UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR FRAUENHEILKUNDE • ABTEILUNG FÜR

Geburtshilfe und feto-maternale Medizin

Ärzte Woche, 22. Jahrgang Nr. 39, 2008

Der Kreißsaal im Jahr 2015

Die Schwangere der Zukunft wird nicht nur auf Sicherheit Wert legen.

Das Bild der Geburtshilfe hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt: Geburtshilfe ist sicherer, aufwendiger, differenzierter, trotz aller Erfolge für den Geburtshelfer aber risikoreicher, ganzheitlicher und letztlich patienten- und frauenorientierter geworden. Dieser Trend wird sich fortsetzen.

Die Entwicklung der Geburtshilfe im soziologischen Umfeld unserer Gesellschaft betrachtet:

- Das durchschnittliche österreichische Paar bekommt nur mehr 1,4 Kinder – Tendenz sinkend.
- Das durchschnittliche mütterliche Alter bei der Geburt steigt kontinuierlich an (von 25 auf 29 innerhalb der letzten 20 Jahre).
- Das Ereignis Geburt wird für die Eltern in spe immer wichtiger.
- Die Autonomie der Patientin (besonders von Schwangeren, die sich zu Recht als gesund einstufen) wird immer wichtiger.
- Die öffentliche Medizin ist zunehmend nicht mehr in der Lage – vor allem aus finanziellen Gründen –, alle akzeptierten medizinischen Standards lückenlos auf hohem Niveau zu gewährleisten.
- Das Bewusstsein in der Bevölkerung, dass bestimmte medizinische Dienstleistungen privat nachgefragt und bezahlt werden müssen, nimmt zu.

Der Trend abnehmender Geburtenzahlen wird sich bis 2015 verstärken. Außerdem entscheiden sich immer mehr Frauen im gebärfähigen Alter, kinderlos zu bleiben. Daher wird sich die Gesellschaft in unseren Breiten immer mehr zu einer geriatrischen entwickeln.
Nachdem ein nicht unbeträchtlicher Teil der Forschung von der pharmazeutischen Industrie finanziert und dadurch auch gelenkt wird, ist absehbar, dass in Zukunft in der Geburtshilfe wahrscheinlich keine pharmakologische Neuentwicklung zu erwarten ist. Die Forschung konzentriert sich auf Erkrankungen der zahlungskräftigen älteren Menschen (Krebs, Herz-Kreislauf- und neurologische Erkrankungen). Im Kreißsaal des Jahres 2015 werden sich also keine innovativen Behandlungskonzepte medikamentöser Natur finden.

Risikoadaptierte Betreuung

Derzeit bekommen Schwangere im Wesentlichen eine einheitliche Betreuung angeboten. Der Mutter-Kind-Pass geht zu wenig darauf ein, dass Schwangere mit niedrigem Risiko wenig medizinische Intervention brauchen, während solche mit Risiken einer viel intensiveren Betreuung bedürfen, als sie derzeit angeboten wird. Hauptgrund ist, dass von den vorhandenen Möglichkeiten zur Triage zu wenig Gebrauch gemacht wird. Allein die Anamnese und eine ausführliche Untersuchung in der SSW 11-14 mittels Ultraschall und Biochemie sowie die Abnahme verschiedener Infektionsabstriche könnten schon jetzt eine solche Aufteilung besser vornehmen lassen, als dies in der Praxis tatsächlich umgesetzt wird. Bis zum Jahr 2015 werden wohl noch bessere Untersuchungsmöglichkeiten zu Verfügung stehen (allein die Qualität der Ultraschallauflösung wird weiter zunehmen).
Risikoschwangere werden ausnahmslos in Perinatalzentren mit hohen Geburtenzahlen gebären, am besten nach frühzeitiger Anmeldung. Wurde dies versäumt, wird der forensische Druck einen Antenataltransport zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft und in Einzelfällen sogar noch sub partu notwendig machen. Solche Perinatalzentren verbinden geburtshilfliche Hochtechnologie-Infrastruktur mit einer Kinderintensivstation – idealerweise „Tür an Tür".
Aufgrund der besseren Ergebnisqualität der Betreuung von Risikoschwangeren in solchen Zentren, aber leider auch aufgrund des bis 2015 deutlich zunehmenden forensischen Drucks wird es zur Regionalisierung und somit zur Konzentration von Risikoschwangeren in Zentren keine Alternative geben.
Es ist schwierig für ein solches Perinatalzentrum, auch für „Normalschwangere" attraktiv zu sein. Die Konzentration auf Pathologie – im Umgang und im Denken – ist nicht das ideale Umfeld für die

