

Von anderen lernen: Geburtsmedizin im internationalen Vergleich

Bericht vom Workshop „Future Challenges of Maternal-Fetal Health Care (Policy) & Academic Obligations in Germany“ der Clara Angela Foundation am 4.12.2015 in Berlin

Jens H. Stupin^{1,2}, Joachim W. Dudenhausen^{1,3}

„Von anderen lernen: Internationaler Vergleich der Geburtsmedizin“ – das war der Untertitel der als „work in progress“ angelegten Veranstaltung der Clara Angela Foundation, die im Anschluss an den 27. Deutschen Kongress für Perinatale Medizin stattfand. Dazu hatte Prof. Birgit Arabin international renommierte Spezialisten vorwiegend aus der Perinatalmedizin und eine Reihe junger Kolleginnen und Kollegen nach Berlin eingeladen, um in ausgewählter Runde Anregungen für neue Konzepte zu gewinnen. Moderatoren waren Prof. Wolfgang Holzgreve am Vormittag und Prof. Joachim W. Dudenhausen am Nachmittag.

„Zukunft braucht Herkunft“, unter diesem Motto des Philosophen Odo Marquard (1) hätte die Veranstaltung ebenso stehen können. Denn: Wir werden die Herausforderungen der Zukunft nicht erfolgreich gestalten und bestehen, ohne uns global der verschiedenen Erfahrungen zu vergewissern und voneinander zu lernen. In diesem Sinne begrüßten Prof. Birgit Seelbach-Göbel als künftige Präsidentin der DGGG und San.-Rat Dr. Werner Harlfinger, Schriftleiter der Zeitschrift FRAUENARZT, die Teilnehmer aus dem In- und Ausland.

Systemverbesserung nach einem tragischen Einzelfall

Über Möglichkeiten, die mütterliche sowie die perinatale Morbidität und Mortalität zu senken, sprachen die beiden ersten Redner. Anhand eines exemplarischen und politisch relevanten Falls stellte Prof. Sir Sabaratnam Arulkumaran, Prof. emeritus, St. George's University of London, Past-Präsident RCOG und FIGO, das Konzept der britischen Mortalitätserhebung (confidential inquiries) dar. Im

Jahr 2012 war eine Migrantin, Savita Halappanavar, in Galway, Irland an einer Sepsis nach Abort verstorben. Sir Arulkumaran leitete die Kommission, die den Tod der jungen Frau untersuchte.

Trotz vorzeitigen Blasensprungs im 2. Trimenon und deutlicher Infektionszeichen erhielt die Patientin keine Geburtseinleitung und entwickelte eine Sepsis, die dann zum Tod führte. Der Patientin wurde ein aktives Vorgehen nicht nur wegen einer inadäquaten Zustandsbeurteilung und Fehlen eines Frühwarnsystems, sondern auch im Hinblick auf gesetzliche Restriktionen zum Schwangerschaftsabbruch verwehrt. Nach Erkennen der Sepsis wurde verspätet reagiert und bestehende Leitlinien wurden nicht angewandt, was auf fehlendem Training von Notfallsituationen und mangelnder Kommunikation zwischen den Fachdisziplinen beruhte.

Sir Arulkumarans Empfehlungen, diese Missstände abzustellen, wurden in Form von Leitlinien und Trainingsprogrammen umgesetzt. Der Fall führte im katholischen Irland zu einer Nachbesserung der Gesetzeslage und der darin enthaltenen ausdrücklichen Erlaubnis zu einem Schwangerschaftsabbruch in Fällen einer akuten Lebensgefahr für die Mutter. Dies zeigt, dass systematische Einzelfallanalysen, wie sie in Deutschland nicht

stattfinden, durchaus zu einer Systemverbesserung führen können.

