

# Abstracts der Wissenschaftlichen Sitzungen 2019 der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin (GGGB)

Datum/Ort:  
2019, Berlin

Vorsitzender:  
Prof. Dr. med. W. Henrich

## Vorwort

Die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie wurde 1844 gegründet und durfte damit im Jahr 2019 ihr 175-jähriges Jubiläum feiern. Einmal im Monat treffen sich Berliner Gynäkologinnen und Gynäkologen, um im Rahmen der wissenschaftlichen Sitzungen über aktuelle Fragestellungen, Leitlinien und besondere Kasuistiken zu hören und zu diskutieren. Die Zusammenfassungen der Vorträge der Berliner Referenten und auch externen Experten in ihrem Fachgebiet sind im Folgenden in chronologischer Reihenfolge zusammengestellt.

## Wissenschaftliche Sitzung am 16.01.2019

### 1 Friedrich Schauta (1849–1919) – Lehrer und Konkurrent von Ernst Wertheim. Erinnerung anlässlich seines 100. Todestages

**Autor** Ebert AD

**Institut** 1 Praxis für Frauengesundheit, Gynäkologie & Geburtshilfe, Berlin  
DOI 10.1055/s-0039-3402944

**Interessenkonflikt:** Keine Interessenkonflikte

Friedrich Schauta wurde am 15. Juli 1849 in Wien geboren. Sein Vater war der „Generalordens- und Balleikassier“ des Deutschen Ritterordens Friedrich Schauta (1822–1895) und als Kunstmaler bekannt. Friedrich Schauta jun. studierte Medizin in Wien, (1868–1871, 1871–1873, 1874), Würzburg (1871) und Innsbruck (1873). Schon als Student führte er erste wissenschaftliche Studien im von Professor Ernst Wilhelm von Brücke (1819–1892) geleiteten Wiener Institut für Physiologie durch. 1874 wurde Schauta promoviert und trat 25jährig als Operationszögling in die Wiener Chirurgische Klinik von Johann Heinrich Freiherr Dumreicher von Österreicher (1815–1880) ein. Nach Beendigung dieser operativen Lehrzeit ging er an die geburtshilfliche Klinik von Josef Späth (1823–1896). Hier arbeitete Schauta von 1876 bis 1881 als Assistent. 1881 wurde er habilitiert und ging kurze Zeit später als „supplierender Professor“ für Geburtshilfe und Gynäkologie nach Innsbruck. 1884 erfolgte die Ernennung zum ordentlichen Professor. 1887 wurde Friedrich Schauta als Nachfolger August Breiskys (1832–1889) an die deutsche Karls-Universität Prag berufen und 1891 erfolgte seine Berufung an die I. geburtshilflich-gynäkologische Universitätsklinik Wien, wo er Nachfolger Karl Ritter Braun von Fernwalds (1822–1891) wurde. Vielgeehrt setzte sich Schauta sein größtes Denkmal selbst durch seine wissenschaftlichen Arbeiten: Ab Juni 1901 begann er mit Entwicklung der *erweiterten vaginalen Totalexstirpation des Uterus* beim Zervixkarzinom, die heute noch seinen Namen trägt und die in Deutschland als *Schauta-Stoekel*-Operation bekannt ist. Schauta entwickelte auch die sogenannten „Hilfs-Wissenschaften“ weiter, zu denen damals die Serologie, die Lehre von der inneren Sektion, die Bakteriologie und die pathologische Histologie zählten. Hofrat Friedrich Schauta starb am 10. Januar 1919 in Wien. Hervorragender Wissenschaftler, exzellenter akademischer Lehrer, gewandter Operateur, „...ein Mann von eisernem Fleiß, vom Ehrgeiz beseelt, Dauerndes zu schaffen...“ – viele Superlative finden sich in den Nachrufen der Zeitgenossen.

„Das Leben ist ein Kampf, es muss durchgekämpft werden“, sagte Schauta zu seinem Assistenten Frankl. Schauta hatte das verdiente Glück, an seinem Lebensende auf eine große innovative Schule zurückblicken zu können. Allein die Namen Ernst Wertheim, Ludwig Adler, Fritz Hitschmann, Josef von Halban und Oskar Frankl legen davon Zeugnis ab.

**Literatur** [1] Ebert AD, David M. „...Ein Mann von eisernem Fleiß, vom Ehrgeiz beseelt, Dauerndes zu schaffen...“ – Friedrich Schauta (1849–1919) zum 100. Todestag. *Geburtshilfe Frauenheilkunde* 2018; 78: 1185–1187

### 2 Therapie des lokal-fortgeschrittenen Zervixkarzinoms. Operatives Vorgehen vs. Radiochemotherapie

**Autor** Muallem MZ

**Institut** 1 Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für onkologische Chirurgie, Gynäkologisches Krebszentrum der Charité

DOI 10.1055/s-0039-3402945

**Interessenkonflikt:** Dr. Muallem ist als Berater für die Fa. Stryker tätig und erhielt in den letzten zwei Jahren Honorare von Olympus, Ethicon (Johnson & Johnson), Roche und Astrazeneca.

Unter einem lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinom werden Patientinnen mit einem Stadium IIB bis IVa Zervixkarzinom verstanden. Mittlerweile wird bereits ab einem Stadium IB2 und IIA2 mit mehreren histologisch nachgewiesenen Risikofaktoren (Tumoreigenschaften bzw. befallene pelvine Lymphknoten) ebenfalls von einem lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinom gesprochen [1].

In der deutschen Leitlinie fürs Zervixkarzinom ist eine Konsensempfehlung getroffen: Bei einem lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinom und damit potentiell Einsatz von mehreren sukzessiv eingesetzten Therapiemodalitäten, liegt die Indikation zur cisplatinhaltigen Radio(chemo)therapie mit Brachytherapie vor [2]. Dafür gibt es aber keine Daten, die aus Kontroll-randomisierten Studien gezogen wurden. Eine primäre Radio(chemo)therapie mit Brachytherapie muss hier aber nach einer operativen Staging durchgeführt werden, da es entscheidend ist für das Zielvolumen der Radiotherapie zu definieren, ob ein pelviner und/oder paraaortaler Lymphknotenbefall vorliegt. Damit kombiniert man aber doch die operative und Radio(chemo)-Behandlungen!

Der Vortrag zeigt eine andere Sichtweise, analysiert und interpretiert die Datenlage, die jetzt vorhanden ist.

Die meisten wichtigen Punkte sind:

- 20–30% der Fälle, die primär als lokal fortgeschritten geschätzt sind, haben histologisch ein früheres Stadium und sind mit der primären Radiochemotherapie übertherapiert.
- Der Mythos, dass der Einsatz von mehreren sukzessiv eingesetzten Therapiemodalitäten vermieden werden muss, kommt aus der Landoni Studie 1997. In dieser Studie, die für Zervixkarzinome in Frühstadien gedacht war, haben die Autoren eine Subgruppe mit mehreren Risikofaktoren (positive Lymphknoten, keine freien Resektionsränder und >4 cm große Tumoren) mit einer Gruppe, die in 40–60% keinen Risikofaktor hat verglichen (Selektionsbias).

