Patientinnen nicht zumutbar.

Solange die Facharztausbildung nicht geändert wird, müssen wir sie – so recht und schlecht – umsetzen. Was wir aber in Eigenregie ändern können, ist die bisherige Gepflogenheit der meisten Abteilungen, Fachärztinnen und Fachärzte in die verschiedenen Bereiche des Faches rotieren zu lassen, unter anderem, um ihnen die Breite des Faches zu erhalten, zum Teil aber auch um ihre Arbeit abwechslungsreicher zu gestalten (*variatio delectat*). Eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter gelegentlich in den Operationssaal einzuteilen, um ihr/ihm einen Ausgleich zu der zweifelsohne manchmal sehr beschwerlichen Arbeit in einer allgemeinen Ambulanz zu ermöglichen, ist einfach nicht mehr zeitgemäß.

- Die Vorgabe, dass wir Patientinnen erfahrene Betreuer schulden, geht aber noch viel weiter und wird einen Einfluss auf die Struktur und Organisation unseres Faches haben müssen und – ähnlich wie bei der Inneren Medizin oder der Chirurgie – Druck auf die Einheit des Faches ausüben. Das ist aus vielerlei Per-

spektiven bedauerlich – wünscht sich eine Frau doch aus emotionalen Gründen durchaus eine lebenslange Begleitung durch ein und dieselbe Person über alle ihre unterschiedlichen frauenärztlichen Belange.

Da ist Kreativität gefragt, wie man dieses emotionelle Bedürfnis einer kontinuierlichen Begleitung mit der Forderung nach hochwertiger Betreuung in jedem einzelnen Aspekt verbinden kann. Die Qualität der Betreuung im niedergelassenen Bereich wird möglicherweise in Zukunft weniger darin bestehen, viele Bereiche selber abzudecken, als vielmehr über ein gut organisiertes Netzwerk von Spezialisten zu verfügen und vor und nach Zuweisung zu denselben für die Beratung der Patientinnen zur Verfügung zu stehen.

- Wenn man – was nicht weg zu diskutieren ist – zur Schlussfolgerung kommt, dass es nicht gut ist, wenn Operationen allzu oft von unerfahrenen Operateuren vorgenommen werden (das gilt aber auch für andere Spezialaspekte unseres Faches), ergeben sich auch notwendige Konsequenzen, was die Struktur der Spitallandschaft anbelangt:

- Spitäler müssen zusammengelegt werden.

- Diese müssen dann nahezu 24/7 betrieben werden, sodass die dort arbeitenden Ärzte eine entsprechende Expertise aufbauen und halten können.

- Für die Notfallversorgung müssen in Abhängigkeit von den geografischen Gegebenheiten Einrichtungen

geschaffen werden, die einen Notfall behandeln können, elektive und vor allem spezialisierte Tätigkeiten müssen aber an die jeweiligen Spezialisten zugewiesen werden.

Dass eine solche Strukturänderung auch ökonomische Vorteile nach sich ziehen würde, ist ein angenehmer Nebeneffekt, aber nicht das treibende Moment.

Der Bevölkerung muss klar werden, dass alle diese Veränderungen notwendig sind, damit ihr legitimer **Anspruch**

an einen erfahrenen Behandler in Zeiten der Hochspezialisierung der Medizin aufrecht erhalten werden kann.

Früher war die Medizin einfach und der Transport schwierig, heute ist es umgekehrt. Daher muss die Bevölkerung verstehen, dass wenn man von Notfällen absieht, es nicht möglich ist, dezentral hochqualifizierte Medizin anzubieten.

All das erfordert „**Mut zu Veränderungen**“!

LITERATUR:

1. Walter A. Every woman deserves a high-volume gynecologic surgeon. Am J Obstet Gynecol 2017; 216: 139.e1–e3.

Korrespondenzadresse:

o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein
Vorstand der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-mail:
peter.husslein@meduniwien.ac.at

Ausschreibung „Fellow in Urogynaecology and Reconstructive Pelvic Floor Surgery“

An der Universitätsklinik für Frauenheilkunde der Medizinischen Universität Wien, Klinische Abteilung für Allgemeine Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie, gelangt am 1. Oktober 2019 eine Stelle für die zweijährige Ausbildung zum „Fellow in Urogynaecology and Reconstructive Pelvic Floor Surgery“ nach den Kriterien der European Urogynaecologic Association (EUGA) zur Besetzung.

Voraussetzungen:

Facharztzeugnis für das Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe (bei EU-Ausländern ist zusätzlich die Anerkennung durch die Österreichische Ärztekammer erforderlich). Die fremdenrechtlichen Anstellungserfordernisse bei Nicht-EU-Bürgern müssen gewährleistet sein. Erfahrung in wissenschaftlicher Arbeit und Lehre, Bereitschaft zur Nachtdiensttätigkeit als Fachärztin/Facharzt, Deutschkenntnisse in Wort und Schrift.

