

BLICK ÜBER DIE GRENZEN

Geburtsmedizin in Deutschland und den Niederlanden

Vom 28. bis 29. November 2014 fand in Berlin in der Villa Clara Angela das erste Austauschsymposium zwischen deutschen und niederländischen geburtshilflich tätigen Gynäkologen statt, organisiert von Prof. Birgit Arabin, die 15 Jahre lang in den Niederlanden gearbeitet hat (s. auch Beitrag in FRAUENARZT 8/2014, S. 746–755). Darin wurden die verschiedenen Versorgungsstrukturen zwischen Deutschland und den Niederlanden gegenübergestellt. Die sehr fruchtbare und kollegiale Diskussion zeigte, dass beide Länder voneinander lernen können.

Damit auch die FRAUENARZT-Leser von der Veranstaltung profitieren können, präsentieren wir nachfolgend sowie in den kommenden Ausgaben jeweils einige der Themen aus deutscher und niederländischer Praxis im Vergleich.

Sanitätsrat Dr. med. Werner Harlfinger

Organisation der Geburtsmedizin in den Niederlanden

Salwan Al-Nasiry

In den Niederlanden investiert die Politik intensiv in die Verbesserung aller Aspekte der Medizin und besonders in einen sicheren Schwangerschaftsverlauf und eine risikoarme Geburt. In 2003 war man zunächst desillusioniert darüber, dass die Ergebnisse von PERISTAT zeigten, dass die Niederlande eine im Vergleich zu anderen Ländern hohe perinatale Mortalität aufwiesen (s. Abb. 1). Fetale und neonatale Mortalität lagen bei 7,4 und 3,5 pro 1.000 Geburten. Obwohl sich die Situation inzwischen verbessert hat, wie die PERISTAT-II-Daten gezeigt haben, war der Abfall der perinatalen Mortalität in einigen Ländern deutlicher.

Das alles führte dazu, dass das Thema in den Medien kritisch beleuchtet und schließlich auch eine Task Force gebildet wurde (College Perinatale Zorg) mit der verantwortlichen Aufgabe einer Koordination der geburtshilflichen Versorgung und der Implementierung nationaler und lokaler Richtlinien und Empfehlungen. Im Fokus steht dabei unter anderem, die Hausgeburt, die eine wesentliche