- Es gibt bis Datum keine Evidenz, dass die adjuvante Radio(chemo)therapie hier einen Vorteil im Sinne des Progressionsfreien Überlebens oder des gesamten Überlebens schafft.
- Mehrere Studien zeigen, dass die lang bleibenden Komplikationen als Folge der Radio(chemo)therapie und nicht der Operation auftreten.
- Eine im Jahr 1999 publizierte Studie, die prospektiv und kontroll-randomisiert in Deutschland und Österreich durchgeführt ist, zeigte dass die Operation die wichtigste Therapie beim lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinom ist. Eine adjuvante Chemotherapie oder Bestrahlung haben hier weder das progressionsfreie Überleben noch das gesamte Überleben verbessern können.
- Nach einer primären Radio(chemo)therapie gibt es keine sichere diagnostische Methode um den Erfolg der Therapie zu messen außer die histologische Untersuchung nach einer radikalen OP. Hier zeigt uns die Datenlage, dass nur ein Drittel der Patientinnen eine komplette pathologische Remission schaffen.
- 3-Jahres Überlebensrate nach primären Radio(chemo)therapie liegt bei 65%. Die 5-jahres Überlebensrate nach einer radikalen Operation in dem selben Kollektiv und in mehreren Studien (Lahousen ohne weitere Therapie, GOG 109 mit adjuvanter RCHT, oder JGOG1067 mit adjuvanter Chemotherapie) liegt bei 80–85%.
- Die primäre RCHT bringt 80–90 Gy Bestrahlungslast für das Gewebe, wohingegen die adjuvante RCHT nur 40–50 Gy liefert. Allein dafür lohnt es sich die Operation in jedem Fall durchzuführen um die Bestrahlungsdosis in fast 2 drittel der Patientinnen zu halbieren. In ca 30–40% der Fälle wäre die adjuvante Therapie nicht mehr indiziert (die Patientinnen die klinisch übergestagt sind und nach der OP ein Frühstadium zeigen).

**Literatur** [1] Koh WJ, Greer BE, Abu-Rustum NR, Apte SM, Campos SM, Chan J et al. Cervical cancer. *J Natl Compr Cancer Netw* 2013; 11: 320–343  
 [2] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom, Langversion, 1.0, 2014, AWMF-Registernummer: 032/033OL. Online: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>; Stand: 01.10.2019

### 3 Therapie des fortgeschrittenen Zervixkarzinoms aus strahlentherapeutischer Sicht

**Autor** Tamm-Hermelink A

**Institut** 1 Praxis für Strahlentherapie Moabit, Berlin

**DOI** 10.1055/s-0039-3402946

**Interessenkonflikt:** Keine Interessenkonflikte

Vor der kurativ intendierten Therapie des Zervixkarzinoms soll prätherapeutische Triagierung mittels klinischer Untersuchung, Bildgebung und operativem Lymphknotenstaging erfolgen, um so die Patientinnen entweder einer Operation oder der definitiven Radiochemotherapie zuzuführen; die trimodale Therapie (OP gefolgt von adjuvanter Radiochemotherapie) ist mit signifikant mehr Nebenwirkungen verbunden, jedoch ohne verbessertes Überleben. Lymphknotenbefall ist wichtigster Prognosefaktor und wirkt bereits allein vorliegend therapieentscheidend in Richtung Strahlentherapie; bei paraaortalem Befall vergrößert sich auch das Strahlenfeld deutlich. Weitere Risikofaktoren sind FIGO Stadium  $\geq$  IIb, G3, L1, V1, Alter, Tu > 4 cm; liegen mehrere vor, soll ebenfalls eine primäre Radiochemotherapie durchgeführt werden. Diese komplexe Behandlung besteht aus drei Säulen, nämlich erstens der externen Bestrahlung am Linearbeschleuniger, heute typischerweise als volumenmodulierte Rotationsstrahlentherapie mit „online“ Bildgebung zur exakten Patientenpositionierung vor jeder Fraktion, mit einer Gesamtdosis von etwa 50 Gy in 5 Wochen. Parallel dazu als zweiten Baustein die simultane Chemotherapie mit Cisplatin 30–40 mg/m<sup>2</sup> weekly i. v. bis zu einer angestrebten Dosis von 200–240 mg/m<sup>2</sup>, entsprechend 5–6 Zyklen. Obligate dritte Säule ist die intrakavitäre Brachytherapie – Aufsättigung der Primärtumorregion durch Einbringen von radioaktiven Iridium-192 mittels eines intrazervikalen Applikators. Hier erfolgen zwischen 4–6 Sitzungen à 4–7 Gy, 2×/Woche, heutzutage MRT basiert und ebenfalls mit der Möglichkeit der Plananpassung von Fraktion zu Fraktion (adaptive planning). Die Gesamttherapiedauer soll weniger

als 8 Wochen betragen. Kooperation und Kommunikation der verschiedenen beteiligten Disziplinen ist für das Erreichen eines optimalen Therapieergebnisses von höchster Wichtigkeit.

**Literatur** [1] Marnitz S, Combs S, Petersen C. Radio-Onko Update 2018/19, Med Publico

[2] Marnitz S, Köhler C, Affonso RJ et al. Validity of laparoscopic staging to avoid adjuvant chemoradiation following radical surgery in patients with early cervical cancer. *Oncology* 2012; 83(6): 346–353

[3] Marth C, Landoni F, Mahner S et al.; ESMO Guidelines Committee. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2017; 28 (Suppl. 4): iv72–iv83

[4] Leitlinienprogramm Onkologie: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Zervixkarzinom, September 2014

## Wissenschaftliche Sitzung am 20.02.2019

### 4 Sarkom der Labie. Was ist zu tun? Eine besondere Kasuistik!

**Autoren** Dröge L, Sehoul J

**Institut** 1 Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für onkologische Chirurgie, Gynäkologisches Krebszentrum der Charité

**DOI** 10.1055/s-0039-3402947

**Interessenkonflikt:** Lisa Dröge erhielt Vortragshonorare von Roche Diagnostics

Eine 43-jährige, sonst gesunde Patientin stellte sich in unserer Klinik vor, nachdem einen Monat zuvor ein 5 × 5 cm großer Tumor mit der initialen Verdachtsdiagnose einer Bartholinischen Pseudozyste stumpf präpariert worden war. In der histopathologischen Untersuchung wurde der Befund eines malignitätsverdächtigen spindelzelligen mesenchymalen Tumors mit hoher mitotischer Aktivität gestellt. Die daraufhin durchgeführte Ausbreitungsdiagnostik zeigte keine Hinweise auf eine Fernmetastasierung. Da die Resektionsränder nicht klar als R0 einzustufen waren, erfolgte die Nachresektion in unserer Klinik. Bereits nach zwei weiteren Monaten zeigte sich ein 1.5 cm großes Lokalrezidiv, welches durch Hemivulvektomie vollständig reseziert wurde. Noch vor Initiierung einer Strahlentherapie wies die Patientin in kurzem Abstand im Staging zwei solitäre Lungenmetastasen auf, die histopathologisch gesichert wurden. Bei nun bestehender Diagnose eines metastasierten low-grade Karzinoms und bekanntem schlechten Ansprechsprechen einer Chemotherapie, erfolgte ein Vorgehen nach tumoragnostischem Ansatz: Ein Multipanel Next-Generation-RNA-Sequenzierung detektierte eine Mutation (Chr 3q12.1, Chr 15q25.3), welche zum TFG-NTRK3 Fusionsprotein führt. Der Tropomyosin-Rezeptorkinaseninhibitor (TRK-Inhibitor), dessen Therapieansprechen von Drilon et al. [1] untersucht wurde, bindet selektiv an das Fusionsprotein und hemmt somit das Tumorwachstum. Unsere Patientin erhielt das Medikament im Rahmen einer Studie. Ein Staging 2 Monate nach Therapiebeginn zeigte ein größ- enkonstante- und eine größtenprogrediente pulmonale Metastase, kein Lokalrezidiv.