Die Medizinische Universität Wien strebt eine Erhöhung des Frauenanteils, insbesondere in Leitungsfunktionen und beim wissenschaftlichen Personal an und fordert deshalb qualifizierte Frauen ausdrücklich zur Bewerbung auf. Frauen werden bei gleicher Qualifikation vorrangig aufgenommen.

Ihre Bewerbungsunterlagen, inklusive Bewerbungsschreiben, Lebenslauf und Publikationsliste senden Sie bitte bis 31. Mai 2019 an:

Frau Alexandra Sixt
Klin. Abt. für Allg. Gynäkologie und gyn. Onkologie
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien

Hinweise für Autoren – Richtlinien für die Abfassung von Manuskripten

1. Allgemeines

SPECULUM veröffentlicht Übersichten, Fallberichte, Kurzberichte sowie Kommentare aus allen Bereichen, die die Geburtshilfe, Frauenheilkunde und Strahlenheilkunde betreffen. Die Manuskripte werden zur Begutachtung auf eine mögliche Publikation unter dem Einverständnis angenommen, dass diese außer in Form eines Abstracts bislang noch nicht publiziert oder zur Veröffentlichung bei einer anderen Zeitschrift eingereicht wurden und dass die Publikation von allen Autoren genehmigt wurde. Neben der Publikation im Journal werden alle Beiträge in der Artikeldatenbank auf der Homepage des Verlages veröffentlicht. Mit der Annahme der Publikation geht das Urheberrecht automatisch an den Verlag über. Alle wissenschaftlichen Beiträge unterliegen einem Begutachtungsprozess durch die Redaktion oder durch externe Begutachter.

2. Aufbau des Manuskripts

Das Manuskript sollte folgende Teile beinhalten:

- Titel der Arbeit (ohne Abkürzungen)
- Vornamen und Namen aller Autoren
- **Einleitung:** Beschreibung von Hintergrund und Zweck der Arbeit. Abkürzungen müssen bei ihrem ersten Erscheinen im Text erklärt werden.
- **Hauptteil:** Präzise Beschreibung der untersuchten Patientengruppen, der vorgenommenen Untersuchungsmethoden, der Geräte und Materialien sowie der verwendeten statistischen Verfahren. Medikamente werden mit internationalen Freinamen („generic names“) erwähnt. Numerische Daten, die in Tabellen oder Abbildungen angeführt werden, sollten im Text nicht wiederholt werden.
- **Diskussion:** Hier sollten die Ergebnisse zusammengefasst, mit bisherigem Wissen verglichen sowie mögliche Schlussfolgerungen gezogen werden.
- **Literatur:** Die Literaturstellen sind nach der Reihenfolge ihres Erscheinens im Text zu ordnen und fortlaufend (mit arabischen Ziffern) zu nummerieren. Im Text werden die Nummern des Literaturverzeichnisses in eckigen Klammern [] angeführt. Das Literaturverzeichnis soll nur im Text angeführte Arbeiten enthalten und max. 30 Stellen beinhalten. Die Titel der Zeitschriften müssen entsprechend dem Index Medicus abgekürzt sein und das Literaturverzeichnis sollte folgende Form haben (in Anlehnung an: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. BMJ 1982; 284: 1766–70.):

Zeitschriften:

1. Sator K, Sator MO. Stellenwert der Adipositas in der Kinderwunschbehandlung. Speculum 2005; 23 (4): 7–9.

Bücher:

2. Atteneder M. Duplexsonographie der peripheren Venen. In: Katzenschlager B, Atteneder M, Hirschl M, Ugurluoglu A (eds). Duplexsonographie der Gefäße. 3. Aufl. Verlag Krause & Pacherneegg, Gablitz, 2007; 59–76.

- **Geschlechterbezeichnung:** Zur leichteren Lesbarkeit der Beiträge wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils weibliche und männliche Personen gemeint.
- **Rechtschreibung:** Deutsche Rechtschreibung, nach Duden und Pschyrembel.

3. Abbildungen, Tabellen, Filmsequenzen

Bitte verzichten Sie auf Abbildungen, die bereits in anderen Medien publiziert wurden. Wenn dies nicht möglich ist, so fragen wir gerne für Sie wegen einer **Nachdruckgenehmigung** an; diese kann **kostenpflichtig** sein!