Entwicklung evidenzbasierter Präventionsstrategien

Der Weg vom vermeidbaren Einzelfall zu klinischem Audit und neuen Schwangerschaftsrichtlinien war auch das Thema von Prof. Jason Gardosi, Leiter des West Midlands Perinatal Institute, Birmingham. Wichtigstes Ziel seiner Arbeit ist die Entwicklung und Anwendung evidenzbasierter Strategien zur Prävention perinataler Mortalität und Morbidität, darunter die Vermeidung von Früh- und Totgeburten vorwiegend bei intrauteriner Wachstumsrestriktion (IUGR) sowie von intrapartualen Todesfällen durch Teamtraining.

Potenziell vermeidbare Risikofaktoren wie IUGR, Adipositas und Rauchen sind in England für 56 % der Totgeburten verantwortlich. Dabei ist die unerkannte IUGR mit einer etwa 7-fachen Risikoerhöhung (adjustiertes OR 7,8; 95 % CI 6,6–10,9) der häufigste Faktor (2). Der Erfolg seines Schulungsprogramms mit adaptierten Wachstumskurven war, dass in den West Midlands, wo das Programm eingesetzt wurde, zwischen 2007 und 2012 die Zahl der Totgeburten von 5,73/1.000 auf 4,47/1.000 gesenkt wurde, also um 22 % (3).

¹ Klinik für Geburtsmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

² Clara Angela Foundation, Berlin, Witten

³ Stiftung für das behinderte Kind, Berlin

Zu diesem Beitrag

Zum dritten Mal hat Frau Professor Arabin zum internationalen wissenschaftlichen und kollegialen Austausch um die Perinatal- und Geburtsmedizin in die Villa Clara Angela eingeladen. Das Meeting fand im Anschluss an den Perinataalkongress statt. Hochkarätige Referenten aus der ganzen Welt sind dieser Einladung zu einer Veranstaltung in sehr persönlichem und kollegialem Rahmen und auf höchstem wissenschaftlichem Niveau gefolgt.

Natürlich sind die organisatorischen Voraussetzungen in den einzelnen Ländern nicht vergleichbar. Beispielsweise haben in Holland alle Kliniken das gleiche EDV-System und die gleiche Software. Sie können so problemlos auch untereinander kommunizieren. Davon können wir in Deutschland nur träumen. Bei uns klappt die Kommunikation oft noch nicht einmal in der eigenen Klinik mit anderen Abteilungen. Oder aber: In Deutschland sind die persönlichen Kontakte zu den Patienten leichter und nicht so bürokratisch wie z. B. in Großbritannien.

Die Diskussionen und Vorträge waren so interessant, dass wir sie Ihnen im geeinten Europa nicht vorenthalten wollten. Wir können nur voneinander lernen. Deshalb habe ich die Kollegen Stupin und Dudenhausen um diesen Bericht gebeten, bei denen ich mich herzlich für die schnelle Bearbeitung bedanken möchte.

San.-Rat Dr. med. Werner Harlfinger, Schriftleiter FRAUENARZT

Gemeinsam mit Frau Prof. Arabin werden jetzt auch adaptierte Wachstumskurven für Deutschland erstellt. Für die Erfolge in der Vermeidung von Totgeburten wurden Gardosi und sein Team wiederholt ausgezeichnet, zuletzt 2015 mit dem Clinical Leadership Award des *British Medical Journal*.

Durch frühzeitige Prävention Morbidität weiter verringern

Zur Diskussion aufgefordert, erläuterte im Anschluss Prof. Klaus Vetter, seit langer Zeit Präsident der Deutschen Perinataalkongresse, wie in Deutschland ein systematisches Herangehen an das Problem der maternalen und perinatalen Mortalität und Morbidität aussehen könnte. Er betonte, dass die auf den Mutterschaftsrichtlinien beruhende Schwangerenvorsorge sich als flächendeckendes Programm zur Betreuung von Schwangeren bewährt hat. Inzwischen liegt der Fokus nicht mehr nur auf der Vermeidung der maternalen und fetalen Mortalität, sondern vor allem auf der Verringerung der Morbidität durch

Das Trainingsprogramm oder „Growth Assessment Protocol (GAP)“ beinhaltet E-Learning, Supervision und ein kontinuierliches Audit. Das optimale Wachstum der Feten wird mithilfe der GROW (Gestation Related Optimal

Weight)-Software errechnet, die auch als Smartphone-App verfügbar ist. Inzwischen ist das Programm in ganz Großbritannien und weltweit verbreitet, mit an die einzelnen Länder angepassten Wachstumskurven (4, 5).



