

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Husslein P

Geburtshilfe - quo vadis?

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2001; 19 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 5-5*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2001; 19 (4)
(Ausgabe für Österreich), 5-7*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



„Geburtshilfe – Quo vadis?“

P. Husslein

- Das durchschnittliche österreichische Paar bekommt nur mehr 1,3 Kinder – Tendenz noch weiter sinkend.
- Das mütterliche Alter bei der Geburt steigt kontinuierlich.
- Der Zulauf zu reproduktionsmedizinischen Zentren ist ungebrochen und nimmt weiter zu.
- Bei der letztjährigen „Babyexpo“ waren am ersten Tag doppelt so viele Besucher, wie für das gesamte Wochenende eingeplant waren.

Wir bekommen weniger Kinder, diese aber bewußter – die psychosoziale Bedeutung von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft nimmt kontinuierlich zu.

Unser Fach wird sich auf diese Entwicklung einstellen müssen, wenn wir den Erwartungen der sich uns anvertrauenden Frauen gerecht werden wollen. Die Ansprüche an Sicherheit und an Betreuungsqualität, durchaus auch im paramedizinischen Bereich („Erlebnisharakter“) werden laufend weiter zunehmen – wer sich diesem Trend entzieht, wird in der Geburtshilfe zunehmend keine Rolle mehr spielen.

Zahlreiche Anbieter kämpfen hier am Markt – Geburtshelfer, Hebammen, Gesundheitsberater, Psychologen; es wird in Zukunft nicht mehr genügen, darauf hinzuweisen, daß man die fundierteste Ausbildung hat und für das Auftreten irgendeiner geburtshilflichen Katastrophe am besten ausgerüstet ist – bekanntlich finden geburtshilfliche Notsituationen erfreulicherweise nur relativ selten statt, sie sind zumeist antizipierbar und ein Großteil der Schwangeren kann getrost einem „Low-risk“ Kollektiv zugeordnet und dementsprechend betreut werden.

Es wird also auch bei uns Geburtshelfern ein Umdenken erforderlich sein, wollen wir

den „Markt“ nicht an andere Berufsgruppen verlieren.

Welche Entwicklungen werden daher aller Voraussicht nach die „geburtshilfliche Szene“ im nächsten Jahrzehnt dominieren?

■ Regionalisierung von Risikogeburten:

Bereits in der Frühschwangerschaft ist ein beträchtlicher Teil der Risikofaktoren für eine Schwangerschaft und Geburt erkennbar. Die Anstrengungen müssen immer mehr darauf ausgerichtet sein, bereits im ersten Trimenon die außerordentlich wichtige Unterscheidung in „Low-risk-Schwangere“, bei der Medizintechnologie selektiv und nur zurückhaltend eingesetzt werden sollte und einem „High-risk-Kollektiv“ zu treffen, das dann an Kompetenzzentren unter Einsatz aller, auch apparativtechnischer Möglichkeiten intensivst überwacht und betreut werden muß. Als Beispiele seien Mehrlinge, die Gestose, die Frühgeburt, der Diabetes, Fehlbildungen und noch vieles mehr genannt.

- Zentralisierung: Was den Geburtsort anbelangt wird es in Zukunft unabdingbar notwendig sein, auch für Frauen mit nicht erkennbarem Risiko an einem Ort zu gebären, an dem die optimalen Voraussetzungen für die Beherrschung eines Notfalls gegeben sind (z. B. Vorort-Anwesenheit eines Anästhesisten und Neonatologen, um in jedem Fall die empfohlene Entscheidungs-Entbindungszeit von 20 Minuten lückenlos einhalten zu können). Dies wird zwangsläufig zu einer Konzentration der Geburten auf größere Einheiten führen. Kleinere Einheiten, in denen oben genannte Infrastruktur nicht gegeben ist, werden Schwangere darüber aufklären müssen, daß keine optimalen Voraussetzungen zur Beherrschung von Notfällen gegeben sind. Es wird Aufgabe dieser größeren Zentren sein, die paramedizinischen Bedürfnisse, die einen immer wichtigeren Stellenwert für die Schwangeren und ihre Partner darstellen, entsprechend zu befriedigen (Zuwendung, Atmosphäre, Ambiente etc.).

