



KlinikNews

Ausgabe 1 | 24

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH-Univ. Klinikum Graz



Editorial

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

hiermit dürfen wir Ihnen die Sommerausgabe unseres Klinik-Newsletters der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LKH-Univ. Klinikums Graz präsentieren.

In der vorliegenden Ausgabe stellen wir Ihnen wieder aktuelle Themen aus unserem Fachbereich vor, um die gemeinsame Arbeit mit Ihnen im Interesse unserer Patientinnen auf hohem Niveau gestalten zu können.

In den zurückliegenden Monaten haben wir die lange Jahre an der Universitätsfrauenklinik tätigen Kolleg*innen Frau Prof. Cervar, Frau Prof. Greimel und Herrn Prof. Petru in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet und dürfen uns an dieser Stelle im Namen der gesamten Belegschaft für ihre Leistungen bedanken. In der gleichen Zeit hat der PD Dr. Wohlmuth das Primariat an der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung der Klinik Ottakring in Wien übernommen, wozu wir herzlich gratulieren.

Gerade in der Sommerzeit ergeben sich für uns alle besondere Herausforderungen, da urlaubsbedingt im klinischen Bereich die Personaldichte geringer ist und externe Ordinationen zeitweise ganz geschlossen sind. Wir bitten Sie daher um konstruktives Miteinander – insbesondere hinsichtlich Urlaubsvertretungen und Zuweisungen.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Familien eine schöne und erholsame Sommerzeit sowie Freude bei der Lektüre unseres Newsletters.

Mit besten kollegialen Grüßen

Karl Tamussino



Univ.-Prof. Dr.
Karl Tamussino,
Klinikvorstand und
Abteilungsleiter
Gynäkologie

Herbert Fluhr

Univ.-Prof.
Dr. Herbert
Fluhr, MHBA,
Abteilungsleiter
Geburtshilfe



Inhalt

Geburtshilfe

- Schilddrüse: Kinderwunsch und Schwangerschaft
- Update Reproduktionsmedizin
- Neue Erkenntnisse in der Therapie von Hyperemesis gravidarum
- Einführung einer Stillsprechstunde
- Muss man sich vor einer Sectionarbendehiszenz fürchten?
- Simulationstrainings
- Patient*innen-Information: Geburtsverletzungen und Hämorrhoiden
- Parvovirus B19-Infektion in der Schwangerschaft
- Postpartale Depression
- Klinisch-psychologische Beratung und Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch
- Österreichischer Hebammenkongress

Gynäkologie

- Österreichisches Team im Einsatz in Ghana
- Grazer Frauenpreis für Arbeit gegen FGM/C
- Rekrutierende klinische Studien

News und Termine

- „Minijobs“ – gelebter Austausch mit Kliniken in ganz Österreich
- Refresher Kolposkopie
- Podcastfolgen und Film ab
- Kontaktdaten

Geburtshilfe

Schilddrüse: Kinderwunsch und Schwangerschaft

Dr.ⁱⁿ Marion Neumayer

Die Schilddrüse wirkt auf verschiedenste Organe, so auf Uterus, Ovarien und auch auf die Plazenta. Schilddrüsenhormone haben daher Einfluss auf Kinderwunsch, Schwangerschaft und die postpartale Phase.

Für diesen Newsletter-Artikel wurde insbesondere die Richtlinie der American Thyroid Association (ATA) aus dem Jahre 2017 herangezogen wie auch der Artikel von Prof. S. Pilz (2020) mit einer Zusammenfassung der Empfehlungen. Diverse neue Studien stellen manche Empfehlungen in Frage, was zeigt, dass dieses Thema nach wie vor kontrovers diskutiert wird. Die teils vorhandene Heterogenität und auch Komplexität der Empfehlungen bzgl. Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen bei Kinderwunsch und Schwangerschaft verursacht oftmals Unsicherheit.

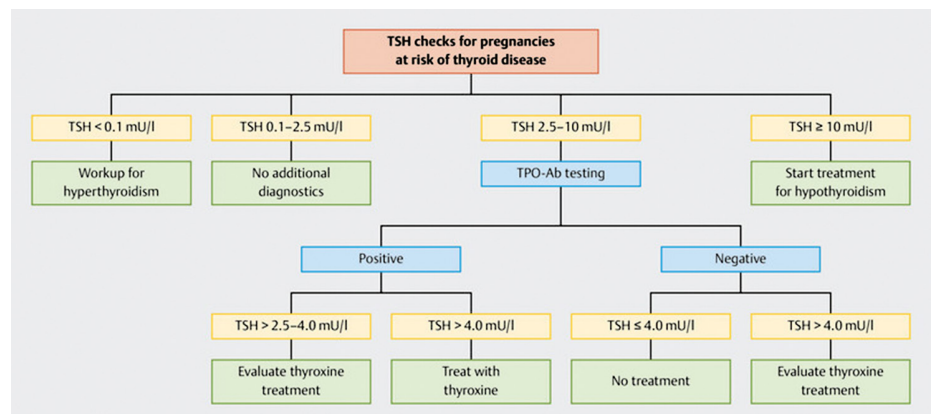
Bei Kinderwunsch ist eine ausreichende Jodversorgung essentiell. Hier sollten neben jodhaltigen Nahrungsmitteln auch 150 µg Jod pro Tag supplementiert werden, da die Schwangere u. a. aufgrund vermehrter renaler Clearance, vermehrter Schilddrüsenhormonproduktion und diaplazentarem Jodtransfer einen erhöhten Jodbedarf hat.

Es gibt derzeit noch keine generelle Empfehlung von diversen Fachgesellschaften für oder gegen ein Screening auf Schilddrüsenfunktionsstörungen bei Kinderwunsch,



AMERICAN THYROID ASSOCIATION[®]

ATA[®] | Guidelines



Hamza et al. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2023

wobei wir im Kinderwunschzentrum in Hinblick auf die Detektion von möglichen bisher unerkannten manifesten Schilddrüsenfunktionsstörungen, die in ca. 1-2 % vorliegen, die Bestimmung von TSH und ggf. fT4 bei Kinderwunsch empfehlen und durchführen und ebenso bei Erstvorstellung in der Schwangerschaft empfehlen würden.

Fertilität und Schilddrüse ist ein häufig diskutiertes Thema, und es zeigte sich u. a. in diversen Studien ein Zusammenhang zwischen Schilddrüsen-Antikörpern, Hypothyreose bzw. Hyperthyreose und einem erhöhten Risiko für Infertilität, Aborte, Frühgeburten, Wachstumsretardierung, wie auch neurointellektuelle Störungen des Kindes. Umso relevanter ist

die Schilddrüse in der reproduktiven Phase und somit auch für uns Gynäkolog*innen.

Hypothyreose

Nach den Empfehlungen der ATA Guidelines 2017 ist bei einem präkonzeptionell im Normbereich liegendem TSH keine LT4-Therapieeinleitung erforderlich, jedoch sollte eine latente Hypothyreose mit TSH < 10 mIU/L bei einer Frau mit Kinderwunsch mit z. B. LT4 50 µg tgl. behandelt werden.

Besteht eine manifeste Hypothyreose, definiert als TSH über dem oberen Normbereich bei erniedrigten fT4 Werten, sollte von einer Schwangerschaft abgeraten werden, bis eine Euthyreose erzielt wurde.

Für die tägliche Praxis wichtig zu wissen, ist, dass es in der Frühschwangerschaft v. a. durch die Wirkung des humanen Choriongonadotropins (hCG), welches auch den Rezeptor des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) stimuliert, zu einem physiologischen Anstieg der freien Schilddrüsenhormone mit parallelem Abfall des TSH kommt. Daher sind auch in der Schwangerschaft die Normwerte der Schilddrüsenhormone differenziert von den Werten außerhalb der Schwangerschaft zu betrachten. Eine transiente schwangerschaftsassozierte Hyperthyreose ist somit physiologisch und spontan reversibel um die 15.-18. SSW.

Bei Frauen mit bestehender LT4-Therapie und Kinderwunsch sollte präkonzeptionell der TSH-Zielbereich zwischen dem unteren Grenzwert des Referenzbereichs und 2,5 mIU/L liegen und bei Eintritt einer Schwangerschaft sollte die Dosis um ca. 20-30 % erhöht werden und dann je

nach Laborwerten weiter angepasst werden. Dies gilt jedoch nur für Frauen, die bereits eine Therapie mit entsprechender Indikation erhalten, da man bei ihnen davon ausgeht, dass sie im Gegensatz zu gesunden Frauen nur einen eingeschränkten (u. a. hCG-mediierten) Anstieg der freien Schilddrüsenhormone in der Frühschwangerschaft haben. Bis zum Beginn der fetalen Schilddrüsenhormonproduktion in der 15.-18. SSW ist die Substitution für die neurokognitive Entwicklung der Feten somit relevant.

In der Schwangerschaft ist jede Hypothyreose mit einem TSH-Wert von über 10,0 mIU/L sowie jede manifeste Hypothyreose umgehend mit LT4 zu therapieren (z. B. initial mit einer täglichen Dosis von 2,33 µg/kg oder ca. 150 µg).

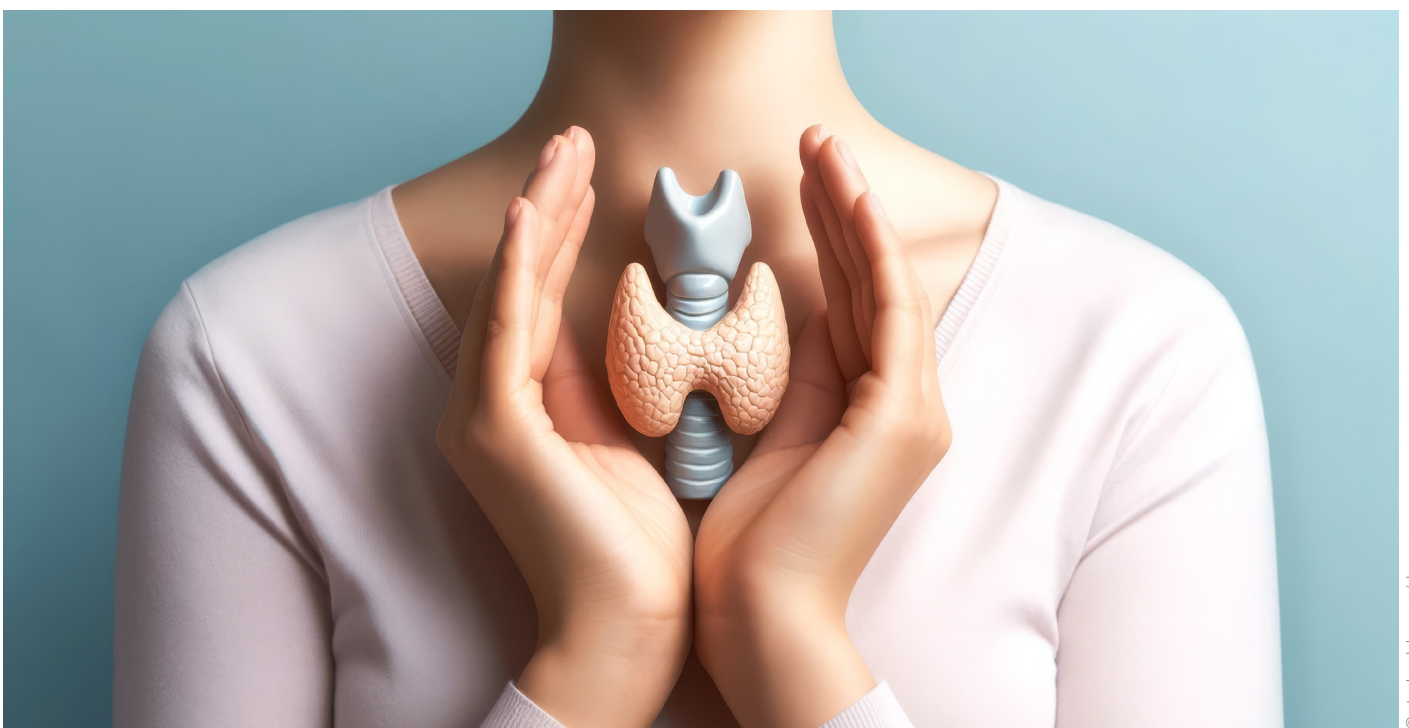
Im ersten Trimester sollte bei einer latenten Hypothyreose mit einem TSH-Wert von >4,0 mIU/L bis <10 mIU/L unabhängig vom TPO-

AK-Status eine Therapie mit z. B. LT4 50 µg tgl. eingeleitet werden

Im 2. und 3. Trimester ist es gemäß der aktuellen Evidenzlage bei selbigen TSH-Werten eine individuelle Entscheidung und es kann eine Therapie mit z. B. LT4 50 µg tgl. eingeleitet werden, sie kann aber auch unterlassen werden.

Bei einem TSH-Wert von 2,5 bis 4,0 mIU/L mit negativen TPO-Antikörpern in der Schwangerschaft ist die LT4-Therapie weiter umstritten, da eine Übertherapie mit daraus resultierenden erhöhten fT4-Werten auch ein höheres Risiko für ADHS bei den Kindern mit sich bringen kann.

Die ATA-Guidelines 2017 empfehlen bei Frauen mit einer latenten Hypothyreose (unabhängig davon, ob behandelt oder nicht), mit manifester Hypothyreose, sowie bei euthyreoten schwangeren Frauen, die TPO-AK-





Das Hormon TSH reguliert die Bildung der Schilddrüsenhormone.

und/oder TG-AK-positiv sind ca. alle 4 Wochen eine TSH-Bestimmung bis zur Mitte der Schwangerschaft durchzuführen und danach zumindest eine weitere TSH-Bestimmung um die 30. SSW.

Hyperthyreose

Bei Frauen mit präkonzeptioneller Hyperthyreose, bei welcher es sich in den meisten Fällen um einen Morbus Basedow handelt, sollte von einer Schwangerschaft abgeraten werden, bis eine Euthyreose erreicht ist. Das Vorgehen bei M. Basedow und Kinderwunsch bzw. Schwangerschaft bleibt jedoch eine individuelle Entscheidung. Hier sollte über die Therapieoptionen Thyroidektomie, Radio-Jod-Therapie und thyreostatische Therapie aufgeklärt werden. Das Propylthiouracil-assoziierte Fehlbildungsrisiko liegt bei 1:9.000, das Thiamazol-assoziierte Fehlbildungsrisiko liegt bei 1:17.000. Zu diesen Fehlbildungen zählen vor allem Apla-sia cutis, corneale oder ösophageale Fehlbildungen. Sollte in der Schwangerschaft eine thyreostatische Therapie bei einem M. Basedow notwendig sein, wird meistens Propylthiouracil mit 200 bis 400 mg tgl.

oder (seltener, aufgrund des höheren Thiamazol-assoziierten Fehlbildungsrisiko) Thiamazol mit 10 bis 20 mg tgl. initial verwendet. Thyreostatika sollen in der Therapie der schwangerschaftsinduzierten Hyperthyreose nicht verwendet werden, da es u. a. um die 18. SSW zur Spontanremission kommt. Diese Patientinnen leiden oft an Tachykardien und auch unter Übelkeit und Hyperemesis gravidarum. Sollte eine symptomatische Therapie notwendig sein, kommen hier Beta-Blocker und eine Flüssigkeits- bzw. Elektrolytsubstitution zum Einsatz. Sollte eine Frau vor der 16. SSW in der bisherigen Schwangerschaft Thiamazol eingenommen haben und weiterhin eine Thyreostatikatherapie benötigen, wäre prinzipiell in den ersten 16 Schwangerschaftswochen ein Wechsel auf Propylthiouracil angezeigt. Es wird empfohlen die Thyreostatika-Dosis in der Schwangerschaft so niedrig wie möglich zu halten, wobei als Zielparameter ein fT4-Wert am oder gering über dem oberen Referenzwert angestrebt werden sollte.

Die Kontrollintervalle von TSH, fT4 und ggf. Antikörpern sind bei der Hyperthyreose wie auch bei der Hy-

pothyreose ca. alle 4 Wochen bis zur Mitte der Schwangerschaft durchzuführen und danach zumindest eine weitere TSH-Bestimmung um die 30. SSW.

Frauen, die im Zuge der Schwangerschaft ihre präkonzeptionell bestehende LT4-Dosis aufgrund der Schwangerschaft erhöht haben, sollten unmittelbar nach der Geburt wieder ihre LT4-Therapie auf die präkonzeptionell bestehende Dosis reduzieren mit nachfolgender TSH-Kontrolle in ca. 6 Wochen.