Sprecherinnen und Sprecher der Veranstaltung „Future Challenges of Maternal-Fetal Health Care (Policy) & Academic Obligations in Germany“ in der Villa Clara Angela. Obere Reihe, v. l.: B. Seelbach-Göbel, W. Holzgreve, Sir S. Arulkumaran, D. Ayres-de-Campos, S. Schott, D. Bekedam. Mittlere Reihe: J. Nizard und K. Vetter, K. O. Kagan, B. Serra, J. W. Dudenhausen und D. Ayres-de-Campos, C. Bühner. Untere Reihe: J. Gardosi, K. Baessler, L. Hellmeyer, A.-C. Longardt, D. Grün

frühzeitige Prävention. Dazu ist es notwendig, die Mutterschaftsrichtlinien weiter zu verbessern (6). In diese Richtung geht zumindest ein Ansatz wie die Internetplattform GerOSS (German Obstetric Surveillance System, www.geross.de), wo seit 2010 Frauenkliniken aus Niedersachsen, Bayern und Berlin schwierige, aber seltene Ereignisse der Geburtshilfe (z. B. Uterusruptur, Eklampsie, Placenta percreta) erfassen (7).

Insgesamt sind in Deutschland jedoch große Defizite sowohl bei der systematischen Analyse der mütterlichen Mortalität, die anders als bei uns in vielen Ländern gesetzmäßig erfolgt, als auch bei einer systematischen Einzelfallanalyse perinataler Mortalität und Morbidität vorhanden. Dies ist besonders traurig, da beide Erfassungssysteme in den neuen Bundesländern institutionalisiert waren. Es ist hier also noch viel Einsatz nötig, Probleme transparenter zu machen.

Ausbildungssituation und Wissenschaftsprofil

Der zweite Themenkomplex des Vormittags widmete sich der Ausbildungssituation sowie dem Wissenschaftsprofil innerhalb unseres Fachs in Europa und Deutschland. Prof. Jacky Nizard, Chair Member des EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) und dessen künftiger Präsident, stellte das „Project for Achieving Consensus in Training (PACT)“ des EBCOG vor, das vom ERASMUS-Projekt der Europäischen Kommission unterstützt wird. Ziel ist ein neues Pan-Europäisches Trainingscurriculum in Geburtsmedizin und Gynäkologie. Nizard betonte, dass der Erfolg des Projekts von der Unterstützung aller 37 Nationalen Fachgesellschaften abhängen wird. Als wesentliche Vorteile benannte er die Vereinheitlichung von Ausbildungsstandards, wodurch es möglich wird, dass junge Ärzte in ganz Europa arbeiten können (8). In Deutschland ist leider die Auditierung der Ausbildung nicht etabliert – dies ist eine der großen Aufgaben für die Zukunft.

Ein Ausbildungscurriculum für die Facharztweiterbildung

Zur Diskussion aufgefordert, entgegnete PD Dr. Sarah Schott vom „Jungen Forum“ der DGGG in einer Replik über die Ausbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe in Deutschland, dass es das Ziel sei, ein systematisches Ausbildungscurriculum für die Facharztweiterbildung weiterzuentwickeln. Hierzu liegen Beispiele vor – sie beinhalten jedoch eher nur Zahlen von Eingriffen und weniger die individuelle Fortbildung in allen Bereichen des Fachs und kommen oben drein unkontrolliert zum Einsatz.