Perinatale Mortalität – Daten aus PERISTAT I und II

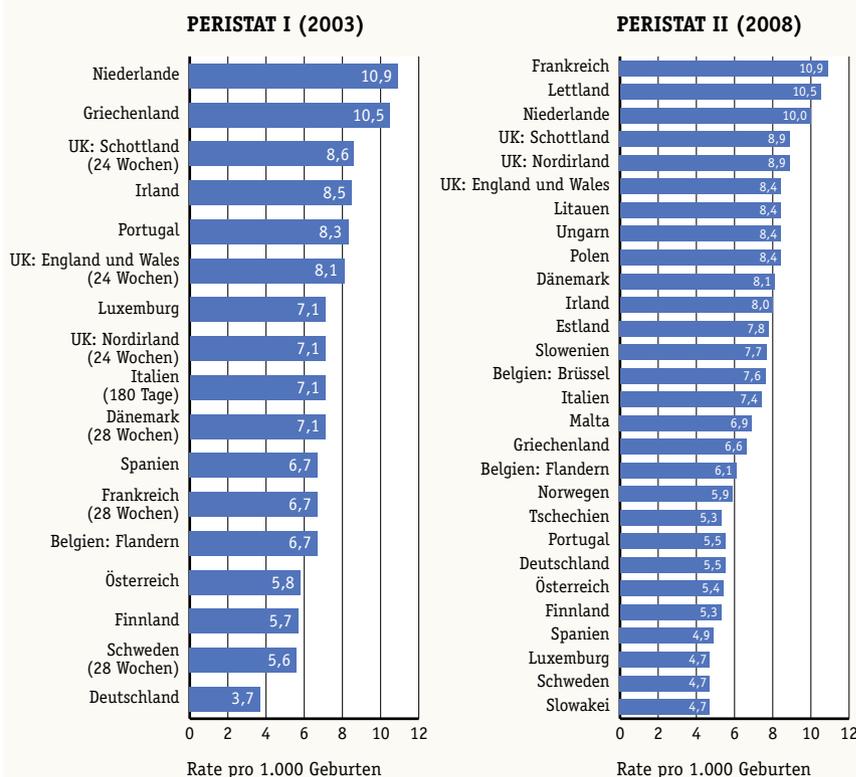


Abb. 1: Perinatale Mortalität in europäischen Ländern im Vergleich. Die hohen Raten in den Niederlanden 2003 zeigten eine hohe intrauterine Sterblichkeit nach 22 SSW (7,4/1.000) sowie eine hohe neonatale Sterblichkeit (3,5/1.000). Auch 2008 waren diese Zahlen 7/1.000 und 3/1.000 Lebendgeburten. Die perinatale Mortalität fiel in fünf Jahren von 10,9 auf 10,0/1.000 Geburten, dieser Abfall war in anderen Ländern deutlicher.

Komponente des geburtsmedizinischen Systems darstellt, sicherer zu machen (oder zu reduzieren).

Organisation der Schwangerschaftsvorsorge

Bei einer gesunden Schwangeren ohne Risiken wird die Betreuung zunächst durch eine Hebamme oder (selten) einen Hausarzt angeboten. Dabei bestehen auf Konsensus basierte Richtlinien, die auch die Kontraindikationen für eine Hausgeburt definieren, d. h. wann eine Hebamme eine Schwangere zu einem Gynäkologen überweisen muss. Diese Regeln gelten vom 1. Trimester bis zum Wochenbett. Die Standardvorsorge beinhaltet strukturierte Konsultationen, Beratung im Hinblick auf pränatale Diagnostik, Untersuchungen der Routinediagnostik wie Hb, Blutgruppe, HIV/Hepatitis, Fundusstand und Blutdruck. Schwangere mit leicht erhöhtem Risiko werden zu Gynäkologen allgemeiner Krankenhäuser überwiesen, Hochrisikoschwangere zu Gynäkologen mit entsprechender Subspezialisierung in Perinatalzentren Level 1; hierzu gehören acht universitäre und zwei nichtuniversitäre Zentren (s. Abb. 2). Ein Nachteil dieses Systems ist, dass etwa 80 % der Schwangeren eigentlich mehr als nur einen dieser Betreuer benötigen.

Schlüsselindikatoren im geburtshilflichen System

Die Qualität des Systems kann durch Indikatoren beurteilt werden, darunter die mütterliche Mortalität und Morbidität, „near-miss“-Fälle, die perinatale und neonatale Mortalität und Morbidität. Die Hauptursachen der perinatalen Mortalität sind zu 85 % (Bonsel et al., 2010):

- Frühgeburt,
- Wachstumsretardierung,
- Fehlbildungen und
- perinatale Asphyxie.

Die perinatale Mortalität fiel in den Niederlanden zwischen 1950 und

Organisation der Schwangerenvorsorge in den Niederlanden

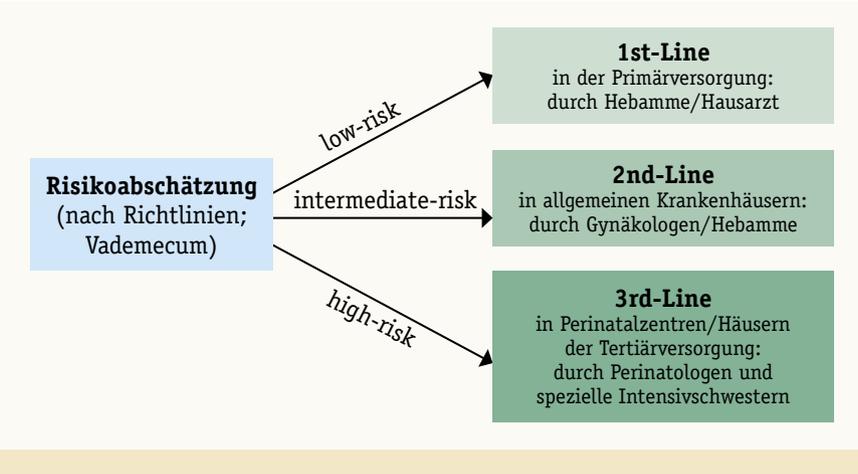


Abb. 2: Auf der Grundlage konsensusbasierter Richtlinien werden Schwangere entsprechend der Risikoabschätzung an höhere Versorgungsstufen weiterüberwiesen.