Quellen:

- Pilz et al. Schilddrüse: Fertilität, Schwangerschaft und Laktation J. Klin. Endokrinolog. Stoffw. 2020
- Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline
- Diagnostik und Therapie vor einer assistierten Reproduktionsmedizinischen Behandlung, AWMF 2019
- ATA Pregnancy guidelines 2017 Maraka et al.
- Hamza et al. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2023
- Brown et al. Int. J. Mol. Sci. 2023
- Milo et al. Trends Immunol 2023
- Wang et al, Dhillion et al
- Seungdamrong et al
- Hales, J Clin Endocrinol Metab 2020
- Dosiou et al, Thyroid 2020
- Alexander et al., Thyroid 2017
- Taylor et al., Front Endocrinol 2018
- Rabe et al. J. Reproduktionsmed endokrinol 2013
- ASRM 2024: Subclinical hypothyroidism in the infertile female population: a guideline

Kinderwunschambulanz: Ansprechpartnerin

Dr.ⁱⁿ Marion Neumayer

marionsophie.neumayer@
uniklinikum.kages.at



Terminvereinbarung Kinderwunschambulanz
Tel. +43 316 385-12260
kinderwunsch@uniklinikum.kages.at

Update Reproduktionsmedizin: aktuelle Zahlen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz

Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Martina Kollmann, MSc

Daten aus Österreich, Deutschland und der Schweiz zeigen, dass der Anteil an Kindern, die nach einer IVF-Behandlung geboren werden, jährlich steigt. Die aktuellen Zahlen sollen Ihnen dabei helfen, Paaren in Beratungssituationen Fragen zu Statistiken und Erfolgsraten beantworten zu können.

Insgesamt sind etwa 8-12 % aller Paare von Infertilität bzw. einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen und jedes sechste Paar nimmt für den Weg zum Wunschkind medizinische Hilfe in Anspruch¹. Laut IVF-Fonds-Bericht aus dem Jahr 2022 führten die 32 österreichischen IVF-Zentren im Rahmen des IVF-Fonds 12.392 IVF-Versuche an 7.609 Paaren durch². Inkludiert man die privat finanzierten Versuche, waren es 2022 in Österreich sogar 18.705 IVF-Versuche bei 10.574 Frauen. In Deutschland wurden im selben Zeitraum 123.332 Zyklen bei 67.043 Frauen in 140 Zentren durchgeführt³.

Das Schweizer Bundesamt für Statistik gibt an, dass 2021 13.226 Zyklen bei 6.934 Frauen initiiert wurden und in der Schweiz jedes vierzigste Kind infolge einer IVF-Behandlung zur Welt kommt⁴. In allen drei Ländern sind das 0,2 % der Gesamtbevölkerung.

Österreich

In Österreich fand bei 9.576 von den 12.392 IVF-Versuchen ein Embryotransfer statt, der in 3.342 Fällen zu einer Schwangerschaft führte. Dies entspricht einer Schwangerschaftsrate pro Transfer von 34,9 % (33,3 % im Frischzyklus und 36,7 % im Kryozyklus). Die Baby-Takehome-Rate bzw. Geburtenrate pro Transfer lag 2021 bei 28,7 % im Frischzyklus und 31,2 % im Kryozyklus. Von den 3.342 dokumentierten Schwangerschaften im Jahr 2021 waren 94,7 % Einlingsschwangerschaften, 5,2 % Zwillingsschwangerschaften und 0,1 % Drillingschwangerschaften².

Deutschland

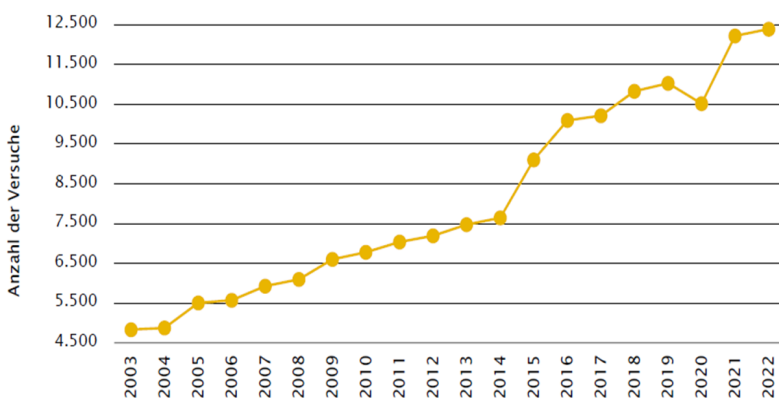
In Deutschland betrug im Jahr 2022 die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer im Frischzyklus 30,7 % und nach einem Kryozyklus 30,6 %. Die Geburtenrate pro Embryotransfer betrug im Jahr 2021 im Frischzyklus 23,4 % und im Kryozyklus 21,3 %. Die Mehrlingsrate betrug in Frischzyklen 15,5 % und in Kryozyklen 10,2 %³.

Schweiz

2021 betrug in der Schweiz die Schwangerschaftserfolgsquote pro Transfer 35,8 % und die Entbindungserfolgsquote pro Transfer lag bei 24,5 %. Die Mehrlingsrate nach einer IVF betrug 2021 4 %⁴.

Mehrlinge nach IVF

Die Mehrlingsrate hat in allen drei Ländern in den letzten Jahren stetig abgenommen, was auf den steigenden Anteil der Einzelembryotransfers (single embryo transfer [SET]) zurückzuführen ist. Da Mehrlingschwangerschaften häufiger zu Frühgeburten führen, hat sich nach dem Rückgang der Mehrlingsgeburten auch die Anzahl der zu früh geborenen Kinder nach einer IVF-Behandlung reduziert. Deutschland weist mit 15,5 % bzw. 10,2 % noch eine etwas höhere Mehrlingsrate als Österreich und die Schweiz auf. Diese durchschnittliche höhere Rate ist auf den zwar sinkenden, aber immer noch höheren Anteil an Transfers von zwei Embryonen am Tag 2/3 im Vergleich zu einem Einzelembryotransfer am Tag 5/6 zurückzuführen. Die Daten sprechen aber auch in Deutsch-





© LKH-Univ. Klinikum Graz/M. Kemtzei

Die aktuellen Zahlen helfen Paaren in Beratungssituationen Fragen zu Statistiken und Erfolgsraten zu beantworten.

land für die Anwendung des SET am Tag 5/6: Die Geburtenrate pro Einzelembryotransfer am Tag 5/6 war mit 25,9 % etwas höher als nach einem Transfer von zwei Embryonen am Tag 2/3 (23,8 %). Die Mehrlingsrate hingegen lag nach einem Einzelembryotransfer am Tag 5/6 bei 1,4 % und nach einem Transfer von zwei Embryonen am Tag 2/3 bei 20,4 %⁵. Die Autor*innen des DIR-Jahrbuchs leiten aus dieser Datenerhebung ab, dass beim Vorhandensein von mehreren fertilisierten Oozyten die konsequente Anwendung des deutschen Mittelweges mit daraus resultierendem Single-Embryo-Transfer am Tag 5/6 sowohl für die Wahrscheinlichkeit einer Geburt als auch die Verminderung des Risikos einer Mehrlingschwangerschaft für die betroffenen Paare einen Vorteil darstellt⁵.

Weltweit wird eine sehr unterschiedliche Mehrlingsrate nach einer IVF berichtet. Diese reicht von 4,2 bis 35,4 %. Die Anwendungshäufigkeit des Einzelembryotransfers ist noch variabler und reicht von 6,2 % bis 74,8 %⁶. Das Risiko für eine Mehrlingsschwangerschaft nach einer IVF

ist trotz eines Einzelembryotransfers vorhanden und sogar gering erhöht. Daten zeigen aber, dass die konsequente Durchführung eines Einzelembryotransfers die Mehrlingsrate senken kann und eine Mehrlingsrate von 5 % scheint ein machbares Ziel zu sein⁶.

Komplikationen und Risiken

Daten des deutschen IVF-Registers zeigen, dass fortpflanzungsmedizinische Techniken sicher sind. Das Risiko eines Überstimulationssyndroms Grad III nach WHO (OHSS III) als Folge der Hormontherapie lag 2021 bei 0,5 %. Das Risiko für eine Darmverletzung lag bei 0,004 %. Das Risiko für eine Blutung lag bei 0,6 % und das Risiko für eine Peritonitis lag bei 0,03 %⁵.

Prestimulation-Management und Stimulation

Im Rahmen der Stimulation für eine IVF werden die Ovarien mit Gonadotropinen gewollt überstimuliert. Es gibt verschiedene Stimulationsprotokolle, um das Ansprechen auf die

Stimulationsmedikation voraussagen zu können: Um Patientinnen mit einem hohen Risiko für ein OHSS, aber auch Patientinnen mit einem hohen Risiko für ein vermindertes Ansprechen vorab zu erkennen, sollte vor der Stimulation die Anzahl der antralen Follikel (antral follicle count [AFC]) und/oder das Anti-Müller-Hormon (AMH) bestimmt und für die Dosierung der Medikation verwendet werden⁷. Besteht aufgrund einer hohen Eizellreserve ein erhöhtes Risiko für ein OHSS, sollte das GnRH-Antagonisten-Protokoll verwendet werden. Eine Cochrane Analyse, die 73 randomisierte kontrollierte Studien einschloss, zeigte, dass die Lebendgeburtenrate nach einem GnRH-Antagonisten-Protokoll vergleichbar ist mit der Lebendgeburtenrate nach einem GnRH-Agonisten-Protokoll (OR 1,02 95% CI 0,85-1,23). Die OHSS Rate ist jedoch geringer, wenn ein GnRH-Antagonisten-Protokoll angewendet wird (6 % versus 11 %, OR 0,61 95 % CI 0,51-0,72)⁸. Das OHSS wird durch die Verabreichung von Humanchoriongonadotropin (hCG) zur finalen Eizellreifung (frühes OHSS) oder durch hCG, das vom

Embryo im Falle einer Schwangerschaft produziert wird (spätes OHSS) ausgelöst. Zeigt sich im Rahmen der Stimulation ein erhöhtes Risiko für das Auftreten eines OHSS, sollte daher die finale Eizellreifung vor der Follikelpunktion mittels eines GnRH-Agonisten ausgelöst werden und eine freeze-all-Strategie verfolgt werden. Damit kann das Risiko für das Auftreten eines OHSS stark gesenkt werden⁷. Die Schwangerschaftsraten pro Transfer eines kryokonservierten

Embryos sind sehr gut und lagen zuletzt bei 36,7 % (Österreich) und 30,6 % (Deutschland)^{2, 3, 5, 9}.

Deutschland berichtet, dass im Jahr 2020 2.530 Zyklen als IVF oder ICSI im natürlichen Zyklus (ohne jegliche Stimulation und leichte Stimulation [zum Beispiel Clomiphen, Letrozol, low dose FSH/HMG]) durchgeführt wurden⁵. Bei diesen Versuchen kam es bei 10,6 % (269 Zyklen) zu einer klinischen Schwangerschaft und in

7,2 % (183 Zyklen) zu einer Geburt. 31,6 % (799 Zyklen) der Zyklen wurden vor der Eizellbehandlung abgebrochen⁵.

Kryoversuche und Auftauzyklen

Im Jahr 2022 waren in Österreich 36,7 % (4.547 Zyklen) der Versuche und in Deutschland 31,8 % (39.168 Zyklen) der Versuche Kryoversuche bzw. Auftauzyklen^{2, 3}. Die Schwangerschaftsraten waren vergleichbar

„Top 10 research priorities“ im Bereich der Reproduktionsmedizin¹⁵

Top 10 research priorities for male infertility

1. Are sperm tests other than bulk parameters useful in evaluating male fertility? If so, which?
2. What is the emotional and psychological impact of male infertility? Can addressing it improve outcomes?
3. Do environmental factors cause male infertility? If so, which?
4. Does treating specific causes of male infertility improve outcomes?
5. Can we improve surgical sperm extraction outcomes by using endocrine stimulation protocols?
6. What modifiable risk factors cause male infertility?
7. Does treating modifiable risk factors improve outcomes?
8. What co-morbidities are associated with infertility?
9. Does treating co-morbidities improve outcomes?
10. Are nutraceuticals useful in improving male reproductive potential? If so, which?

Top 10 research priorities for medically assisted reproduction

1. What are the causes of implantation failure?
2. What is the optimal treatment for women who are poor responders undergoing IVF to increase live birth rates?
3. What is the optimal method of sperm selection in IVF cycles?
4. In couples with unexplained infertility does IUI increase live birth rates when compared with other ARTs, including IVF?
5. In couples with unexplained infertility what is the optimal number of IUI cycles before moving to IVF?
6. What is the optimal method of embryo selection in IVF cycles?
7. What are the factors which affect cycle to cycle variability in the number and quality of oocytes produced in an IVF cycle?
8. What is the optimal time interval between ovulation and IUI?
9. What is the emotional and psychological impact on children born using donor gametes?
10. What is the emotional and psychological impact of repeated fertility treatment failure?

Top 10 research priorities for female and unexplained infertility

1. Can age-related infertility be prevented?
2. Can a predictive model be developed, tested, and validated to compare the outcomes of different management strategies for couples with unexplained infertility?
3. In couples with unexplained infertility, what is the optimal ART?
4. Can a predictive model for fertility based upon ovarian reserve tests be developed, tested, and validated?
5. In women at risk of age-related infertility does standardized fertility assessment before attempting expectant management improve live birth rates?
6. What causes unexplained infertility?
7. In women with uterine fibroids what is the optimal management strategy to preserve fertility?
8. In women with otherwise unexplained infertility does hysteroscopic removal of an endometrial polyp increase live birth rates?
9. In women with mild intrauterine adhesions and otherwise unexplained infertility, does removal increase live birth rates?
10. In women with a uterine septum and otherwise unexplained infertility does hysteroscopic resection increase live birth rates?

Top 10 research priorities for ethics, access, and organization of care

1. Which public health interventions are effective in preventing infertility?
2. How can the cost of infertility treatment be reduced?
3. How can infertility treatment be made available in lower resource settings?
4. How should the information needs of people with infertility be met?
5. What age limit should be applied to women and men seeking infertility treatment?
6. What is the economic burden of infertility?
7. What is the minimum standard of care people with infertility should expect?
8. How should financial conflicts of interest be managed in clinical and research settings?
9. How should social egg freezing be regulated?
10. What are the optimal methods to report long

mit den Schwangerschaftsraten im Frischzyklus. In den letzten Jahren zeigten Studien, dass die Art der medikamentösen Vorbereitung für den Embryotransfer entscheidend hinsichtlich Komplikationen und mütterlicher und kindlicher Gesundheit ist¹⁰⁻¹³. Eine entscheidende Rolle kommt dabei auch dem Corpus luteum (CL) zu^{10, 12, 14}. Das Vorhandensein eines CL und eine physiologische Anzahl von CL scheinen vor der Entwicklung einer Präeklampsie zu schützen¹⁰. Aktuell wird im Rahmen einer großen (n=1.200) prospektiven Studie (Impact of Corpus Luteum Presence or Absence in the Incidence of Preeclampsia After Frozen Embryo Transfer - PREECLAM-2019) untersucht, ob das Vorhandensein bzw. das Fehlen eines CL einen Einfluss auf die Entwicklung von Schwangerschaftskomplikationen hat (NCT04092829). Aufgrund der derzeit vorhandenen Daten scheint es sinnvoll zu sein, den Kryotransfer in einem natürlichen Zyklus bzw. in einem stimulierten natürlichen Zyklus (Clomiphen, Letrozol, low dose FSH/HMG) durchzuführen.

Ausblick: Forschung und Registerdaten

Forschung im Bereich der Reproduktionsmedizin führt zur ständigen Weiterentwicklung des Faches. 2021 wurden von Duffy et al. die Top 10 „Research Priorities“ im Bereich der Reproduktionsmedizin publiziert (Tabelle 1, Seite 8)¹⁵. Eine wichtige Rolle hinsichtlich Qualitätssicherung spielen nationale und internationale Register. Im Jahr 2022 feierte das Deutsche IVF-Register sein 40-jähriges Bestehen⁵. Die hohe Qualität der Datenerfassung und Datenauswertung trägt maßgeblich zur Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin bei und ist eine echte Erfolgsgeschichte. In Österreich müssen IVF-Fonds-Versuche gemäß IVF-Fonds-Gesetz an die Gesundheit Österreich GmbH gemeldet werden, die ein IVF-Register führt und einmal jährlich eine Datenauswertung erstellt⁹. Durch Paare privatfinanzierte Versuche (ohne Unterstützung durch den IVF-Fonds) werden in diesem Register nicht abgebildet. Eine statistische Auswertung aller durchge-

führten IVF-Versuche wäre auch in Österreich sinnvoll. Das europäische IVF-Monitoring (EIM) Konsortium erhebt Daten aus 43 europäischen Ländern und publizieren jährlich den ART-Monitoring-Bericht mit aktuellen Zahlen¹⁶. Der aktuelle Bericht gibt die Zahlen aus dem Jahr 2018 an und zeigte, dass in diesem Jahr insgesamt 1.422 Kliniken in 39 europäischen Ländern mehr als 1 Million (1.007.598) Behandlungszyklen meldeten. Davon waren 162.837 IVF-Zyklen, 400.375 ICSI-Zyklen, 309.474 Kryozyklen, 48.294 Zyklen mit einer Präimplantationsdiagnostik, 80.641 Zyklen mit einer Eizellspende, 532 Zyklen mit In-Vitro-Maturation der Oozyten und 5.444 Zyklen mit dem Transfer von kryokonservierten Oozyten¹⁶. Das Ausmaß und die Vollständigkeit der Datenerhebung sind von Land zu Land variabel und eine Harmonisierung von ART-Registern europaweit wird angestrebt. Das systematische Erheben, Auswerten und Publizieren dieser Daten sind wichtige Schritte, um die Qualität im Bereich der Reproduktionsmedizin zu sichern¹⁶.