In Deutschland existieren im Gegensatz zu vielen europäischen Ländern (z. B. Großbritannien, Frankreich, Niederlande) weder ein zentrales strukturiertes System der Weiterbildung noch ein landesweites Rotationsprogramm. Die jeweiligen Landesärztekammern bestimmen Inhalte und Struktur der Weiterbildung und haben für Prüfungen Abmachungen mit Spezialisten ihres Vertrauens. Es gibt kein einheitliches Konzept, welche Inhalte in welchem Ausbildungsjahr erreicht sein müssen und schon gar nicht, wie das Feedback durch die Weiterbildungsbevollmächtigten aussehen soll (9, 10). Hier hofft Schott, dass sich das Europäische Projekt des EBCOG möglichst bald zwingend auf die Situation in Deutschland auswirken wird.

Forschung in der Weiterbildung: Beispiel Niederlande

Dr. Dick Bekedam aus Amsterdam betonte, dass die wissenschaftlich fundierte Weiterbildung junger Kolleginnen und Kollegen auch ein Ausbildungskonzept sein muss. Da immer noch zu wenig über die Wirksamkeit vieler Therapien in der Geburtsmedizin bekannt ist, wurde in den Niederlanden ein tätiges Forschungs-Konsortium gegründet, an dem mehr als 70 Kliniken teilnehmen.

Dieses Konsortium koordiniert landesweit randomisierte Studien, die in-

zwischen hochrangig publiziert wurden, u. a. zum Einsatz von Pessaren zur Prävention einer Frühgeburt bei Zwillingsschwangerschaften (ProTWIN-Studie (11)), zum Vorgehen bei Gestationshypertonie oder Präeklampsie nach 36 Schwangerschaftswochen (HYPITAT-Studien (12)) oder zahlreiche Studien zur Frühgeburt (APOSTEL I–V (13)) bzw. zum vorzeitigen Blasensprung (PROMEXIL I–II (14)). Eine Studienzentrale organisiert Gelder und Studientreffen, internetgesteuerte Datenbanken, ökonomische Analysen und die Qualitätssicherung.

Durch die zeitnahe Umsetzung der Forschungsergebnisse in konkretes klinisches Handeln über Leitlinien konnten innerhalb der letzten zehn Jahre bei einer Investitionssumme von nur 300.000 Euro pro Jahr 10 Millionen Euro jährlich an Gesundheitskosten gespart werden. Aber nicht nur diese beeindruckenden Zahlen sprechen für den Erfolg des Konsortiums, sondern auch die Verbindung zur Weiterbildung. Etwa ein Viertel der in Facharztweiterbildung befindlichen jungen Kolleginnen und Kollegen ist aktiv an der Durchführung von Studien des Konsortiums beteiligt. Die Randomisierung von Patientinnen für Studien und die Implementierung der Ergebnisse ist in den Niederlanden ein lebendiger Teil der Weiterbildung.

In Deutschland gibt es noch viel zu tun

Zur Diskussion aufgefordert, erläuterte PD Dr. Lars Hellmeyer vom Klinikum im Friedrichshain Berlin, wie in Deutschland Forschungsprojekte von Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten unterstützt werden könnten. Die Analyse des Ist-Zustands fällt leider ernüchternd aus. Hellmeyer verwies auf den FIGO-Kongress 2015, wo viele talentierte Ärzte z. B. aus den Niederlanden und skandinavischen Ländern Forschungsergebnisse vorstellten, hochmotiviert und kritisch diskutierten, die deutsche Beteiligung aber eher bescheiden ausfiel. Ähnlich verhält es sich auf ande-

ren renommierten internationalen Tagungen wie der Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), wie Prof. Birgit Arabin bestätigte, oder den Kongressen der Society of Gynecological Investigation (15).