Die Kasuistik zeigt, dass insbesondere für Patientinnen mit wenig erfolgsversprechenden etablierten Therapieoptionen eine zielgerichtete Behandlungsstrategie evaluiert werden sollte.

**Literatur** [1] Drilon A et al. Efficacy of Larotrectinib in TRK Fusion-Positive Cancers in Adults and Children. *N Engl J Med* 2018; 378: 731–739

### 5 Die aktuelle Leitlinie Endometriumkarzinom

**Autor** Ulrich UA

**Institut** 1 Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin

**DOI** 10.1055/s-0039-3402948

**Interessenkonflikt:** Keine Interessenkonflikte

In Deutschland werden pro Jahr etwa 11.000 Neuerkrankungen an Endometriumkarzinom (EC) diagnostiziert. Das durchschnittliche Erkrankungsalter beträgt 69 Jahre, die mittlere 5-Jahres-Überlebensrate über alle Stadien zwi-

schen 72% in Europa, 80% in Deutschland und 84% in den USA. Risikofaktoren sind eine unopponierte Östrogengabe, Tamoxifen, ovarielle Stimulation durch Clomifen, späte Menopause, ein metabolisches Syndrom (Diabetes mellitus, gestörte Glukosetoleranz, PCO-Syndrom, erhöhter BMI) und das Lynch-Syndrom. Eine transvaginale Ultraschalluntersuchung bei asymptomatischen Frauen zur Früherkennung des EC soll nicht durchgeführt werden. Ausschlaggebend ist das Kardinalsymptom Postmenopauseblutung bzw. Regeltypusstörung bei Frauen in der Prämenopause. Der Goldstandard für die histologische Abklärung ist die Kombination aus Hysteroskopie und fraktionierter Abrasio. Histologisch und klinisch werden zwei Typen unterschieden: Typ 1 EC, endometrioides und muzinöses EC, weisen die „klassischen“ Risikofaktoren und ein östrogenabhängiges Wachstum auf, entwickeln sich über den Weg der atypischen Hyperplasie, zeigen eine hohe ER-Expression und häufig PTEN Mutationen sowie solche im Mismatch-Reparatur-System, werden überwiegend im Stadium FIGO I diagnostiziert und betreffen im Durchschnitt Frauen zwischen 55–65 J. Typ 2 EC, seröses und klarzellige EC, entwickeln sich auf dem Boden eines atrophischen Endometriums, vielleicht als SEIC, die Patientinnen sind älter, etwa 65–75 J., es liegt meist keine oder eine niedrige ER- und PR-Expression vor, der Östrogenbezug fehlt, schon früh erfolgen TP53 Mutationen, die Diagnose erfolgt häufiger im Stadium FIGO II–IV, es sind per definitionem G3-Karzinome. Die Karzinosarkome (MMMT) werden heute als dedifferenzierte EC betrachtet. Grundlage der Therapie ist in den meisten Fällen die totale Hysterektomie mit beiden Adnexen. Bei endometrioiden EC im vermuteten Frühstadium sollte die HE mit beiden Adnexen durch ein laparoskopisches oder laparoskopisch assistiertes vaginales Verfahren erfolgen. In höheren Stadien bzw. je nach Risiko erfolgen adjuvant die platinbasierte Chemotherapie, und/oder Radiotherapie – als Tele- und/oder Brachytherapie. Eine adjuvante Gestagentherapie nach Operation eines EC soll nicht durchgeführt werden. Eine (molekular-)pathologische Untersuchung hinsichtlich Lynch-Syndrom im Tumorgewebe sollte bei einem vor dem 60. Lebensjahr diagnostizierten Endometriumkarzinom erfolgen. Im Rahmen der Nachsorge sollten bei asymptomatischen Patientinnen weder bildgebenden Untersuchungen noch Tumormarkerbestimmungen durchgeführt werden.

## Wissenschaftliche Sitzung am 20.03.2019

### 6 Vorgehen bei fortgeschrittener intramuraler Schwangerschaft – ein Fallbericht

**Autoren** Bacovsky A, Kotomin A., Keil E  
**Institut** 1 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Oberhavel Kliniken  
 DOI 10.1055/s-0039-3402949  
**Interessenkonflikt:** Keine Interessenkonflikte

Intramurale Schwangerschaften sind mit ca. 1% aller ektopen Schwangerschaften sehr selten [1]. Es kommt zu einer Einnistung innerhalb des Myometriums des Uterus ohne Verbindung zur Tube oder zum Endometrium des Cavum uteri [2]. Prädisponierende Faktoren für intramurale Schwangerschaften scheinen stattgehabte Operationen am Uterus, Adenomyosis uteri und der Embryotransfer zu sein [3].

In unserer Klinik gab es zwei Fälle:

Beim ersten Fall handelte es sich um eine 35-jährige 5. Gravida und Primipara, die anamnestisch über drei Aborte mit anschließenden Kürettagen und eine Sectio berichtete. Bei Aufnahme zeigte sich sonografisch eine intramurale Schwangerschaft entsprechend 7 + 2 SSW ohne Herzaktion. Im Verlauf kam es zu Unterbauchschmerzen und einer vaginalen Blutung. Wir führten die Laparotomie durch. Die intramurale Schwangerschaft wurde in toto entfernt, eine Kürettage durchgeführt und der Defekt mit Nähten verschlossen.

Beim zweiten Fall handelte es sich um eine 27-jährige 4. Gravida und 2. Para mit zwei Spontangeburten und einer Abortio in der Vorgeschichte. In rechnerisch 20 + 3 SSW stellte sich die Patientin mit regelstarker Blutung vor. Sonografisch war eine avitale Einlingsgravidität entsprechend 18 + 5 SSW darstellbar. Transvaginalsonografisch zeigte sich ein untypisches Bild mit langer Cervix und einer echoreichen Struktur vor dem inneren Muttermund.

Unter dem Verdacht einer intracavitären Schwangerschaft initiierten wir das Priming mit Misoprostol per os. Nach drei Tagen eskalierten wir das Priming

mit einem Dinoproston-Vaginalinsert, woraufhin die Patientin starke Unterbauchschmerzen verspürte und die vaginale Blutung zunahm. Sie entwickelte ein akutes Abdomen mit Abwehrspannung. Wir initiierten eine Notfall-Laparotomie per Längsschnitt. Es zeigte sich eine Perforationsstelle mit Hervortreten der Plazenta aus dem Bruchsack. Nach instrumenteller Entfernung der Plazenta gefolgt von einer Kürettage wurde der „Krater“ mit Nähten verschlossen.

Die Diagnose einer intramuralen Schwangerschaft kann (transvaginal-)sonografisch und per MRT gestellt werden [4]. Bei fortgeschrittenen intramuralen Schwangerschaften ist die Diagnose schwierig [5]. Das therapeutische Procedere bei gesicherter Diagnose bleibt eine individuelle Entscheidung [6].