Literatur

- Gnoth C, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Friol K, Tigges J, Freundl G. Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Hum Reprod* 2005;20:1144-7.
- Kern R. IVF-Register Jahresbericht 2022, 2023.
- Deutschen IVF-Registers (D-I-R), 2023.
- FIVNAT-CH.
- Deutsches IVF-Register e.V., 2021.
- Adamson GD, Norman RJ. Why are multiple pregnancy rates and single embryo transfer rates so different globally, and what do we do about it? *Fertil Steril* 2020;114:680-89.
- Ovarian Stimulation TEGG, Bosch E, Broer S, et al. ESHRE guideline: ovarian stimulation for IVF/ICSI. *Hum Reprod Open* 2020;2020:hoaa009.
- Al-Inany HG, Youssef MA, Ayeleke RO, Brown J, Lam WS, Broekmans FJ. Gonadotrophin-releasing hormone antagonists for assisted reproductive technology. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD001750.
- Kern R. IVF – Register. Jahresbericht 2021. Gesundheit Österreich, Wien, 2022.
- Pereira MM, Mainigi M, Strauss JF. Secretory products of the corpus luteum and preeclampsia. *Hum Reprod Update* 2021;27:651-72.
- Conrad KP. Evidence for Corpus Luteal and Endometrial Origins of Adverse Pregnancy Outcomes in Women Conceiving with or Without Assisted Reproduction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2020;47:163-81.
- von Versen-Höynck F, Häckl S, Selamet Tierney ES, Conrad KP, Baker VL, Winn VD. Maternal Vascular Health in Pregnancy and Postpartum After Assisted Reproduction. *Hypertension* 2020;75:549-60.
- Fausser BC, Devroey P. Reproductive biology and IVF: ovarian stimulation and luteal phase consequences. *Trends Endocrinol Metab* 2003;14:236-42.
- Waschkies F, Kroning L, Schill T, et al. Pregnancy Outcomes After Frozen-Thawed Embryo Transfer in the Absence of a Corpus Luteum. *Front Med (Lausanne)* 2021;8:727753.
- Duffy JMN, Adamson GD, Benson E, et al. Top 10 priorities for future infertility research: an international consensus development study. *Fertil Steril* 2021;115:180-90.
- Wyns C, De Geyter C, Calhaz-Jorge C, et al. ART in Europe, 2018: results generated from European registries by ESHRE. *Hum Reprod Open* 2022;2022:hoac022.

Prof.ⁱⁿ Priv.Do^z.ⁱⁿ DD^r.ⁱⁿ
Martina Kollmann, MSc

Schwerpunkt
Gynäkologische
Endokrinologie und
Fortpflanzungsmedizin



Universitätsklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 14
8036 Graz, Österreich

martina.kollmann@medunigraz.at

Neue Erkenntnisse in der Therapie von Hyperemesis gravidarum

Dr.ⁱⁿ Hannah Schmidt, Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karoline Mayer-Pickel

Übelkeit und Erbrechen treten in etwa 70 % aller Schwangerschaften auf und stellen für viele Schwangere eine große Einschränkung der Lebensqualität dar.¹

1,1 % Prozent aller Schwangeren sind von übermäßigem Erbrechen betroffen², teils mit Stoffwechsel- und Elektrolytentgleisungen³. Zusätzlich sind ein Gewichtsverlust von über fünf Prozent des Körpergewichtes⁴, genauso wie in schweren Fällen eine Exsikkose mögliche Komplikationen³ mit der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme⁵. In den meisten Fällen bessern sich die Symptome im Laufe der Schwangerschaft, allerdings bestehen bei zehn Prozent der von Hyperemesis gravidarum betroffenen Frauen die Symptome bis zur Geburt.⁶ Zu den Risikofaktoren gehören neben einer Erstgravidität und jungem mütterlichem Alter⁷ auch Mehrlingsschwangerschaften⁵, Hyperthyreose in der Schwangerschaft⁸ und sowohl Adipositas als auch ein niedriger BMI vor der Schwangerschaft.⁵

Zur Diagnostik sollten im Serum Elektrolyte untersucht werden, um Elektrolytverschiebungen zu detektieren. Schwangere mit Hyperemesis gravidarum haben ein erhöhtes Risiko für eine Hyponatriämie und eine Hypokaliämie⁹. Bei einer leichten Elektrolytverschiebung ist ein ambulantes Vorgehen vertretbar, bei einem schweren Natrium- oder Kaliummangel ist immer eine stationäre Therapie indiziert.¹⁰ Zusätzlich sind Untersuchungen des Harns sinnvoll, um Ketonkörper im Urin festzustellen.⁹ Diese werden beim Ketonkörperabbau freigesetzt und sind daher ein Marker für eine katabole Stoffwechsellage.¹¹

Eine Ernährungsberatung zu kohlenhydratreichen und fettarmen Mahlzeiten kann in vielen Fällen Linderung der Beschwerden bringen. Es sollten statt wenigen großen lieber mehrere kleine Mahlzeiten zu sich genommen werden.

Ein weiteres wichtiges Thema ist Stressreduktion: Dazu können Entspannungstechniken hilfreich sein. Zusätzlich kann Patient*innen zu Akupressur oder Ingwer geraten werden.¹⁰ Falls diese Maßnahmen nicht ausreichen, kann eine orale Therapie mit Vitamin B6 zur Prävention von Vitaminmangelscheinungen und Antiemetika wie dem Kombipräparat aus Doxylamin/Pyridoxin sinnvoll sein.⁹ Auch Metoclopramid und Meclozin kommen bei insuffizienter antiemetischer Therapie zum Einsatz.¹⁰ Wenn diese medikamentöse Therapie keine Besserung bringt, ist ein Off-label-use von Dimenhydrinat eine mögliche Alternative.⁹ In schweren Fällen ist eine stationäre Aufnahme zur Infusionstherapie unumgänglich, um die Folgen wie Exsikkose, Vitaminmangel und eine katabole Stoffwechsellage zu verhindern.¹⁰

Es kann zu einer leichten Hyperthyreose kommen, aber auch eine Schädigung der Leber mit zentrolobulärer Nekrose oder eine ausgedehnte Fettleber sind möglich.¹² Durch einen ausgeprägten Vitaminmangel kann es sogar zu einer Wernicke Enzephalopathie kommen.¹⁰ Dieses schwere Krankheitsbild entsteht durch den Thiaminmangel und ist sonst bei schwer alkoholkranken Patient*innen zu finden.¹³ Um das Risiko für Komplikationen zu minimieren, sollte in schweren Fällen eine Hospitalisierung für eine intravenöse Therapie angedacht werden.¹⁰

Eine neue Studie von M. Fejzo et al. publiziert im Fachjournal „Nature“ beschreibt eine Korrelation von Hyperemesis gravidarum und der Konzentration von Growth/Differentiation Factor 15 im Blut während der Schwangerschaft.¹⁴ GDF15 ist ein Hormon, das ubiquitär gebildet wird und auf den Hirnstamm wirkt. Bei Schwangeren, die an starker Übelkeit und Erbrechen litten, fand man höhere Konzentrationen von GDF15 im Blut als bei Schwangeren mit wenig oder keinen Symptomen.¹⁴ Man hat beobachtet, dass auch bei bestimmten Chemotherapien mit Cisplatin erhöhte GDF15 Spiegel im Blut zu finden sind. Es steht im Verdacht für Übelkeit und Erbrechen verantwortlich zu sein. Bei Nicht-Primaten führte eine Neutralisierung von GDF15 zur Besserung der Übelkeit.¹⁵

Neue Erkenntnisse weisen darauf hin, dass es auch protektive Umstände gibt, zu denen eine Beta-Thalassämie zählt. Grund dafür scheinen höhere Konzentrationen des Hormons GDF15 im Blut außerhalb der Schwangerschaft zu sein.^{14 16} Bei Mäusen hat sich gezeigt, dass sie nach einer Spritze mit humanem rekombinantem GDF15 einen größeren Gewichtsverlust erlitten als wenn sie vorher bereits desensibilisiert wurden. Es scheint also der höhere Spiegel von GDF15 von Patientinnen mit Beta-Thalassämie der Grund dafür zu sein, dass sie weniger von Hyperemesis gravidarum betroffen sind. Der GDF15-Spiegel steigt bei diesen Frauen im Falle einer Schwangerschaft im Verhältnis weniger an. Dieser geringere Unterschied wird als Ursache für den protektiven Effekt vermutet.¹⁴

Quellen

- O'Brien, B. & Zhou, Q. *Variables Related to Nausea and Vomiting During Pregnancy Literature Review*.
- Einerson, T. R., Piwko, C. & Koren, G. *Quantifying the Global Rates of Nausea and Vomiting of Pregnancy: A Meta-Analysis. J Popul Ther Clin Pharmacol* vol. 20 (2013).
- Verberg, M. F. G., Gillott, D. J., Al-Fardan, N. & Grudzinskas, J. G. *Hyperemesis gravidarum, a literature review. Human Reproduction Update* vol. 11 527–539
Preprint at <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi021> (2005).
- Golberg, D., Szilagyi, A. & Graves, L. *Hyperemesis Gravidarum and Helicobacter Pylori Infection A Systematic Review. (2007)*.
- Fell, D. B., Dodds, L., Joseph, K. S., Allen, V. M. & Butler, B. *Risk Factors for Hyperemesis Gravidarum Requiring Hospital Admission During Pregnancy LEVEL OF EVIDENCE: II-2. Obstet Gynecol* vol. 107 (2006).
- Renée Lacroix, P., Erica Eason, S. M. & Ronald Melzack, P. *Nausea and vomiting during pregnancy: A prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. doi:10.1016/s0002-9378(00)70349-8*.
- Klebanoff MA, K. P. K. R. R. G. *Epidemiology of vomiting in early pregnancy. Obstet Gynecol* 66, 612–616 (1985).
- Bolin, M., Åkerud, H., Cnattingius, S., Stephansson, O. & Wikström, A. K. *Hyperemesis gravidarum and risks of placental dysfunction disorders: A population-based cohort study. BJOG* 120, 541–547 (2013).
- Austin, K., Wilson, K. & Saha, S. *Hyperemesis Gravidarum. Nutrition in Clinical Practice* vol. 34 226–241
Preprint at <https://doi.org/10.1002/ncp.10205> (2019).
- Fischer, T. et al. *7 Maternale Erkrankungen in Der Schwangerschaft*.
- Palmer, B. F. & Clegg, D. J. *Starvation Ketosis and the Kidney. Am J Nephrol* 52, 467–478 (2021).
- Dulay, A. T. *Hyperemesis Gravidarum. https://www.msmanuals.com/de/profi/gynäkologie-und- geburtshilfe/ schwangerschaftsanomalien/hyperemesis-gravidarum*.
- Latt, N. & Dore, G. *Thiamine in the treatment of Wernicke encephalopathy in patients with alcohol use disorders. Intern Med J* 44, 911–915 (2014).
- Fejzo, M. et al. *GDF15 linked to maternal risk of nausea and vomiting during pregnancy. Nature* (2023) doi:10.1038/s41586-023-06921-9.
- Breen, D. M. et al. *GDF-15 Neutralization Alleviates Platinum-Based Chemotherapy-Induced Emesis, Anorexia, and Weight Loss in Mice and Nonhuman Primates. Cell Metab* 32, 938–950.e6 (2020).
- Tanno, T. et al. *High levels of GDF15 in thalassemia suppress expression of the iron regulatory protein hepcidin. Nat Med* 13, 1096–1101 (2007).

Dr.ⁱⁿ Hannah Schmidt

hannah.schmidt@
medunigraz.at
Tel. +43 316 385-81712



Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Karoline
Mayer-Pickel

karoline.pickel@
medunigraz.at
Tel. +43 316 385-83698



Einführung einer Stillsprechstunde an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

DGKP Selina Hecher, BSc (IBCLC)

Seit 5. März 2024 gibt es zweimal wöchentlich – **jeweils Dienstag und Donnerstag von 14 bis 16 Uhr** – eine Stillsprechstunde in der Geburtshilflichen Ambulanz.

Schwangere und Mütter, die an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und



Die Still- und Laktationsexpertinnen (v.l.n.r.): DGKP Simone Steiner, DGKP Selina Hecher, BSc., DGKP Stephanie Fastl

Geburtshilfe in Behandlung/Betreuung sind, können sich bis zu vier Wochen nach der Geburt von unseren Still- und Laktationsexpert*innen (IBCLC) beraten lassen.

Dabei werden sie bei Fragen sowie Problemen rund um Stillen und Laktation unterstützt und begleitet.

Die Terminvergabe erfolgt per Email unter stillen.frauenklinik@uniklinikum.kages.at oder direkt während eines Aufenthaltes in der Geburtshilflichen Ambulanz/durch die Geburtshilflichen Stationen.

Muss man sich vor einer Sectionarbandehiszenz fürchten?

ao. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schöll, MSc

Der weltweite Anstieg der Kaiserschnitttrate hat zu einer steigenden Anzahl von Patientinnen mit Komplikationen nach einem Kaiserschnitt geführt. Ein mögliches Problem ist das Auseinanderweichen der Kaiserschnittnarbe, für das sich unterschiedliche Terminologien entwickelt haben.

Gebräuchliche Diagnosen sind Kaiserschnittnarbendehiszenz, Nische, Isthmozele – oder seit 2023 die

mm, ist bei 60 % bis 70 % der Frauen nach einem Kaiserschnitt mittels Hydrosonographie (mit isotoner Kochsalzlösung) sichtbar.

Eine große Nische, definiert als eine Nische mit einer verbleibenden Myometriumdicke („Residual Myometrial Thickness“ RMT) von <3 mm oder mit einer Tiefe von >50 % der Myometriumdicke, wird bei etwa 25 % aller Frauen nach einem Kaiserschnitt berichtet. (2) (3)

Kaiserschnittnarbenschwangerschaft (CSP), Uterusdehiszenz oder -ruptur werden für nachfolgende Schwangerschaft befürchtet, sind aber in ihrer Prävalenz bzw. klinischen Wertigkeit nicht exakt evaluiert. Im Besonderen besteht in der Fachgruppe der Frauenärzt*innen und Geburtshelfer*innen eine gut verständliche und weit verbreitete Unsicherheit über das Risiko einer spontanen Uterusruptur (auch ohne Wehentätigkeit) bei Isthmozele, die der spärlichen Datenlage bei beunruhigend wirkendem Ultraschallbild geschuldet ist.

Der Wissensstand bzw. der Umgang mit einer uterinen Nische nach Kaiserschnitt hat sich über die Jahre verändert. Im Einzugsbereich der Grazer Frauenklinik werden Patientinnen mit einer Kaiserschnittnarbendehiszenz seit 2014 systematisch diagnostiziert und behandelt. In der Indikationsstellung zur Operation wurde auch bisher vor allem auf die vorliegende Symptomatik Wert gelegt. Es blieb jedoch weiterhin eine in der Größenordnung nicht sicher einschätzbare Sorge bestehen, dass bei asymptomatisch vorliegender Isthmozele im Fall des Eintretens einer Schwangerschaft mit möglicherweise schwerwiegenden Komplikationen zu rechnen wäre.

Die Wirksamkeit der Behandlung o.a. gynäkologischer und reproduktionsmedizinischer Symptome durch eine plastische Rekonstruktion des unteren Uterinsegments („Lower Uterine Segment“ LUS) ist in der Literatur ausreichend dokumentiert, jedoch ist wenig über die Auswirkungen auf geburtshilfliche Ergebnisse bekannt. RMT oder die Dicke des unteren Uterinsegments wurden bisher eher



© stock.adobe.com/Anna Brusnitsyna

allgemeine Bezeichnung der „Caesarean Scar Disorder“, die in ihrer sprachlichen Unverbindlichkeit die Bandbreite der Diagnostik und Therapie abbilden soll. (1)

Eine Nische, definiert als ein Defekt an der Stelle der Gebärmutternarbe mit einer Tiefe von mindestens 2

Symptome und Komplikationen

Eine Nische kann häufig asymptomatisch sein, wird aber gelegentlich durch Symptome wie abnorme uterine Blutungen, Dysmenorrhoe, vermehrter Schleimabgang, Fluidometra oder sekundäre Sterilität begleitet. Geburtshilfliche Komplikationen wie

arbiträr als durch robuste Daten begründet als prädiktive Indikatoren für das Risiko einer Uterusruptur bewertet. Obwohl noch kein genauer Grenzwert festgelegt wurde, wurde ein RMT von <3 mm vor und während einer nachfolgenden Schwangerschaft mit einem höheren Risiko für eine Uterusruptur oder -dehiszenz in einer folgenden Schwangerschaft assoziiert. Naji et al. zeigten, dass das transvaginal gemessene RMT bei schwangeren Frauen mit einer Nische im Verlauf der Schwangerschaft abnimmt und die Nischenbreite zunimmt. (4) Der Einfluss einer plastischen Rekonstruktion des unteren Uterinsegments vor der Schwangerschaft auf die Dicke und Veränderungen des verbleibenden Myometriums in der nachfolgenden

Schwangerschaft und das damit verbundene Risiko einer Uterusruptur oder -dehiszenz blieb unbekannt.