1980 ähnlich wie in anderen europäischen Ländern. Zwischen 1980 und 1997 war der Rückgang weniger steil, ebenso zwischen 2001 und 2011. Auch die Säuglingssterblichkeit sank.

Die Raten mütterlicher Mortalität variierten vor 1983 zwischen 8 und 23 Frauen/Jahr, danach fielen sie ab von 10,6 auf 3,6 in 2011. Drei Ursachen waren vorrangig:

- Präeklampsie,
- Thromboembolie und
- Sepsis.

Es ist aufgrund der geringen Fallzahlen und der hohen Zahl von nicht angegebenen Todesfällen (etwa 25 % in einigen Ländern) sowie indirekter Mortalität schwierig, Raten mütterlicher Mortalität zu vergleichen. Daher besteht auch ein hoher Bedarf an gesetzlich vorgeschriebener Registrierung wie in Großbritannien (CEMACH) oder wie in den Niederlanden der Kommission maternaler Mortalität sowie internationaler Zusammenarbeit.

Perinatales Audit Nederland (PAN)

Perinatale Audits in den Niederlanden (perined.nl) entstanden 2010 durch einen Zusammenschluss professionel-

ler Organisationen von Hebammen, Allgemein- und Geburtsmedizinern, Kinderärzten und Pathologen mit Unterstützung der Regierung. PAN definiert sich als die systematische kritische Analyse der Qualität der medizinischen Versorgung, der diagnostischen und therapeutischen Methoden, der Nutzung von Ressourcen sowie der Qualität des Outcomes von Mutter und Kind. Dabei gibt es drei unterschiedliche Ebenen:

- Lokales Netzwerk: zielt auf die Evaluation von Fällen mit mütterlicher oder perinataler Mortalität und schwerer Morbidität und vermittelt positive und negative Kritik sowie Empfehlungen zur Vermeidungsstrategie.
- Regionales Netzwerk: zielt auf die Evaluation und Definition von Gesundheitsstrukturen innerhalb einer Region, d. h. im Einzugsgebiet der zehn Perinatalzentren.
- Nationales Netzwerk: zielt auf die Evaluation spezifischer Patientengruppen, um zukünftige Betreuungsmodelle spezifisch definieren zu können.

Zwischen 2010 und 2013 gab es im Rahmen von PAN 868 Audit-Treffen, dabei wurden 1.699 Fälle diskutiert, wobei 9.914 professionelle Mitarbeiter teilnahmen (etwa 32 pro Meeting). Große Perinatalzentren orga-

nisierten 8–10 Audits pro Jahr. 75 % der Fälle mit perinataler Mortalität waren durch Frühgeburtlichkeit bedingt. In 70 % der Audit-Fälle (n=707) handelte es sich um Fälle mit perinataler Mortalität am Termin. Teilnehmer an den Sitzungen waren professionelle Mitstreiter wie Gynäkologen, Neonatologen, Genetiker, Hebammen, Anästhesisten, Pathologen, Hausärzte, Schwestern sowie auch paramedizinische Berufstätige und Mütter nach der Geburt.

Substandard care (SSC) wurde bei 53 % der Fälle der PAN-Meetings festgestellt (Eskes et al, 2014). Sehr wahrscheinlich war SSC in 8 % aller Fälle auch mit perinataler Mortalität verbunden. Durch die Audits sank die Rate dieser Fälle zwischen 2010 und 2012 von 10 % auf 5 % ($p=0,060$).