**Literatur** [1] Ong C, Su L-L, Chia D, Choolani M, Biswas A. Sonographic diagnosis and successful medical management of an intramural ectopic pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound* 2010; 38: 320–324

[2] Bernstein HB, Thrall MM, Clark WB. Expectant management of intramural ectopic pregnancy. *Obstetrics and gynecology* 2001; 97: 826–827

[3] Karakok M, Balat O, Sari I, Kocer NE, Erdogan R. Early diagnosed intramural ectopic pregnancy associated with adenomyosis: report of an unusual case. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* 2002; 29: 217–218

[4] Kirk E, McDonald K, Rees J, Govind A. Intramural ectopic pregnancy: a case and review of the literature. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 2013; 168: 129–133

[5] Kong L, Mao N, Shi Y, Ma H, Xie H. Diagnosis and management of intramural ectopic pregnancy in the second trimester – a case report. *BJR Case Reports* 2017; 3: 20160095

[6] Memtsa M, Jamil A, Sebire N, Jauniaux E, Jurkovic D. Diagnosis and management of intramural ectopic pregnancy. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2013; 42: 359–362

### 7 Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch vs. Curettage

**Autor** Zaghoul Abu Dakah M  
**Institut** 1 MVZ für Gynäkologie Helle Mitte  
 DOI 10.1055/s-0039-3402950  
**Interessenkonflikt:** keine Interessenkonflikte

**Einführung:** Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch gilt als eine einfache und effektive Alternative zu der Curettage. Zu den Hauptvorteilen gehört die Möglichkeit früher zu intervenieren, während der operative Abbruch später möglich ist. Bis zur 9. Schwangerschaftswoche (SSW) können beide Methoden verwendet werden. Welche Methode gewählt wird, ist von der Beratung, der Information über die Medien und auch vom behandelnden Arzt abhängig. Ziel der Untersuchung war es, Vor- und Nachteile beider Methoden zu überprüfen und zu einer ergebnisbasierten Beratung vor dem Eingriff beizutragen.

**Methoden:** Für diese Darstellung wurde in der Tagesklinik eine anonyme Umfrage von Patientinnen, die sich einem Schwangerschaftsabbruch unterzogen haben, durchgeführt, unsere OP-Statistiken ausgewertet und mit den Ergebnissen größerer Studien verglichen.

**Ergebnisse:** In unserer eigenen Tagesklinik haben wir seit 2011 zunehmende Zahlen von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen und wir nähern uns dem deutschlandweitem Durchschnitt von ca. 20% an. Der häufigste Grund, zur Wahl der Curettage, (9 von 47 Befragten) unserer Patientinnen ist, dass die Schwangerschaft zu spät festgestellt worden ist. Aber auch die Angst vor dem Ausstoß und Schmerzen war laut Patienten ein wichtiger Faktor. Nur 2 Patienten wurden gar nicht erst über die medikamentöse Alternative informiert. Im Vergleich waren die häufigsten Gründe, einen medikamentösen Abbruch zu wählen, die Angst vor der OP (6 von 22 Befragten) oder der Narkose. Auch Komplikationsrisiken wurden untersucht. Medikamentöse Abbrüche hatten häufiger Re-Curettagen zur Folge und waren auch insgesamt sechsfach erhöht. Auch eine größere Studie aus den USA zeigt ähnliche Ergebnisse. Das Risiko von Minor Komplikationen im Allgemeinen ist bei medikamentösen Abbrüchen signifikant höher. Zum Beispiel ist das relative Risiko einer Persistenz der Schwangerschaft um das Vierfache erhöht. Das Risiko für Spätfolgen bei nachfolgenden Geburten ist bei beiden Gruppen gleich hoch.

**Schlussfolgerung:** Die Curettage ist nach wie vor eine effektive und sichere Option zum Schwangerschaftsabbruch. In dem Zeitraum, in dem beide Methoden gewählt werden können, ist es schlussendlich Patientenpräferenz solange es keine weiteren Kontraindikationen gibt. Wir empfehlen eine weitere Beobachtung der Situation.

## 8 Was spricht für den Schwangerschaftsabbruch mit Medikamenten?

**Autor** Tennhardt C

**Institut** 1 Frauenärztinnen Köpenick, Berlin

**DOI** 10.1055/s-0039-3402951

**Interessenkonflikt:** keine Interessenkonflikte

Mit ca. 100 000 Schwangerschaftsabbrüchen (SAB) pro Jahr bleibt die Zahl in Deutschland seit Jahren konstant und mit 5–6 SAB pro 1000 fertilen Frauen im unteren Bereich der europäischen Statistiken.

Es gibt auffallende Differenzen, was die Methoden angeht: während in der Schweiz über 60% der SAB medikamentös durchgeführt werden, sind es bei uns 23%. Innerhalb Deutschlands werden ca. 30% in Berlin und 3% in Bremen medikamentös durchgeführt. (2019: stat. Bundesamt) Diese Unterschiede liegen sicher nicht an den Frauen!

Der medikamentöse SAB ist eine sichere und von den Frauen gut akzeptierte Methode, die bis zum 63. Tag p. m. in Europa zugelassen ist.

Der medSAB wird nach einem vorgegebenen Schema mit Mifepristone und Misoprostol eingeleitet. In vielen Ländern führen dies geschulte Hausärzt\*innen und Hebammen durch. Studien der WHO zeigen, dass dies die Sicherheit der Frauen nicht gefährdet.

Der medSAB kann sehr früh und ohne Darstellung einer intakten Schwangerschaft durchgeführt werden. Nach ausführlicher Aufklärung der Schwangeren, dass es sich evtl. um eine gestörte Frühgravidität oder eine Extrauterin-gravidität (EUG) handeln kann bzw. die Schwangerschaft ggf. in einem Abort enden könnte. In diesem Fall muss am Tag der Mifepristone-Gabe der  $\beta$ HCG-Wert bestimmt und nach ca. 4–5 Tagen kontrolliert werden. Ein deutlicher Abfall schließt eine EUG aus.

Beim medSAB können die Frauen wählen, ob sie den Tag des „Abblutens“ (Misoprostol-Gabe) zu Hause oder in der Praxis verbringen wollen. Die Erfahrungen von Millionen medSAB aus den USA, Schweden, Frankreich u. a. zeigen, dass der sogenannte „home use“ eine akzeptierte und sicher Vorgehensweise ist.

Infektionen sind ähnlich wie selten beim opSAB. Es gibt keine Hinweise auf erhöhte Frühgeburtsrate bei späteren Schwangerschaften. Die psychologische Verarbeitung ist bei beiden Verfahren gut.

Beim medSAB sind die Frauen stärker mehr mit dem SAB konfrontiert, erleben diesen direkter und haben sowohl eine längere Zeit der Unsicherheit als auch eine stärkere Blutung. Trotzdem wird der medSAB gut akzeptiert: 87% sind zufrieden und würden den SAB in dieser Form wiederholen. Für 80% ist es wichtig die Wahl zu haben.