Obwohl einige Errungenschaften wie die Mikrolutuntersuchung, spezielle Ultraschallmarker, Pessartherapie usw. erstmals in Deutschland beschrieben wurden, fehlt es an Interventionsstudien, wie sie jetzt vom Global Obstetrics Network (GONet, www.globalobstetricsnetwork.org), einem Forum für internationale Koordination und Kooperation in der perinatologischen Forschung, organisiert werden (16). Auch die Qualität deutscher geburtsmedizinischer Leitlinien ist im internationalen Vergleich unzureichend.

Hellmeyer verwies auf Initiativen wie „GYN TO GO“ (www.gyntogo.de), die den Clara Angela Award 2015 erhielt, sowie der Clara Angela Foundation (www.clara-angela.info) und begrüßte den Veranstaltungsrahmen für einen generationsübergreifenden internationalen wissenschaftlichen Austausch. Entscheidend sei es auch, dass Geburtshelfer(innen) evidenzbasierte Medizin im täglichen klinischen Alltag „vorleben“ und eigene Studien initiieren, die finanziell und personell unterstützt werden.

Screening: Das Wesentliche im Blick

Der abschließende Teil des Vormittags stand unter der Überschrift „Verschwendung und Mangel“ in Gynäkologie und Geburtsmedizin. Prof. Karl Oliver Kagan von der Universitätsfrauenklinik Tübingen erklärte zunächst das Konzept von Kypros Nicolaides „Turning the Pyramid of Prenatal Care“ (17), das den Schwerpunkt der Schwangerenvorsorge vom 2. und 3. in das 1. Trimenon verschiebt. Danach erläuterte Kagan ein gestaffeltes Vorgehen aus dem bewährten kombinierten Ersttrimester-Screening und, bei intermediärem Risiko, der

noch relativ teuren Bestimmung der zellfreien fetalen DNA (cffDNA) im mütterlichen Blut (18). Mit großem Überblick, d. h. dem Blick eines kreativen Diagnostikers, der die wesentlichen Probleme einer Population im Auge hat, erläuterte Prof. Kagan länder- und krankheitsspezifisch, inwieweit ein Screening für bestimmte Erkrankungen in verschiedenen globalen Regionen sinnvoll ist.

Konsensus-Leitlinien: Intrapartale fetale Überwachung

Was sich derzeit beim intrapartalen fetalen Monitoring ändert, versuchte Prof. Diogo Ayres-de-Campos von der Universität Porto, Portugal und Board-Mitglied der EAPM zu beantworten. Er stellte dazu die neuen Konsensus-Leitlinien vor, die auf dem FIGO-Kongress im Oktober 2015 verabschiedet wurden (19). Diese wurden vom „Safe Motherhood and Newborn Health Committee“ der FIGO erarbeitet, dessen Koordinator Ayres-de-Campos ist. Insgesamt 50 internationale, auf dem Gebiet der fetalen Überwachung ausgewiesene Experten wurden eingeladen mitzuwirken, wodurch ein Konsens erreicht werden konnte. Die neuen Leitlinien sind so formuliert, dass sie auch unabhängig von bisheriger Expertise verstanden werden können. Außerdem ist neu, dass der Gültigkeitsbereich auf alle verfügbaren Methoden der fetalen Überwachung (Pulsoxymetrie, ST-Analyse, automatisiertes CTG) erweitert wurde. Ziel ist es, dadurch die perinatale Mortalität und Morbidität weltweit zu senken und unnötige Interventionen zu reduzieren.

Schwangerenbetreuung in Entwicklungsländern

Prof. Bernat Serra vom Institut Dexeus und „Matres Mundi“, Barcelona, stellte die Frage, wie die perinatale Versorgung von Schwangeren in hochentwickelten und armen Ländern angeglichen werden könnte.

Während in westlichen Industriestaaten viel Geld für eine Pränataldia-

gnostik ausgegeben wird, die oftmals Probleme nur feststellt, aber nicht heilt, fehlt es in den Ländern der Dritten Welt bereits an einer basalen Schwangerenbetreuung. Deutliche Unterschiede zwischen Europa und Afrika bestehen z. B. in der Zahl der Krankenhausbetten (63 vs. 9/10.000 Einwohner), der Zahl der Ärzte (33 vs. 2/10.000 Einwohner), aber auch der Gesundheitsausgaben (20). Entsprechend hoch sind die maternale (620/100.000 Schwangere) und die perinatale Mortalität (100/1.000 Neugeborene) (21).