Amsterdamer Kohortenstudie

Eine rezente Publikation des Amsterdamer Niche Repair Centers von Inge Jordans ist sehr hilfreich, die Unsicherheiten in dieser Fragestellung zwar nicht ganz auszuräumen aber mit überzeugenden Daten zu beantworten. (2) In dieser prospektiven Kohortenstudie wurden schwangere Frauen mit einer vor ihrer aktuellen Schwangerschaft diagnostizierten Nische eingeschlossen. In dieser Kohorte wurde bei 50 Frauen eine Operation („Laparoscopic Niche repair“ LNR) durchgeführt, bei 36 Frauen wurde ohne Operation nach expek-

tativem Management der Schwangerschaftsverlauf beobachtet. Diese Studie zielte einerseits darauf ab, die Veränderung der Nischengröße von der Ausgangsbasis vor der Schwangerschaft bis zum dritten Trimester der Schwangerschaft zu messen, andererseits wurden neben fetalen Outcome-Parametern geburtshilfliche Ergebnisse wie das Auftreten einer Uterusdehiszenz, Uterusruptur oder peripartalen Blutung registriert. Es scheint erwähnenswert, auf die sprachliche Differenzierung von Uterusdehiszenz und Uterusruptur hinzuweisen. Die Dehiszenz beschreibt das üblicherweise asymptomatische Vorliegen auseinandergewichener myometraner Ränder mit serosaler bzw. chorioamniotischer Deckung ohne Blutung. (Anmerkung: Dieser Be-

Tabelle 1

Pregnancy outcomes			
Outcome	LNR group (n=50)	Expectant group (n=36)	Pvalue
GA at delivery (wk)	37 5/7 (36 4/7 to 38 4/7)	38 2/7 (37 2/7 to 39 1/7)	.102
Mode of delivery			.653
CD	48 (96)	33 (92)	
Scheduled (no contraction)	46	32	
Not scheduled (after contractions)	2	1	
VBAC	2 (4) ^a	3 (8)	
Uterine dehiscence	1 (2)	7 (19)	.007 ^b
Uterine rupture	0	0	NA
Blood loss of >1000 mL	10 (20) ^c	0 (0)	.004
Birthweight	3002±730	3228±612	.123
Apgar score			
After 1 min	9 (8–9)	9 (9–9)	.431
After 5 min	10 (9–10)	10 (9–10)	.385
Admission to the NICU	13 (26)	9 (25)	.830

Data are presented as number (percentage), mean±standard deviation, or median (interquartile range), unless otherwise indicated.

CD, cesarean delivery; GA, gestational age; NA, not applicable; NICU, neonatal intensive care unit; VBAC, vaginal birth after cesarean delivery.

^a Of note, 2 women in the LNR group had a vaginal delivery because of fetal death. Of these, 1 woman had a spontaneous immature delivery because of chorioamnionitis at 22 weeks of gestation. The other woman had an unexplained intrauterine fetal death at 29 weeks of gestation and delivered vaginally after induction of labor. She had 1 previous CD on maternal indication (preeclampsia). ^b P value was calculated, including women that underwent a scheduled CD only and excluding women with VBAC; ^c Reported reasons were placenta accreta (n=1), placenta previa (n=1), retention placenta after vaginal delivery (n=1), intra-abdominal blood loss of unknown cause (n=1), and insufficient hemostasis (n=3). However, in 3 women, cause of blood loss was not reported.

Jordans. Niche evaluation in pregnancy after surgical resection. *Am J Obstet Gynecol* 2022.

fund wird in regionaler Nomenklatur häufig als „gedeckte Ruptur“ im Rahmen der Kaiserschnittentbindung benannt. Dabei schimmert Fruchtwasser und Vernix „bedrohlich“ durch das dehizente untere Uterinsegment, ohne dass eine Blutung oder ein fetaler Distress aufgetreten wäre). Die Uterusruptur ist Synonym für echtes Klaffen der myometranen Ränder mit Blutung und kindlicher und mütterlicher Gefährdungssituation.

Die Ergebnisse der Kohortenstudie zeigen, dass in der klinischen Praxis das Risiko für eine spontane Uterusruptur ohne Wehentätigkeit mit Blutung und kindlicher oder maternaler Gefährdung gering ist. Bei jenen Patientinnen der Kohorte, die ohne Operation, also exspektativ behandelt wurden, zeigten sich anlässlich der meist elektiven Resectio (s. Tabelle 1) zwar deutlich mehr uterine Dehiszenzen als in der Gruppe der Operierten (19 % vs 2 %), es wurde aber in beiden Gruppen der Kohorte keine (gefährliche) Uterusruptur beobachtet. Überraschenderweise zeigte sich in der Gruppe der Operierten eine deutlich höhere Rate an peripartaler Hämorrhagie (PPH) (20 % vs 0 %, s. Tabelle 1). Über die Ursache für diese Beobachtung können nur Spekulationen angestellt werden, am ehesten lag es aber an

der nicht symmetrischen Verteilung von risikoerhöhenden Begleitdiagnosen wie Plazenta accreta, Plazenta prävia u.ä. (s. Tabelle 1).

Das Uterusrupturrisiko unter Wehen erfordert eine andere Betrachtungsweise, für die keine Literaturreferenz gefunden werden konnte. Dabei scheint es zulässig, sich an der Anamnese „Z. n. 2x Sectio“ zu orientieren, insbesondere bei Einschluss der Patientinnen, deren Nische operiert wurde, die also mindestens zwei Uterotomien erlitten haben. Unter Wehentätigkeit scheint das Risiko für eine Uterusruptur deutlich höher zu sein (mind. > 3 %, dazu auch eigene Daten). Deshalb wird bei einer Schwangerschaft, die im Rahmen einer Nische (unabhängig davon, ob operiert oder exspektativ behandelt) argumentiert, die Re-Sectio ab etwa 37/0 SSW nach Ende der formalen Prämaturnität und vor wahrscheinlichem Einsetzen von Wehentätigkeit durchzuführen.

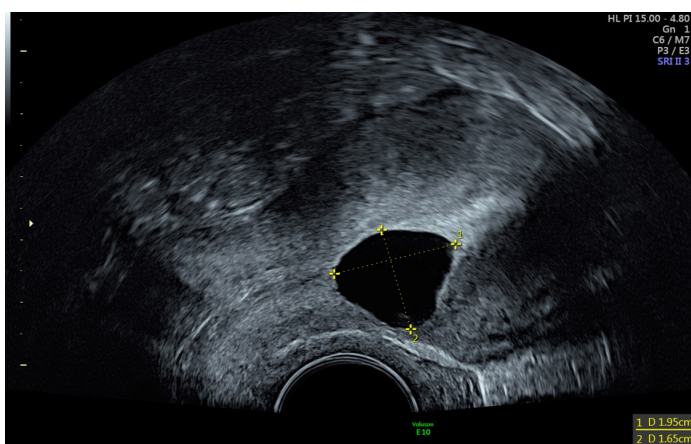
Das Risiko für eine Kaiserschnitt-Narben-Schwangerschaft CSP in Abhängigkeit vom Ausmaß der Isthmozele ist aus der Literatur nicht sicher abrufbar. Laut den Daten in einem Patienten-Aufklärungsfolder des Amsterdam Niche Repair Centers liegt es bei (nur etwa) 1:1800. (5) Ein Placenta-Accreta-Syndrom PAS wird im Einzugsbereich der Grazer

Frauenklinik in einer Häufigkeit von 2,6 auf 1.000 Kaiserschnitte (= 1:385) beobachtet, wobei anzumerken ist, dass diese Inzidenzdaten infolge der Zentralisation der Fälle nicht für die (deutlich niedrigeren) Prävalenzwerte in der allgemeinen Bevölkerung repräsentativ, sondern allenfalls orientierend sind.

Behandlungsoptionen symptomatischer Patientinnen

Symptome einer Isthmozele können sich in abnormalen uterinen Blutungen, menstruellem Spotting oder längeren und verstärkten Regelblutungen, Abgang von blutigem Schleim, Subfertilität oder sekundäre Infertilität, Dysmenorrhoe, Dyspareunie oder allgemeinen Schmerzen im kleinen Becken zeigen. Die Gründe einer Infertilität durch eine Nische liegen am ehesten in der Tatsache, dass das in der Nische angesammelte Blut, der Debris, Schleim und entzündliche Prozesse die Aszension von Spermien beeinträchtigen, bzw. dass eine gegebenenfalls vorliegende Fluidometra bei ausgeprägter Isthmozele die Implantation des Embryos mit großer Wahrscheinlichkeit verhindert.

Die Behandlungsmethoden einer Isthmozele beinhalten die Exzision und plastische Rekonstruktion/Metro-



Ultraschall präoperativ



Ultraschall 12 Wochen postoperativ



© LKH-Universität Klinikum Graz/M. Kanitzaj

Bei einer Laparoskopie sind nur kleine Hautschnitte nötig.

plastik entweder durch Laparoskopie oder Laparotomie, das Übernähen durch Laparoskopie, Laparotomie, vaginal oder das hysteroskopische Shaving. Die Metroplastische Rekonstruktion des unteren Uterinsegments wird heute überwiegend in einer Kombinationstechnik von Laparoskopie und Hysteroskopie (Simultan oder Rendezvous-Technik) durchgeführt. Die Outcome-Daten nach vaginaler Reparatur und hysteroskopischer Reparatur sind zufriedenstellend, erreichen aber nicht die deutlich höheren Erfolgsraten des laparoskopischen Zugangs zur Korrektur der Isthmozele.

Der alleinige vaginale Zugang oder die hysteroskopische Reparatur führt in der Gruppe der subfertilen, symptomatischen Patientinnen zu Schwangerschaftsraten von etwa 70 % bzw. Lebendgeburtenraten von etwa 55 % und ist damit niedriger als die Schwangerschaftsraten bei laparoskopischer oder offener Korrektur. (6) (7)

In der Grazer Frauenklinik wurden in den Jahren 2016 bis 2022 42 symptomatische Patientinnen mit sekundärer Sterilität und Kinderwunsch mit einer kombinierten hysteroskopischen und laparoskopischen Technik operiert (Abb. 1, 2). Dabei zeigte sich eine erfreulich hohe Schwanger-

schaftsrate von 95 % mit einer Lebendgeburtenrate von 78 %. Unter den Lebendgeburten (nach laparoskopischer Nischenkorrektur) wurde eine Uterusruptur bei beginnender Wehentätigkeit und eiliger Sectio in der 37. SSW registriert, die mit gutem maternalen und fetalen Outcome assoziiert war. Eine Patientin wurde nach imperativem Wunsch nach vaginaler Geburt spontan mit ebenso erfreulichem Ergebnis entbunden. Es darf geschlossen werden, dass (nur) bei symptomatischen Patientinnen eine Operation im Sinne einer metroplastischen Rekonstruktion des unteren Uterinsegments indiziert ist. Bei asymptomatischen Patientinnen ist ein exspektatives Vorgehen eine valide Option. Die Furcht, dass eine asymptomatische Isthmozele zu geburtshilflichen Komplikationen führt, ist infolge der Erfahrung an der Grazer Frauenklinik und der beruhigenden Datenlage der Studie aus Amsterdam nicht ausreichend begründet. Die Frage, ob eine asymptomatische Frau mit sonographisch detektierter Isthmozele ausreichend sicher schwanger werden dürfe, ist unter Verweis auf das niedrige, aber nicht ausschließbare Risiko für geburtshilfliche Komplikationen mit „ja“ zu beantworten. In der Tat ist es ohne prospektiv ran-

domisierte Studien nicht möglich, das Risiko genau zu quantifizieren, auch wenn aus Amsterdam und Graz ermutigende Daten vorliegen. Ein individualisiertes Vorgehen kann in Abhängigkeit der Risikoakzeptanz der Patientin immer gewählt werden.

Referenzen

1. Klein Meuleman SJM, Murji A, van den Bosch T, Donnez O, Grimbizis G, Saridogan E, et al. Definition and Criteria for Diagnosing Cesarean Scar Disorder. *JAMA Network Open*. 2023 Mar 29;6(3):e235321.
2. Jordans IPM, Vissers J, Leeuw RA de, Hehenkamp WJK, Twisk JWR, Groot CJM de, et al. Change of the residual myometrial thickness during pregnancy in women who underwent laparoscopic niche resection compared with controls without niche surgery: a prospective comparative cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2022 Dec 1;227(6):901.e1-901.e12.
3. Jordans IPM, de Leeuw RA, Stegwee SI, Amso NN, Barri-Soldevila PN, van den Bosch T, et al. Sonographic examination of uterine niche in non-pregnant women: a modified Delphi procedure. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2019;53(1):107-15.
4. Najji O, Daemen A, Smith A, Abdallah Y, Saso S, Stalder C, et al. Changes in Cesarean section scar dimensions during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013 May;41(5):556-62.
5. De niche [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <http://www.amc.nl/web/specialismen/uterine-repair-center/uterine-repair-center/de-niche.htm>
6. He C, Xia W, Yan L, Wang Y, Tian Y, Mol BW, et al. Fertility outcomes after hysteroscopic niche resection compared with expectant management in women with a niche in the uterine cesarean scar. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2023 May 1;284:136-42.
7. Zhou X, Yang X, Chen H, Fang X, Wang X. Obstetrical outcomes after vaginal repair of caesarean scar diverticula in reproductive-aged women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Oct 19;18:407.

Ao. Univ.-Prof. Dr.
Wolfgang Schöll, MSc

Tel. +43 316 385-80094
Wolfgang.Schoell@
medunigraz.at



© LKH-Universität Klinikum Graz

Simulationstrainings mit Spaß und Stress im Team

Dr.ⁱⁿ Eva-Christine Weiss



Das Training im Simulationszentrum sorgt für Sicherheit im Ernstfall.

Simulation in der Geburtshilfe – das Training ausgewählter Techniken (skills) oder klinischer Situationen am Phantom oder Simulator, alleine oder im Team – hat in Graz schon eine jahrzehntelange Tradition.

Was für Lateinstudierende das goldene Zeitalter aus Ovids Metamorphosen ist „*aurea prima sata est aetas quae vindici nullo ...*“, ist den Grazer Medizinstudierenden der geburtshilfliche Phantomkurs, den Prof. Dr. Petru, mit Skript und Foto-CD unterstützt, ins Leben gerufen hat. Immer wenn sich Mediziner*innen aller Fachrichtungen, die in Graz stu-

diert haben, an ihr Modul an der Universitätsfrauenklinik erinnern, kommt die Frage: Gibt es den Phantomkurs noch? Und sie beginnen sogleich die ersten Worte des Skriptums zu zitieren: „Ich sehe, eine Geburt ist im Gange. Ich warte, solange es Mutter und Kind gut geht. Tritt eine Indikation ein, greife ich zur Zange. Ich halte sie so vor die Vulva, wie sie später im Geburtskanal zu liegen kommt ...“

Viele Generationen Mediziner*innen haben an unseren geburtshilflichen Phantomen die Manualhilfen bei spontaner Geburt und Beckenendlagegeburten geübt, Zangengeburten

probiert und auch gynäkologische Tastbefunde erlernt – immer „hands-on“ und meistens mit sehr viel Spaß. Dies hat gleichsam lehrende Assistent*innen und Studierende geschult. Diese Tradition ist weiterhin fest im Curriculum etabliert, wenngleich sich Prof. Dr. Petru als Modulkoordinator nun leider in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet.

Aber Simulationstraining ist an unserer geburtshilflichen Abteilung noch viel breiter aufgestellt: Wir trainieren schon seit vielen Jahren geplant monatlich im Kreißsaal die Manöver und den Ablauf bei Schulterdystokie

und Akutsectio im Zimmer, immer unter Einbeziehung insbesondere der neuen Mitarbeiter*innen (Hebammen, Ärzt*innen im Turnus, in gynäkologischer und anästhesiologischer Fachausbildung, Studierende und OP-Pflege ...), sodass im Ernstfall alles wie am Schnürchen laufen kann und jede*r weiß, welche Aufgaben wie am besten zu lösen sind. Prof. Dr. Fluhr hat durch die Anschaffung „unserer MamaBirthe und MamaNathalie Bäuche“ vor ca. zwei Jahren gleich viel mehr Realitätsempfinden und Spaß in diese Übungen gebracht, da sich unsere Hebammen mit diesem Bauch in den Trainings auch exzellent als Rollenspielerinnen von Schwangeren präsentieren.

Training im SimZentrum

Seit einigen Jahren haben wir nun auch die Möglichkeit, unser SimZentrum im ehemaligen Küchengebäude zu nutzen – dort veranstalten bzw. veranstalteten wir für unsere Turnuskolleg*innen nach Terminabsprache einen Kurs mit Nahttechnik, vaginaler Geburt und Tasttraining, was immer mit großer Begeisterung angenommen wurde. Dort wurden auch unsere Hebammen in den Nahttechniken geschult, sodass im Kreißaal nicht jede Geburtsverletzung ärztlicherseits versorgt werden muss.