**Literatur** [1] Gatter M, Cleland K, Nucatola DL. Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception* 2015; 91(4): 269–273

[2] Chen MJ, Creinin, MD. Mifepristone With Buccal Misoprostol for Medical Abortion, A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology* 2015; 126(1): 12–21

## Wissenschaftliche Sitzung am 18.09.2019

### 9 Medikamentöses und operatives Management einer Isthmozelenschwangerschaft – Eine Kasuistik

**Autoren** Kreienbring K, Stern M, Pauwels PPYT, Dressler-Steinbach I, Scharf JP

**Institut** 1 Frauenklinik, Sana Klinikum Lichtenberg, Berlin, Deutschland

**DOI** 10.1055/s-0039-3402952

**Interessenkonflikt:** keine Interessenkonflikte

**Hintergrund:** Aufgrund zunehmender Kaiserschnitttraten wurde ein Anstieg der Cesarean Scar Pregnancy (CSP) in den letzten Jahren beobachtet [1]. Die Diagnose einer CSP erfordert die Extraktion konsensueller und risikoadaptierter Therapieentscheidungen bei hoher Invasionsstendenz [2]. Therapeutisch ist das medikamentöse, operative sowie exspektative Vorgehen beschrieben [3,4]. Diese Kasuistik stellt die medikamentöse Therapie kombiniert mit der operativen Entfernung und Sanierung der Isthmozele vor.

**Fallbericht:** Die 34-jährige VI. Gravida/IV. Para präsentierte sich initial mit Unterbauchschmerzen in der 7. Schwangerschaftswoche bei anamnestisch vier Entbindungen per Kaiserschnitt sowie einer Abortcurettage. Sonomorphologisch wurde die CSP bei intakter Frühschwangerschaft diagnostiziert (► **Abb. 1** und ► **Abb. 2**). Die Patientin wünschte bei bestehendem Kinderwunsch, aber hohem Hysterektomie- und Blutungsrisiko, die primäre Therapie mit Methotrexat und anschließende Sanierung der Isthmozele.

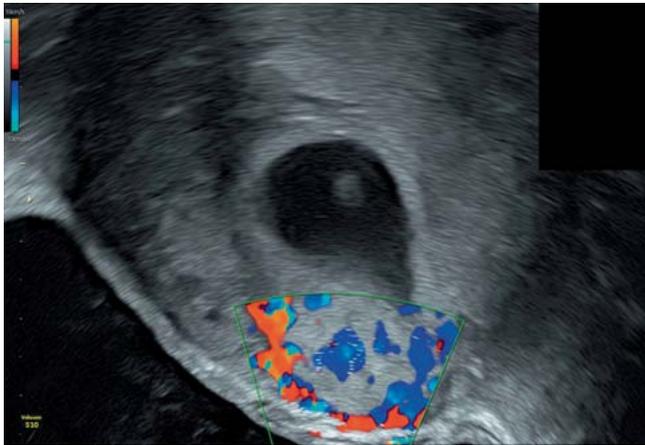
**Therapie:** Nach der systemischen Gabe von 55 mg Methotrexat kam es zu einem signifikanten Abfall des  $\beta$ -HCG i. S. um 70% innerhalb von 2 Wochen. Die fetale Herzaktion zeigte sich trotzdem weiterhin positiv bei adäquater Zunahme der Scheitel-Steiß-Länge. Unter passagerem Clipping der Aa. uterinae bds. erfolgte nach kombinierter vaginal-laparoskopischer Präparation die vaginale Saugcurettage der ektopen Gravidität unter laparoskopischer Sicht mit erwarteter Ruptur der verbliebenen Uterusserosa und Exzision der Isthmozele mit anschließendem zweischichtigen Verschluss des Uterus.

**Verlauf:** Im Rahmen der sonografischen Verlaufskontrollen unmittelbar bzw. neun Wochen postoperativ zeigte sich die Uterusvorderwand mit 4 mm rekonstruiert (► **Abb. 3** und ► **Abb. 4**). Das  $\beta$ -HCG i. S. fiel drei Wochen postoperativ unter die Nachweisgrenze.

**Fazit:** Die beschriebene operative Methode ermöglichte einen geringen Blutverlust und die simultane Resektion der Isthmozele. Zu diskutieren wäre die lokale Methotrexatgabe bei dokumentierten Erfolgsraten bis zu 60% gegenüber 50% der systemischen Therapie [4].



► **Abb. 1** Verdacht auf fehlende myometrische Deckung über 21 mm.



► **Abb.2** Implantation einer Cesarean Scar Pregnancy (CSP).



► **Abb.3** Uterusvorderwand 1. Tag postoperativ.



► **Abb.4** Uterusvorderwand 9 Wochen postoperativ.

**Literatur** [1] Rotas MA, Haberman S, Levkur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1373–1381

[2] Cali G, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J et al. Outcome of Cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 51: 169–175

[3] Maheux-Lacroix S, Li F, Bujold E et al. Cesarean Scar Pregnancies: A Systematic Review of Treatment Options. *J Minim Invasive Gynecol* 2017; 24: 915–925

[4] Bodur S, Ozdamar O, Kilic S, Gun I. The efficacy of the systemic methotrexate treatment in caesarean scar ectopic pregnancy: A quantitative review of English literature. *J Obstet Gynaecol* 2015; 35: 290–296

## 10 Weibliche Stuprum-Betroffene: Charakteristika von 850 angezeigten und an der Charité versorgten Fällen sowie aktuelle Versorgungssituation an deutschen Universitätsfrauenkliniken

**Autor** Fryszler LA

**Institut** 1 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Geburtsgynäkologie, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

**DOI** 10.1055/s-0039-3402953

**Interessenkonflikt:** keine Interessenkonflikte

**Eileitung:** Laut Prävalenzstudien erleben 5–6% der Frauen in Europa eine Vergewaltigung (lat. Stuprum). Vergewaltigungen haben schwerwiegende Folgen für Betroffene. Die Erstversorgung hat erheblichen Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand Betroffener und durch forensische Bestandteile auf ggf. folgende strafrechtliche Verfahren.

**Zielsetzung:** Grundvoraussetzung für die gezielte Ausrichtung der Versorgung sind Daten zu Umständen von Stuprum-Fällen. Daher erfolgte im ersten Teil der Arbeit die Erhebung von Charakteristika von mutmaßlichen Stuprum-Fällen und Aspekten der medizinischen Versorgung. Im zweiten Teil wurde vor dem Hintergrund fehlender Studien die Versorgungssituation für weibliche Stuprum-Betroffene an deutschen Universitätsfrauenkliniken ermittelt.

**Material und Methoden:** (1) In einer retrospektiven Studie erfolgte die Auswertung von standardisierten Befundbögen aller polizeilich anzeigenden, weiblichen mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen, die mindestens 16 Jahre alt waren und zwischen 01.01.2011 und 31.06.2016 in einer der Charité-Rettungsstellen von der Polizei zur Versorgung vorgestellt wurden.

(2) Ein selbstentwickelter Fragebogen, orientiert an Leitlinien und Forderungen verschiedener Versorgungseinrichtungen, wurde im Herbst 2017 an alle 35 deutschen Universitätsfrauenkliniken versandt.

**Ergebnisse:** (1) 850 mutmaßliche Stuprum-Fälle konnten ausgewertet werden. Die Betroffenen waren im Mittel 29 Jahre alt. 6,4% gaben an, bereits zuvor eine Vergewaltigung erlebt zu haben. Der Tatverdächtige war den Betroffenen in 48,4% unbekannt, 26% entstammten dem Freundes-/Bekannteskreis. 15,5% waren Partner oder Expartner. Zwei Drittel der mutmaßlichen Vergewaltigungen ereigneten sich in privaten Räumen, v.a. in der Wohnung der Betroffenen. Über zwei Drittel der Frauen hatten in zeitlicher Nähe zur Tat Alkohol getrunken. In 17% der Fälle bestand ein Verdacht auf Verabreichung von sog. K.-o.-Tropfen. Extragenitale Verletzungen lagen bei 61,4% und anogenitale bei 25,4% der Betroffenen vor.