Abhilfe zu schaffen versucht hier „Matres Mundi International“, eine spanische NGO, deren Ziel die Verbesserung maternaler und neonataler Gesundheit in den Entwicklungsländern ist (www.matres-mundi.org). In einem Hilfsprojekt „Life for Africa“ werden Geburtshelfer, Hebammen, Kinderärzte und Krankenschwestern ausgebildet und „Maternity Hospitals“ errichtet. Weiterhin gibt es Präventionsprogramme im Hinblick auf Hygiene, Ernährung und Impfungen.

Beckenboden-Probleme und sinnvolle Lösungen

Über die globalen Konsequenzen von protrahierten Wehen und Verletzungen des Beckenbodens sprach PD Dr. Kaven Baessler, Urogynäkologin und Mitverfasserin deutscher Leitlinien, von der Charité Berlin.

Leider gibt es in vielen Entwicklungsländern immer noch Schwangere, die tagelang Wehen haben, bevor ihnen medizinische Hilfe zuteil wird. Bei protrahierter Geburt kommt es zu Verletzungen des Beckenbodens bis hin zur Bildung von Scheidenfisteln, die zu Inkontinenz, Infektionen und Nierenerkrankungen führen. Gerade in Ländern Afrikas oder Asiens kommt es dadurch zu einer verminderten Lebensqualität der betroffenen Frauen. Nicht nur Spontangeburt, sondern auch Risikofaktoren wie eine Adipositas oder Rauchen können zu Schäden am Beckenboden bis hin zu In-

kontinenz oder Vaginal- bzw. Uterusprolaps führen.

Die Zahl der Sectiones zu erhöhen ist jedoch ebenso wenig eine Lösung wie die bei uns häufigen Beckenboden-Operationen bei nicht-symptomatischen Patientinnen (22). Hier sollte besser auf Prävention und Abbau modifizierbarer Risikofaktoren gesetzt werden. Auch der routinemäßige Einsatz von Netzimplantaten bei Inkontinenz-Operationen ist eine Verschwendung, vielmehr kommt es darauf an, für jede Patientin eine individuelle Lösung zu finden (23).

Perinataler Einsatz von Antibiotika – Nutzen und Risiken

Im abschließenden Vortrag des Vormittags widmete sich Prof. Dr. Christoph Bühner, Direktor der Klinik für Neonatologie der Charité, den Risiken und Vorteilen des perinatalen Einsatzes von Antibiotika. Bakterielle Infektionen sind immer noch eine der Hauptursachen neonataler Mortalität sowohl in den Entwicklungs- als auch den Industrieländern. Vor allem in Hinblick auf hohe Raten multiresistenter gram-negativer Keime hat der „verschwenderische“ Einsatz von Antibiotika in den letzten Jahrzehnten viel Schaden angerichtet. Oft ließe sich aber in Entwicklungsländern mit einfachen Mitteln viel bewirken: Eine Meta-Analyse zeigte, dass der Einsatz von Chlorhexidin zur Reinigung des Nabelschnuransatzes die neonatale Mortalität durch eine Omphalitis um 23% vermindern konnte (RR=0,77; 95%-CI 0,63–0,94) (24).

Der gezielte Einsatz von Antibiotika, dort wo er nutzt, muss die Strategie der Zukunft sein, zum Beispiel bei GBS-positiven Schwangeren zur Verminderung von early-onset Infektionen der Neugeborenen, bei Schwangeren mit vorzeitigem Blasensprung vor 36 SSW (25) oder mehr als 12 Stunden Blasensprung, aber nicht solchen mit vorzeitigem Wehen und intakten Eihäuten, da hier die Rate an Zerebralpareesen steigt (26).