Verbesserungen wurden vor allem identifiziert

- bei der Versorgungsorganisation (35 %),
 - bei der Erstellung von Guidelines (19 %) und
 - bei der Dokumentation (15 %).
- Außerdem wurde eine höhere Zahl von Risikoschwangerschaften er-

kannt: 70 % in 2010 und 84 % in 2012 ($p=0,0001$).

Das Niederländische Überwachungssystem

Das International Network of Obstetric Survey Systems (INOSS) wurde 2013 zur Registrierung von „severe acute maternal morbidity“ (SAMM) aufgestellt, wobei vor allem Folgen von Eklampsie, Herzversagen und Fruchtwasserembolie evaluiert werden.

Erfahrung aus der Gegend von Maastricht

Die Universität Maastricht versucht in einem zukunftsorientierten System (Limburg Obstetric Quality System), die Schwangerenversorgung zu verbessern und in regelmäßigen Treffen zu koordinieren.

Zukunft

Diskutiert wird weiterhin, inwieweit es das dreigeteilte Versorgungssystem in den Niederlanden schafft, die perinatale Mortalität weiter zu reduzieren. Hierzu sind Reformen erforderlich, die vor allem die Probleme

des Transports von Hausgeburten in die Klinik betreffen. Schon jetzt ist die Rate der Hausgeburten rückläufig und es wird ernsthaft diskutiert, inwieweit nicht zumindest alle Erstgebärenden in der Klinik entbinden sollten. Eine modernisierte evidenzbasierte Risikoevaluation sollte etabliert werden, gefolgt von multidisziplinären Triagen während der Schwangerschaft. Ein solches System garantiert, dass Frauen nach einem individuellen Betreuungsplan versorgt werden, wobei alle Parteien involviert werden. Brückenbildungen zwischen den drei Versorgungsstrukturen und eine engere Verzahnung sind dabei Voraussetzung für eine optimale Versorgung der Schwangeren und ihrer Kinder.

Autor

Dr. Salwan Al-Nasiry
 Department of Obstetrics and Gynecology
 MUMC
 PO Box 5800
 6202 AZ Maastricht
 The Netherlands
 salwan.alnasiry@mumc.nl

Organisation der Geburtsmedizin in großen deutschen Zentren

Lars Hellmeyer

Bei der Anfrage des Vortrags mit dem englischen Titel: „How obstetrics is organized at a large obstetric center in Berlin: audits of maternal/perinatal mortality & morbidity“ zusammen mit meinem niederländischen Kollegen Dr. Salwan Al-Nasiry stand bereits fest, dass wir Deutschen in fast allen vergleichbaren Strukturen unterlegen sind und wir viel aus dem niederländischen kooperativen System lernen können.

Weltweit ist die mütterliche Mortalität ein Problem, deren Reduktion ist das fünfte Millenniums-Ziel der Vereinten

Nationen. Trotz Verbesserungen (die Mortalitätsrate sank von 1990 bis 2003 um 45 %) sind weitere Interventionen erforderlich. Der Blick auf das Industrieland Deutschland zeigt zwar eine niedrige maternale Mortalitätsrate (2007: 9 von 100.000 Frauen), aber es besteht keine Sicherheit, dass die Erfassung lückenlos erfolgt.

Eine differenzierte Analyse der deutschen Müttersterblichkeit hat vor vielen Jahren einmal Prof. Hermann Welsch aus München unternommen, allerdings nur fokussiert auf das Bundesland Bayern. Er stützte sich nicht

allein auf die bayerische Perinatalerhebung, sondern hat die standesamtliche Registrierung zusätzlich auf Todesfälle untersucht, die in Zusammenhang mit der Geburt stehen könnten und eben nicht in der Perinatalerhebung erfasst wurden. Die Definition der Müttersterblichkeit nach dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung zählt alle Todesfälle während der Schwangerschaft und 42 Tage post partum hinzu, die in Beziehung zur Schwangerschaft oder deren Behandlung stehen oder die durch einen sich in der Schwangerschaft verschlechternden Gesundheitszustand verur-

sacht werden. Ausgeschlossen werden Sterbefälle von Schwangeren durch Unfälle oder zufällige Ereignisse (z. B. Verkehrsunfälle).