Noch beginnend unter den Ägiden von Prof. Dr. Lang, mit Prof. Dr. Schöll als Fachkoordinator im Fachbeirat für Simulation der KAGes, konnten wir die Simulationstrainingslinie „Notfälle in Gynäkologie und Geburtshilfe“ nach Einführungstrainings mit Prof. Dr. Kainer gut etablieren. Hier dürfen wir nun mit großer Unterstützung des SimZentrum-Teams, unter der Leitung von Herrn Mag. Meißl, geburtshilfliche Teamtrainings für Geburtshelfer*innen, Hebammen und Anästhesist*innen durchführen. Wir haben im Sim-

Zentrum u. a. den hochwertigen geburtshilflichen Simulationstrainer Viktoria, der uns wegen seiner technischen Möglichkeiten immer mit Unterstützung des SimZentrum-Teams zur Verfügung steht, sowie andere Rea-Puppen in Verwendung, die mit viel Know-how und Kreativität der Techniker*innen für geburtshilfliche Szenarien adaptiert werden. Dies ermöglicht uns – je nach Gruppengröße – am Trainingstag nach einem theoretischen Teil oft in zwei Gruppen parallel zu trainieren. Auch hier greifen wir gerne auf die MamaBirthe zurück, da Rollenspielerinnen einfach viel mehr Echtheit und Spaß ins Training bringen. Ein obligatorisch zu erhebender Tastbefund an unserem Tasttrainer während des Trainings zeigt deutlich, dass häufigere Tastbefund mit großer Übereinstimmung (aber natürlich immer mit Abweichungen) erhoben werden.

Die Trainings finden vier Mal im Jahr (Anmeldung über den KAGes a:sk Bildungskalender oder direkt über das SimZentrum) statt und werden, was uns doch ein wenig stolz macht, auch von Teams, aber auch von Einzelpersonen außerhalb der Steiermark gebucht.

Wie in der letzten Fachbeiratssitzung Anfang Mai dieses Jahres gezeigt, ist das SimZentrum, stetig steigend, sehr gut ausgelastet und wird daher im Zuge eines Umbaus adaptiert und etwas vergrößert, sodass die nächsten „Notfallstrainings“ nach einem Umzug des SimZentrums Anfang Juni 2024 in Hörgas-Enzenbach stattfinden werden. Davor haben wir noch ein letztes Training im „alten Zentrum“, auf das ich schon sehr gespannt bin – seit Anfang 2024 steht eine „Sim Station“ mit Videounterstützung zur Verfügung und eine Trainerschulung im Mai 2024 der Fa. InPass mit dem Schwerpunkt der Kommunikation und des Debriefings im Team bringt

noch eine zusätzliche Professionalisierung und (hoffentlich noch mehr Spaß) dieser Simulationstrainings mit sich!

Denn – einige der wichtigsten Grundsätze bei Simulation sind – Fehler im Simulationstraining dürfen und sollen passieren, damit wir daraus lernen können. Sie sagen nichts über die Leistung im Alltag aus, bieten aber die Möglichkeit neue Dinge im sicheren Rahmen lernen und ausprobieren zu können, um im Ernstfall (im Team) noch besser sein zu können!

Ein herzliches Danke

Ich möchte mich auf diesem Weg bei allen Personen, die dazu beitragen und unterstützen, dass diese Trainings zustande kommen – hier besonders meinem interdisziplinären Co-InstruktorInnen Team, dem SimZentrum Team, den Teilnehmenden und auch bei denen, die in dieser Zeit den „normalen Krankenhausbetrieb“ aufrecht erhalten, herzlich bedanken und hoffe auf noch viele spannende und erfolgreiche „Notfalltrainings in der Geburtshilfe“ und freue mich über rege Teilnahme und bei Interesse auch über zukünftige Mitarbeit als InstruktorIn!

Dr.ⁱⁿ Eva-Christine
Weiss

Ev.Weiss@
medunigraz.at



Patient*innen-Information: Geburtsverletzungen und Hämorrhoiden

DGKP Cornelia Schneeflock, PL DGKP Sabrina Kern

Geburtsverletzungen und Hämorrhoiden sind ein häufiges Problem für Frauen im Wochenbett. Ein neues Informationsblatt bietet betroffenen Frauen Tipps und Ratschläge.

Geburtsverletzungen und Hämorrhoiden sind oft ein großes Tabu oder mit Scham behaftet und werden deshalb nicht oder nur selten angesprochen. Die Beschwerden nach der Geburt sind von Frau zu Frau unterschiedlich stark ausgeprägt. Seit April 2024 wird auf allen geburtshilflichen Stationen der Universitäts-Frauenklinik Graz ein Informationsblatt über Geburtsverletzungen und Hämorrhoiden an betroffene Patientinnen ausgehändigt. Dieses wurde in Kooperation mit dem Evidence Based

Nursing-Team des LKH-Univ. Klinikum Graz und der Stabstelle Qualitätsmanagement/Risikomanagement erstellt. Es enthält evidenzbasierte Informationen über Geburtsverletzungen und Hämorrhoiden und bietet betroffenen Frauen eine Möglichkeit, sich rasch Wissen über die eigene Verletzung oder Beschwerde anzueignen.

Das Merkblatt enthält auch pflegerische Tipps für den Umgang mit Geburtsverletzungen und Hämorrhoiden.

- Die **Geburtsverletzung** kann am ersten Wochenbetttag mit einem in Stoff gewickelten „Cool Pack“ (Kühlkomresse) oder einer Kühl-

binde gekühlt werden. Dies sorgt für sofortige Schmerzlinderung und verringert die Bildung von Blutergüssen. Eine langfristige Kühlung (länger als maximal 2 Tage) wird nicht empfohlen, denn durch die Kälte wird die Durchblutung der Wunde vermindert, was wiederum die Heilung verzögert.

- Der Intimbereich soll nach jedem Toilettengang mit lauwarmem Wasser abgespült und der Nahtbereich trocken gehalten werden. Dies wird durch 2- bis 3-stündliches Wechseln der Wöchnerinnenbinden gewährleistet.
- Für Zuhause wird zur Schmerzlinderung von **Hämorrhoiden** empfohlen, einen Gefrierbeutel mit kaltem Wasser zu füllen und aufzulegen. Es sollten keine Eisauflagen verwendet werden, da diese zu Gewebsschädigungen durch Unterkühlung führen können.
- Des Weiteren wird auch die Anwendung von kalten Topfenkompressen empfohlen. Dazu werden 1-2 Esslöffel Topfen auf eine aufgefaltete Komresse verteilt und zu einem länglichen Päckchen geformt. Es kann 1 Tropfen Lavendelöl zur Förderung der Hämorrhoiden-Rückbildung hinzugefügt werden. Die Komresse soll nach circa 30 bis 60 Minuten wieder entfernt werden. Dieser Vorgang soll mehrmals täglich wiederholt werden.



darauf hingewiesen, sich bei Fragen an das Pflegepersonal zu wenden. Es soll aber helfen, das Eis zu brechen und betroffene Patientinnen dazu ermutigen, ihre Beschwerden anzusprechen.

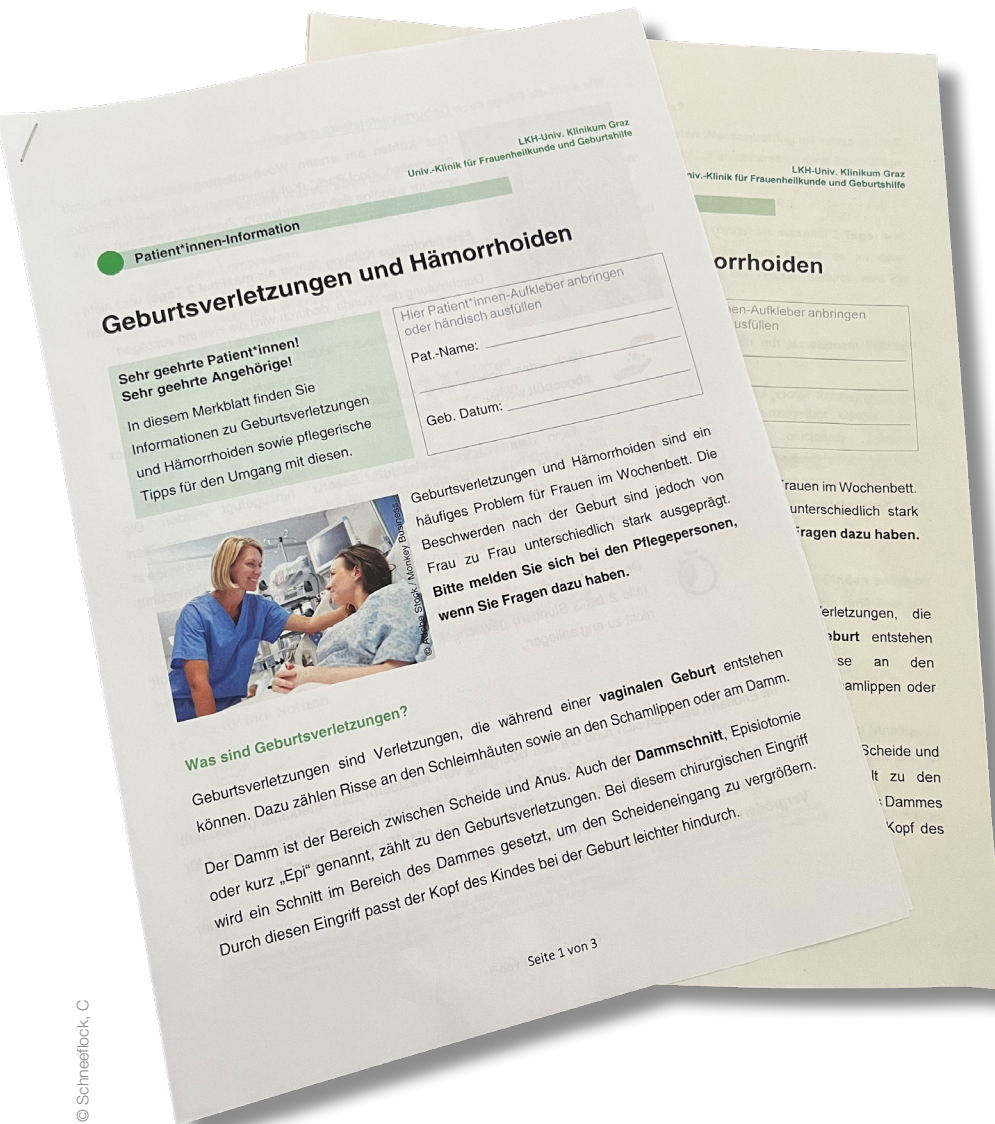
Selbst, wenn sich die Frau nicht dazu entscheidet, sich mit ihrem Problem an Pflegepersonen zu wenden, wird durch dieses Merkblatt ge-

währleistet, dass betroffene Frauen während des stationären Aufenthalts und auch danach über hilfreiche Informationen und pflegerische Tipps verfügen.

Wir freuen uns, frischgebackenen Müttern mit diesem Merkblatt wertvolle Ratschläge fürs Wochenbett mit auf den Weg geben zu dürfen.

Literatur

- De Angelis, C, Di Stadio, A, Vitale, S, Saccone, G, De Angelis, M, Zizolfi, B, Di Spiezo Sardo, A 2020, „Use of calendula ointment after episiotomy. A randomized clinical trial“, J Matern Fetal Neonatal Med., Jg. 35, Nr.10, S.1860-1864. doi: 10.1080/14767058.2020.1770219.
- Derya K. S & Ergul A, 2017, „The Effects of Cold Application to the Perineum on Pain Relief After Vaginal Birth“, Asian Nursing Research, Jg. 11, Nr. 4, S. 276-282. doi: 10.1016/j.anr.2017.11.001.
- Harder U, 2019, „Rückbildung der allgemeinen körperlichen Veränderungen“, in Harder U. Hrsg., Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause, 4. Auflage, Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Harder U, 2019, „Rückbildung der Geburtsorgane“, in Harder U. Hrsg., Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause, 4. Auflage, Hippokrates Verlag, Stuttgart
- Hyun-Jung, K, Ji-Won, A, Yoonyoung, L, & Yong-Soon, S 2020, „The effects of cryotherapy on perineal pain after childbirth: A systematic review and meta-analysis“, Midwifery, Jg. 89, doi: 10.1016/j.midw.2020.102788.
- Pantelis, D, 2017, „Proktologie und Beckenboden“ in Wolff M. & Kuhn W. Hrsg., Viszeralchirurgie und Schwangerschaft, 2017 Walter de Gruyter GmbH, 1.Auflage, Berlin/ Boston
- Solt Kirca, A, Korkut Öksüz, S & Murat, N 2021, „The effect of cold application on episiotomy pain: A systematic review and meta-analysis“, J Clin Nurs., Jg. 31 Nr. 5-, S.559-568. doi: 10.1111/jocn.15912.



Cornelia Schneeflock,
BS

corneliamaria.
schneeflock@
uniklinikum.kages.at



Sabrina Kern, PL

sabrinajuliane.kern@
uniklinikum.kages.at



Parvovirus B19-Infektion in der Schwangerschaft

Univ.-FÄ. Dr.ⁱⁿ Sarah Jauch und Assoz.Prof. Priv.-Doz. Dr. Philipp Klaritsch

Parvovirus B19, Erythema infectiosum: Seit einigen Monaten erleben wir in der geburtshilflichen Ambulanz einen deutlichen Anstieg primärer Parvovirus B19-Infektionen in der Schwangerschaft.

Parvoviren sind nicht umhüllte Viren, die einzelsträngige DNA enthalten. Sie gehören zur Familie der Parvoviridae^{1,2}. Häufig verläuft die Infektion klinisch asymptomatisch oder wie ein leichter grippaler Infekt mit Fieber, Schwellung der Lymphknoten, Kopfschmerzen und Unwohlsein^{3,4}. Im Erwachsenenalter treten gehäuft auch Arthralgien auf². Typisch, aber nicht immer präsent, ist ein fleckiger makulopapulöser Hautausschlag, der ein bis zwei Wochen nach der Ansteckung auftreten kann. Häufig ist zunächst eine schmetterlingsförmige Rötung der Wangen und später ein girlandenförmiger Ausschlag an exponierten Teilen der Extremitäten zu beobachten²⁻⁴.

Die Inkubationszeit beträgt ca. vier bis vierzehn Tage¹, die Virämie kann bis zu drei Wochen nach Exposition anhalten⁵. Die Ansteckungsgefahr ist besonders hoch in den Tagen vor Auftreten des Ausschlages. Bei Auftreten des Hautausschlages geht sie deutlich zurück. In der Regel wird das Virus per Tröpfchen- oder Schmierinfektion, selten transplazentar oder über Blutprodukte übertragen³. Infektionsquelle sind oftmals infizierte (Klein-)Kinder⁶.

Serologie

Circa 50 bis 75 % der Frauen im reproduktiven Alter gelten als immun (Parvovirus B19 IgG positiv, IgM negativ)^{1,5,7}. Bei Schwangeren mit typischem Hautausschlag, Kontakt zu Parvovirus B19 oder mit entsprechenden fetalen sonographischen Auffälligkeiten sollte Parvovirus B19 IgG und IgM bestimmt werden: Schwangere mit positivem IgM (un-

abhängig vom IgG Status) werden engmaschig kontrolliert, um das Auftreten einer fetalen Anämie frühzeitig zu detektieren. Bei positivem IgG und IgM kann die Testung einer Rückstellprobe aus der Zeit vor der potenziellen Infektion die Diagnose bestätigen und den Infektionszeitpunkt eingrenzen. Wenn sowohl IgG als auch IgM negativ sind, erfolgt eine serologische Kontrolle nach 4 Wochen. Aufgrund der Möglichkeit eines falsch negativen IgM Befundes sollten bei dringendem Verdacht auf eine Parvovirus B19-Infektion zusätzliche Testmethoden herangezogen werden, wie beispielsweise eine PCR¹.

Vertikale Transmission

Bei maternaler Parvovirus-Infektion in der Schwangerschaft tritt in ca. 25 % bis 32 % eine vertikale Transmission auf^{1,8,9}. Zellulärer Rezeptor des Parvovirus B19 ist das Blutgruppe P Antigen, welches Erythroblasten, Mega-

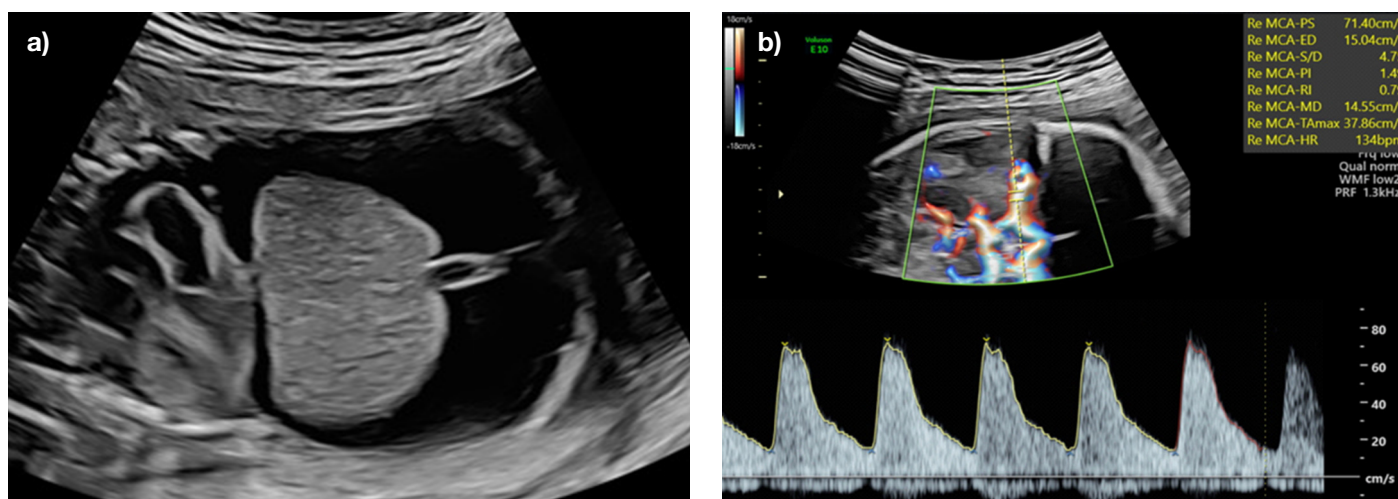


ABBILDUNG 1: a) Hydrops fetalis in der 27. SSW bei fetaler Anämie bedingt durch eine Parvovirus B19-Infektion und b) Doppler der Arteria cerebri media (ACM) desselben Fetus: Die maximale Flussgeschwindigkeit ist > 1,5 MoM. Hierbei sind die Kriterien einer korrekten ACM-Messung zu beachten, insbesondere eine Winkelabweichung nahe 0°. Die Messung wird dreimal durchgeführt und die höchste Maximalgeschwindigkeit gewertet. Phasen fetaler Aktivität sollten abgewartet werden^{1,7}.