- Tabellen und Abbildungen: Werden auf gesonderten Blättern, fortlaufend nummeriert, dazu gesondert die entsprechenden Legenden eingereicht. Alle verwendeten Abkürzungen und Symbole müssen in den Legenden erklärt sein. Bei Übersendung von Abbildungen per E-Mail müssen diese mind. 300 dpi Auflösung aufweisen und in eigenen Dateien als *.jpg, *.tif oder *.eps abgespeichert sein.
- Abbildungen mit Filmsequenzen: Bei Übersendung von Filmsequenzen per E-Mail oder auf CD-ROM sollen diese als *.avi abgespeichert sein, das Standbild zur jeweiligen Sequenz als *.jpg, *.tif oder *.eps. Wichtige Stellen sollten ggf. mit Hinweispfeilen gekennzeichnet sein!

4. Korrekturfahren

Der federführende Autor erhält nach der Annahme des Manuskriptes zur Publikation eine Druckfahne zur Korrektur zugesandt. Die Fahnenkorrekturen sind auf die durch den Satz entstandenen Fehler zu beschränken und in einem angemessenen Zeitraum (2 Wochen) an den Verlag zu retournieren.

5. Autorenexemplare

Der federführende Autor erhält 10 komplette Belegexemplare.

Krause & Pacherneegg GmbH,
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21
Tel.: +43 (0) 2231/61258-0
Fax: +43 (0) 2231/61258-10

Homepage: www.kup.at/speculum

SAVE
the Date

© JFL Photography

**FRÜHJAHRSTAGUNG DER OEGGG &
JAHRESTAGUNG DER AUB**

20. bis 22. Juni 2019

Kongresshaus Toscana GMUNDEN

OEGGG A|U|B

Der Einsatz von Probiotika in der gynäkologischen Onkologie

J. Grabowski

Weltweit erkranken jährlich etwa zwei Millionen Frauen an gynäkologischen Tumoren. Deren Behandlung führt aufgrund der Toxizität der Zytostatika und der Strahlentherapie nicht nur zur Schädigung der Mukosa des Gastrointestinal- und Urogenitaltraktes, sondern auch zu einer reduzierten Diversität des Mikrobioms.

Ein negativ verändertes Mikrobiom gilt heute als wesentlicher Faktor sowohl in der Tumorentstehung als auch in deren Bekämpfung. Das Darm- und Vaginalmikrobiom ist bei gesunden Menschen durch eine Epithelschicht (Schleimhaut) von der Außenwelt abgegrenzt. Ist die Schleimhautbarriere gestört, kann dies zu chronischen Entzündungsreaktionen führen, wodurch die Tumorentstehung begünstigt wird. Durch den Tumor an sich kann eine Dysbiose des Mikrobioms hervorgerufen werden, wodurch die Progression der entsprechenden Erkrankung gefördert werden kann.

Probiotika können Chemotherapie-assoziierten Nebenwirkung entgegenwirken

Bei der Behandlung von gynäkologischen Tumoren kommt es durch Chemotherapie und Anti-Östrogen-Therapie häufig zum urogenitalen Syndrom. In einer am AKH Wien durchgeführten randomisierten, Placebo-kontrollierten Studie [1] konnte nachgewiesen werden, dass eine positive Modulation des Vaginalmikrobioms durch die orale Verabreichung von Laktobazillen eine sichere und effektive Behandlungsoption von bakteriellen Dysbiosen bei Brustkrebspatientinnen mit urogenitalem Syndrom darstellt. Die Gabe eines Probiotikums, bestehend aus vier *Lactobacillus*-Stämmen (*Lactobacillus crispatus* LBV88, *Lactobacillus rhamnosus* LBV96, *Lactobacillus gasseri* LBV150N und *Lactobacillus jensenii* LBV116), während der Chemotherapie führte innerhalb von zwei Wochen zu einer signifikanten Verbesserung des Nugent-Scores, welcher zur Beurteilung einer vaginalen Dysbiose herange-

zogen wird. Patientinnen der Placebo-Gruppe zeigten im Vergleich nach zwei Wochen eine deutliche Verschlechterung des Zustandes.

Eine klinische Studie an der Charité Berlin untersucht derzeit den positiven Einfluss eines Multispezies-Probiotikums bei Ovarialkarzinompatientinnen. Die Überlebenschance bei dieser Erkrankung liegt im ersten Jahr nach der Diagnose bei nur etwa 30 %. Um speziell die Mortalitätsrate während der Chemotherapie zu senken, wird in dieser Studie ein speziell formuliertes, aus 10 Stämmen bestehendes Probiotikum eingesetzt, welches bereits in mehreren wissenschaftlichen Arbeiten nachweislich zu einer Reduktion der Überwucherung von pathogenen Keimen und der daraus resultierenden Diarrhö führte.