Der von Welsch untersuchte Zeitraum lag zwischen 1983 und 2000, wobei Sechsjahres-Intervalle betrachtet wurden. Insgesamt gab es 164 direkte Sterbefälle, 67 indirekte und 78 Sterbefälle als Koinzidenz. Innerhalb des Untersuchungszeitraums nahm die direkte Mortalitätsrate von 11,3 auf 5,4/100.000 Frauen ab. Die Haupttodesursachen der direkten Sterbefälle waren thrombotische Ereignisse einschließlich der Fruchtwasserembolie, gefolgt von Blutung, Sepsis und Präeklampsie. Kardiovaskuläre Erkrankungen und extragenitale Infektionen waren hauptsächliche für die indirekten Sterbefälle. Trotz der akribischen Aufarbeitung in Bayern wurden etwa 7 % der Fälle gar nicht erfasst (Welsch et al. AJOG 2004; 191: 304). Diese Evaluation bezog sich nur auf eines der 16 deutschen Bundesländer und endete in dieser Art der Aufarbeitung im Jahr 2000. Der gemeinsame Bundesausschuss hat als unabhängiges Institut AQUA für die Datenerfassung

und Qualitätssicherung der Geburtshilfe eingesetzt. Da jedoch diese Daten trotz der zeitaufwändigen Eingaben den einzelnen Kliniken nur bedingt zur Verfügung stehen und Einzelabfragen, auch gerade in Hinblick auf wissenschaftliche Fragestellungen, nur insuffizient oder gar nicht möglich sind, herrscht hier keine Transparenz. Somit werden maternale Todesfälle, sicherlich auch wegen des Reputationsverlusts und medikolegaler Konsequenzen, gar nicht erst gemeldet.

Der in unserem Level-1-Zentrum 2014 aufgetretene Todesfall einer jungen Mutter mit Fruchtwasserembolie bei der vierten Sectio und Placenta increta wurde zumindest interdisziplinär im Rahmen der Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz erörtert, aber es gibt im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern keine übergeordnete Instanz, in der anonym alle Müttersterbefälle analysiert werden, um Vermeidungsstrategien zu entwickeln („confidential inquiries“).

Ein Lichtblick und ein Schritt in die richtige Richtung ist das GerOSS (German Obstetric Surveillance System),

das in drei Bundesländern ab 2015 von partizipierenden Kliniken die Todesfälle erfassen und analysieren wird. Bisher werden hier wenigstens annähernd vollständig in Niedersachsen „major events“ wie schwere Plazentationsstörungen, Uterusrupturen, postpartale Hysterektomien und Eklampsien erfasst. Aber die Frage bleibt, warum sich in Deutschland keine Institution verpflichtend mit der zentralen Analyse der mütterlichen Sterbefälle befasst – dem schlimmsten Ereignis, das uns im Alltag konfrontieren kann. Das Konkurrenzdenken in Deutschland ist derart groß, dass lieber jede Institution, „eminenz-“ statt evidenzbasiert, für sich allein handelt und gravierende Ereignisse lieber unerwähnt bleiben.

Autor

PD Dr. med. Lars Hellmeyer
Vivantes Klinikum Friedrichshain
Geburtsmedizin
Landsberger Allee
10249 Berlin
lars.hellmeyer@vivantes.de

Screening und Prävention der Frühgeburt in den Niederlanden

Bouchra Koullali, Frederik Herrmanns

Die Inzidenz der Frühgeburt vor 37 SSW beträgt bei Einlingen 5,4 % und bei Zwillingen 32 % (1). Frühgeburten vor 34 SSW sind die Hauptursache perinataler Mortalität und neonataler Morbidität in den Niederlanden sowie von Langzeitfolgen bei den Kindern. Risikofaktoren sind vor allem eine bereits erlebte Frühgeburt. Die Zervixmessung mittels Transvaginalsonografie (TVS) gilt als Standard. In den Niederlanden wird die Pessartherapie bei kurzer Zervix als effektiv eingeschätzt (Evidenzlevel I), sowohl bei Einlingsschwangerschaften (2) als auch bei Zwillingsschwangerschaften (3, 4). Ähn-