Anforderungen, die gesunde Schwangere für ihre Geburt stellen. Einzelne Spitäler werden es schaffen, für das gesamte Spektrum der Geburtshilfe attraktiv zu bleiben, die meisten werden aber ihr Klientel wählen müssen: Risikoschwangere und daher viel medizinische Infrastruktur oder risikoarme Schwangere und weitgehender Hotelcharakter.
Risikoarme Schwangere – bei nicht übertriebener „Pathologisierung" wird das der Großteil der Schwangeren im Jahr 2015 sein – erwarten sich für ihre Geburt eine „Serviceeinrichtung mit medizinischem Sicherheitsnetz".
Es hat einen Umdenkprozess erfordert, bis wir Geburtshelfer verstanden haben, dass solche Schwangere die Sicherheit (die unsere Domäne ist) als gegeben voraussetzen und mit diesbezüglichen Argumenten nicht zu beeindrucken sind. Es ist so, wie Prof. Gerhard F. Riegl, renommierter Leiter des Instituts für Management und Gesundheitsdienst in Augsburg, bei seinen Vorträgen provokant formuliert: Niemand ist begeistert davon, dass sein Auto startet, fährt, nicht explodiert und bremsen kann. Fasziniert sind „Autofreaks" von getönten Scheiben, Spezialfelgen, – zumeist überflüssiger – Elektronik, Leistungen am Bordcomputer und Ähnlichem.
So schwer es für uns Geburtshelfer zu akzeptieren ist, es ist in der Geburtshilfe nicht anders: Frauen suchen sich ihren Geburtsort nicht nach Sicherheitskriterien oder medizinischen Kennziffern aus. Serviceaspekte, das Ausmaß der Zuwendung, die Möglichkeit, die Geburt nach eigenen Vorstellungen zu gestalten, eine angenehme räumliche Atmosphäre, Familienzimmer, gegebenenfalls die Möglichkeit, eine Begleithebamme mitzunehmen, sind die Kriterien, die heute – und noch viel mehr 2015 – ausschlaggebend für die Wahl des Geburtsortes für Frauen mit niedrigem Geburtsrisiko sein werden. Dass Frauen wenig auf die Empfehlung ihres Arztes hören, wurde in einer Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Frauengesundheitsforschung an 1.000 Patientinnen der gynäkologisch- und geburtshilflichen Ambulanzen im Umfeld der Stadt Wien gezeigt. Schwangere orientieren sich eher an Empfehlungen aus dem sozialen Umfeld. Sie bestimmen selbst, wo sie gebären, während die Patientinnen zur gynäkologischen Operation dorthin gehen, wohin sie ihr Frauenarzt zuweist.

Prognosen zur Geburtsstatistik im Jahr 2015

Die Kaiserschnittrate wird steigen (besonders der primäre Kaiserschnitt). Die Vakuumentbindung wird bei etwa 6 Prozent bleiben. Die Zangenentbindung wird verschwinden. Die vaginale Entbindung der Beckenendlage wird nur mehr in dafür spezialisierten Einrichtungen stattfinden (und ist langfristig gesehen ebenfalls ein „Auslaufmodell"). Die Regionalanästhesie (bei der vaginalen Geburt die Epidural- und bei der Sectio die Spinalanästhesie) wird stark zunehmen. Die Episiotomierate wird sinken. Väter werden noch häufiger bei der Geburt dabei sein als bisher. Die alleinige Hebammenbetreuung unter der Geburt wird zunehmen.
An der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien gibt es seit mehr als zehn Jahren die Möglichkeit für Schwangere mit niedrigem Risiko, sich ausschließlich und alleinverantwortlich von einer Hebamme (aus organisatorischen Gründen einer Stationshebamme) während der Geburt betreuen zu lassen. Die Schwangere wird bereits in der Schwangerschaft über diese Möglichkeit informiert, muss die Entscheidung dazu aber erst bei der Aufnahme in den Geburtsbereich treffen. Die Teilnahme an diesem Projekt ist für Hebammen freiwillig und bedarf der Genehmigung durch die leitende Hebamme und den Abteilungsleiter. Es liegt eine taxative Aufzählung von Ein- und Ausschlusskriterien vor sowie von Konstellationen, unter denen eine Konsultation einer eines Arztes oder aber die Überantwortung an die den Arzt notwendig sind. Großer Wert wird auf eine penible Dokumentation der Zuständigkeit und Verantwortung während des gesamten Ablaufes der Geburt gelegt.
In einer kürzlich zusammengestellten wissenschaftlichen Evaluierung wurden etwa 3.000 auf diese Art betreute Schwangere einer entsprechenden Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Als wesentlichste Ergebnisse fallen auf: Nur vier Prozent mussten in die gemeinsame Betreuung von Hebamme und Arzt abgegeben werden; außerordentlich niedrig waren die Sectiorate (unter einem Prozent) und die vaginal-operativen Geburtsbeendigungen (etwas über ein Prozent). Ernste Komplikationen wurden keine beobachtet. Der Zufriedenheitsgrad der Wöchnerinnen in der ausschließlich von Hebammen betreuten Gruppe war sehr hoch. Als Erklärung dafür ist zweifelsohne die „1-zu-1-Betreuung" bei dieser Form der Geburtsbegleitung zu nennen. Schon allein aus forensischen Gründen hat die Hebamme den Geburtsbereich der ihr anvertrauten Gebärenden praktisch nie verlassen.
Da es sich hier zweifelsohne um eine Vorselektion handelt (Schwangere mit niedrigem Risiko, die selbstbewusst und positiv motiviert waren, sich eine Geburt „nur mit einer Hebamme" vorzustellen), kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass eine „Hebammen-Geburtshilfe" bessere Ergebnisse bringt als eine gemeinsame Betreuung durch Hebamme und Arzt. Es zeigt aber, dass bei entsprechender organisatorischer Vorgabe eine reine „Hebammengeburtshilfe" gut in einen Kreißsaal integrierbar ist. Eine

