



Prä-/Perinatalmedizin in Österreich

## „Es gibt ein riesiges Nachwuchsproblem“

Es gibt kaum einen Bereich in der Medizin, wo das frictionsfreie Zusammenwirken unterschiedlicher Disziplinen von derart entscheidender Bedeutung ist wie in der Perinatalmedizin. Die derzeitige Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin (ÖGfPPM), *Univ.-Doz. Dr. Katharina Schuchter*, nimmt zu vulnerablen Schnittstellen, aktuellen Kontroversen und Herausforderungen in der Zukunft Stellung – als größtes Manko sieht sie die unzureichenden Ausbildungsangebote in den Spitälern.

Interview und Redaktion: Peter Lex

### Welche Zielsetzungen verfolgt die ÖGfPPM?

Die übergeordnete Zielsetzung ist die Förderung der Interdisziplinarität. Es braucht in der Geburtshilfe und der Perinatologie das reibungslose Zusammenwirken mehrerer zusätzlicher Fachgebiete wie der Neonatologie, Anästhesiologie und Kinderchirurgie. Es ist deshalb essenziell, eine Vernetzung zu schaffen, um auch ein Bewusstsein für die Probleme in den anderen Fachgebieten zu erzeugen und darüber zu diskutieren und zu informieren. Zur Förderung dieses Austausches führen wir interdisziplinäre Fortbildungen durch, einmal im Jahr eine Fachtagung, die letzte fand im Herbst 2021 statt. Zur Förderung des Austausches sind wir auch international ausgezeichnet vernetzt. So wird der Kongress der European Association of Perinatal Medicine 2024 in Wien stattfinden.

Das zweite große Anliegen der ÖGfPPM ist die Förderung der Forschung. Die Grün-

dung der Fachgesellschaft 1973 geht auf einen Geburtshelfer, Professor Baumgarten, und einen Neonatologen, Professor Thalhammer, zurück. Im Andenken an seine Leistungen verleihen wir jedes Jahr den Otto-Thalhammer-Preis, mit dem wir Forschungsleistungen in den involvierten Disziplinen fördern und auszeichnen wollen. Der Preis wird von Firmen gesponsert, aus eigenen Mitteln stehen uns als gemeinnützigem Verein zur Finanzierung unserer Projekte ja nur die Mitgliedsbeiträge zur Verfügung. Die eingereichten Arbeiten werden von einem unabhängigen Komitee beurteilt und die Preisverleihung findet regelmäßig im Rahmen der Jahrestagungen statt – im Jahr 2021 haben wir die Einreichungen auf die Bereiche Pränataldiagnostik, Neonatologie sowie Geburtshilfe & Perinatalmedizin aufgeteilt (siehe Kasten).

**Als inhaltlicher Einstieg eine Frage zur aktuellen Kontroverse um das Sondervotum der OEGGG zu den Aspekten optimaler Geburtsort und perinatale Überwachung in den neuen**



**Im Interview:**  
**Univ.-Doz. Dr. Katharina Schuchter**  
Fachärztin für  
Gynäkologie,  
Geburtshilfe und  
Humangenetik;  
Präsidentin  
der ÖGfPPM

### „S3-Leitlinien zur vaginalen Geburt“

#### Wie ist Ihre Einschätzung dazu?

Zur Einschätzung des Stellenwerts der Auskultation im Vergleich zum Cardiotokogramm (CTG) beim perinatalen Monitoring gibt es kontroverse Meinungen. Grundsätzlich ist das CTG aus vielerlei Gründen im Vorteil. Im Gesamturteil darf man nicht vergessen, dass sie nichts Unnatürliches, kein invasiver Eingriff ist, im Gegenteil: Die Gebärende bzw. ihr/-e PartnerIn hören ja die Herztöne mit, das bietet auch Sicherheit. Im Gegensatz zur Auskultation kann man den Verlauf durch die grafischen Aufzeichnungen objektivieren und könnte diese im Anlassfall auch retrospek-

tiv zur Dokumentation bzw. Beweisführung verwenden.

