

Frauenheilkunde

Ein Fachgebiet in Bewegung

J. Zander

Die Frauenheilkunde hat sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte von einem Organfach zu einem Teilgebiet der Medizin entwickelt, in dessen Zentrum die Physiologie und Pathologie des gesamten Systems steht, das letztlich der Fortpflanzung des Menschen dient. Funktionelle Störungen und Erkrankungen dieses Systems sind ebenso eingeschlossen wie die Erkrankungen der beteiligten Organe und ihrer unmittelbaren Umgebung.

Diese Entwicklung ergab sich zwingend aus den Fortschritten unserer wissenschaftlichen Erkenntnisse im Interesse der Patienten. So wäre es ein Anachronismus, wenn die Schwangerschaft noch ausschließlich aus der Sicht eines Organs betrachtet würde. Eine optimale Betreuung gravider Frauen setzt voraus, daß die vielfachen spezifischen Wechselbeziehungen zwischen der Gebärmutter und ihrem Inhalt und dem Gesamtorganismus der Frau und ihrer Umwelt unter physiologischen und pathologischen Bedingungen berücksichtigt werden. Dementsprechend muß für Frauenärztinnen und Frauenärzte die notwendige Handlungsfreiheit für diagnostische und therapeutische Maßnahmen gegeben sein. In der Ärzteschaft der Bundesrepublik ist das bisher nicht allorts erkannt.

Veränderungen in einem Fachgebiet sind zunächst methodisch bedingt. Vereinfacht kann unterschieden werden zwischen Methoden mit langer und solchen mit kurzer Halbwertszeit. Operative Methoden, Behandlungsmethoden von Krebserkrankungen und ganz allgemein von chronischen Erkrankungen haben in der Regel eine lange Halbwertszeit. Jahrzehnte systematischer klinischer Forschung sind erforderlich, um sie mit zuverlässiger Begründung zu modifizieren oder gar durch neue zu ersetzen. Methoden mit kurzer Halbwertszeit sind besonders deutlich im Bereich der Diagnostik von Störungen des reproduktiven Systems. In der jüngeren Vergangenheit bedurfte es jeweils weniger Jahre, um quantitative Bestimmungsmethoden von Hormonen oder Hormonmetaboliten in Körperflüssigkeiten durch neue, empfindlichere zu ersetzen. Das Tempo der Entwicklungen in Teilgebieten eines Spezialfaches wird in erster Linie von der Halbwertszeit der Methoden bestimmt.

Die Grundlagenforschung und ebenso die angewandte klinische Forschung im Bereich der Reproduktionsphysiologie haben für die praktische Frauenheilkunde zu bedeutenden Fortschritten geführt. Menschenleben entstehen heute vielfach unter Bedingungen, die noch vor ein, zwei oder drei Jahrzehnten keine Aussicht auf den Beginn und die Weiterentwicklung neuen Lebens zugelassen hätten.

Methoden zur Auslösung des Eisprungs bei funktionellen Störungen des weiblichen endokrinen Systems verschiedenster Art haben dazu beigetragen. Das gilt für die Stimulation der Ovarien durch Substanzen ohne manifeste hormonale Wirkung, wie Clomifenzitrat und durch gonadotrope Hormone. In den letzten Jahren sind die Möglichkeiten der Ovulationsauslösung durch die Erforschung des Prolaktins und seiner Regulationsmechanismen sowie durch die Aufklärung der Biochemie und Physiologie des Gonadotropin-releasing-Hormons entscheidend erweitert worden. Die Selektion der Patientinnen für die jeweils geeignete Methode wurde durch die Differenzierung und Sensibilisierung des diagnostischen Spektrums erleichtert. Die systematische klinische Anwendung von Ergebnissen der Reproduktionsphysiologie des Menschen sowie die Übertragung von Ergebnissen der Tiermedizin hat schließlich in jüngster Zeit zu ersten Erfolgen der extrakorporalen Befruchtung des Eies unter In vitro-Bedingungen mit anschließendem Embryo-Transfer geführt. Damit haben sich auch für die Frauen, die infolge der Zerstörung der Eileiter nicht empfangen können, neue Möglichkeiten eröffnet. Operative Behandlungsmethoden konnten nur einer Minderheit dieser Frauen Hilfe bringen.