Geburtsbetreuung ausschließlich durch Hebammen für Frauen mit niedrigem Risiko wird daher in Zukunft eine deutlich größere Rolle spielen als heute.
Protrahierte vaginale Geburten, die dann u.U. mit mühsamen vaginal-operativen Geburtsoperationen enden, oder sekundäre Sectiones nach stundenlangen Bemühungen, eine vaginale Geburt zu erzielen, und ganz besonders Akutkaiserschnitte sollten möglichst selten vorkommen.

Kaiserschnitt nach Plan

Der Kaiserschnitt wird in Zukunft die vorherrschende Geburtsform sein. Er entspricht der Lebensform des mittleren 21. Jahrhunderts: geplant und kalkulierbar.
Für gesunde Schwangere bedeutet die Geburt schon jetzt – unabhängig davon, ob sie vaginal oder per sectionem entbinden werden – „nur eine kurze Unterbrechung ihres Befindlichkeitszustands", wie Prof. Huch zu sagen pflegte. Das wird im Jahr 2015 noch stärker zum Tragen kommen. Schon jetzt ist ein Kaiserschnitt unter Spinalanästhesie – vorgenommen in etwa 20 Minuten ohne Notwendigkeit einer Infusionstherapie (mit Ausnahme von Schmerzmedikation) und einer praktisch uneingeschränkten Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme – eine medizinische Behandlung, die – mit Ausnahme der unmittelbaren postoperativen Phase – kaum der medizinischen Infrastruktur eines Spitals bedarf, wegen der psychosozialen Bedeutung des Ereignisses Geburt aber vielmehr der Service-Einrichtungen eines Luxushotels.

Verwöhnprogramm für die ganze Familie

Ein solches „Hotel mit medizinischem Sicherheitsnetz" ist die ideale Einrichtung für eine gesunde Wöchnerin. Dort kann sie sich in den ersten Tagen nach der Geburt zusammen mit ihrem Mann verwöhnen lassen. Insbesondere bei einem geplanten Kaiserschnitt, für den sich der Mann im Vorfeld Urlaub nehmen konnte, kann die Zeit für einen „Medizincheck" oder eine Kur genutzt werden.
Auch für die Wöchnerin muss das Angebot an physikalischer Therapie, Massage, Kosmetik, Friseur u. ä. passen, sonst sucht sie sich eben einen anderen Ort für ihr „Erlebnisereignis Geburt" aus. Wenn die Sozialversicherung dies nicht anbietet, wird die private Geburtshilfe florieren, vorausgesetzt, die Menschen können sich das leisten. Bei durchschnittlich etwa einem Kind im Jahr 2015 ist es aber wahrscheinlich, dass viele dieses elementare „Lebensereignis" sich etwas kosten lassen werden. Eine Zeitlang lassen sich „spektakuläre Geburtsbereiche" in Privatkliniken auch noch dadurch zusätzlich finanzieren, dass sie eine enorme Attraktion auf Kundinnen aus den Ländern des ehemaligen Ostblocks oder des mittleren Ostens ausüben. Dazu muss das Angebot der „paramedizinischen Leistungen" für die Wöchnerin und für den Mann entsprechen.
Eine Prophezeiung für das Jahr 2015 wird von den meisten Leserinnen und Lesern noch beurteilt werden können. Man wird sehen, welche der dargelegten Voraussagen zutreffen und welche nicht. Lassen wir uns überraschen.

Prof. Dr. Peter Husslein ist Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde an der MedUni Wien.

Der ungekürzte Originalartikel erschien in Gynäkologe 2008,41:694-700
© Springer Medizin Verlag 2008

Copyright ÄrzteWoche, Wien
Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
Impressum