

SPECULUM

GEBURTSHILFE / FRAUEN-HEILKUNDE / STRAHLEN-HEILKUNDE

FORSCHUNG / KONSEQUENZEN

Husslein P

Prophezeiungen für das Jahr 2023

Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2003; 21 (4)
9-11

Homepage:

www.kup.at/speculum

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Prophezeiungen für das Jahr 2023

P. Husslein

Grundsätzliches

- Die Patientenrechte bzw. die Autonomie der Patientinnen und Patienten werden noch weiter an Bedeutung gewinnen. „Shared decision making“ wird als Prozeß der Entscheidungsfindung selbstverständlich werden.
- Der Dokumentationsbedarf wird enorm zunehmen. Durch verbesserte Computer bzw. andere technische Hilfsmittel wird der damit verbundene Aufwand erträglich sein. Jedenfalls wird es möglich und aus forensischen Gründen auch unabdingbar notwendig sein, jeden einzelnen Schritt in der Beratung und Behandlung lückenlos retrospektiv nachvollziehen zu können.
- Neben den grundsätzlich „sozialversicherungspflichtigen“ Leistungen wird eine Reihe von Diagnose- oder Therapieformen ausschließlich von der Patientin bzw. evtl. ihrer Privatversicherung zu zahlen sein (vergleichbar den individuellen Gesundheitsleistungen – IGEL – des derzeitigen deutschen Systems). Patientinnen und Patienten werden auch einen Teil der Sozialversicherungskosten über Selbstbehalte oder selbst zu finanzierende Versicherungen beisteuern müssen. Der soziale Aspekt wird bei der Festlegung der Höhe des Selbstbehalts einfließen (von 0–100 %).
- Am Gesundheitsmarkt werden sich zahlreiche private Anbieter ge-

genseitig – hoffentlich befruchtend – konkurrenzieren; auch die öffentliche Hand wird sich derer bedienen.

- Beratungsgespräche (ohne irgendwelche diagnostische Maßnahmen) werden einen beträchtlichen Teil der Ordinationstätigkeit niedergelassener Ärzte beanspruchen.
- Therapien werden in vielen Bereichen spezifischer – idealerweise nur für Betroffene – eingesetzt werden; großflächig Routinemaßnahmen werden seltener Anwendung finden. So wird beispielsweise der fetale Rhesusfaktor nichtinvasiv aus dem mütterlichen Serum bestimmbar sein, so daß die pränatale Rhesusprophylaxe gezielt und nicht für alle Rhesusnegative Mütter eingesetzt werden wird.

a) Geburtshilfe und fetomaternale Medizin

- Die durchschnittliche Anzahl der Kinder wird in den Ländern der 1. Welt von derzeit rund 1,3 pro Familie auf deutlich unter 1 sinken.
- Geburtshilfliche Abteilungen werden nur mehr jenseits einer kritischen Größe von wahrscheinlich über 1.000 Geburten pro Jahr existieren. Dabei wird es eine klare Triage in Grundversorgungs- und Schwerpunkt-Krankenhaus sowie Perinatalzentrum geben.
- Spitäler werden in Zukunft nur mehr die Leistungen erbringen, die notwendigerweise in einem Spital erbracht werden müssen. Ambulante Leistungen werden im niedergelassenen Bereich, in Ambulatorien und nur in Ausnahmefällen im Ambulanzbereich eines Spitals erfolgen. Stationäre Aufenthalte werden drastisch kürzer sein als heute. Ein beträchtlicher Teil der Operationen wird tagesklinisch oder ambulant durchgeführt werden.
- Die Geburtsmethode der Wahl wird weitgehend der elective Kaiserschnitt sein. Vaginale Geburten werden nur nach besonderer Aufklärung über damit verbundene Risiken „auf beson-



deren Wunsch“ erfolgen. Dies gilt insbesondere für Erstgebärende.

- Die Bedeutung der Geburt wird gegenüber der Betreuung der Schwangerschaft zurückgehen. Diese wird aber nicht nur unter dem Blickwinkel der Geburt eines gesunden Kindes, sondern – im Sinne der „Barker-Hypothese“ – im Hinblick auf die Schaffung günstiger intrauteriner Voraussetzungen für das spätere Leben betrachtet werden. Es wird sich nämlich eine indirekte Verknüpfung von chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und des Stoffwechsels im erwachsenen Alter mit Vorschädigungen als Folge eines ungünstigen intrauterinen Milieus in der Fetalperiode zeigen, so daß günstige Rahmenbedingungen für die embryonale und fetale Entwicklung von herausragender Bedeutung für die Gesundheit im späteren, durchaus auch höheren Lebensalter sein werden. Damit wird die Bedeutung der Qualität der Schwangerschaftsbetreuung eine völlig neue, gesellschaftlich äußerst wichtige Dimension erlangen.
- Bereits im ersten Trimenon wird es weitgehend möglich sein, zwischen „Low-Risk“ und „High-Risk“ Schwangeren zu unterscheiden. Erstere werden vornehmlich durch Hebammen, Psychologen, Sozialarbeiter etc. betreut werden und nur in Ausnahmefällen „einen Arzt sehen“. High-Risk-Schwangere werden intensivst mit allem zur Verfügung stehendem, auch technischem Know-how ausschließlich an dafür spezialisierten Zentren betreut werden (siehe oben beschriebenes 3-Stufenkonzept der geburts-hilflichen Betreuung).
- Durch die laufende Verbesserung der Screening-Möglichkeiten für chromosomale Anomalien wird es gelingen, die Rate invasiver Abklärungsnotwendigkeiten wegen des Verdachts auf Aneuploidien auf rund 1 % zu senken. Diese geringe Punktionsnotwendigkeit wird gleichzeitig durch die große Anzahl von zusätzlichen Untersuchungsmöglichkeiten konterkariert, weil das Indikationsspektrum für Punktionsen aus anderen Gründen erweitert werden wird.
- Die Anzahl der Mehrlingsschwangerschaften wird aufgrund von Strategie-Änderungen der Reproduktionsmedizin (siehe unten) sinken. Höhergradige Mehrlingsschwangerschaften werden

nach Aufklärung und über Wunsch der betroffenen Eltern häufig „reduziert“ werden.

b) Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

- Wiewohl die Reproduktionsrate in der 1. Welt insgesamt abnehmen wird, wird die gesellschaftliche Bedeutung der ungewollten Kinderlosigkeit zunehmen.
- Aufwendige Abklärungen bzw. umständliche Behandlungsschemata werden zugunsten einer raschen Indikation zur In-vitro-Fertilisation (IVF) zurückgedrängt werden.
- Im Zuge der IVF wird es Methoden geben, die die Qualität der Embryonen – insbesondere auch deren chromosomale Zusammensetzung – besser abschätzen können. Damit wird die Implantation von nur mehr einer Blastozyste möglich und letztlich die Regel werden. Die Erfolgsquote pro eingesetzter Blastozyste wird dadurch sprunghaft ansteigen.
- Untersuchungen am Embryo (möglicherweise auch durch Präimplantationsdiagnostik, wenn der Gesetzgeber dem schlußendlich zustimmt), werden Möglichkeiten schaffen, eine große Anzahl von genetischen Erkrankungen oder zumindest Prädispositionen bereits im Reproduktionslabor zu entdecken. Das wird einen Einfluß auf die Auswahl der zu implantierenden Embryonen haben.
- Forschung an embryonalen Stammzellen wird zugelassen werden. Daraus resultierende therapeutische Ansätze werden vielversprechend sein, aber noch nicht allzu sehr in die Routine Eingang gefunden haben. Dieser Zugang wird andere Stammzellentherapien in den Hintergrund drängen. Ethische Bedenken werden in dem Moment fallen, als die Erfolge sichtbar sind.

c) Gynäkologie und gynäkologische Onkologie

- Verbesserungen der Onkologie werden nahezu ausschließlich in der Prävention (unter anderem durch in ihrer Wirksamkeit nicht zu unterschätzende Modifikationen des „Lifestyles“) und der Früherkennung liegen.

- Onkologische Operationen werden nur mehr an dafür spezialisierten Zentren erfolgen.
- Die Bedeutung der Chemotherapie wird abnehmen.
- Inkontinenz – insbesondere im Alter – wird ein wichtiges Gebiet der „Altersgynäkologie“ werden.

d) Methoden, die sich trotz derzeit großer Hoffnungen nicht wesentlich weiter entwickeln werden

- Nabelschnurstammzelltherapie
- Immuntherapie in der Onkologie
- Genterapie

Peter Husslein

Geboren 1952 in Wien. Medizinstudium in Wien, nach 10 Semestern Promotion *sub auspiciis praesidentis rei publicae* 1975. Welthandelstudium in Wien, Abschluß der ersten Diplomprüfung. Facharztausbildung in Innsbruck, Salzburg und Wien. Zahlreiche Auslandsaufenthalte, unter anderem 6 Monate geburtshilflich-gynäkologische Tätigkeit in Togo/Lome, Westafrika, eineinhalbjährige Forschungstätigkeit an der Cornell Medical School in New York. 1985 Habilitation: „Die Bedeutung von Oxytocin und Prostaglandine für den Geburtsmechanismus beim Menschen“. 1992 ordentlicher Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie und Leiter der I. Universitäts-Frauenklinik Wien. Im Zuge der Neustrukturierung der Universitätsklinik für Frauenheilkunde seit 1993 Leiter der Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie. Seit 1996 Vorstand der Universitätsklinik für Frauenheilkunde. Seit 1998 Mitglied des Fakultätskollegiums der Medizinischen Fakultät der Universität Wien und vorübergehend stellvertretender Kuriensprecher der Kurie Professoren.

Mitgliedschaften und Funktionen: Herausgeber und Mitglied des Editorial Boards zahlreicher internationaler wissenschaftlicher Zeitschriften; Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Österreichischen Gesellschaft für Prä- und Perinatalen Medizin sowie des Österreichischen Grünen Kreuz; gerichtlich beeideter Sachverständiger

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Humangenetik, Wehenforschung, Frühgeburt

Korrespondenzadresse:

o. Univ.-Prof. Dr. med. Peter Husslein
 Universitätsklinik für Frauenheilkunde
 A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
 E-mail: Peter.Husslein@akh-wien.ac.at

ANTWORTFAX

SPECULUM

Hiermit bestelle ich

ein Jahresabonnement
(mindestens 4 Ausgaben) zum
Preis von € 36,- (Stand 1.1.2006)
(im Ausland zzgl. Versandkosten)

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

Einsenden oder per Fax an:

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft,
Postfach 21, A-3003 Gablitz, **FAX: +43 (0) 2231 / 612 58-10**

Bücher & CDs
Homepage: www.kup.at/buch_cd.htm

Unsere Sponsoren:

BA**CA** Real Invest

Real Invest Austria.
Der erste österreichische Immobilienfonds.

☎ 01/331 71-9000
oder www.realinvest.at.