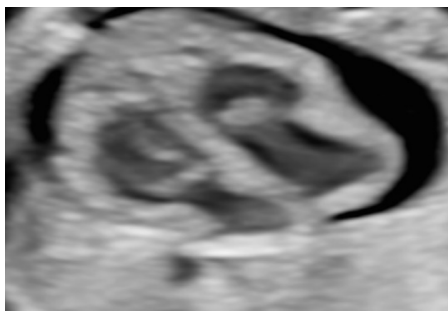


ABBILDUNG 2: 22. SSW: Perikarderguss bei Verdacht auf eine fetale Virusmyokarditis nach Parvovirus B19-Infektion.

karyozyten, Endothelzellen und fetale Myokardzellen exprimieren, ebenso wie Trophoblastzellen vor allem im ersten Trimenon^{1,2,10}. Bis einschließlich SSW 20 ist die Hauptrisikophase für den Fetus¹¹. Parvovirus B19 gilt nicht als teratogen, kann aber durch Störung der fetalen Blutbildung zur fetalen Anämie führen. Weitere mögliche Folgen sind Thrombozytopenie, Hepatitis, Hypoalbuminämie, Myokarditis und letztlich Herzinsuffizienz und Hydrops fetalis. Letzterer ist ein

wichtiger prognostischer Faktor: Infizierte hydropische Feten haben ein ca. 30-prozentiges Risiko perinatal zu versterben. Ohne Hydrops beträgt dieses ca. 6 %¹. Prinzipiell spricht die vorhandene Datenlage für ein gutes Langzeitoutcome überlebender Feten. Allerdings haben hydropische Feten ein 10-prozentiges Risiko für neurologische Entwicklungsauffälligkeiten^{1,12}.

Vorgehen bei Primärinfektion in der Schwangerschaft

Entsprechend der aktuellen ISUOG-Guideline werden Schwangeren mit rezenter Parvovirus B19-Infektion ab vier Wochen nach Infektion oder Serokonversion sonographische Kontrollen ein- bis zweiwöchentlich über einen Zeitraum von acht bis zwölf Wochen empfohlen. Hierbei wird auf das Auftreten von Aszites, Pleura-/Perikarderguss, Hautödem, Kardiomegalie und einer erhöhten maximalen Geschwindigkeit (Vmax) in der Arteria cerebri media (ACM) als Ausdruck einer fetalen

Anämie geachtet¹ (Abbildung 1). An der Universitätsfrauenklinik Graz wird auch ein Fetus mit Zustand nach isoliertem Perikarderguss betreut, vermutlich bedingt durch eine Virusmyokarditis nach Parvovirus B19-Infektion (Abbildung 2). Bei ACM Vmax-Werten > 1,5 multiples of the median (MoM), fetalem Aszites oder Hydrops ist eine Chordozentese zur Bestimmung des fetalen Hämoglobinwertes und gegebenenfalls zur unmittelbar anschließenden intrauterinen Transfusion indiziert¹. Nicht hydropische Feten benötigen üblicherweise nur eine, 36 % der Feten mit Hydrops mehr als eine Transfusion^{1,12}. Abhängig vom Gestationsalter ist auch eine Entbindung und postnatale Transfusion zu erwägen. Bei Feten mit Hydrops oder schwerer Anämie sollte ein MRT zur ZNS-Beurteilung erwogen werden¹. Außerdem wird eine Entbindung im Perinatalzentrum empfohlen, da eine milde Anämie pränatal nicht ausgeschlossen werden kann.

Literatur

- Khalil A, Sotiriadis A, Chaoui R, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in congenital infection. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(1):128-151.
- Arbeitskreis Blut des Bundesministeriums für Gesundheit. Parvovirus B19. Position of the Blood Working Group of the Federal Ministry of Health. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2010;53(9):944-956.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Ringelröteln. 2022; <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/kinderkrankheiten/infektion/ringelroeteln.html> (Stand 28.04.2024).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. RINGELRÖTELN. 2018; https://www.infektionsschutz.de/download/1945-1629974029-Erregersteckbrief_Ringelroeteln.pdf (Stand 28.04.2024).
- Crane J, Mundle W, Boucoiran I, MATERNAL FETAL MEDICINE COMMITTEE. Parvovirus B19 infection in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(12):1107-1116.
- Enders M (Labor Enders). Parvovirus B19-Infektion (Ringelröteln) in der Schwangerschaft. 2023; <https://www.labor-enders.de/2023/07/08/parvovirus-b19-infektion-ringelroeteln-in-der-schwangerschaft/>
- Khalil A, Sotiriadis A, Chaoui R, et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in congenital infection. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(1): supplementary material to doi 10.1002/uog.21991.
- Gratacos E, Torres PJ, Vidal J, et al. The incidence of human parvovirus B19 infection during pregnancy and its impact on perinatal outcome. *The Journal of infectious diseases.* 1995;171(5):1360-1363.
- Puccetti C, Contoli M, Bonvicini F, et al. Parvovirus B19 in pregnancy: possible consequences of vertical transmission. *Prenat Diagn.* 2012;32(9):897-902.
- Jordan JA, DeLoia JA. Globoside expression within the human placenta. *Placenta.* 1999;20(1):103-108.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. S2k-Leitlinie 093-001 Labordiagnostik schwangerschaftsrelevanter Virusinfektionen. 2021; https://register.awmf.org/assets/guidelines/093-001_S2k_Labordiagnostik-schwangerschaftsrelevanter-Virusinfektionen_2022-02.pdf (Stand 01.05.2024).
- Bascietto F, Liberati M, Murgano D, et al. Outcome of fetuses with congenital parvovirus B19 infection: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;52(5):569-576.

Univ.-FÄ. Dr.ⁱⁿ
Sarah Jauch

Sarah.Jauch
@medunigraz.at
Tel. +43 316 385-81077



Assoz.Prof. Priv.-Doz.
Dr. Philipp Klaritsch

Philipp.Klaritsch@
medunigraz.at,
Tel. +43 316 385-81641



Postpartale Depression

Dr.ⁱⁿ Eva Mautner, Dr.ⁱⁿ Maria Deutsch, Hannah Apolloner, MA MSc BSc

Weltweit sind etwa 13 bis 20 % aller Mütter (WHO, 2024) innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt von einer depressiven Erkrankung betroffen.

Man spricht hierbei von postpartaler bzw. postnataler Depression oder auch Wochenbettdepression. Sowohl die Frau selbst als auch ihre Paarbeziehung, die Beziehung zum eigenen Kind und dessen Entwicklung können unter den Auswirkungen der Erkrankung leiden. Die Ursachen für die Depression sind vielfältig. So kursieren in unserer Gesellschaft und auch bei (werdenden) Müttern viele verschiedene Vorstellungen davon, was eine gute Mutter ausmacht und wie sich eine gute Mutter zu verhalten hat. Diese entstehen zum Teil durch vermeintliche gesellschaftliche Vorgaben, Erfahrungsberichte von anderen, individuelle Ansichten und Ansprüche und durch den stetigen Vergleich mit anderen Frauen und Müttern, der vor allem durch eine gesteigerte Social Media-Nutzung verstärkt wird. Die Erwartungshaltung, schon vor der Geburt perfekt auf alles vorbereitet sein zu müssen und nach der Geburt rund um die Uhr eine optimale Versorgung für das Baby bei stetig guter Laune in einer frisch geputzten Wohnung sicherstellen zu können, ist für die meisten Menschen unrealistisch in der Umsetzung und macht enormen Druck. Die Angst vor Fehlern und eine zu hohe Anspruchshaltung können schnell zu Schuldgefühlen führen. Dabei ist auch die Rolle der Mutter eine, in die sich die Frau erst einfinden muss. Während anfängliche Überforderung, Übermüdung und Sorgen ganz normal sind, kann

die psychische Belastung bei Müttern auch behandlungsbedürftig werden.

Symptome und Folgen

Auslöser und Gründe für die Entstehung einer postpartalen Depression können nicht klar benannt werden. Fest steht, dass bereits erlebte depressive Episoden vor der Schwangerschaft einen Risikofaktor

darstellen können. Die biologische und hormonelle Umstellung vor und nach der Geburt, negative Schwangerschafts- und Geburtserfahrungen, soziale Faktoren (Beziehung, Unterstützung, finanzielle Situation), gesellschaftliche Faktoren, Merkmale der Persönlichkeit und die allgemeinen Belastungen, die sich durch die große Lebensumstellung ergeben, spielen ebenfalls eine tragende Rolle.

Allgemeine Symptome:

- niedergeschlagene/traurige Stimmung
- häufiges Weinen
- deutlich gereizte Stimmung
- Interessensverlust
- Verlust von Freude an früher angenehmen Aktivitäten
- ausgeprägte Energielosigkeit
- Schlafstörungen
- Veränderung im Appetit
- beeinträchtigte Konzentrationsleistung
- Gefühle von Wertlosigkeit
- psychosomatische Beschwerden (z. B. Schwindel, Kopfschmerz, Verspannungen, Verdauungsstörungen)
- Schuldgefühle
- Gefühle der inneren Leere
- ausgeprägte Angstsymptomatik bis zu Panikattacken
- Suizidgedanken/-handlungen

Auf das Kind bezogene Symptome:

- ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind
- negative Gefühle gegenüber dem Kind
- Gefühl, mit dem Kind nichts anfangen zu können
- Versagens-/Insuffizienzgefühle in Bezug auf die Mutterschaft
- Zwangsgedanken (z. B. aggressive Gedanken, Angst, das Baby nicht versorgen zu können)
- Stillprobleme
- beeinträchtigte Mutter-Kind-Bindung und Mutter-Kind-Interaktion

Das klinische Bild einer postpartalen Depression unterscheidet sich per se nicht von jenem anderer Depressionsformen, dennoch stellt die Diagnosestellung eine Herausforderung dar. So ist die postpartale Depression schwer abzugrenzen von der allgemeinen Erschöpfung, die die Geburts- und Stillzeit mit sich bringen, und von dem sogenannten *Babyblues*, der bei 40–80 % der Mütter in den ersten Wochen nach der Geburt auftritt. Dabei können Ängstlichkeit, Weinerlichkeit und starke Stimmungsschwankungen auftreten, die in den meisten Fällen jedoch nach einigen Stunden oder Tagen von selbst abnehmen.

Auch die postpartale Depression geht mit einer starken emotionalen Labilität einher. Viele Mütter erleben in dieser Zeit ambivalente Gefühle, Niedergeschlagenheit, Freud-, Energie- und Interesselosigkeit bzw. eine Gefühlslosigkeit dem eigenen

Kind gegenüber, das Gefühl, keine oder nur eine eingeschränkte emotionale Bindung aufbauen können. Dadurch werden Zweifel und Schuldgefühle hervorgerufen, wodurch die depressive Symptomatik und der mütterliche Rückzug verstärkt werden. Der erschwerte Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung wirkt sich neben der Mutter natürlich auch auf das Kind aus. Depressive Mütter nehmen weniger Kontakt zum eigenen Kind auf, sie wenden sich ihm weniger zu, sprechen weniger mit dem Kind und zeigen ihm gegenüber eine reduzierte Mimik. Der positive Affekt ist im Vergleich zum negativen stark herabgesetzt, das Einfühlungsvermögen gegenüber dem Kind verringert. Dadurch können auch die Bedürfnisse des Kindes, im Sinne von kindlichen Signalen, weniger gut wahrgenommen und erfüllt werden, was bis zur Vernachlässigung des Kindes führen kann.

Diese fehlende positive Verstärkung in der Mutter-Kind Interaktion mündet oft in ein schambehaftetes Gefühl, der vermeintlichen Mutterrolle nicht entsprechen zu können, was wiederum den Rückzug vom sozialen Umfeld begünstigt und Frauen daran hindert, Probleme anzusprechen und sich Hilfe zu holen. Das macht auch die Notwendigkeit einer Enttabuisierung der Thematik und eines breiteren gesellschaftlichen Diskurses deutlich.

Behandlung und Hilfe

Auch wenn die Behandlung einer postpartalen Depression jener anderer Depressionsformen ähnelt, sind hier nochmals spezielle Herausforderungen zu berücksichtigen. In erster Linie brauchen die betroffenen Mütter eine Aufklärung über die Erkrankung sowie eine Normalisierung der Symptomatik und Entlastung von Schuldgefühlen. Für die betroffenen





Der Babyblues kann in den ersten Wochen nach der Geburt auftreten.

Frauen, ihre Partner*innen und das familiäre Umfeld ist es wichtig, die Erkrankung als solche zu verstehen und nicht als Versagen oder Fehler der Mutter aufzufassen. In weiterer Folge ist je nach Möglichkeit darauf zu achten, dass die Schlafqualität der Mütter durch schlafhygienische Maßnahmen verbessert werden kann, um für ausreichend Erholung zu sorgen. Beratung und Anleitung in Bezug auf den Umgang mit dem Kind und dessen Pflege sollten angeboten und sonstige Hilfestellungen sowie gegebenenfalls externe Entlastungssysteme organisiert werden, um eine gute Versorgung des Kindes sicherzustellen und einen entspannten Mutter-Kind-Kontakt zu ermöglichen. Zudem muss vor allem bei einer schweren Depression dringend abgeklärt werden, ob eine stationäre Aufnahme in einer psychiatrischen Abteilung notwendig oder sinnvoll scheint und ob eine zusätzliche Behandlung mit Antidepressiva benötigt wird.

Eine regelmäßige psychologische oder psychotherapeutische Unterstützung ist in jedem Fall empfehlenswert. Dabei können Stressbe-

wältigung, Entspannung, Annahme und Suche von Hilfe, Ressourcen, Beziehungsaufbau zum Kind, Partnerschaft und Aufbau von positiven Aktivitäten thematisiert werden. Der Partner/die Partnerin und das enge Umfeld der Frauen sollten in die Behandlung so gut wie möglich mit einbezogen werden, um eine bestmögliche Unterstützung für sie zu ermöglichen.

Conclusio

Da eine postpartale Depression und vor allem auch der sogenannte *Babyblues* jede Frau betreffen können, ist eine Aufklärung bereits vor der Geburt, durch Hebammen, Fachärzt*innen, Geburtshelfer*innen oder im Zuge der Geburtsvorbereitungskurse, essenziell. Durch eine unterstützende Begleitung während der Schwangerschaft sowie vor und nach der Geburt kann die Entstehung einer Depression abgefedert bzw. schnellstmöglich erkannt und weiter behandelt werden. Zur fachlichen Unterstützung und Früherkennung von behandlungsbedürftigen

Schwierigkeiten gilt es, die aktuelle Lebenssituation der Eltern und des Babys genau zu erfassen. Stress- und Belastungsfaktoren sollten identifiziert, die Mutter-Kind-Interaktion beobachtet werden. Im nächsten Schritt soll gemeinsam nach Lösungen gesucht und geplant werden, durch welche Maßnahmen sich Stressoren reduzieren lassen könnten. Vor allem beim ersten Kind und dem damit einhergehenden Fehlen von Erfahrungswerten sollten konkrete Beratung und Anleitung angeboten werden.

Literatur

- Meisenzahl E, Stegmüller V, Gerbig: Psychische Belastungen in Schwangerschaft und Stillzeit, Stuttgart, Schattauer, 2021.
- Riecher-Rössler A: Depressionen in der Postpartalzeit; in: Riecher-Rössler A (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit, Freiburg, Karger, 2012.
- WHO: Maternal Mental Health (2024), Mental Health and Substance Use (who.int) [Stand 24.04.2024]
- Wolkenstein L: Postpartale Depression, Göttingen, Hogrefe, 2023.

Mag. Dr. Eva Mautner
Klinische Psychologin,
Gesundheitspsychologin

eva.mautner@
uniklinikum.kages.at



Mag. Dr. Maria Deutsch
Klinische Psychologin,
Gesundheitspsychologin

maria.deutsch@
uniklinikum.kages.at



**Hannah Apolloner MA
MSc**
Klinische Psychologin i.A.

hannah.apolloner@
uniklinikum.kages.at



Klinisch-psychologische Beratung und Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch

Mag.^a Verena Wieser

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann eine existenzielle Lebenskrise mit großem Leidensdruck für die betroffenen Paare darstellen.