(2) Die Rücklaufquote bei der Klinikbefragung betrug 44,4% (16/36). An 12/16 Universitätsfrauenkliniken existierten Richtlinien zur Versorgung nach mutmaßlichem Stuprum, an 14/16 wurden standardisierte Untersuchungskits verwendet. Die Option „Anonyme Spurensicherung“ bestand an 11/16, eine Regelung zur infektiologischen Postexpositionsprophylaxe-Beratung an 8/16 Kliniken. Etablierte Fortbildungen zur Beweismittelsicherung gaben 13/15 Kliniken, eine Weitervermittlung an Beratungsstellen 11/16 an.

**Schlussfolgerungen:** (1) Mit der vorgelegten Auswertung mutmaßlicher Stuprum-Fälle wird erstmals eine so große Zahl in Deutschland analysiert. Vor dem Hintergrund der unzureichenden Studien- und Versorgungsforschungslage leistet die vorliegende Arbeit einen relevanten Beitrag zum Wissen zu Umständen von mutmaßlichen Stuprum-Fällen. Die erhobenen Daten können wegweisend für eine gezielte Ausrichtung der Erstversorgung von Frauen nach Stuprum sein.

(2) Die in der Klinikumfrage festgestellten Versorgungs- und Qualitätsunterschiede zeigen, dass an einem Teil deutscher Universitätsfrauenkliniken ein Verbesserungsbedarf in der Erstversorgung besteht und dass bisher keine Standardisierung erfolgt ist. Sowohl eine Verbesserung der Erstversorgungs-

strukturen von mutmaßlichen Stuprum-Betroffenen als auch eine interdisziplinäre Leitlinie wäre wünschenswert.

## 11 Schmerzen statt Lust: Vulvodynie – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung

**Autor** Mendling W

**Institut** 1 Deutsches Zentrum für Infektionen in Gynäkologie und Geburtshilfe; [www.werner-mendling.de](http://www.werner-mendling.de)

**DOI** 10.1055/s-0039-3402954

**Interessenkonflikt:** Der Autor ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der AGIL und der ISIDOG, Mitglied der DGGG und der DMMYK und hat in den letzten Jahren honorierte Verträge als wissenschaftlicher Berater für: Johnson & Johnson GmbH Neuss, Dr. August Wolff GmbH & Co. KG Bielefeld, Sekisui Diagnostics UK Ltd Ellington/United Kingdom, BioClin Delft. Er erhielt Honorare und Reisekostenerstattungen für Vorträge von Almirall S.A. Barcelona, Ardo medical GmbH Oberpfaffenhofen, Aristo Pharma GmbH Berlin, Galderma R&D Sophia Antipolis/France, das Fortbildungskolleg Gesellschaft für medizinische Fortbildungen mbH München, Dr. August Wolff GmbH & Co. KG, Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH Berlin, KWHC GmbH Uelzen, MCI Deutschland GmbH, Medinova S.A. Zürich, Mitra Pharmaceuticals GmbH Aachen, Pierre Fabre GmbH Freiburg, Pfizer Pharma PFE Berlin, SymbioPharm Herborn

Vulvodynie bzw. Vestibulodynie treten bei 5–10% der Frauen irgendwann im Leben auf und sind somit häufig! Sie werden leider oft erst nach Jahren richtig erkannt. Die betroffenen Frauen sind schwer beeinträchtigt.

Kriterien sind

- Schmerzen und Brennen bei Berührung oder dem Versuch der Penetration (z. B. sitzen, Rad fahren, reiten, joggen, Tampons, Geschlechtsverkehr)
- Keine oder wechselnd vorhandene Rötung (Inflammation)
- Kein Vorliegen von Infektionen (Vulvovaginalkandidose, Herpes genitalis), neurologischen (z. B. Herpesneuralgie, Spinalnervkompression), dermatologischen (z. B. Lichen planus, Lichen sclerosus) oder neoplastischen Erkrankungen (z. B. vulväre intraepitheliale Neoplasie)
- Dauer der Beschwerden mindestens 3 Monate.

Für die ausgiebige Anamnese und Diagnostik werden Kenntnisse, Erfahrung, Ruhe, Zeit, Empathie und Verständnis benötigt. Bakteriologische Abstriche und Probeexzisionen sind nicht sinnvoll, aber pH-Messung, Nativpräparat, ggf. Pilzkultur und der Q-Tipp-Test zur Exploration der Schmerzzone.

Therapeutisch kommen in Frage

- gelegentlich lokal Estriol,
- bei Versagen immer multimodale, interdisziplinäre Therapie (Frauenarzt, Schmerztherapeut, Psychiater, Psychologe, Physiotherapeutin) mit Reduktion der Mastzellularfunktion, der Schmerzintensität und des erhöhten Tonus in der Beckenbodenmuskulatur sowie „Ins-Lot-Kommen“ der psychisch-emotionalen Situation,
- bei Versagen in gut definierter, eher seltener Indikationsstellung die Vestibulektomie. Sie ist kein „Anfängereingriff“! Sog. Softlaser sind nicht indiziert.

**Schlussfolgerung:** Die konservative und bei ihrem Versagen die operative Therapie ergeben aufgrund von gut dokumentierten Studien signifikant gute Ergebnisse mit meist, aber leider nicht immer zufriedenen Patientinnen.

**Literatur** [1] Mendling W. Schmerzen statt Lust. Dyspareunie, Vulvodynie und Vestibulodynie. Gynäkologie und Geburtshilfe 2019; 24: 24–27

[2] Mendling W. Vulvodynie – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Gyn Prax 2019; 45 (2): 277–288

[3] Mendling W. Gynäkologische Infektionen. Frauenheilkunde up2date 2019; 13: 1–19

## 12 Die neue Sk-2-Leitlinie zum Vaginalkarzinom

**Autor** Barinoff J

**Institut** 1 Klinik für Frauenheilkunde und Gynäkologie im Sankt Gertrauden-Krankenhaus

**DOI** 10.1055/s-0039-3402955

**Interessenkonflikt:** keine Interessenkonflikte

Die im Jahr 2018 fertig gestellte S2k Leitlinie (LL) zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seinen Vorstufen folgte auf die S1 Leitlinie, die bis zum Jahr 2012 gültig war. Die aktuelle Leitlinie wurde vollständig neu erarbeitet und mit dem Wissen aus der Gynäkologischen Onkologie angereichert. Zum Beispiel die Kapitel „Systemische Therapie“, „Aufklärung der Patientinnen“, „Versorgungsstrukturen“, „Psychoonkologie und Lebensqualität“ und einige weiteren sind zum ersten Mal in dieser Version eingefügt. Auch das Kapitel „V Qualitätsindikatoren“ wurde ebenfalls zum ersten Mal ausformuliert.

Das Vaginalkarzinom gehört zu seltenen Tumorentitäten. Somit sind die wissenschaftlichen Grundlagen für die LL keine Ergebnisse von randomisierten prospektiven Studien, sondern oft retrospektiven Analysen kleiner Patientenkollektiven. Unter dieser Voraussetzungen sind die ausgesprochenen Empfehlungen überwiegend Expertenmeinungen auf bestmöglichem Niveau, ggf. ohne einer stabilen Datenlage. Alle Statements wurden in einem Bewertungsprozess durch eine multidisziplinäre Gruppe von Fachexperten und Vertretern von Patientenorganisation kritisch abgestimmt.