Das Mikrobiom beeinflusst das Ansprechen auf bestimmte onkologische Therapien

Interessant ist, dass ein intaktes intestinales und vaginales Mikrobiom auch einen bedeutenden Einfluss auf das Ansprechen bestimmter onkologischer Therapien hat. So beeinflusst eine hohe Diversität des Darmmikrobioms die Mikroumgebung von Tumorzellen und moduliert das Verhalten myeloider Suppressorzellen, was essenziell für den Erfolg von CpG-Oligonucleotid-Immun-/Platinsalztherapien ist, welche beim Mamma- und Ovarialkarzinom eingesetzt werden [2].

Fazit

Eine optimale Zusammensetzung des intestinalen und vaginalen Mikrobioms spielt eine signifikante Rolle in der Behandlung von gynäkologischen Tumoren. Die positive Modulation des Mikrobioms, beispielsweise durch ausgewählte, medizinisch relevante Multispezies-Probiotika, kann nicht nur Chemotherapie-assoziierten Nebenwirkungen entgegenwirken, sondern auch das Ansprechen auf bestimmte Onkologika optimieren.

LITERATUR:

1. Marschalek J et al. Influence of orally administered probiotic lactobacillus strains on vaginal microbiota in women with breast cancer during chemotherapy: a randomized placebo-controlled double-blinded pilot study. *Breast Care (Basel)* 2017; 12: 335–9.
2. Iida N et al. Commensal bacteria control cancer response to therapy by modulating the tumor microenvironment. *Science* 2013; 342: 967–70.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Jacek Grabowski
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schwerpunkt
Gynäkologische Onkologie
Teamleitung Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV)
Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow Klinikum
Charité Universitätsmedizin Berlin
D-13353 Berlin, Augustenburger Platz 1
E-mail: jacek.grabowski@charite.de*



Endlich...

Die innovative Lösung bei Jucken und Brennen

OMNi-BiOTiC® FLORA plus+:

Einfach trinken zum Diätmanagement bei einer dysbiotischen Vaginalflora.



Studienergebnisse zu OMNi-BiOTiC® FLORA plus+

1 Enthält ausschließlich wissenschaftlich erforschte, der menschlichen Vaginalflora entstammende Lactobazillen.

Quellen: L. Petricevic et al., "Characterisation of the oral, vaginal and rectal Lactobacillus flora in healthy pregnant and postmenopausal women," Eur. J. Obstet. Gynecol., vol. 160, pp. 93–99, 2011. • H. Kiss et al., "Vaginal Lactobacillus microbiota of healthy women in the late first trimester of pregnancy," BJOG, no. 114, pp. 1402–1407, 2007.

2 Signifikante Verbesserung der AMSEL-Kriterien in nur 4 Wochen: klinisch wirksam bei weiß-gelblichem Ausfluss, pH-Abweichungen und Amingeruch.

Quelle: C. Laue et al., "Effect of a yoghurt drink containing Lactobacillus strains on bacterial vaginosis in women - a double-blind, randomised, controlled clinical pilot trial," Benef. Microbes, pp. 1–16, Oct. 2017.

3 Enthält Lactobazillen, welche über die orale Einnahme den Vaginaltrakt binnen 7 Tagen nachhaltig besiedeln.

Quelle: U. Kaufmann et al., "Ability of an orally administered lactobacilli preparation to improve the quality of the neovaginal microflora in male to female transsexual women," Eur. J. Obstet. Gynecol., 2013.

4 Verbessert den NUGENT-Score bei postmenopausalen Brustkrebspatientinnen während der Chemotherapie.

Quelle: J. Marschalek et al., "Influence of Orally Administered Probiotic Lactobacillus Strains on Vaginal Microbiota in Women with Breast Cancer during Chemotherapy: A Randomized Placebo- Controlled Double-Blinded Pilot Study," Breast Care, vol. 12, pp. 335–339, 2017.

5 Nachgewiesene antimikrobielle Aktivität gegen vaginale Pathogene, wie *C. albicans* oder *G. vaginalis*.

Quelle: K. Domig, H. Kiss, L. Petricevic, H. Viernstein, F. Unger, and K. W., "Strategies for the evaluation and selection of potential vaginal probiotics from human sources: an exemplary study," Benef. Microbes, vol. 5, no. 3, pp. 263–272, 2014.

6 Signifikante Verbesserung der Vaginalflora und Verdrängung von Herpesviren während der Schwangerschaft.

Quelle: T.M. Anoshina et al., "Role of microbiota correction in complex treatment of pregnant women with herpesvirus infection," Perinatologiya i Pediatriya, no. 4 (68), pp. 22–25, 2016.