Assistierte reproduktionsmedizinische Behandlungen stellen für Paare eine emotionale Herausforderung dar. Psychologische Aspekte der Sterilität, die Enttäuschung und Kränkung darüber, als Paar gemeinsam nicht in der Lage zu sein ein Kind zu zeugen, nehmen eine zentrale Rolle in der klinisch-psychologischen Beratung und Behandlung ein.

Psychologische Aspekte

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann mit einem hohen Leidensdruck einhergehen und die gesamte Lebensplanung betroffener Paare in Frage stellen. Assistierte reproduktionsmedizinische Behandlungen können zu einer Schwangerschaft führen, der Erfolg ist jedoch nicht sicher und sie können mit psychischen und körperlichen Belastungen einhergehen. Der Erfolg einer assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung wird von den meisten Paaren überschätzt,

während die psychische Belastung gleichzeitig deutlich unterschätzt wird. Betroffene berichten sowohl von hohen Erwartungen ihres Umfeldes als auch Selbstansprüchen, sowie dem Erleben der Sterilität als kränkend und enttäuschend. Mit zunehmender Dauer des unerfüllten Kinderwunsches rücken andere Lebensbereiche in den Hintergrund und die assistierte reproduktionsmedizinische Behandlung zur Erfüllung des Kinderwunsches wird zur Priorität. Ebenso können nach erfolgreich eingetretener Schwangerschaft am-





© LKH-Univ. Klinikum Graz/M. Kantzaj

Der unerfüllte Kinderwunsch kann verschiedene Ursachen haben und erfordert auch eine fachlich kompetente Abklärung.

bivalente Gefühle, Ängste und Unsicherheiten bzgl. der Entwicklung des Kindes auftreten. Weiters werden im Falle medizinischer Komplikationen häufig Schuldgefühle thematisiert. Ungewollte Kinderlosigkeit kann in Folge zu psychischer Belastung, Problemen in der Partnerschaft, Ängsten und Depressionen führen. Besonders herausfordernd ist es, wenn eine Fremdeizellspende zum Thema wird. Fremdeizellspende ähnelt psychologisch gesehen einer Teiladoption und unterscheidet sich durch die Einbeziehung von Fremden maßgeblich von einer assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung mit eigenen Keimzellen.

Klinisch-psychologische Beratung und Behandlung

Klinisch-psychologische Beratung und Behandlung zielt auf das Erlernen eines Umgangs mit dem un-

erfüllten Kinderwunsch ab. Sie kann dazu dienen, Verhaltensmuster, die den Leidensdruck verstärken, zu erkennen. Paare lernen die Bedeutung des eigenen Kinderwunsches zu verstehen, starke Gefühle zu integrieren und einen individuellen Weg sowie die eigene Geschwindigkeit für die assistierte reproduktionsmedizinische Behandlung zu finden. Es kann das Vertrauen der betroffenen Paare in die eigenen Möglichkeiten zur Bewältigung gesteigert, als auch depressiven Verstimmungen und Ängsten vorgebeugt werden. Wenn eine Fremdeizellspende in Erwägung gezogen wird, sollte idealerweise eine Auseinandersetzung mit dem „Fremden“ noch vor Eintritt einer Schwangerschaft erfolgen. Eine klinisch-psychologische Behandlung und Beratung kann ebenso hilfreich sein, wenn keine Schwangerschaft eintritt und Paare sich von ihrem Kinderwunsch verabschieden.

Zusammenfassung

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann zu einer existenziellen Lebenskrise und psychischen sowie körperlichen Belastungen im Leben der betroffenen Paare führen. Die klinisch-psychologische Beratung und Behandlung kann sowohl dabei unterstützen, einen Umgang mit dem unerfüllten Kinderwunsch zu entwickeln, als auch depressiven Verstimmungen und Ängsten vorzubeugen. Im Kinderwunschzentrum der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist die klinisch-psychologische Beratung und Behandlung ein Teil des interdisziplinären Behandlungsangebots.

Literatur

- AWMF-Leitlinie (2019). Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. URL:016003l_S2k_Psychosom_orient_Diagnostik_Therapie_Fertilitätsstörungen_2020-08.pdf (awmf.org)
- ESHRE European Society for Human Reproduction and Endocrinology, ART fact sheet. Update 2016.
- Kleinschmidt, D., Thorn, P. & Wischmann, T., (2008). Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Kohlhammer Verlag.
- Wallraff, D., Thorn, P., Wischmann, T. (2022). 2. Auflage. Kinderwunsch: Der Ratgeber des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Kohlhammer Verlag.
- Weichberger, A. & Lebersorger, K. (2017). Psychologische Beratung rund um den Kinderwunsch in Österreich. Bedarfsanalyse vor, während und nach einer medizinisch-assistierten Reproduktionstechnik. Psychologie in Österreich, 37, 2017/5, 368-377.
- Wischmann, T. (2003). Psychogene Fertilitätsstörungen. Mythen und Fakten. Zeitschrift: Gynäkologische Endokrinologie 4/2003.

Mag.^a Verena Wieser,
Klinische Psychologin

verena.wieser@
uniklinikum.kages.at
Tel. +43 316 385-87458



© LKH-Univ. Klinikum Graz

Österreichischer Hebammenkongress

Petra Seibitz, Hebammen Leitung

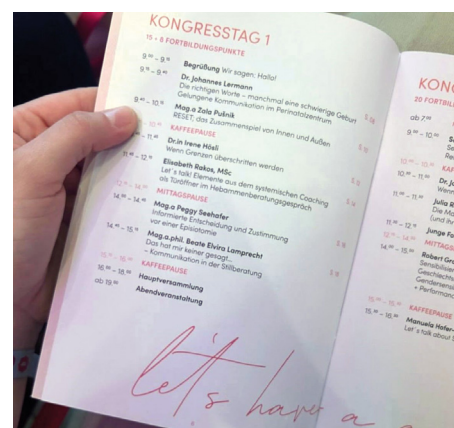
Unter dem Motto „Let's talk about ...“ organisierte die Kärntner Landesgeschäftsstelle des Hebammengremiums zwei spannende und lehrreiche Tage zu diversen Themen mit Schwerpunkt Kommunikation.



Am 23. und 24. April 2024 fand der österreichische Hebammenkongress statt. Insgesamt 18 Hebammen aus dem Kreißaal des LKH-Universitätsklinikum Graz konnten sich dieses Jahr in Villach informieren, weiterbilden – und sich und ihren Beruf im Rahmen einer unterhaltsamen Abendveranstaltung feiern.

„Say it out loud!“

„Wir geben Müttern eine Stimme. Wir geben Schwangeren eine Stimme. Wir geben Neugeborenen eine Stimme. Aber diesmal sprechen wir über uns.“ Die scheinbar trockene Thematik Kommunikation wurde vom Organisationsteam spannend umgesetzt und sogar die eine oder andere Überraschung sollte am Programm stehen. Der diesjährige Hebammenkongress



Der Hebammenkongress 2024 fand in Villach statt.

bot nicht nur Gelegenheit, sich auf den neuesten Stand der Thematik zu bringen, sondern wurde auch zur Bühne für die Überreichung des Ehrenzeichens des Landes Kärnten: Landeshauptmann Peter Kaiser ehrte damit Gottfrieda



Auch für den Austausch mit Kolleg*innen bei Kaffee und Kuchen fand sich Zeit.



Das Duo „Mango Deluxe“ trug am ersten gemeinsamen Abend das Hebammenlied vor



© Hebammengremium Kärnten (2)

Lamprecht (86), die älteste noch aktive Hebamme Österreichs, für ihren unermüdlichen Einsatz seit dem Jahre 1957. Damals arbeitete sie als freiberufliche Hebamme in Bad Eisenkappel. Ein Auto hatte sie nicht, weshalb sie mit dem Fahrrad oder sogar mit der Feuerwehr zu den Geburten ausrückte. Aber nicht nur Gottfrieda Lamprecht, sondern auch die Hebammen Österreichs wurden im Rahmen der Veranstaltung besonders geehrt.

Das Team des Kärntner Hebammengremiums sorgte auch für musikalische Unterhaltung. Zu Ehren aller Hebammen wurde ein Song rund um den Hebammenalltag komponiert und von dem IndiePop Duo „Mango Deluxe“ vorgetragen. Die Pausen wurden zum allgemeinen Netzwerken genutzt, man traf alte Studien-, oder Arbeitskolleginnen wieder, begrüßte sie freudig und genöß gemeinsam den einen oder anderen Kaffee mit Kuchen. Den Abschluss des ersten Kongresstages stellte die alljährliche Vollversammlung des österreichischen Hebammengremiums dar. Wesentliche Neuerungen wurden präsentiert und Mitglieder, zur

Zufriedenheit aller anwesenden Hebammen, einstimmig erneut in den Vorstand gewählt.

Den ersten Tag des Kongresses konnte das Hebammenteam mit einer rundum gelungenen Abendveranstaltung ausklingen lassen. Nach einem hervorragenden, mehrgängigen Menü boten die Cocktailkreationen von World Champion Mario Hofferer ein weiteres Highlight. Durch die zauberhafte Einlage von „Magier-Rockstar“ Ben Hyven und viel Stimmung mit musikalischer Untermauerung vom Djane-Pult war der Abend ein voller Erfolg – ein perfekter Abschluss eines wohlverdienten Feierabends.

Der zweite Tag startete zum Ausgleich ganz entspannt mit einer Morning-Flow-Yogaeinheit und ging dann mit dem ersten Vortrag zum Thema „Second Victims in der Medizin“ in die zweite Runde. Von wesentlichen Informationen über das Schütteltrauma bis hin zu den spannenden Bachelorarbeiten Kärntner Studierender wurde das Team erneut mit reichlich wertvollen Informationen versorgt. Für einen emotionalen Ab-

schluss sorgte dann Kaisa Pušnik mit ihrer Performance „Pink Andorra“. Im Anschluss an den Vortrag „Gendersensible Kommunikation und Begleitung“ von Robert Grollitsch, in welchem auf die Sensibilisierung für die Vielfalt von sexuellen Orientierungen, Geschlechtsidentitäten und Familienkonstellationen aufmerksam gemacht wurde, bot die Künstlerin mit Transgenderhintergrund eine emotionale Darstellung in Form von Ausdruckstanz und Gesang – inklusive Standing Ovationen aus dem Publikum.

Alles in allem waren es zwei sehr gelungene, abwechslungsreiche und lehrreiche Kongresstage in Kärnten, welche bestimmt noch für einen längeren Zeitraum in den Köpfen unserer Hebammen bleiben.

Dana-Daria Koleritsch,
Hebamme

dana-dariaanna.
koleritsch@uniklinikum.
kages.at
Tel. +43 316 385-81091



© privat

Gynäkologie

Österreichisches Team im Einsatz in Ghana

DDr.ⁱⁿ Nadja Taumberger



Dr. Isabella Pfnüß, Dr. Verena Lessiak und Dr. Ibrahim Friko bei einer vaginalen Hysterektomie



Hebamme Ama bei der täglichen Patientinnenaufklärung über Cervixkarzinomprävention

Von 3. Februar bis 29. März 2024 war ein 16-köpfiges österreichisches Einsatzteam der deutschen NGO Medical Support in Partnership (MSIP, www.msipev.de) im Holy Family Hospital (HFH) in Techiman, Ghana, im Einsatz.

Techiman liegt im Landesinneren an einem wichtigen Verkehrsknotenpunkt und der Verbindungsstraße von Accra, der Hauptstadt Ghanas, nach Burkina Faso.

Unser interdisziplinäres Team bestand aus den Hebammen Eva Schindler-Lausecker und Alexandra Haider, den Ärztinnen Nadja Taumberger, Andrea Grisold, Isabella Pfnüß, Neli Semrl und Elisabeth Rogatsch aus Graz, sowie neun weiteren Kolleg*innen aus anderen Bundesländern. Der Fokus unserer Tätigkeit lag in Absprache mit den lokalen Kolleg*innen auf der operativen Urogynäkologie, der Ultraschallausbildung, der Hygieneevaluierung und

der Etablierung einer innovativen HPV-basierten Gebärmutterhalskrebsvorsorge.

Das urogynäkologische Team fokussierte sich auf die vaginale Chirurgie wie Gebärmutterentfernungen, Blasenraffungen und Fistelverschlüsse. Dies wird das operative und therapeutische Spektrum des Descensus und der Inkontinenz, welche bei einer Parität von 3,5 Kinder pro Frau ein großes Problem darstellen, langfristig erweitern und so die Lebensqualität

der Frauen verbessern. Pränataldiagnostik und Ultraschalltraining mit den lokalen Kolleg*innen waren mit dem bereits vorhandenen Ultraschallgerät gut möglich.

Im Rahmen eines Projekts zur Neu-etablierung der Zervixkarzinomvorsorge haben wir im Vorfeld mittels Crowdfunding 15.000 Euro akquiriert, um das Equipment für ein HPV-basiertes Screening im HFH kaufen zu können. Unser Team aus Österreich, das der Türkei und das aus England haben ein Studienprotokoll für eine Pilotstudie erarbeitet, um den 1.000 eingeschlossenen Frauen eine gratis Vorsorgeuntersuchung und den ghanaischen Kolleg*innen eine Ausbildung in der Kolposkopie zu ermöglichen. So wurden von uns 350 Patientinnen kolposkopiert, einige davon gleich mit Thermokoagulator behandelt und neben Aufklärung auch 180 HPV-Abstriche durchgeführt. Das Training umfasste neben Ärzt*innen vor allem Hebammen, die in Ghana einen wichtigen Teil der Vorsorge übernehmen und welche sich unglaublich engagiert, motiviert und talentiert zeigten.

Da im HFH jährlich über 4.500 Kinder zur Welt kommen, fokussierte sich ein Teil unseres Teams auf die Geburtshilfe und die Ausbildung der Hebammen vor Ort. Die Hebammen aus unserem Team führten ein Simulationstraining für geburtshilfliche Notfälle inklusive Schulterdystokie durch, evaluierten den Kreißsaal sowie die Antenatal Clinic (ANC), wo jährlich etwa 30.000 Untersuchungen stattfinden, und schulten die Hebammen vor Ort in der CTG-Interpretation.

Neben der klinischen Arbeit führte Dr. Grisold eine Hygieneevaluierung vor Ort durch und gab dem OP-Personal wichtige Tipps und Feedback für die Optimierung und den Ausbau der vorhandenen Möglichkeiten.

Die Motivation und das Engagement der ghanaischen Kolleginnen sowie die schnellen Fortschritte, die wir beim Kolposkopie- und Geburtshilfe Teaching sowie im OP gesehen haben, waren beeindruckend und inspirierend. Unsere gemeinsamen Anstrengungen führten zu 33 urogynäkologischen Operationen, zahl-

reichen Ultraschalluntersuchungen und der Eröffnung der Gebärmutterhalskrebsvorsorgeambulanz mit dem nun etablierten Spektrum von HPV-Abstrichen, Thermokoagulation, Kolposkopie sowie PAP-Abstrichen. Diese Erfahrungen verdeutlichten uns einmal mehr, dass unsere Arbeit vor Ort weit über das hinausgeht, was durch Zahlen und Fakten ausgedrückt werden kann. Im Gegensatz zu Österreich wird in Ghana alles wiederverwendet und so ressourcenschonend wie möglich gearbeitet. Weiters haben uns die Herzlichkeit und Offenheit der ghanaischen Kolleg*innen und der Bevölkerung tief berührt. Im Herbst 2024 werden wir vor Ort die Pilotstudie abschließen und die Einsätze für die kommenden Jahre planen.

DDr.ⁱⁿ Nadja Taumberger

nadja.taumberger@
medunigratz.at
Tel. +43 316 385-80834



© LKH-Universität Klinikum Graz



Erfolgreiche Etablierung und Installierung der PCR Maschine im HFH für die Cervical Cancer Screening Unit durch Alper Cinar (li.) gemeinsam mit Dr. Lessiak, DDr. Taumberger, Hebamme Ama, Dr. Pfnüß und Hebamme Angi

Für das Zervixkarzinom-screening in Ghana sowie unsere NGO suchen wir finanzielle Unterstützung. Wenn Sie Interesse oder Ideen haben, wie Sie uns unterstützen können, freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme unter **nadja.taumberger@medunigratz.at**. Gezielte Sachspenden sind ebenfalls immer willkommen. Weiters stellen wir bei Interesse auch gerne Spendenboxen sowie Informationsmaterial für Ihre Praxen bereit.

Weitere Informationen finden Sie auf **www.msipev.de**.

Arbeit gegen FGM/C der Koordinationsstelle des Roten Kreuzes mit der Frauenklinik mit dem Grazer Frauenpreis geehrt

Dr.ⁱⁿ Marie-Christine Bertholin y Galvez



Das Team des Roten Kreuzes und Marie-Christine Bertholin y Galvez (2. von rechts auf den Bildern oben) wurden für ihr Engagement mit dem Grazer Frauenpreis ausgezeichnet.

Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) bedeutet „die teilweise oder totale Entfernung oder sonstige Verletzung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane aus nicht medizinischen Gründen.“ (WHO, 2008). FGM/C ist eine Menschenrechtsverletzung. Die Praktik verletzt unter anderem die Kinderrechte, das Recht auf körperliche Unversehrtheit und Gesundheit; sie ist eine unmenschliche und erniedrigende Behandlung und gilt als geschlechtsspezifische Gewalt und Diskriminierung von Frauen und Mädchen.