Die Therapie des Vaginalkarzinoms wird Stadien-gerecht durch die Nähe des Tumors zu den Nachbarsorganen (Harnblase und Darm) bestimmt. Eine operative Therapie ist indiziert, wenn der Tumorentfernung keine Beeinträchtigung dieser Organe mit sich bringt. Das Ausmaß der Therapie wird durch die präzise Diagnostik, insbesondere durch den Einsatz der funktionellen MRT und der Sentinel-Lymphknoten-Darstellung und -Biopsie mitgesteuert. Die Statements dazu sind in der neuen LL verankert. Strahlentherapie spielt bei der Behandlung des Vaginalkarzinoms eine große Rolle und diesem Konzept wird in der LL viel Aufmerksamkeit gewidmet.

Generell soll den onkologische tätigen Ärzten in der Praxis und Klinik eine akzeptierte, möglichst evidenzbasierte Entscheidungshilfe für die Auswahl sowie Durchführung von geeigneten Maßnahmen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Vaginalkarzinom zur Verfügung gestellt werden. Die LL soll die Versorgung von Frauen mit dieser eher seltenen gynäkologischen Tumorerkrankung verbessern, vereinheitlichen und optimieren. Der Anwendungsbereich der LL ist sektorenübergreifend. Er umfasst sowohl den ambulanten als auch den stationären Versorgungssektor und die Rehabilitation. Diese LL besitzt eine Gültigkeitsdauer von 01. 10. 2018 bis 30.09. 2023. **Literatur** [1] Diagnosis, Therapy, and Follow-Up Care of vaginal Cancer and its Precursors. Guideline of the DGGG and OEGGG (S2 k-Level, AWF Registry No. 032/042, October 2018)

## Wissenschaftliche Sitzung am 16. 10. 2019

### 13 Geburtsmedizin – Neonatologie – Psychiatrie: eine erweiterte Fallbesprechung

**Autor** Weißhaupt K

**Institut** 1 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Geburtsmedizin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

**DOI** 10.1055/s-0039-3402956

**Interessenkonflikt:** keine Interessenkonflikte

Psychische Belastungen in der Schwangerschaft sind häufig, beispielsweise leiden bis zu 15% der Schwangeren an Depression. Selten dagegen sind akut-psychiatrische Krankheitsbilder, die einen geburtsmedizinischen und psychiatrischen Notfall darstellen. Psychiatrische Krankheitsbilder in der Geburtsmedizin betreffen Frauen im gebärfähigen Alter, im Mittel zwischen 20 und 40 Jahren. Die variablen Erkrankungen können neu auftreten, öfter sind es aber bestehende chronische psychiatrische Erkrankungen, die aus verschie-

denen Gründen auch exazerbieren. Bei den Betroffenen kann eine Krankheits-einsicht fehlen, Schwangerschaftsvorsorge wird seltener wahrgenommen, es findet sich weniger Selbstfürsorge. Geburtsmedizinische Probleme ergeben sich u. a. aus Substanzgebrauch, einem erhöhten Risiko für Frühgeburtlichkeit, aus fetalen Wachstumsstörungen wie IUGR und einem erhöhten Risiko für intrauterinen Fruchttod. In der Fallbesprechung geht es um eine Schwangere mit einer schizoaffektiven Störung. Es wird die medizinische Dreiecks-beziehung zwischen Geburtsmedizin, Psychiatrie und Neonatologie beschrieben. Außerdem werden die juristischen und amtlichen Zuständigkeiten mit Betreuer/-in, Amtsgericht und Jugendamt beleuchtet. Die Blickwinkel wech-seln zwischen schwangerer Patientin und Arzt/Ärztin, woraus sich ein kom-plexes Bild ergibt.

## Wissenschaftliche Sitzung am 20. 11. 2019

### 14 Kommentierte Berliner Perinataldaten 2018

**Autor** Dombrowski M

**Institut** 1 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Evangelisches Waldkrankenhaus Berlin-Spandau

**DOI** 10.1055/s-0039-3402957

**Interessenkonflikt:** keine Interessenkonflikte

Im Modul 16/1 der Berliner Perinatalerhebung wurden Daten von 41 451 Kin- dern aus 40 553 Datensätzen erfasst.

Von den 9 Qualitätsindikatoren (QI) wurden 4 im Rahmen des strukturierten Dialoges von den Fachgruppen Gyn/Geb und Neo am Qualitätsbüro Berlin (QBB) bewertet.

In diesen 4 QI liegen die Berliner Ergebnisse innerhalb der Referenzbereiche. Bis auf die Azidoserate ( $pH < 7,0$ ) bei frühgeborenen Einlingen, die in Berlin mit O/E 1,50 innerhalb des Referenzbereiches ( $O/E \leq 6,00$ ) aber schlechter als im Bund ( $O/E 1,06$ ) liegt, sind die Berliner Ergebnisse leicht besser als die der Bundesebene.

Die Sektiorate 2018 liegt in Berlin mit 27,62% wie in den vergangenen Jahren unterhalb der der Bundesebene mit 30,66%.

Bei den übrigen 5 QI handelt es sich um planungsrelevante Indikatoren, die zentral über das IQTIG bewertet werden. Auch hier liegen die Berliner Ges- amtergebnisse innerhalb der Referenzbereiche. Auf Krankensebene wa- ren zwei Häuser in jeweils einem Indikator auffällig.

Der Schwerpunkt im strukturierten Dialog lag in der Diskussion der Sentinel Event-Indikatoren. In der Geburtshilfe sind dies die Müttersterblichkeit, in der Neonatologie die Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen  $> 32$  SSW.

In 2018 waren 3 mütterliche Sterbefälle in Berlin zu verzeichnen, 2 davon im Zusammenhang mit der Geburt. Alle Fälle wurden für die Fachgruppe nach- vollziehbar in ausführlichen Stellungnahmen erläutert.

Zur mütterlichen Morbidität finden sich in der Perinatalerhebung nur wenige Daten. Auffallend ist die Zunahme der Fälle mit Hysterektomie/Laparotomie post partum im Verlauf der letzten 5 Jahre mit 94 dokumentierten Fällen in 2018 gegenüber 23 in 2014. Eine Sonderauswertung durch das QBB zeigt hier einen klaren Zusammenhang mit dem Geburtsrisiko Zustand nach Sektio.

Bei der Diskussion der neonatalen Todesfälle war es für 2018 erstmals möglich, die Fälle mit den geburtshilflichen Daten zusammenzuführen. Unter den ins- gesamt 20 Fällen befanden sich allein 3, bei denen reife Kinder nach vaginalen BEL-Geburten ohne weitere geburtshilfliche Risiken verstorben sind. Dies war Anlass, das geburtshilfliche Management der BEL-Geburt in Berlin über die letz- ten 5 Jahre näher zu betrachten. Hier zeigt sich, dass eine Tendenz zur Konzen- tration vaginaler BEL-Geburten auf wenige Kliniken bereits zu verzeichnen ist, was im Hinblick auf die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Expertise pro Geburtshelfer wünschenswert scheint. In 3 Kliniken werden zwischen 15 und 50 vaginale BEL-Geburten p. a. durchgeführt, in weiteren 7 Kliniken zwischen 5 und 15. In den übrigen 8 Kliniken handelt es sich lediglich um Einzelfälle.

