

Wehen leicht gemacht

Fast jeder zehnte Säugling wird heute zu früh geboren. Dies erhöht die Gefahr von Fehlbildungen und Behinderungen. Geburtshelfer wollen deshalb bei Frauen mit frühzeitigen Wehen die Geburt möglichst lange hinaus zögern. Aber knappe Fallpauschalen verhindern oft eine optimale Therapie. Das muss nicht sein, meint der Krankenhausberater Gerhard Riegl.

Die meisten Gynäkologen raten heute einer Schwangeren über 35 Jahren zur Pränatalen Diagnostik: zur Fruchtwasseruntersuchung oder zumindest zur Nackenfaltenmessung. Schließlich ist das Risiko eines genetischen Defekts bei Kindern reiferer Mütter erhöht. Dass eine Behinderung oder Fehlbildung durch Frühgeburt fast noch wahrscheinlicher ist, gerät oft aus dem Blick. Aufklärungsgespräche über die typischen Frühgeburt-Symptome zum Beispiel finden in den Praxen nur selten statt. Doch für Klinikärzte sind Frühgeburten ein Problem: Die Zahl der Kinder, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden, steigt jedes Jahr um 2,4 Prozent. Die Gründe sind neben der zunehmenden Zahl von älteren Schwangeren: Mehrlinge durch Kinderwunschbehandlung, Stress und Vaginalinfekte. In einigen Kliniken gibt es bereits spezielle Stationen für Schwangere mit Frühgeburt-Risiko.

Unter den Frauen gibt es akute Fälle, die bereits mit Wehen in die Klinik kommen. Dann geht es vor allem darum, die Geburt um zwei Tage hinaus zu zögern. Gelingt dies, können die Ärzte in diesen 48 Stunden die Lungenreifung des Ungeborenen mit Kortison vorantreiben und damit die schlimmsten Komplikationen ausschließen. Meistens werden die Wehen mit Betamimetika unterdrückt. Betamimetika belasten

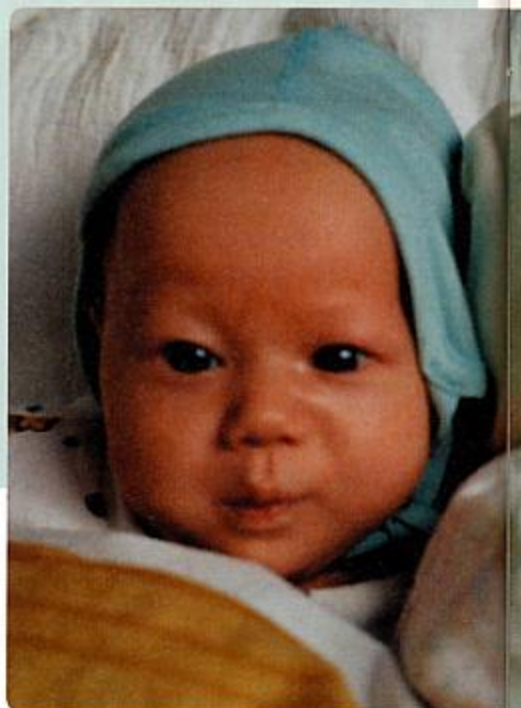
den Kreislauf der Mutter jedoch stark: Sie können Lungenödeme, Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz hervorrufen. Die Ärzte müssen die Tokolyse wegen dieser Gefahren häufig abbrechen. Wehen lassen sich auch mit dem Oxytocin antagonistischen Atosiban unterdrücken. Diese Substanz hat kaum Nebenwirkungen, denn sie wirkt selektiv, das heißt, nur an der Gebärmutter. Ihr einziger Nachteil: Eine Be-

Wehenhemmer mit Betamimetika sind günstig, doch gehen sie der Schwangeren an die Substanz: Sie können Lungenödeme und Herzinsuffizienz hervorrufen.

Atosiban ist besser verträglich, da es nur an der Gebärmutter wirkt. Allerdings ist es teurer: Ein Behandlungszyklus kostet 820 Euro.

handlung über 48 Stunden kostet rund 820 Euro – ein Vielfaches mehr als die Therapie mit einem Betamimetikum.

Der Einsatz von Atosiban bedeute für die Klinik ein finanzielles Defizit, sagt Maritta Kühnert, leitende Oberärztin der Klinik für Geburtshilfe und Perinatalmedizin der Universitätsklinik Marburg. Für die meisten Klinikärzte ist es deshalb auch schwierig, eine



Therapie mit dieser gut verträglichen Substanz durchzusetzen. Sie müssen die besondere Behandlung begründen, die Unterschrift des Ober- oder Chefarztes einholen und sich gegen die Widerstände der Krankenhauspapotheker durchsetzen. „Wir stehen mit dem Rücken zur Wand. Denn auf der anderen Seite haben wir es mit dem modernen Elternpaar zu tun, das im Internet sieht, welche Möglichkeiten es gibt und mit einem Therapieplan in die Klinik kommt, auf den es bei seiner Recherche gestoßen ist. Sie tolerieren es nicht, wenn wir uns für ein anderes Medikament entscheiden“, erklärt Kühnert. Doch die Ärzte können nicht einigen Elternpaaren nachgeben und die anderen Schwangeren therapieren wie bisher. Dass eine Klinik mit Atosiban behandelt, wird sich herumsprechen. „So kann die Tokolyse auch zum Wettbewerbs- und Konkurrenzfaktor werden“, sagt Kühnert.