Laut Schätzungen der WHO sind jährlich rund drei Millionen Mädchen dem Risiko einer Beschneidung ausgesetzt und weltweit gibt es über 200 Millionen Betroffene. Mindestens 44 Millionen Betroffene sind jünger als 15 Jahre (WHO 2017). Aktuell leben in Österreich ca. 11.000 von FGM/C betroffene oder gefährdete Mädchen und Frauen, davon ca. 1.000 in der Steiermark. Die Beschneidung findet meist vor der Pubertät statt, häufig bei Mädchen zwischen dem dritten und neunten Lebensjahr. Die Praktik

der Beschneidung erstreckt sich über den gesamten Äquatorialstreifen, allerdings wird mittlerweile durch Migration und Zuwanderung auch in Europa beschnitten. Die Vornahme von FGM/C ist in Österreich strafbar; sie gilt als Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen.

2023 wurden mit Unterstützung des Bundeskanzleramtes österreichweit FGM/C-Koordinationsstellen eingerichtet, um betroffene Frauen medizinisch durch geschulte Personen betreuen zu können (www.fgm-koordinationsstelle.at). In der Steiermark wird die Koordinationsstelle von dem Roten Kreuz (Eva Tiefengraber) betreut und es wurde eine FGM/C-Ambulanz an der Frauenklinik eingerichtet (Dr. Bertholin y Galvez). Betroffene Frauen in der Steiermark können über die FGM-Koordinationsstelle in Begleitung einer Dolmetscherin zu den Ambulanzterminen kommen oder auch über externe Zuweiser*innen. 2023 konnten 55 betroffene Frauen betreut und behandelt werden. Die meisten unserer Patientinnen wünschen sich in erster Linie eine Linderung der Schmerzen oder der Probleme beim Harnlassen

oder beim Geschlechtsverkehr. Nur wenige ziehen eine chirurgische Maßnahme in Betracht, da sie nicht noch einmal verletzt werden wollen. Die meisten Frauen waren davor noch nie bei einer Frauenärztin und haben keinerlei anatomische Vorkenntnisse. Sie kommen aus unterschiedlichen Ländern und Kulturen, manche haben Kinder, andere nicht, sie sind zwischen 17 und 55 Jahre alt, mit unterschiedlichem Bildungsstand, aber eine Frage ist am Ende der Untersuchung bei allen Frauen gleich: „Was haben sie mir alles weggeschnitten?“ Im Mai 2024 wurde die Arbeit gegen FGM/C und Gewalt an Frauen der Koordinationsstelle des Roten Kreuzes in Zusammenarbeit mit der Frauenklinik LKH Graz mit dem Grazer Frauenpreis geehrt.

Dr.ⁱⁿ Bertholin y Galvez

marie.bertholinygalvez@
medunigraz.at
Tel. +43 316 385-83334



Rekrutierende klinische Studien an der Frauenklinik/Gynäkologie Sommer 2024

	Ansprechpartner
Benigne GYN/Urogynäkologie	
AMALIA. Akupunktur bei chronischen Unterbauchschmerzen und Vulvodynie	gerda.trutnovsky@medunigraz.at
AMELIE. Anchored Muscle Cells for Anal Incontinence. In Vorbereitung.	andrea.frudinger@medunigraz.at
IUL: IntraUrethrale Lasertherapie bei Belastungsinkontinenz	daniela.gold@medunigraz.at gerda.trutnovsky@medunigraz.at
LYDIA. Lasertherapie bei Vulvodynie	gerda.trutnovsky@medunigraz.at
Dysplasie	
CINTEC (AGO 49): Prädiktion der CIN in der Schwangerschaft	heidrun.sagmeister@medunigraz.at daniela.gold@mednigraz.at
Familiäre Karzinombelastung	
TUBA-WISP II Study: TUBectomy with delayed oophorectomy as an Alternative to salpingo-oophorectomy in high-risk women. www.tuba-wisp.org	elisa.sieghartsleitner@medunigraz.at
BRCA-P Study. Denosumab vs. placebo for prevention of breast cancer in women with a BRCA1 mutation. www.brcapstudy.org	nicole.schreiner@medunigraz.at
GYN Onkologie	
Frühes Mammakarzinom (Early Breast Cancer, EBC)	
ABCSG60- CAMBRIA I: Camizestrant vs. Standard-Endokrintherapie bei Östrogenrezeptorpos., HER2-neg. Mammakarzinom nach adjuvanter Endokrintherapie +/- CDK4/6 Inhibitor	nicole.schreiner@medunigraz.at
EMBER-4: Imlunestrant vs. adjuvante endokrine Standardtherapie bei Östrogenrezeptorpos., HER2-neg. Mammakarzinom im Frühstadium und erhöhtem Rezidivrisiko nach vorangegangener endokriner Therapie	hermann.fuchs@medunigraz.at
TROPION-Breast0 4: Dato-DXd plus Durvalumab vs. Pembrolizumab plus Chemotherapie bei zuvor unbehandeltem triple-negativem Brustkrebs (TNBC) oder HR-negativ/HER2-negativem Brustkrebs	hermann.fuchs@medunigraz.at
Fortgeschrittenes Mammakarzinom	
Viktoria-1: Gedatolisib mit Palbociclib und Fulvestrant vs. Standardtherapien bei HR-pos., HER2-neg. fortgeschrittenem Mammakarzinom nach Vorehandlung mit einem CDK4/6-Inhibitor in Kombination mit einem nicht-steroidalen Aromatase-Hemmer	hermann.fuchs@medunigraz.at
VERITAC-2: ARV-471 vs. Fulvestrant bei ER-positivem, HER2-negativem fortgeschrittenem Brustkrebs nach Fortschreiten der Krankheit nach vorheriger endokriner Therapie	angelika.boandl@medunigraz.at
Endometriumkarzinom	
KRT-232-118: Navtemadlin als Erhaltungstherapie bei fortgeschrittenem oder rezidiviertem TP53WT-Endometriumkarzinom	hermann.fuchs@medunigraz.at
Ovarialkarzinom	
MATAO (AGO 65): Erhaltungstherapie mit einem Aromataseinhibitor bei epithelalem Ovarialkarzinom	hermann.fuchs@medunigraz.at
Vulvakarzinom	
GROINSS-V-III: Groningen International Study on Sentinel Nodes in Vulvar Cancer-III. Radiochemotherapie statt kompletter Leistendissektion bei SN-Metastase >2 mm.	karl.tamussino@medunigraz.at angelika.rief@medunigraz.at christoph.wohlmuth@medunigraz.at

News, Termine und Auszeichnungen

„Minijobs“ – gelebter Austausch mit Kliniken in ganz Österreich

Univ.-Prof. Dr. Herbert Fluhr, MHBA, FOÄ Dr. Eva-Christine Weiss

Seit rund zwei Jahren gibt es seitens der Medizinischen Universität Graz sowie auch der KAGes die Möglichkeit, freie Stellenanteile (z. B. auf Grund von Karenzierungen oder Reduktionen des Beschäftigungsausmaßes) für sogenannte „Minijobs“ zu nutzen. Hierbei handelt es sich um drei-

bis sechsmonatige Anstellungen für Kolleginnen und Kollegen aus anderen Kliniken, die hiermit die Möglichkeit bekommen, Einblicke in ein großes Perinatalzentrum zu erhalten. In diesem Kontext konnten wir in den vergangenen zwei Jahren 11 Kolleginnen/Kollegen aus nahezu allen österreichischen Bundesländern bei uns im Rahmen ihrer Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt begrüßen. Neben den damit für alle Beteiligten verbundenen Herausforderungen stehen die positiven Erfahrungen klar im Vordergrund. Gerade von



© LKH-Univ. Klinikum Graz

(v.li.) Dr.ⁱⁿ Lina Yurechko, Dr.ⁱⁿ Anna Fankhauser, Dr.ⁱⁿ Christine Weiss, Dr.ⁱⁿ Lisa Bauer, Univ.-Prof. Dr. Herbert Fluhr, Dr. Bernardas Bausys

Kolleginnen/Kollegen aus kleineren Kliniken ergibt sich in kurzer Zeit ein sehr hoher Lerneffekt und zugleich für uns vor Ort die Möglichkeit, voll im Team mitarbeitende Kolleginnen/Kollegen kennenzulernen und fördern zu dürfen. Hierzu nachfolgend einige Statements von Kolleginnen/Kollegen, die einen „Minijob“ an der Universitätsfrauenklinik Graz absolviert haben.

Dr. Lisa Bauer, Linz: „In Graz angekommen, wurde ich sowohl vom Ärzteteam als auch vom Hebammen- und Pflegeteam herzlich aufgenommen. Gerade da jede Geburt einen individuellen Prozess darstellt, und somit individuelle Betreuung und Entscheidungsfindungen erfordert, finde ich es spannend, über den eigenen Tellerrand zu blicken und in einem neuen Haus neue Blickwinkel und Herangehensweisen zu erleben.“

Dr. Lina Yurechko, Schwarzach im Pongau: „In der Universitätsfrauenklinik Graz durfte ich nicht nur beobachten und zuschauen, sondern auch aktiv und umfassend an der Arbeit teilnehmen. Das hat es mir ermöglicht, meine Fähigkeiten und mein Wissen in einem äußerst fördernden und professionellen Umfeld zu erweitern. Ich bin sehr dankbar für die Chance hier arbeiten zu dürfen und kann dieses Programm allen empfehlen, die ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich der Geburtshilfe vertiefen möchten.“

Dr. Lydia Schermann, Wiener Neustadt: „Ich konnte viel mitnehmen und lernen und bin sehr motiviert, meine positiven Eindrücke in meinem Heimatkrankenhaus einzubringen. Besonders die gut strukturierten Handlungsabläufe sowie die regelmäßigen internen Fortbildungen behalte ich positiv in Erinnerung. Ich habe meine Zeit in Graz als enorme Horizonterweiterung und lehrreiche Erfahrung erlebt, von der ich in meiner täglichen Arbeit profitiere.“

Dr. Lisa Zellnitz, St. Veit an der Glan: „Im Rahmen des Aufenthaltes wurde ich sehr herzlich empfangen und in das bestehende Team integriert. Ich konnte von Beginn an selbstständig in den verschiedenen Ambulanzen, auf den Stationen und im Kreißsaal arbeiten und habe auch Nachtdienste absolviert – so war es mir möglich in den sechs Monaten sehr viele verschiedene Eindrücke zu sammeln.“

Dr. Stefanie Gusenbauer, Linz: „Ich konnte einen umfassenden Einblick in die Geburtshilfe gewinnen. Sowohl die zahlreichen Geburten als auch die Betreuung von Risikoschwangerschaften und Schwangerschaften an der Grenze zur Lebensfähigkeit garantieren eine steile Lernkurve. Ausgestattet mit wertvollem Wissen und Fertigkeiten, konnte ich anschließend an meine Ausbildung problemlos anknüpfen.“

Dr. Ulrike Hauer, Linz: „Den Einblick in die Risikogeburtshilfe und in die Strukturen einer für mich neuen Abteilung habe ich als bereichernd wahrgenommen. Die Arbeit geht mit viel Verantwortung einher, trotzdem gelingt es dem Team, einem viel Vertrauen entgegenzubringen und gibt einem so die Möglichkeit, in den drei Monaten so viel wie möglich zu erlernen.“

Dr. Anna Fankhauser, Spittal an der Drau: „Ich startete meine sechsmonatige Rotation an der Universitätsfrauenklinik Graz, welche mir die Möglichkeit gibt, Einblicke in die Risikogeburtshilfe zu bekommen. Mein persönliches Ziel ist es, Notfälle in der Geburtshilfe rechtzeitig zu erkennen und richtig zu handeln, so viele Pathologien wie möglich zu sehen und aus ihnen zu lernen, um meinen zukünftigen Patientinnen die bestmögliche Behandlung zu garantieren.“

Wir freuen uns über die Möglichkeit seitens der Medizinischen Universität Graz sowie der KAGes, entsprechend freie Stellenanteile nutzen zu können und hiermit gleichzeitig Kolleginnen/Kollegen in Ausbildung – klar einen universitären Gedanken verfolgend – Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Risikogeburtshilfe zu bieten.



Ao. Univ.-Prof.
Dr. O. Reich

Refresher Kolposkopie und Basiskurs zum Kolposkopiediplom

Wann: 25. Oktober 2024

Wo: Hörsaal der Univ.-Frauenklinik, Auenbruggerplatz 14, 8036 Graz

Veranstalter: AG Kolposkopie in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Gynäkologie der Univ.-Frauenklinik

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. O. Reich

Grundlagen der Kolposkopie sollen erlernt und als Refresher für Fachärzt*innen angeboten werden. Erfahrene Kolposopielehrer*Innen werden Ihnen wichtige Kenntnisse vermitteln. Der Kurs ist zertifiziert (AG-CPC Deutschland, AKOL Schweiz, AGK Österreich). Teilnehmer*innen aus Österreich erlangen mit der Teilnahme die Mitgliedschaft der AG für Kolposkopie für 2025 (www.kolposkopie.at).

Weitere Informationen dazu:

www.ag-cpc.de

Anmeldung und Programm: →



Podcast: Sprechstunde am Uniklinikum



Weil jede Geburt
etwas Besonderes ist

Hebamme Petra Seibitz und Abteilungsleiter Univ.-Prof. Dr. Herbert Fluhr nehmen Sie mit in den Kreißsaal und erzählen in dieser Podcastfolge, was eine PDA oder Lachgas bewirken, warum der Griff zur Saugglocke kein Grund zur Sorge und bei Zwillingen ein Kaiserschnitt kein Muss ist



(K)Ein Baby
mit über 35?

Univ.-Prof. Dr. Herbert Fluhr erklärt, welche (medizinischen) Konsequenzen es haben kann, wenn eine über 40-jährige Frau das erste Mal Mama wird, wie oft es vorkommt, dass Frauen ab 50 auf natürliche Weise schwanger werden und in wie vielen Fällen bei „alten“ Müttern mittels IVF nachgeholfen wird.



Wenn Schmerzen
die Regel sind

Endometriose ist die häufigste gynäkologische Erkrankung – und wird dennoch oft jahrelang nicht erkannt. Bei jeder zweiten Frau mit unerfülltem Kinderwunsch ist diese Krankheit die Ursache. Priv.-Doz. in Dr. in Monika Wölfler erzählt in dieser Podcastfolge, wie Endometriose erkannt werden kann und wie sie behandelt wird.



Film ab: Willkommen im Kreißsaal!



Der herrliche Garten und die hellen Räume, die mit den modernsten Einrichtungen bestückt sind: In diesem Film können Sie einen Blick in unseren Kreißsaal werfen und einige der Geburtshelfer*innen kennenlernen, die ihrer Berufung mit viel Feingefühl und hoher Kompetenz nachgehen. Ganz dem Filmtitel entsprechend: „Weil jede Geburt etwas Besonderes ist!“





WIR MACHEN ELTERN

KINDERWUNSCH ZENTRUM GRAZ

Infoveranstaltung zu den Themenbereichen:
Kinderwunsch, künstliche Befruchtung,
hormonelle Störungen und deren Abklärung und Therapie



Die Termine für das
Jahr 2024 finden Sie
auf unserer Homepage!



Details finden Sie auf unserer Homepage:
<https://www.uniklinikumgraz.at/frauenklinik/veranstaltungen>



ALLE FRAGEN RUND UM DIE GEBURT

... beantworten wir bei unserem Infoabend
mit anschließender Kreißsaalführung!

Wann: jeden zweiten Mittwoch um 17 Uhr

Wo: Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe des LKH-Univ. Klinikum Graz

Anmeldung bitte unter
elterninformationsabend@uniklinikum.kages.at



Details finden Sie auf unserer Homepage:
<https://www.uniklinikumgraz.at/frauenklinik/veranstaltungen>

Kontakt Daten

Vorstellung der Patient*innen ausschließlich mit Termin und Zuweisung unter:

Klin. Abteilung für Gynäkologie
Tel. 0316/385-83006 bzw. 12502

Klin. Abteilung für Geburtshilfe
Tel. 0316/385-13371 oder 12888
geb_amb_sek@uniklinikum.kages.at

Gyn. Endokrinologie/IVF
Tel 0316/385-12260
kinderwunsch@uniklinikum.kages.at

Notfallversorgung: Mo. bis Fr.: 15:00-07:00 Uhr, Sa., So., Feiertag: 00.00 bis 24:00 Uhr, T. +43 316 385-84184

Für fachliche Fragen wenden Sie sich bitte an das jeweilige Sekretariat:

Klin. Abteilung für Gynäkologie
Tel. 0316/385-12201
Fax 0316/385-13061
gynaekologie@uniklinikum.kages.at

Klin. Abteilung für Geburtshilfe
Tel. 0316/385-17069
Fax 0316/385-14197
geburtshilfe@uniklinikum.kages.at

Gyn. Endokrinologie/IVF
Tel 0316/385-13810
Fax 0316/385-14189
endo-reprod.obgyn@medunigraz.at

Auf unserer Homepage finden Sie unter www.uniklinikumgraz.at/frauenklinik weitere Informationen.