lich verhält es sich mit vaginalem Progesteron (5, 6). Beschränkt man die Zervixmessung auf Frauen mit einer vorangegangenen Frühgeburt <34 SSW, muss man weniger Messungen durchführen und die Spezifität erhöht sich von 62,8 % auf 96,5 %, allerdings werden dann 40 % der Frauen mit Risiko nicht erfasst (7).

Zervixmessungen bei Nicht-Risiko-Schwangerschaft (Einlinge)

Das Risiko beträgt bei einer Einlingsgravidität bei einer Zervixlänge von

<35 mm 13 %, es steigt, je kürzer die Zervix ist. Als Intervention können das Zervixpessar und vaginales Progesteron verwendet werden.

Eine Cochrane-Metaanalyse aus dem Jahr 2013 mit 36 Studien und 8.523 Frauen zeigte, dass mit vaginalem Progesteron bei Frauen mit einer Zervix <25 mm die Frühgeburt vor 34 SSW und vor 28 SSW signifikant reduziert werden kann (RR 0,64, 95 % CI 0,45–0,90; RR 0,59, 95 % CI 0,37–0,93). Ebenso hatte eine vorangegangene Metaanalyse einen Rückgang nachweisen können, idalerweise mit Beginn zwischen 18

und 24 SSW. Ebenso zeigt die PECEP-Studie von Goya et al. mit 385 randomisierten Frauen, dass das Zervixpessar bei einer Zervixlänge <25 mm die Schwangerschaft signifikant verlängert und das neonatale Outcome verbessert (RR 0,21; 95 % CI 0,10–0,40; RR 0,14; 95 % CI 0,04–0,39). Der Grund, warum eine chinesische Studie diskrepante Ergebnisse fand, wird darin gesehen, dass die Fallzahl unzureichend war und es sich um nur „low-risk“ Patientinnen handelte.

Zervixmessungen bei Zwillingsschwangerschaft und asymptomatischer Zervixverkürzung

Auch bei Frauen mit Zwillingen und kurzer Zervix führt die Pessartherapie zu einer Abnahme der Frühgeburten vor der 28. SSW (RR 0,23; 95 % CI 0,06–0,87) und einer Abnahme neonataler Morbidität (RR 0,40; 95 % CI 0,19–0,83). Möglicherweise hat – wie in einer Metaanalyse dargestellt – vaginales Progesteron zwar keinen Einfluss auf die Schwangerschaftsdauer bei Zwillingsschwangerschaft und kurzer Zervix <25 mm, aber verbessert doch das Outcome (RR 0,56; 95 % CI 0,42–0,75). Bei Zwillingen scheinen die Maßnahmen am effektivsten, wenn die Diagnose früh zwischen 16 und 22 SSW erfolgt, auch wenn es noch keine spezifischen Studien hierzu gibt.

Pessar oder Progesteron?

Welche Methode am besten die Frühgeburt verhindert, wird derzeit in den Niederlanden (und weltweit) weiter untersucht. Die QUADRUPLE-P-Studie (8) vergleicht vaginales Progesteron mit dem Zervixpessar bei Einlings- und Zwillingsschwangerschaft und kurzer Zervix, ohne dass diese Frauen eine Frühgeburt hatten. Mithilfe des globalen Netzwerks GONet (www.globalobstetricsnetwork.org) werden Studien mit Pessar und Progesteron aufeinander abgestimmt (9), dabei werden derzeit etwa 15–20 Studien in elf verschiedenen Ländern ausgeführt,

wobei eine prospektive Metaanalyse von Pessar-Trials (PROMT) durchgeführt werden soll.