■ Umorientierungen des Faches Geburtshilfe zu „Schwangerenilfe“:

Das Problem der Geburt ist gelöst. Die „Behandlungsalternative Kaiserschnitt“ ist durch Einführung der Spinalanästhesie, durch eine Vereinfachung der Operationstechnik, durch die radikale Einschränkung

der unnötigen Medikalisierung der Wöchnerin postoperativ, durch Thrombose- und Antibiotikaprophylaxe heute, was die Mortalität und Morbidität anbelangt, mit der vaginalen Geburt vergleichbar. Ein Geburtshilfezentrum sollte daher danach trachten, vornehmlich einfache vaginale Geburten und geplante Kaiserschnitte durchzuführen. Der Qualitätsindikator der Zukunft ist nicht mehr die Sectiorate, sondern die Rate schwieriger vaginaler Verläufe mit entsprechenden Komplikationen (vaginale operative Geburtsbeendigungen, ausgedehnte Dammrisse, Noteingriffe, Transferierung durch die Geburt belasteter Neugeborener etc.). Wir haben in einer sehr einfach aufgebauten, aber aufwendig durchgeführten Studie zeigen können, daß dies auch den Wünschen und Vorstellungen der Frauen entspricht: Die Zufriedenheit der Mütter *post partum* war in den ersten beiden oben genannten Gruppen hoch und in der dritten je nach Ausprägung des Problems – verständlicherweise – niedrig. Herausragend waren dabei die Unzufriedenheit und die psychische Belastung (auch des Partners) im Zusammenhang mit Noteingriffen. Wir sollten daher zum jetzigen Zeitpunkt mehr Gewicht darauf legen, herauszufiltern, welche Geburten in ihrem Verlauf komplikationsträchtig sind (z. B. Einleitung nach dem Termin bei großem Kind und ungünstigem Zervixbefund) und bei diesen Fällen in Zukunft der Schwangeren zur Diskussion stellen, ob nicht eine primäre Sectio einfacher und vernünftiger wäre.

Im gleichen Atemzug müssen wir uns verstärkt Schwangerschaftsproblemen zuwenden, von denen viele über weite Strecken nicht gelöst sind. Wir entdecken zuwenig Schwangerschaftsdiabetesfälle mit potentieller Stoffwechselbelastung für den heranwachsenden Fötus,

wir verstehen die Gestose zuwenig und können daher weiterhin nur symptomatisch agieren, indem wir die Schwangerschaft frühzeitig beenden. Wir wissen zwar, daß die Frühgeburt, insbesondere die frühe Frühgeburt infektionsbedingt ist, über effiziente Strategien zu ihrer Vermeidung verfügen wir allerdings noch nicht. So ließe sich die Liste der Probleme beliebig fortsetzen.

Hier besteht Handlungsbedarf und ein weites Betätigungsfeld.

Die **Fetalmedizin** wird sich ebenfalls einem Wandel unterziehen: Früher, treffsicherer, weniger invasiv, beruhigend und weniger irritierend – sind die Schlagworte der Zeit!

Für die chromosomalen Abnormalitäten lassen sich diese Anforderungen in bezug auf die derzeit vorhandenen Screeningmethoden recht gut exemplifizieren. Bis vor nicht allzu langer Zeit war die für die Entscheidung zu einer invasiven Abklärung, beispielsweise mittels Amniozentese, verwendete Screeninguntersuchung die Frage: „Wie alt sind Sie?“ der „Golden Standard“. Die Antwort „über 35“ galt als „screeningpositiv“, „unter 35“ als „negativ“. Dies ist aber, wie im folgenden gezeigt werden soll, ein besonders schlechter Screeningtest: Bei Verwendung dieses „Alterscreenings“ müßten sich zum heutigen Zeitpunkt in Österreich rund 10 %, im städtischen Bereich sogar 15 % aller Schwangeren einem invasiven Test (Amniozentese, Chorionzottenbiopsie) unterziehen, wobei aber nur 30–40 % aller Chromosomenanomalien entdeckt, wegen der Komplikationsrate der invasiven Tests aber 1,5 gesunde Feten auf 1000 Schwangere verloren würden.