Dialog der Generationen

Die Vorträge des Nachmittags wurden hauptsächlich von jüngeren Kolleginnen und Kollegen, auch Studierenden, gehalten, u. a. um einen Dialog der Generationen auf Augenhöhe, ein voneinander Lernen im besten Sinne zu fördern.

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Einen Schwerpunkt im Nachmittagsprogramm nahm die Herausforderung durch die steigende Zahl von Flüchtlingen ein. Dr. Ann-Carolin Longardt aus der Klinik für Neonatologie der Charité arbeitet seit einigen Monaten in der medizinischen Versorgung von geflüchteten Kindern und unbegleiteten Jugendlichen. Die Charité hat in Berlin die medizinische Versorgung in drei Erstaufnahmeeinrichtungen auf freiwilliger Basis der dort tätigen Ärzte übernommen.

Longardt berichtete über die verschiedenen Krankheitsbilder, die ihr in der täglichen Arbeit begegnen, wie Erkältungen, Bronchitiden, Pneumonien, Durchfälle, auf der Flucht entstandene Verletzungen sowie Befall mit Läusen oder Skabies und posttraumatische Belastungsstörungen durch Erlebnisse im Bürgerkrieg oder auf der Flucht. Als wichtigste tägliche Probleme sieht sie Sprachbarrieren, die selbst mit Übersetzern schwer überwindbar sind, Zeit- und Personalmangel, aber auch das Fehlen notwendiger Medikamente oder diagnostischer Verfahren von Blutanalyse bis Röntgen und Ultraschall (27).

Dr. Amr Hamza, Gynäkologe an der Universität des Saarlands, bestätigte Longardts Erfahrungen und fügte eigene Beobachtungen in der Therapie von Schwangeren hinzu. Diese haben durch fehlende Vorsorge ein deutlich höheres Risikoprofil z. B. für unerkannte Fehlbildungen, Infektionserkrankungen, aber auch ethnisch bedingt höhere Raten an Gestationsdiabetes (28). Als besonders kritisch

schätzte auch er Sprachbarrieren und einen Analphabetismus im Hinblick auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit und dem Gesundheitswesen an sich ein. Diese Probleme können nur gemeinsam von den in der Versorgung tätigen Ärzten, Sozialämtern und politischen Entscheidungsträgern gelöst werden.

Vorgehen bei Feten mit infauster Prognose

Dr. Ioannis Kyvernitakis aus der Klinik für Geburtsmedizin in Marburg stellte das Thema „Sectiones und invasives Vorgehen bei Feten mit infauster Prognose“ zur Diskussion. Er stellte vier Fälle von Feten mit letalen Fehlbildungen, darunter OEIS-Sequenz, Body-Stalk-Anomalie, Trisomie 18 und FADS (Fetal Akinesia Deformation Syndrom) vor. Obwohl bei allen Schwangerschaften eine Sectio durchgeführt wurde, hätte man durch „non aggressive management“, eine vaginale Geburt und mehr psychologische Zuwendung der Situation besser gerecht werden können. Dies sollte vergleichbaren Patientinnen jedoch deutlich erklärt werden.

Johannes Grünwald verwies auf Ergebnisse seines Dissertationsprojekts, das auf einer Studie von Frau Prof. Arabin beruht, die die Teilung Berlins zwischen 1961 und 1990 mit zwei parallelen Gesundheitssystemen zu einem Vergleich der unterschiedlichen Entwicklung der Perinatalen Medizin in beiden Teilen Berlins angeregt hatte (29). Zusammen mit drei weiteren Doktorandinnen wurde jetzt die Situation zwischen 1990 und 2010 auf essentielle Outcome-Parameter (z. B. Zahl der Lebendgeburten, Fertility-Rate, maternale und perinatale Mortalität sowie Kindersterblichkeit) und subjektive Erfahrungen der Mütter untersucht. So war im Vergleich zu West-Berlin die maternale Mortalität in Ost-Berlin leicht höher, die perinatale und vor allem die neonatale Mortalität jedoch niedriger. Nach 1990 glichen sich die Raten aneinander an, vor allem aber sank die Schwangeren-

schaftsrate in Ost-Berlin (und in den neuen Bundesländern).