Zervixmessungen bei Frauen mit einer Vorgeschichte mit Frühgeburt vor 34 SSW

Werden Frauen mit belasteter Vorgeschichte präventiv mit 17 α -Hydroxyprogesteron i.m. ab 16 SSW behandelt, kann eine Frühgeburt hinausgezögert werden (5). Weiterhin erhöht eine kurze Zervix das Risiko. Die niederländischen Richtlinien schreiben daher die routinemäßige Zervixmessung vor.

Interventionen bei Risikoprüfung und asymptomatischer Zervixverkürzung

Allein bei dieser Gruppe kann auch eine Cerclage durchgeführt werden, da diese dann das Risiko für eine Frühgeburt verringert (RR 0,80; 95 % CI 0,69–0,95), allerdings keine Auswirkung auf das neonatale Outcome hat.

Bei Frauen mit Mehrlingsschwangerschaft wurde nach der aktuellsten Cochrane-Metaanalyse von 2014, bei der fünf Studien mit 1.577 Frauen inkludiert wurden, kein Beweis festgestellt, dass eine Cerclage eine Frühgeburt verhindern kann (RR 1,11; 95 % CI 0,58–2,14), es gibt sogar Hinweise, dass sich Frühgeburten noch erhöhen (RR 2,15; 95 % CI 1,15–4,01). Auch die aktuellste Studie ließ hier keine signifikante Wirkung erkennen (RR 1,17; 95 % CI 0,23–3,79; (10)).

Cerclage oder Pessar?

Ein nachteiliger Effekt einer Cerclage besteht in vorzeitigem Blasensprung und Infektionen, außerdem brauchen die Patientinnen eine Narkose. Im Gegensatz hierzu ist ein Pessar nicht-invasiv, kann poliklinisch appliziert werden und ist kostengünstiger. Darum wird jetzt in den Niederlanden eine Cerclage mit einem Zervixpessar verglichen – alles bei Risikoprüfung

und kurzer Zervix (PC trial, www.studies-obsgyn.nl/PC, NTR 4415).

Zervixmessung bei drohender Frühgeburt und Symptomatik vorzeitiger Wehen

Obwohl Diagnose und Prävention der Frühgeburt effektiver werden, gibt es noch immer Frauen, die sich mit vorzeitigen Wehen und/oder Blutungen präsentieren, das betrifft 9 % aller Schwangeren oder 16.000 Schwangere pro Jahr (11), wobei nur eine Minderzahl (5–25 %) innerhalb der nächsten sieben Tage und insgesamt etwa die Hälfte vor der 37. SSW entbindet. Das Problem ist zweischneidig – man sollte nicht unnötig behandeln, aber bei tatsächlicher Frühgeburt Kortikosteroide applizieren.

Bei einer Zervixlänge von >25 mm entbinden 95–99 % *nicht* innerhalb der folgenden sieben Tage, die Sensitivität beträgt 78,3 % (95 % CI 67,9–86,6 %), die Spezifität 70,8 % (95 % CI 67,4–74,0 %) (12). Da der positive Vorhersagewert nur 13 % beträgt, werden Schwangere oft „überbehandelt“. Fibronektin hat einen hohen negativen Vorhersagewert bei einem Cut-off von 50 ng/ml, aber einen niedrigen positiven Vorhersagewert (13).

In den Niederlanden wurde die APO-STEL-I-Studie als größte Kohortenstudie durchgeführt. Bei einer Zervixlänge von 15–30 mm kann das Fibronektin weiter zwischen hohem und niedrigem Risiko differenzieren, ist die Zervix >30 mm oder Fibronektin negativ, ist die Aussicht auf eine Frühgeburt <5% innerhalb der folgenden sieben Tage. Ist die Zervix <15 mm oder 15–30 mm bei positivem Fibronektin, besteht ein erhöhtes Risiko (14).

Man sollte beachten, dass selbst bei drohender Frühgeburt von der WHO zwar die Applikation von Kortikosteroiden, vor 30 SSW auch die Applikation von Magnesiumsulfat, aber keine Tokolyse empfohlen wird.

In dieser Situation haben Cerclage und Progesterone keinen Effekt. Zurzeit wird in den Niederlanden die APOSTEL-VI-Studie durchgeführt (15), in der die Applikation eines Zervixpessars nach der Erstbehandlung untersucht wird.

