



gemeinsam
gut entscheiden

CHOOSING WISELY AUSTRIA



Die Top 5

Gynäkologie



Die Top 5 der Gynäkologie. Was ist das?

Wussten Sie schon, dass regelmäßige Untersuchungen bei der Frauenärztin oder beim Frauenarzt zwar sinnvoll sind, viele Früherkennungsuntersuchungen jedoch zu häufig durchgeführt werden? Oder dass eine Geburt lieber nicht künstlich eingeleitet werden sollte, außer es ist medizinisch notwendig?

In diesem Heft finden Sie die fünf wichtigsten Behandlungen und Untersuchungen in der Frauenheilkunde, die wenig Nutzen, aber viele Nachteile haben. Gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe haben wir sie sorgfältig ausgewählt, mit Hilfe aktuellster wissenschaftlicher Erkenntnisse überprüft und in kompakter Form für Sie zusammengefasst.

Unser Ziel: Gemeinsam die Versorgung in der gynäkologischen und geburtshilflichen Praxis zu verbessern.

1

Keine Suche nach Eierstockkrebs bei Frauen ohne erhöhtes Risiko

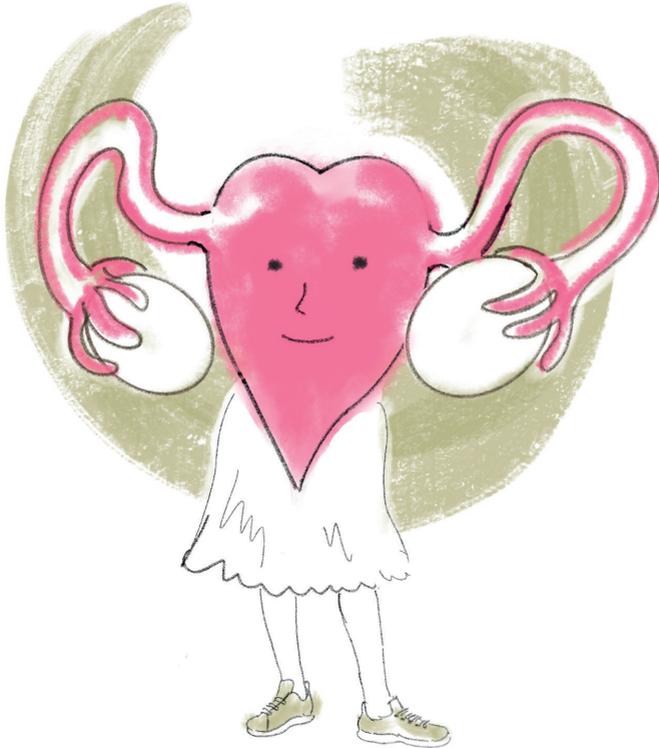
Mit regelmäßigen Untersuchungen bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt sollen Erkrankungen frühzeitig entdeckt werden. Mit Ultraschall oder dem Test auf Tumormarker im Blut können auch die Eierstöcke untersucht werden. Das Risiko, an Eierstockkrebs zu erkranken oder zu versterben, können solche Früherkennungsuntersuchungen jedoch nicht verringern. Sie machen also nur für Frauen Sinn, deren

Für Frauen ohne erhöhtes Risiko werden Routineuntersuchungen auf Eierstockkrebs nicht empfohlen. Der mögliche Schaden überwiegt den Nutzen.

Risiko für Eierstockkrebs besonders hoch ist, etwa weil nahe Verwandte daran erkrankt sind, oder weil sie eine seltene genetische Veränderung aufweisen. Für Frauen ohne erhöhtes Risiko haben Früherkennungsuntersuchungen auf Eierstockkrebs mehr Nachteile, als sie nützen: Ultraschall und

Blutuntersuchung liefern bei 4 von 10 Frauen ein auffälliges Ergebnis, obwohl sie keinen Krebs haben. Solche falschen Ergebnisse können Angst machen und seelisch sehr belastend sein. Einige Frauen werden sogar wegen eines falschen Verdachts operiert, obwohl sie keinen Eierstockkrebs haben. Diese nicht notwendigen Eingriffe haben gewisse Risiken: Bei 3 bis 15 von 100 Frauen, die an den Eierstöcken operiert werden, kommt es zu unerwarteten Komplikationen wie Blutungen, Infektionen, Verletzung anderer Organe oder Thrombosen.