In der Mund-zu-Mund-Propaganda sieht Gerhard Riegl, Professor für Betriebswirtschaft an der Fachhochschule Augsburg, jedoch einen Vorteil. „Mit dem Einsatz von Atosiban setze

ich ein Qualitätssignal: Das ist ein tolles Marketing", sagt Riegl, der im Auftrag des Atosiban-Herstellers Ferring an sechs Kliniken eine Befragung



Zwillinge: Die hohe Zahl der Frühgeburten hängt auch mit den vielen Mehrlingsgeburten zusammen.

unter Geburtshelfern und Gynäkologen vorgenommen hat. In Zukunft würden für Schwangere nicht mehr nur Dinge wie Wassergeburten im Vordergrund stehen. Wenn es den Kliniken gelänge, niedergelassene Gynäkologen besser über Frühgeburts-Risiken und Unterschiede bei der Behandlung vorzeitiger Wehen aufzuklären, dürfte sich das Interesse der Schwangeren bald verschieben. „Viele Frauen werden dann vermutlich von Hausgeburten und Geburtshäusern absehen. Auf diese Weise könnten die Kliniken die leichteren Fälle zurückgewinnen, die sie brauchen, um die komplizierteren Fälle quer subventionieren zu können“, sagt Riegl, der Inhaber der Krankenhausberatung Riegl & Partner GmbH ist. Gerade große Kliniken könnten ihre Anziehungskraft verstärken, indem sie ein wenig bei den Geburtshäusern abschauen und sich von ihrer kühlen Ausstattung verabschieden. Sehr

„EINE MORALISCHE VERPFLICHTUNG“

Kliniken mit Perinatalzentrum, die also auf die Betreuung von Schwangeren und Geburtsmedizin spezialisiert sind, setzten bei Frauen mit Frühgeburts-Symptomen häufig Atosiban ein. Dies hat der Augsburger Krankenhausberater Gerhard Riegl in einer Befragung von sechs Kliniken, die fast alle über ein Perinatalzentrum verfügen, herausgefunden. Zu den überzeugten Nutzern von Atosiban zählt die Zentralklinik Augsburg. „Wir arbeiten recht konsequent mit Atosiban. Ich halte es moralisch für nicht vertretbar, wenn ich ein Medikament habe, von dem ich weiß, dass es keine gefährliche Nebenwirkungen hat, ich dieses aber aus wirtschaftlichen Gründen nicht einsetze“, sagt Arthur Wischnik, Chef der Frauenklinik. Finanzielle Probleme ergeben sich für Wischnik trotz des relativ hohen Preises von Atosiban offenbar nicht: „Ich habe ein Jahresbudget, mit dem ich zurecht kommen muss, da pegele

ich das unter.“ Eine Behandlung mit den herkömmlichen risikoreichen Wehenhemmern (Betamimetika) hält Wischnik nur für gerechtfertigt bei einer akuten, kurz andauernden Wehenbeseitigung (Akuttokolyse), die mit einer intrauterinen Reanimation einhergeht.

Vermutlich werden bald auch andere Kliniken Atosiban häufiger einsetzen: Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) wird in Kürze ihre Tokolyse-Leitlinien überarbeiten und dann auch zu Atosiban raten. Die jetzt noch gültige Fassung von 2000 empfiehlt Atosiban nur in Studien. In erster Linie würden Betamimetika eingesetzt, heißt es. Zu lesen ist aber auch: „Unter den lebensbedrohlichen Problemen sind am häufigsten die Lungenödeme, gefolgt von pektanginösen und Herzrhythmusstörungen, bei Überdosierung Hypertonie und Schock.“

zu empfehlen sind auch besondere Dienstleistungen wie Partnerzimmer.

Für die Kliniken kommt es mehr denn je darauf an, Schwangere durch Informationsveranstaltungen zu erreichen und die Niedergelassenen ins Frühgeburten-Management einzubeziehen. Die Universitätsklinik Marburg hat mit dem Kontakte schmieden bereits begonnen: Sie bietet zertifizierte Fortbildungen speziell zum Thema Frühgeburten an, in denen die Gynäkologen zum Beispiel erfahren, wie wichtig es ist, nach der Familiengeschichte zu fragen; schließlich hat sich gezeigt, dass die Neigung zur Frühgeburt auch eine genetische Komponente haben kann. Auch werden die Klinikärzte nicht müde, auf die Infektionsprophylaxe mittels Testhandschuh hinzuweisen sowie auf den altbekannten Faktor Stress, der allzu häufig vernachlässigt wird. „Heute meinen viele Frauen, eine Schwangere könne eigentlich alles machen. Doch das ist übertrieben. Frauenärzte empfehlen ihren

Patientinnen alle Aktivitäten wie Beruf, Sport und Reisen mit ihnen zu besprechen“, meint Kühnert.

Sicherlich wird es trotz guter Aufklärungsarbeit der Niedergelassenen weiterhin Schwangere mit Frühgeburts-Symptomen geben. Doch möglicherweise kommen viele noch bevor die Wehen einsetzen zur Informationsveranstaltung oder Beratung ins Krankenhaus. Für den Fall, dass sich die Frühgeburten-Rate nicht ändert, hat Riegl eine Rechnung, die Kliniken Mut machen kann: Ausgehend von jährlich 600 Geburten á 2.500 Euro Fallpauschale, ergeben sich etwa 54 Frühgeburten. Im Schnitt sind davon ein Drittel – das heißt 18 Patientinnen – für eine Therapie mit Atosiban prädestiniert. „Das kostet 14.760 Euro. Die Summe ist weniger als ein Prozent des gesamten DRG-Budgets. Die Ausgabe lohnt sich allemal, wenn man neben der besseren Verträglichkeit den zusätzlichen Marketing-Effekt bedenkt.“ <<

Kirsten Gaede

Foto: Schinermann