In der umgekehrten Richtung, also der **Verhütung der Empfängnis**, haben sich in den vergangenen drei Jahrzehnten im Rahmen der Frauenheilkunde ebenfalls Entwicklungen von eminenter praktischer Bedeutung vollzogen. Der entscheidende Abfall der Reproduktionsrate in der Bundesrepublik erfolgte allerdings längst bevor es die Pille gab. Er vollzog sich etwa parallel mit den Veränderungen der ökonomischen und sozialen Lebensbedingungen in der zweiten Hälfte des vergangenen und zu Beginn dieses Jahrhunderts. Die Pille hat jedoch zum ersten Mal eine

zuverlässige Trennung von Fortpflanzung und Sexualität ermöglicht. Auf die vielfachen, bisher nur unzureichend untersuchten Folgen, die sich daraus in psychologischer und soziologischer Sicht für unser Leben ergeben, kann nur andeutend verwiesen werden. Weltweite Bemühungen, mit Hilfe der Pille oder anderer empfängnisverhütender Methoden die Probleme der sogenannten Entwicklungsländer zu lösen, sind inzwischen einer differenzierteren Einstellung gewichen. Die Ministerpräsidentin eines großen Entwicklungslandes stürzte vorübergehend über eine allzu forcierte Empfängnisverhütung.

In den letzten Jahren ist es im Bereich der Empfängnisverhütung eher zu einer kritischen Besinnung gekommen. Grundsätzlich neue Methoden mit erwiesener praktischer Bedeutung wurden nicht mehr bekannt. Erst im Verlauf der Massenerperimente mit der Pille und Intrauterinpressaren wurden nach und nach auch die Risiken erkannt. Die Erkenntnis, daß für alle reversiblen Methoden der Empfängnisverhütung auch gewisse Imponderabilien in Kauf zu nehmen sind, und daß es die ideale, absolut risikofreie und für alle Frauen akzeptierbare Methode der Empfängnisverhütung noch nicht gibt, ist gewachsen. Es ist schließlich daran zu erinnern, daß die tägliche Verabreichung von hochwirksamen Pharmaka an Millionen Frauen in aller Welt aus rein prophylaktischen Gründen ein absolutes Novum in der Medizin darstellt.

Die Leistung der Geburtshilfe kann zumindest teilweise an Zahlen für die **perinatale kindliche Mortalität** und für die mütterliche Sterblichkeit erkannt werden. Gegenüber anderen Ländern, zum Beispiel Schweden und Holland hinkt der Rückgang in der Bundesrepublik noch immer um einige Jahre nach. In Bayern lag die perinatale Mortalität 1910 bei 59,94, 1975 bei 19,10 und 1982 bei

Prof. Dr. med. J. Zander, Direktor der I. Frauenklinik der Universität, Maistraße 11, D-8000 München 2.

8,67 pro Tausend Lebend- und Totgeborenen. Die Senkung ist beachtlich. Sie ist das Ergebnis einer besseren Überwachung der Schwangerschaft und Geburt, entsprechender gesetzlicher Maßnahmen von seiten des Staates und schließlich auch eines gesteigerten Gesundheitsbewußtseins der Frauen.

Biochemische Methoden vermitteln in der Überwachung der Schwangerschaft (Östriol) und der Geburt (Mikroblutuntersuchungen beim Kind) Informationen über das kindliche Wohlbefinden und seine Störung. Für die biophysikalischen Methoden, wie Ultraschallverfahren und Kardiotokographie, trifft gleiches zu. Das Ultraschallverfahren hat röntgendiagnostische Maßnahmen in der Schwangerschaft fast überflüssig gemacht. Unter anderem erlaubt es bei frühzeitigem Einsatz, daß Mutter und Vater ihr Kind in einer Zeit auf dem Monitor beobachten können, in der die unmittelbare Wahrnehmung nicht möglich ist. Ein gutes Beispiel für eine Humanisierung der Medizin durch den technischen Fortschritt.

Das Problem der Frühgeburt steht nach wie vor im Zentrum geburtshilflicher Bemühungen. Die Tokolyse durch Pharmaka hat zwar das therapeutische Spektrum erweitert. Ein signifikanter Abfall der Frühgeburtenrate ist jedoch nicht zu beobachten.

Eine Verbesserung der Ergebnisse der Geburtshilfe wurde mancherorts durch den nahtlosen Übergang gefährdeter Neugeborener von der Geburt zur **neonatalogischen Intensivversorgung** erreicht. Dadurch steigen insbesondere auch für Frühgeborene die Chancen, ein gesundes Leben zu führen. Sah man vor wenigen Jahren die Grenze für Überlebenschancen etwa in der 32. Schwangerschaftswoche, so liegt sie heute bei optimalem Einsatz aller neonatalogischen Möglichkeiten um die 28. Schwangerschaftswoche. Die Kooperation zwischen dem Geburtshelfer und dem pädiatrischen Neonatologen ist nicht mehr Angelegenheit strittiger Kompetenzen, sondern unabdingbare Voraussetzung für eine

Optimierung der Ergebnisse. In der Bundesrepublik bedarf diese Nahtstelle in den kommenden Jahren besonderer Pflege und Beachtung.