Zusammenfassung

Die vielversprechendsten Maßnahmen bei kurzer Zervix sind das Zervixpessar und vaginales Progesteron. Hier

werden zurzeit auch die meisten Studien ausgeführt und eine Zusammenarbeit angestrebt. Eine ausführliche ist gerade erschienen (Koullali B et al., Semin Fetal Neonatal Med. 2016; 21(2): 80–88).

Literatur

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

Autoren

Dr. Bouchra Koullali
Dr. Frederik Herrmanns
 Department of Obstetrics and Gynaecology
 Academic Medical Center
 Amsterdam
 Meibergdreef 9
 1105 AZ Amsterdam
 The Netherlands
b.koullali@amc.nl

Screening nach einer Frühgeburt in wenigen Kliniken und vielen Praxen in Deutschland

Ilka Fuchs

Das Problem in Deutschland ist die Dezentralisierung des Screenings für Frühgeburten zwischen vielen gynäkologischen Praxen, wenigen spezialisierten Pränatalpraxen mit DEGUM-II- oder DEGUM-III-Spezialisten sowie wenigen Ambulanzen von Universitätskliniken mit unterschiedlicher Spezialisierung. Außerdem fehlen multizentrische prospektive Studien, deren Resultate in deutsche Richtlinien eingehen könnten. Dies betrifft sowohl die Diagnostik als auch die Prävention der Frühgeburt.

Auch hier wird zwischen verschiedenen Zielgruppen unterschieden:

1. asymptomatische Schwangerschaften ohne belastende Vorgeschichte (screening low risk),
2. asymptomatische Risikoschwangerschaft mit einer Frühgeburt in der Anamnese (screening high risk),
3. asymptomatische Mehrlingsgravidität,
4. symptomatische Schwangerschaften.

Zunächst geht es um die Frage: Sollen wir überhaupt auf eine drohende

Frühgeburt „screenen“? Hierzu gibt es bereits verschiedene Statements, u. a. von Romero (AJOG 2010), von Werner (UOG 2011) und von Iams (AJOG 2012). Derzeit ist die Transvaginalsonografie (TVS) der Zervix nicht in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen, wird also auch nicht vergütet. Gynäkologen in der Praxis haben hierfür meist keine standardisierte Ausbildung, in spezialisierten Ambulanzen werden allerdings im 2. Trimester in mehr als 90 % TVS-Messungen der Zervix vorgenommen.

Aber selbst wenn dabei eine kurze Zervix diagnostiziert wird, gibt es keine Empfehlungen zum klinischen Management oder zur Frequenz weiterer Untersuchungen. Hier stehen das Zervixpessar, das vaginale Progesteron (beide Evidenzlevel I zur Prävention der Frühgeburt), die Cerclage sowie der „totale Muttermundverschluss“ (eine auf den deutschsprachigen Raum begrenzte Therapieoption) zur Verfügung. Die Evidenzlage des frühen totalen Muttermundverschlusses ist derzeit gering, da keine randomisierten Studien vorliegen. Die Studie von Brix et al. (BJOG 2013) Cerclage versus Cerclage

mit Muttermundverschluss wurde vorzeitig abgebrochen, da kein Benefit des Muttermundverschlusses gefunden wurde.

Auch für Patientinnen mit Symptomen gibt es keine Standards, und so werden häufig völlig veraltete Konzepte in den Alltag integriert. Zukünftige Ziele erfordern daher im Vergleich zu den Niederlanden enorme Anstrengungen: die Einführung des Screenings in Richtlinien und den Alltag (siehe oben), vor allem bei Risikoschwangerschaft, aber auch bei der Nicht-Risiko-Schwangeren, die Ausführung von Multizenterstudien, ein Update von Richtlinien sowie eine Kostenrückerstattung.

Autorin

PD Dr. Ilka Fuchs
 Zentrum für Pränataldiagnostik und Genetik
 Kurfürstendamm 199
 10719 Berlin
fuchs@kudamm-199.de