



Was sich in Gynäkologie und Geburtshilfe verändert hat

Bessere Überwachungsmethoden vor und nach der Entbindung

BASEL – Ende der 1960er-Jahre, als die Medical Tribune gegründet wurde, steckte die Schwangerenvorsorge noch in den Kinderschuhen. Der Ultraschall war keine Selbstverständlichkeit, die Väter warteten vor dem Gebärsaal, und das Neugeborene kam unmittelbar nach der Geburt in ein separates Zimmer. Das und vieles andere hat sich in den vergangenen 50 Jahren grundlegend geändert. Wir sprachen mit Professor Dr. Irene Hösl i vom Universitätsspital Basel.

? In den Nachkriegs- und Wirtschaftswunderjahren machte sich auch in der Gynäkologie ein Credo breit, nach dem (fast) nichts mehr unmöglich schien. Inzwischen ist man so weit in ethische Grenzgebiete vorgestossen, dass der Gesetzgeber immer wieder bemüht werden muss.

Das ist durchaus ein interessanter Aspekt. Mich beschäftigt oft die Frage, ob und wie Schwangere mit dem breit gefächerten Angebot an Untersuchungen, Tests und Risikoberechnungen zurechtkommen.

«DIE PILLE BEEINFLUSSTE AUCH DIE SELBSTBESTIMMUNG DER FRAU»

Wir gehen von mündigen Frauen aus, überschätzen oft deren Entscheidungskompetenz und überfordern sie. Hier sind wir als Medi-

ziner gefordert und müssen uns Zeit nehmen und gut und verständlich informieren.

? Mit welchen geburtshilflichen Problemen sahen sich Gynäkologen Ende der 1960er-Jahre konfrontiert?

Verglichen mit heute hatten wir eine höhere perinatale Mortalität, sowohl die Säuglings- als auch die Müttersterblichkeit war bedeutend höher. Erst allmählich hat man angefangen, Frühgeborene intensiv zu betreuen, sodass sie trotz zu frühem Start und sehr geringem Geburtsgewicht überleben können. Erst Anfang der 1960er-Jahre konnten Frauen mit normaler Schwangerschaft im Spital entbinden, vorher wurden nur Frauen mit Risikoschwangerschaft überwiesen. Diese Verlagerung ins Spital hatte aber auch eine gewisse Medikalisierung zur Folge. Spezifische Anästhesie- und vereinfachte Operationsverfahren kamen auf, Geburten wurden eingeleitet und

planbar. Über das Bonding hat man sich noch kaum Gedanken gemacht, nach der Geburt kamen die Neugeborenen sofort ins Säuglingszimmer, Rooming-in war eher die Ausnahme.

Zu dieser Zeit wurden auch Einläufe propagiert oder ein Dammschnitt durchgeführt – ohne entsprechende Evidenz. Heute wissen wir, dass beides in der Routine nichts zu suchen hat.

? Wann kam das Umdenken?

Leboyer war ein Vorreiter und hat das Neugeborene ins Zentrum gerückt. Er setzte sich dafür ein, dass es Hautkontakt zur Mutter hat und in ihrer unmittelbaren Nähe die nötige Geborgenheit findet. Erst in den letzten Jahren wurden entsprechende systematische Reviews publiziert, die das zukunftsweisende Konzept Leboyers bestätigen.

? Und die Väter?

Damals waren die Väter üblicherweise nicht anwesend bei der Geburt, und auch das Stillen hatte nicht den heutigen Stellenwert. Der Kreissaal glich mit seinem sterilen Ambiente einem Operationssaal, allein schon von daher war die Anwesenheit der Väter nicht vorgesehen.



? Was konnte man einer Schwangeren damals an Vorsorgemassnahmen bieten?

Man hat in erster Linie Blutdruck und Gewicht dokumentiert, die kindlichen Herztöne auskultiert und den Urin untersucht. Infektionsabklärungen fanden nur in geringem Masse statt und Impfungen in der Schwangerschaft wurden nicht durchgeführt. Da uns der Ultraschall noch nicht zur Verfügung stand, konnte es durchaus vorkommen, dass man bei der Entbindung von einer Mehrlingsgeburt überrascht wurde. Mit dem Ultraschall setzte eine revolutionäre Entwicklung ein: Wir können den Geburtstermin genau berechnen, sehen früh Mehrlinge, eine Placenta praevia und erkennen eine Vielzahl von Risikokonstellationen, die wir perinatal im Auge behalten müssen.

? Hat sich der Kaiserschnitt von einem Notfalleingriff zur Lifestyle-Operation entwickelt?

In einigen Kulturen, wie z. B. in Südamerika, gehört es in den besseren Kreisen bereits zum guten Ton, dass man Kinder per Kaiserschnitt zur Welt bringt. Viele «Celebrities» entscheiden sich inzwischen für die Schnittentbindung, aber auch zunehmend mehr Schweizer Frauen – aus den unterschiedlichsten Gründen. Es ist aber auch so, dass die Kinderzahl pro Frau stark gesunken ist und man beim oft einzigen Kind nichts dem Zufall überlassen will.