Zur Gegenüberstellung von Haus- und stationären Geburten gibt es in Österreich leider keine Zahlen, das liegt teilweise auch in der Natur der Sache. Diese Kollektive wären bezgl. der Outcomes kaum vergleichbar, nachdem das „Selektionskriterium“ für das Gesamtkollektiv der Hausgeburten ein sehr geringes Risiko ist und die stationären Geburten daher nicht als „Kontrollgruppe“ dienen können. Es gibt nicht einmal Daten zu jenen Hausgeburten, die abgebrochen werden und dann doch in der Klinik landen. Aus den USA gibt es sehr wohl Daten zu schlechteren Outcomes bei Hausgeburten (Grünebaum et al.). Abgesehen von einem Outcome-Vergleich ist zur Wahl des Geburtsortes die Entscheidungsfreiheit und die Selbstbestimmung der Frau zu betonen, jedoch sind jegliche mütterliche oder kindliche Risikofaktoren Ausschlusskriterien für eine Hausgeburt – z. B. auch Präeklampsie. In Österreich liegt der Anteil der Hausgeburten ohnehin nur bei ca. 2 %.

#### **Wie intensiv soll/muss die pränatale Betreuung der Schwangeren sein, um eine möglichst risikoarme Geburt vorzubereiten?**

Ich bin eine Schülerin des britischen Gynäkologen und Geburtshelfers Nicolaides, der die früher gepflogene Pyramide der „Prenatal Care“ mit wenigen Untersuchungen in der Frühschwangerschaft und nahezu wöchentlichen nahe am Termin quasi auf den Kopf gestellt hat. Die Abschätzung des Risikos erfolgt schon in der 12. SSW, wir haben heute sehr präzise Testmethoden zur Detektion von Chromosomenstörungen, und durch eine frühes Organscreening kann man in dieser SSW schon 60 % der Fehlbildungen entdecken. Auch bei der Präeklampsie als quantitativ bedeutendem Risikofaktor für Schwangerschaftskomplikationen sind ein möglichst frühzeitiges Screening bzw. eine rechtzeitige Diagnostik wichtig, um eine entsprechende Therapie einleiten zu können. Es sind also besonders die Untersuchungen in der Frühschwangerschaft für die Selektion und optimale Betreuung von Risikoschwangerschaften entscheidend – bei geringem und keinem festgestellten Risiko ist die Betreuung durch die Niedergelassenen in weiterer Folge natürlich völlig ausreichend, nur bei hö-

heren Risiken, etwa eineiigen Zwillingen, ist eine engmaschigere Kontrolle erforderlich. In der 12. SSW werden also schon die Weichen gestellt.

#### **Nach welchen Kriterien sollte eine Triage zur Entscheidung des Geburtsorts – Hausgeburt, Privatspital oder Klinik – erfolgen?**

Für eine entsprechende Triage sind das Ersttrimesterscreening und auch das Zweittrimesterscreening in der 22 SSW entscheidend, wenn dann ein Risiko gesehen wird, kann

man sich für ein spezielles Entbindungssetting – wie auch bei Beckenendlage oder Frühgeburten – entscheiden. Bei einem angeborenen Herzfehler etwa muss natürlich in einer Klinik mit der Möglichkeit einer postpartalen Herzchirurgie entbunden werden. In einem Privatspital kann man ohnehin nur ab SSW 36+0, also 4 Wochen vor dem Geburtstermin entbunden werden, was vernünftig ist. Auch die in die Betreuung der Hausgeburten involvierten Hebammen und spezialisierten Institute sind mittlerweile ▶

### Kasten

#### **Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin (ÖGfPPM) Otto-Thalhammer-Preis 2021 – Preisträger und Titel**

Der Thalhammer-Preis dient der Förderung der wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet der Prä- und Perinatalmedizin. Er wird alljährlich an einer ausgewählten Tagung der ÖGfPPM vergeben. Die eingereichten Beiträge müssen von der Redaktion einer wissenschaftlichen Zeitschrift („peer review“) zugesagt oder publiziert worden sein. Alle Mitglieder der ÖGfPPM können sich bewerben, sofern ihre Arbeit im Rahmen einer wissenschaftlichen Sitzung der ÖGfPPM vorgestellt wurde. Über die Vergabe des Preises entscheidet eine Jury aus 4 Personen, welche die Wahl begründen muss.

Der Thalhammer-Preis 2021 wurde von den Firmen *GenePlanet*, *Ferring Arzneimittel* und *Nestle Nutrition* gesponsert. Die Dotierung beträgt in den drei Bereichen jeweils 1.000 € für den 1. Platz, 500 € für den 2. und 250 € für den 3. Platz. Im Folgenden die Preisträger:

#### **Pränataldiagnostik**

- **Mag. Dr. Karin Windsperger** (MedUni Wien): „Densities of decidual high endothelial venules correlate with T-cell influx in healthy pregnancies and idiopathic recurrent pregnancy losses“
- **Dr. Patrick Greimel** (MedUni Graz): „Amniodrainage-Induced Circulatory Dysfunction in Women Treated for TwinTo-Twin Transfusion Syndrome“
- **Dott.ssa Veronica Falcone** (MedUni Wien): „Early Assessment of the Risk for Gestational Diabetes Mellitus: Can Fasting Parameters of Glucose Metabolism Contribute to Risk Prediction?“