Nathanael Stricker warb in seinem Beitrag für die Möglichkeit einer Dissertation mit „collected papers“ und berichtete als Doktorand der Universität Marburg über seine Erfahrungen.

Smartphone-Apps in der Gesundheitsvorsorge

Abschließend sprachen zwei Studenten der Betriebswirtschaft aus Gießen/Witten, Marc Daniel Vogelgesang und Daniel Grün, über ihren „Traum“, der Anwendung von Smartphone-Apps im Bereich der Gesundheitsvorsorge, speziell auf dem Gebiet der Geburtsmedizin. Was auf den ersten Blick wie aus einem Science-Fiction-Film entsprungen klang, hat inzwischen konkrete Umrisse angenommen. Eine randomisierte Pilot-Studie in den USA (30) zeigte, dass sich mobile Applikationen erfolgreich in der pränatalen Aufklärung und Prävention einsetzen lassen. Auch für Deutschland sollen Apps auf der Grundlage der Leitlinien entwickelt und für die Schwangeren nutzbar werden. Außerdem „träumen“ Vogelgesang und Grün auch davon, junge Forscher besser zu „vernetzen“, vor allem bei der Suche nach Kooperationspartnern und der Durchführung von Forschungsprojekten.

Austausch über Forschung und Patientenversorgung

Die Vortragenden und die Zuhörer nutzen die Gelegenheit dieses Tages zu einem intensiven Gedankenaustausch über die geburtshilfliche Forschung und die Patientenversorgung in der Geburtshilfe in Europa. Es wurden die Unterschiede zwischen den verschiedenen Gesundheitssystemen und ihre Folgen für das Outcome, für die Patientensicherheit, für die Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit und Fortbildung deutlich. An vielen Punkten konnte man erkennen, dass wir voneinander lernen können. So sollte beispielsweise in Deutschland die Bekämpfung der Ursachen der

Totgeburtlichkeit und der mütterlichen Sterblichkeit nach dem Muster im Vereinigten Königreich verändert werden, Ansätze wie in Bonn (31) oder – wie ganz aktuell – in Berlin (32) sind vorhanden.

Wichtig und nützlich war auch der Gedankenaustausch an diesem Tag zwischen Erfahrenen und Jüngeren in der Geburtshilfe. Gerade vor diesem

Hintergrund und dem beschriebenen Mangel an internationalem Austausch (15) wurde der Tag an der Königsallee in Berlin als Bereicherung empfunden.

Literatur

bei den Autoren oder in der Online-Version des Beitrags unter www.frauenarzt.de

Autoren



Dr. med. Jens H. Stupin
Klinik für Geburtsmedizin
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
jens.stupin@charite.de



Prof. Dr. med. Joachim W. Dudenhausen, FRCOG
Professor emeritus für Geburtsmedizin
Klinik für Geburtsmedizin
Stiftung für das behinderte Kind
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
joachim.dudenhausen@charite.de

Anzeige

DGPGM

Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin

17. Kongress

Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin
9.–10. Juni 2016 (Kurse: 8. Juni) • Bonn, Beethovenhalle

PROGRAMM-ÜBERSICHT ALS BEILAGE IN DIESEM HEFT

Kongresspräsident
Prof. Dr. med. Ralf. L. Schild, MA FRCOG
Hannover

Information, Organisation
Jörg Eickeler
Beratung • Organisation • Veranstaltung
Neanderstr. 20, 40233 Düsseldorf
Tel.: +49 (0)211/3033224, info@eickeler.org

Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V.

Online-Anmeldung, Programm, Infos

www.dgpgm.de