Zu Recht haben sich daher in letzter Zeit verschiedene „neuere“ Vorgangsweisen etabliert. Der nachfolgenden Tabelle entnimmt man, daß alle diese Screeningtests besser

Tabelle 1: Das Verhältnis der Zahl von Fehlgeburten gesunder Feten zur Zahl der diagnostizierten Feten mit Trisomie 21 unter der Annahme, daß 90 % aller Screening-positiven Paare sich zu einem invasiven Test entschließen und dieser in 1 % zu einer Fehlgeburt führt.

Screening-methode	Häufigkeit invasiver Abklärung	Detektionsrate chromosomaler Abnormalitäten	Fehlgeburtsrate gesunder Feten (pro 1000 Schwangeren)	Fehlgeburts/ Diagnose Trisomie 21
Alter	10–15 %	40 %	1,5	2,5
Serum-Biochemie (Tripletest)	5 %	60 %	0,5	0,6
Nackentransparenz (NT)	5 %	75 %	0,5	0,3
NT+Biochemie	5 %	90 %	0,5	0,2

als die simple Frage nach dem mütterlichen Alter sind.

Triplettest, Nackentransparenz, vor allem aber die Kombination aus einem Ultraschallparameter und zweier biochemischer Marker erfüllen im wesentlich besseren Maße die oben definierten Anforderungen. Mit einem Kombinationsscreening können beispielsweise in der 12. Woche bei einer Rate von nur 5 % invasiver Tests 90 % aller chromosomalen Anomalien entdeckt werden. Daraus ergibt sich eine nur sehr geringe Fehlgeburt rate und ein dementsprechend günstiges Verhältnis Fehlgeburt zu Abortio.

Die bei einem positiven Screeningtest in der 11.–14. Schwangerschaftswoche u.U. anzuschließende Chorionzottenbiopsie mit einem Schnelltest für die häufigsten Chromosomenanomalien liefert dann die Diagnose bereits im 1. Trimenon und führt dadurch sehr früh zu einer Beruhigung der meisten Frauen.

Der im Inneren des Heftes folgende Artikel von Frau Dr. Krampfl, die jahrelange in der Arbeitsgruppe von Prof. Nicolaides am King's College in London gearbeitet hat, beschäftigt sich ausführlich mit diesem Thema.

Ein ganz wichtiger Punkt in der „Neuen Schwangeren-/Geburtshilfe“ ist der Respekt vor der **Autonomie** der Patientin (Schwangeren). Bei jeder Interaktion zwischen Arzt und Patientin treffen zwei Kompetenzen aufeinander. Zwar hat der Arzt (die Ärztin) seine Kompetenz im medizinischen Bereich, er bzw. sie muß aber akzeptieren, daß die Patientin auch eine Kompetenz hat, nämlich im Bereich ihrer Lebensführung und in ihrer Bewertung von Risiken und Nebenwirkungen. Erst ein Dialog dieser beiden Kompetenzen, in dem die Für und Wider der jeweiligen Vorgangsweise gegeneinander abgewogen und aus der Perspektive der subjektiven Betrachtung der Patientin bewertet werden, kann zu einer für den Einzelfall angemessenen, gemeinsamen Entscheidung führen.

„Keine Patientin kann gezwungen werden, nach Maßstäben Dritter vernünftig zu sein.“

Dies gilt ganz besonders für den ethisch brisanten Bereich der Pränataldiagnostik, letztlich aber für die gesamte Medizin.

*o. Univ.-Prof. Dr. Peter Husslein
Vorstand der Universitätsklinik
für Frauenheilkunde Wien*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)