#### **Neonatologie**

- **Dr. Marlene Hammerl** (MedUni Innsbruck): „Supratentorial Brain Metrics Predict Neurodevelopmental Outcome in Very Preterm Infants without Brain Injury at Age 2 Years“
- **Dr. Stefan Kurath-Koller** (MedUni Graz): „Hospital Regimens Including Probiotics Guide the Individual Development of the Gut Microbiome of Very Low Birth Weight Infants in the First Two Weeks of Life“
- **Dr. Philipp Steinbauer** (MedUni Wien): „Long-term impact of systematic pain and sedation management on cognitive, motor and behavioral outcomes of extremely preterm infants at preschool age“

#### **Geburtshilfe & Perinatalmedizin**

- **Priv.-Doz. Dr. Sebastian Farr** (Orthopädisches Spital Speising, Wien): „Perinatal outcomes of infants with congenital limb malformations: an observational study from a tertiary referral center in Central Europe“
- **OÄ Dr. Sabine Enengl** (Kepler Universitätsklinikum, Linz): „Retrospective evaluation of established cut-off values for the sFlt1/PlGF ratio for predicting imminent delivery in preeclampsia patients“
- **Dr. Philipp Föbleitner** (MedUni Wien): „Vaginal colonization of extended-spectrum beta-lactamase-producing bacteria during pregnancy: An observational study“

schon vorsichtiger geworden und schicken die Schwangeren zu den Pränataluntersuchungen, zumindest zum Organscreening, was ebenfalls sehr vernünftig ist.

In einem Nachsatz ist zur Pränataldiagnostik natürlich die Qualitätssicherung besonders zu betonen. Nicht alle niedergelassenen GynäkologInnen können die Untersuchungen mit den zu fordernden hohen Qualitätsstandards durchführen, sie sollten optimalerweise durch gut ausgebildete, spezialisierte und zertifizierte PränataldiagnostikerInnen erfolgen.

#### **Welche Untersuchungen bzw. Interventionen empfehlen Sie zur Verhinderung von Frühgeburten?**

Zum einen ist hier auf ein empfehlungskonformes Infektionsscreening und bei Indikation die Einleitung einer entsprechenden Therapie hinzuweisen, die das infektionsassoziierte Frühgeburtsrisiko minimieren können. Auch die Vermessung der Zervixlänge im Rahmen des Organscreenings in der 22. SSW und natürlich auch bei Symptomen, sprich Verdacht auf bestehende Wehen, und bei Notwendigkeit das Setzen einer Cerclage dienen der Reduktion der Frühgeburtslichkeit.

Des Weiteren hat sich die vaginale Gabe von Progesteron zur Reduktion der Frühgeburtslichkeit als günstig erwiesen.

#### **Was sind die wichtigsten Schnittstellen zum Notfallmanagement bei unvorhergesehenen Problemen bei der Geburt?**

Mit Blick auf das Notfallmanagement sind die wichtigsten vulnerablen Bereiche die Zusammenarbeit mit der Anästhesie und Neonatologie. Die Hauptursache für perinatale mütterliche Mortalität ist eine postnatale Blutung, eine rasche Versorgung ist essenziell, passende Blutkonserven etwa müssen sofort organisierbar sein. Wichtig sind leitlinienbasierte und gut trainierte Ablaufalgorithmen. Bei einem Notkaiserschnitt etwa ist die E-E-Zeit – die Entscheidungs-Entwicklungs-Zeit – essenziell und seit langem ein Qualitätsindikator in der Geburtshilfe. In meiner Zeit im Wiener Donauspital hatten wir für solche Fälle einen Notfallknopf, durch den alle Involvierten sofort verständigt wurden, sodass die Zeit von der Entscheidung zum Eingriff bis zur Entwicklung des Kindes in der Regel nur ein paar Minuten betrug.