**Quellen** [1] Strukturierter Dialog QBB 2019

[2] Sonderauswertung QBB 2019

[3] IQTIG Bundesauswertung Modul 16/1 2018

### 15 Die programmierte Geburt zur Verhinderung des „weekend effects“ vor 50 Jahren

**Autor** David M

**Institut** 1 Klinik für Gynäkologie, Charité Campus Virchowklinikum, Berlin

**DOI** 10.1055/s-0039-3402958

**Interessenkonflikt:** keine Interessenkonflikte

Wohl erstmals vor ca. 100 Jahren wurde bei einer Tagung der American Gyne- cology Society über die „Induktion der Geburt bei 200 Frauen mit reifen Kin- dern“ berichtet, die ohne das Vorliegen einer harten medizinischen Indikation erfolgten. Auch in Deutschland wurden in den 1930er und -40er Jahren Ge- burten am Termin „aus sozialen Gründen“ eingeleitet. Die Indikationen waren außerdem organisatorischer, „psychohygienischer“ und auch prophylakti- scher Art, einzelne Geburtshelfer gingen wohl auch aus eigener Annehmlich- keit so vor, ohne dass dies den programmatischen Titel „programmierte Ge- burt“ trug. Diese Bezeichnung fand erst in den 1970er Jahren Eingang in den geburtshilflichen Sprachgebrauch. Darunter verstand man die „Durchplanung des gesamten Geburtsablaufs bezüglich Indikation, Vorbedingungen, Vor- bereitungen, sowie die Festsetzung des optimalen Zeitpunkts für Mutter, Kind, Familie und Kreißaalorganisation.“ Jung postulierte drei positive Aus- wirkungen der „programmierten Geburt“: 1. geburtsphysiologischen Vorteile (die Gebärende ist in der Klinik intensiv überwacht); 2. psychologische Vortei- le (die Schwangere kennt ihren Geburtstermin und kann sich auf diesen vor- bereiten) und 3. organisatorische Vorteile (die Geburten finden zwischen 8 und 17 Uhr statt bei optimaler personeller Besetzung und ausgeruhtem Team). Allerdings kritisierte schon 1978 der Neonatologe Riegel, dass die sog. termingesteuerte Geburt zwar relevante Gefahren verhindere, dass sie aber auch Risiken hinsichtlich der kindlichen Morbidität beinhalten. Beweisende randomisierte Studien für das Vorgehen fehlten. Wulf unterstrich, dass die „Geburtsprogrammierung“ kein Alibi für eine unzureichende personelle Be- setzung geburtshilflicher Abteilungen oder für andere sachfremde Sparmaß- nahmen sein dürfe. Nach einer Phase der starken Nutzung der „programmier- ten Geburt“ setzte Anfang der 1980er Jahre ein Umdenken ein. Das Konzept wurde wegen seiner Risiken verlassen.

### 16 Peripartale Auswirkungen des „Wochenendeffekts“ aus geburtshilflicher Sicht

**Autoren** Dressler-Steinbach I<sup>1</sup>, Reutter T<sup>2</sup>

**Institute** 1 Sana Klinikum Lichtenberg, Frauenklinik; 2 Qualitätsbüro Berlin

**DOI** 10.1055/s-0039-3402959

**Interessenkonflikt:** keine Interessenkonflikte

**Hintergrund:** In der allgemeinen stationären Patientenversorgung wie auch im geburtshilflichen Bereich wird ein „Wochenendeffekt“ diskutiert [1 – 3]. Ziel dieser Auswertung war auf Basis der Perinataldaten 2014–2018 zu unter- suchen, ob Entbindungen im Dienst oder am Wochenende mit einem schlech- teren mütterlichen Outcome assoziiert sind.

**Setting:** Retrospektive Analyse der Perinataldaten aller Berliner Geburtsklini- ken 2014–2018.

**Methoden:** Deskriptive Auswertung von 196 328 Einlingsgeburten  $> 24 + 0$  SSW in o. g. Zeitraum unter Ausschluss der primären Sectiones. Es wurden die sekundäre Sektiorate, die Rate an Saugglockenentbindungen, die Geburtsdauer sowie mütterlichen Geburts- und Wochenbettkomplikationen in Bezug auf die Arbeitszeit untersucht. Die unabhängige Variable „Arbeits- zeit“ wurde als Entbindungen werktags (Mo–Fr) vs. Wochenende sowie Re- gulararbeitszeit vs. Dienst operationalisiert. Arbeitszeiteffekte wurden mittels Chi-Quadrat-Test bzw. t-Test für unabhängige Stichproben auf Signifikanz überprüft. Zudem wurden die tageszeitliche Geburtenverteilung und die Mor- talität des Jahres 2018 erfasst.

**Ergebnisse:** Es zeigt sich eine Häufung an Geburten zwischen 2 und 4 Uhr nachts.

Im Dienst zeigte sich eine verringerte sekundäre Sektiorate (16,2% vs. 17,4%; OR für sek. Sectio im Dienst 0,91,  $p < 0,001$ ) sowie eine höhere Rate an Spon- tangeburt (73,6% vs. 69,1%, OR 1,20) als in der Regulararbeitszeit. Die Rate

an Saugglockenentbindungen zeigte sich von der Wochenarbeitszeit nicht beeinflusst. Die Geburtsdauer war im Dienst signifikant kürzer als in der Regelarbeitszeit (6,8 h vs. 7,4 h,  $p < 0,001$ ). Im Vergleich Wochenende vs. Werktags waren diese Unterschiede nicht nachweisbar.

Die Komplikationsraten unter der Geburt unterschieden sich nicht. Im Wochenbett war die Komplikationsrate der Geburten aus der Regelarbeitszeit erhöht (OR 1,07,  $p < 0,001$ ).

Die maternale Mortalität war insgesamt gering (3/40553 in 2018).

**Fazit:** Der „Wochenendeffekt“ scheint in der Berliner Geburtshilfe eher ein „Diensteffekt“ zu sein.

Ein „Wochenendeffekt“ im Sinne eines schlechteren mütterlichen Outcomes kann für Berlin für die Jahre 2014–2018 nicht gezeigt werden. Die perinatale Morbidität und Mortalität wurden hierbei nicht berücksichtigt.

**Literatur** [1] Chen YF, Armoiry X, Higenbottam C et al. Magnitude and modifiers of the weekend effect in hospital admissions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019; 9(6): e025764. doi: doi:10.1136/bmjopen-2018-025764

[2] Lyndon A, Lee HC, Gay C, Gilbert WM et al. Effect of time of birth on maternal morbidity during childbirth hospitalization in California. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213(5): 705.e1–e11

[3] Snowden JM, Darney BG, Cheng YW et al. Systems factors in obstetric care: the role of daily obstetric volume. *Obstet Gynecol* 2013; 122(4): 851–857

## Namenverzeichnis

### B

Bacovsky A 221  
Barinoff J 224

### D

David M 225  
Dombrowski M 225  
Dressler-Steinbach I 222, 225  
Dröge L 220

### E

Ebert AD 219

### F

Fryszler LA 223

### K

Keil E 221  
Kotomin A. 221  
Kreienbring K 222

### M

Mendling W 224  
Mualllem MZ 219

### P

Pauwels PPYT 222

### R

Reutter T 225

### S

Scharf JP 222

Sehouli J 220  
Stern M 222

### T

Tamm-Hermelink A 220  
Tennhardt C 222

### U

Ulrich UA 220

### W

Weißhaupt K 224

### Z

Zaghloul Abu Dakah M 221