Die neonatale Morbidität und noch mehr die Spätmorbidität der Kinder ist im Rahmen einer Leistungsbilanz der Geburtshilfe mindestens ebenso wichtig wie die perinatale Mortalität. Es gibt Hinweise für die Annahme, daß mit der perinatalen kindlichen Mortalität auch die Morbidität abnimmt. Die Daten stammen jedoch aus wenigen Zentren verschiedener Länder und werden meist auf die Gesamtsituation extrapoliert. Mehr präzise Studien in dieser Richtung sind erforderlich.

Der zeitlich begrenzte Ablauf einer Schwangerschaft, die meßbaren Daten, die im Verlauf der Schwangerschaft anfallen und schließlich die Möglichkeiten einer klaren Definition des Endergebnisses lassen für die Geburtshilfe eine Beschreibung der Gesamtleistung zu wie für wenig andere Sektoren der Medizin. Die Geburtshelfer, ursprünglich in München und später in Bayern und in Niedersachsen, haben an einer Qualitätssicherung dieser Art entscheidend mitgewirkt. Aus den Daten ergeben sich bei Wahrung der Anonymität von Patient und Arzt wichtige Kriterien und Hinweise für eine ärztliche Selbstkontrolle und für notwendige weitere Verbesserungen der Geburtshilfe.

Damit wurde in Bayern eine alte Tradition aufgenommen. Vor ziemlich genau 100 Jahren veröffentlichte die Münchener Städtische Gebäranstalt, die am 1. Mai 1884 als königliche Universitäts-Frauenklinik in den Besitz des Staates übergang, in dieser Zeitschrift sehr detaillierte Daten über ihre geburtshilflichen Ergebnisse. Sie sind in ihrer Offenheit noch heute lesenswert.

Zu den charakteristischen Entwicklungen in der Geburtshilfe der Gegenwart gehört der **Anstieg operativer Entbindungsraten**, besonders des Kaiserschnitts. Sectioraten von 15 bis 20% der Geburten sind zur Zeit für viele Kliniken keine Seltenheit. Noch immer ist aber die Schnittentbindung mit relativ hohen

Komplikationsrisiken für die Mutter verbunden. Ist hingegen ein spontan geborenes Kind geschädigt, so muß der Geburtshelfer heute vielfach mit Rechtsfolgen rechnen. An erster Stelle steht dann die Frage, warum kein Kaiserschnitt gemacht wurde.

Eine mehr defensive Medizin, die im Einzelfall die Indikation zur operativen Entbindung mitbestimmen mag, ist in solchen Bereichen kaum aufzuhalten. Diese Entwicklung bedarf in den kommenden Jahren der größten Aufmerksamkeit. Sie kann nicht im Interesse der Patienten liegen.

Ganz allgemein sind Veränderungen der Medizin in der Zeit das Ergebnis mannigfacher Gegebenheiten. Die sozio-ökonomischen und auch die politischen Entwicklungen, die jeweiligen Denktendenzen in psychologischen und psychosozialen Feldern, Ideologien bis hin zu mehr oder weniger irrationalen modischen Strömungen des Zeitgeistes können neben den Fortschritten in unseren naturwissenschaftlichen Erkenntnissen für zeitgebundene Bewegungen in der Medizin eine wesentliche Rolle spielen. In der Geburtshilfe, die wie wenig andere Fachgebiete der Medizin ein breites öffentliches Interesse findet, wird das deutlich.

Die **Mutter-Kind-Beziehung** ist wieder stark in den Vordergrund getreten. Neue Ergebnisse der Verhaltensforschung beim Menschen haben dazu beigetragen. Das sogenannte Rooming-in-System, das noch vor einem halben Jahrhundert allgemein üblich war, ist heute wieder weit verbreitet. Die Stilltätigkeit wird mit allen Mitteln gefördert. Eine besondere Hinwendung zum Geburtserlebnis für Mutter und Kind und ebenso für den Vater ist gegeben. Die sanfte Geburt des Kindes, vielfach fälschlich als spezielle geburtshilfliche Methode bezeichnet, wurde wiederentdeckt. In der ambulanten Geburt entwickelt sich eine Möglichkeit der unmittelbaren Kombination von klinischer Überwachung der Geburt und Wochenbett im häuslichen Milieu.

Das sind positive Aspekte, aber es besteht die Gefahr, daß solche Be-

wegungen schließlich in Schlagworte und Pseudowahrheiten münden, die u. a. auch persönliches Prestige steigern und zur Belegung ungenutzter Betten beitragen sollen. Es besteht die Gefahr, daß Geburtshilfe zu einem Tummelplatz kritiklos übernommener Behauptungen und Meinungen wird und daß schließlich modische Strömungen ihren Einzug in die Kreißsäle halten. Frauen, die aus medizinischen Gründen nicht in der Lage sind, ihr Kind natürlich zu gebären, zu stillen oder es von der Stunde der Geburt an bei sich zu haben, können damit zur Mutter zweiter Klasse degradiert werden. Überspizte, kritiklose Behauptungen und Vorstellungen in der Geburtshilfe können im Endeffekt zu einer fatalen Hoffnungslosigkeit führen, deren Überwindung wiederum der größten ärztlichen Bemühungen bedarf.