#### **Wie sehen Sie das ebenfalls kontroversielle Thema elektive Sectio?**

International ist leider eine steigende Sectio-Rate feststellbar. Oftmals stehen hinter dem Wunsch nach einer Sectio bei einer Schwangeren Ängste bzw. auch Unwissenheit hinsichtlich der vaginalen Geburt, denen man mit exakter Aufklärung und vor allem Empathie auf Augenhöhe begegnen sollte. Nach meiner Erfahrung ist es nicht sehr häufig bzw. sogar sehr selten, dass Frauen gezielt den Wunsch äußern, mit einer Sectio entbunden zu werden. Diesen Wenigen sollte man nach meiner Meinung den Wunsch dann auch erfüllen und nicht auf eine vaginale Geburt drängen, auch wenn aus ärztlicher Sicht nichts dagegen spräche. Als betreuende Ärztin würde ich mir nicht anmaßen zu entscheiden, was für diese Frauen das Beste ist. Die individuelle Aufklärung ist wichtig, aber gerade beim Thema Geburt sollte das Selbstbestimmungsrecht der Frau oberste Priorität haben.

#### **Zum Abschluss der praxisbezogenen Fragen ein leider nach wie vor aktueller Aspekt: Welchen Einfluss hatten die Corona-Pandemie-Maßnahmen auf die Qualität der Schwangerenbetreuung?**

In meiner Wahrnehmung haben die betreuenden Professionen versucht, für die Patientinnen/Paare nachteilige Einschränkungen durch noch mehr Engagement zu kompensieren. Begleitpersonen und PartnerInnen waren zur Geburt durchwegs zugelassen, jedoch nicht im niedergelassenen Bereich – weder zu Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen noch bei pränataldiagnostischen Untersuchungen. Das hat selbsterklärend negative Implikationen. Die Erfahrungen in meinem eigenen Pränatalzentrum bestätigen mir immer wieder, welche hohe emotionale Bedeutung die Einbindung der PartnerInnen bei den Untersuchungen für die Paare hat. Gerade bei schlechten Nachrichten – wenn z. B. im Ultraschall eine Auffälligkeit zu sehen ist – wird die unmittelbare Unterstützung durch die anwesenden PartnerInnen besonders wichtig. Einzelne Arbeiten wie etwa eine Untersuchung der Wiener Universitätsklinik (Wagner et al., Birth 2021) lassen vermuten, dass die Betreuung während der Geburt aufgrund der Umstände in den Lockdowns gelitten hat – mehr Anästhesien, mehr instrumentell beendete Geburten. Es gibt aber auch Studienergebnisse

zu positiven Effekten in der Geburtshilfe aufgrund der Pandemie, etwa zu einer verbesserten postpartalen Rekonvaleszenz durch die Einschränkung der BesucherInnenzahlen.

#### **Wo sehen Sie die größten Herausforderungen in der Zukunft der Perinatalmedizin?**

Die zu erwartenden Veränderungen und Herausforderungen gehen Hand in Hand mit den demografischen Entwicklungen. Das Durchschnittsalter der Schwangeren ist noch immer im Steigen begriffen – mehr als 20 % der Schwangeren sind heute in einem Alter über 35 – und ebenfalls der Anteil der Konzeption mithilfe künstlicher Befruchtung. Dadurch ist man deutlich häufiger mit Komorbiditäten konfrontiert, auch Schwangerschaftskomplikationen wie die Präeklampsie nehmen weiter zu. Und mit dem wachsenden Bevölkerungsanteil mit hyperkalorischer Ernährung und damit Adipositas steigt nicht nur das immanente Komplikationsrisiko durch Übergewicht in der Schwangerschaft, sondern auch für stoffwechselbedingte Schwangerschaftskomplikationen wie etwa das metabolische Syndrom und Schwangerschaftsdiabetes.

#### **Welches Anliegen liegt Ihnen in Ihrer Funktion als Präsidentin der ÖGfPPM besonders am Herzen?**

Der Nachwuchs bzw. die Nachwuchsförderung in der Perinatalmedizin sind wirklich ein Problembereich und großes Manko in Österreich, weil in der Ausbildung kein ausreichendes Angebot in den Spitälern besteht – es gibt einfach zu wenig gut ausgebildete PränataldiagnostikerInnen, und die meisten davon haben sich ihre Kompetenz im Ausland erworben. Hier sind wir auch als Fachgesellschaft gefordert, und eine Verbesserung der Situation ist auch ein persönliches Anliegen und eine Zielsetzung von mir – nicht nur für die kommende Funktionsperiode, sondern ebenso weiterhin in der Zukunft. Auch in meinem gemeinsam mit Kolleginnen gegründeten Pränatalzentrum planen wir, zukünftig eine Ausbildung anzubieten. Ein weiteres Anliegen von mir wäre auch, dass die Pränataldiagnostik nicht mehr ausschließlich privat zu bezahlen ist und nicht „nur“ von Privatversicherungen erstattet wird. ■

**Vielen Dank für das Gespräch!**