Wir sehen uns überdies mit den medizinischen Problemen konfrontiert, indem sich die Plazenta in der Narbe einnistet, indem es zu Plazenta-

tationsstörungen kommt und anderes mehr. Beispielsweise wissen wir nicht, ob die elektive Entbindung negative Auswirkungen auf das kindliche Immunsystem mit dem Risiko einer späteren Allergie- oder Asthmadisposition hat.

? In den frühen 1960er-Jahren begann der Siegeszug der Pille. Könnte man sagen, dass kein anderes Medikament in der Gynäkologie so weitreichende Auswirkungen hatte?

Das denke ich schon – denn die Pille hatte nicht nur medizinische Auswirkungen, sondern beeinflusste auch die Selbstbestimmung der

«MIT DEM ULTRASCHALL SETZTE
EINE REVOLUTIONÄRE
ENTWICKLUNG EIN»

Frau. Erstmals liessen sich Sexualität und Familienplanung trennen – und die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ging spürbar zurück. Als anfängliche Schattenseite zeigte sich eine Ausbreitung sexuell übertragbarer Krankheiten. Durch gezielte Aufklärungskampagnen musste vermittelt werden, dass die Pille eine Schwangerschaft verhindert, nicht aber das Kondom ersetzt.

? Mit der wirksamen Kontrazeption ging auch ein Aufschieben des Kinderwunsches einher. Werden wir zunehmend Spätgebärende haben und wie stehen Sie zum Kinderwunsch jenseits der Menopause?

Den Kinderwunsch jenseits der

Menopause halte ich für einen Irrweg – mit nicht vertretbaren Risiken. Bereits bei Frauen über 45 Jahre und dem ersten Kind sehen wir eine deutliche Zunahme der Komplikationen. Wir sollten nicht das Hinausschieben der Schwangerschaft unterstützen, sondern es als Gesellschaft der jungen Generation ermöglichen, Beruf und Familie zu kombinieren.

? Welche Innovationen auf dem Gebiet der Geburtshilfe waren für Sie besonders eindrücklich?

Den Ultraschall hatte ich bereits erwähnt. Ebenfalls wichtig erscheint mir das breite Angebot an nicht invasiven Tests in der Pränataldiagnostik, die in der Schweiz kassenpflichtig sind. Die Abklärungen orientieren sich folglich am Risikoprofil der Schwangeren und nicht am Versichertenstatus. Zu diesen wichtigen Tests gehören Ersttrimester-Screening, Nackentransparenz und Pränataltests zur Abklärung von Chromosomenstörungen. Allerdings müssen wir uns vor der Durchführung für die Aufklärung viel Zeit nehmen, denn das Testresultat kann folgenschwere Entscheidungen fordern. Und immer gilt: Patientinnen haben das Recht auf Nichtwissen.

Was mir auch noch wichtig erscheint, ist, dass wir gegenüber früher der Organerhaltung, beispielsweise einer Gebärmutter, einen viel höheren Stellenwert beimessen. Die geplante Hysterektomie als Massnahme zur Familienplanung ist heute obsolet und die Entscheidung zur Hysterektomie wird bei postpartalen Blutungen erst nach Ausschöpfen aller konservativen



Massnahmen als Ultima Ratio durchgeführt. Selbst bei komplexen Plazentationsstörungen versuchen wir – wenn immer möglich – organerhaltend vorzugehen.

Eine Senkung der perinatalen Sterblichkeit haben wir besseren Überwachungsmethoden vor und unter der Geburt zu verdanken. Allerdings war der diesbezüglich bedeutendste Fortschritt in der Neonatologie zu verzeichnen. Dank intensiver medizinischer Massnahmen überleben Frühgeborene und kranke Neugeborene und haben eine sehr gute Lebensqualität.

Neu ist auch, dass wir Einblicke bekommen haben, welche langfristigen Auswirkungen Schwangerschaftserkrankungen für die Mutter haben und welchen Einfluss das in-

trauterine Milieu auf die langfristige Gesundheit des Kindes bis zum Erwachsenenalter hat.

? Welche Zukunftsperspektiven zeichnen sich für die Gynäkologie und Geburtshilfe ab?

Heute sehen wir eine zunehmende Zentralisierung, wobei grosse Spitäler den kleineren den Rang ablaufen. Wir stehen vor Fragen der Rentabilität eines Spitals, und müssen uns fragen, wie viele Geburten sind erforderlich, damit es sich rentiert?

Welche Expertise muss vorhanden sein, um der Komplexität der Eingriffe gewachsen zu sein? Hier greifen finanzielle, medizinische und Qualitäts-Aspekte ineinander. Umgekehrt sollten wir vermehrt wieder dazu übergehen, die unkomplizierten Geburten von einer Hebamme betreuen zu lassen. Idealerweise unter einem Dach mit Spezialisten, die bei Bedarf zugezogen werden können.

Besten Dank für das Gespräch!

Interview: Dr. Renate Weber

«WIR MESSEN HEUTE DER
ORGANERHALTUNG EINEN
HÖHEREN STELLENWERT BEI»



Prof. Irene Hösli ist Cheffärztin Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin im Universitätsspital Basel.