Nicht selten wird die **Hausgeburt** wieder propagiert. Daß damit Bestrebungen, die Ende der 30er Jahre schon einmal ihren Höhepunkt erreichten, wieder aufgenommen werden, ist den Befürwortern der Gegenwart in der Regel nicht bekannt. Es ist erwiesen, daß die Hausgeburt mit erhöhten Risiken für die Mutter und für das Kind verbunden ist. Wer sich trotzdem für sie entscheidet, muß die entsprechende Verantwortung übernehmen.

Wenden wir uns schließlich der **gynäkologischen Onkologie** zu. Die Früherkennung hat für das Zervixkarzinom einen festen Platz gefunden. Auf der anderen Seite ist sie für das Ovarialkarzinom absolut insuffizient. Karzinome der Brust können in der Regel durch die Palpation erst dann erkannt werden, wenn sie einen Durchmesser von 1 bis 2 cm haben. Die Mammographie kann

Hinweise für ein klinisch nicht erkennbares Karzinom, etwa mit einem Durchmesser von 0,5 cm geben. Karzinome der Brust mit einem Durchmesser unter 0,5 cm sind nur selten erkennbar. Hier ist ein weites Feld offen.

Für die Primärbehandlung gynäkologischer Krebse zeigt sich zur Zeit ein Wandel an. Das Schicksal des Patienten wird nicht nur durch die frühzeitige oder späte Erkennung, sondern ebenso durch die potentielle Malignität seines Krebses entschieden. Aufgrund verschiedener prognostischer Kriterien ist zu unterscheiden zwischen Krebsen mit hohem und solchen mit weniger hohem Risiko für das weitere Wachstum.

Die traditionelle primäre Krebsbehandlung ging davon aus, bei jedem Krebs möglichst eine Maximalbehandlung vorzunehmen, um damit der Patientin eine volle Heilungschance zu geben. Dieses Konzept ist in den letzten Jahren ins Wanken geraten. Es zeigt sich, daß die Maximalbehandlung vielfach gleichzeitig eine Überbehandlung ist. Sie verbessert nicht immer die Heilungschancen. Nicht selten vergrößert sie lediglich die behandlungsbedingten Komplikationsraten und mindert damit unter Umständen die Lebensqualität. Umgekehrt ist die Unterbehandlung mit einem noch größeren Risiko für die Krebskranken verbunden, denn sie vermindert die Heilungschancen.

Zwischen den Extremen der Über- und Unterbehandlung hat man nach einem gangbaren Weg gesucht. Er besteht darin, die Primärbehandlung des Krebses seiner Ausdehnung und seiner prognostischen Individualität anzupassen. Dabei zeigt sich, daß bei Krebsen mit gün-

stigen prognostischen Kriterien in bezug auf die Überlebensrate bei richtiger, individuell angepaßter, eingeschränkter Behandlung gleiche Resultate erzielt werden, wie bei einer Maximalbehandlung. Ebenso zeigt sich allerdings auch, daß eine maximale Behandlung bei Krebsen mit äußerst ungünstiger Prognose keineswegs zu einer Verbesserung der Überlebensrate führt.

Unabdingbare Voraussetzung für eine individualisierte, dem Krebs angepaßte Behandlung dieser Art ist eine äußerst enge Kooperation zwischen dem Kliniker und dem klinisch orientierten Histopathologen.

Die Frauenheilkunde hat ihre Chance, die Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Nachsorge und in engem Zusammenhang damit auch die Histopathologie und Biologie der malignen Neubildung innerhalb des Fachgebietes systematisch zu erforschen, über viele Jahrzehnte in aller Welt wahrgenommen. Dieser Konzentration sind entscheidende Fortschritte zu verdanken. Gut 90% der Frauen mit einem durchaus erkennbaren Krebs des Gebärmutterhalses im Stadium I können heute geheilt werden. Dem steht allerdings noch gegenüber, daß gut 70% der Frauen, die an einem Ovarialkarzinom erkranken, schließlich auch an diesem Krebs sterben.

Was Fortschritt in der Medizin sei, dürfte schwer zu definieren sein. Aus rein ärztlicher Sicht ist eines der Merkmale die Minderung oder Verhinderung von Leid. Dazu hat die Frauenheilkunde beigetragen. Aber im Nachdenken über den Fortschritt bleibt auch einiges, was fragwürdig oder deutlicher, der Frage würdig ist.

Dokumentation: G2 Frauenheilkunde