Risiko für Eierstockkrebs nicht erhöht?
Dann sollte man nicht danach
suchen – denn das schadet
meist mehr, als es nützt.



Keine frühzeitige Behandlung von B-Streptokokken bei Schwangeren

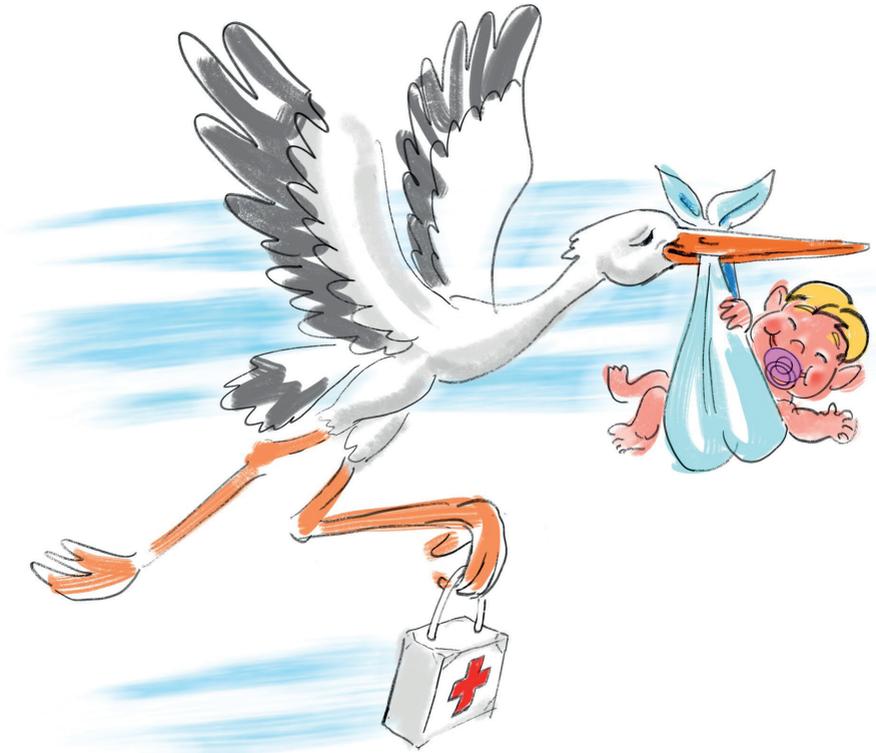
B-Streptokokken sind Bakterien, die häufig in der Scheidenflora zu finden sind und in der Regel keine Beschwerden verursachen. Neugeborenen können B-Streptokokken aber gefährlich werden, wenn sie während der Geburt von der Mutter auf das Kind übertragen werden. Das geschieht nicht sehr häufig: Von 100 Frauen mit B-Streptokokken werden diese nur in ein bis zwei Fällen auf die Neugeborenen übertragen.

B-Streptokokken in der Scheidenflora können zu einer Gefahr für ein Neugeborenes werden. Antibiotika können das Kind schützen, jedoch nur dann, wenn sie während der Geburt eingesetzt werden.

Diese Kinder können mitunter schwer erkranken und eine Lungenentzündung, Hirnhautentzündung oder Blutvergiftung entwickeln. Fünf von 100 erkrankten Babys versterben an der Infektion.

Um dem vorzubeugen, wird im letzten Schwangerschaftsdrittel eine Untersuchung auf B-Streptokokken empfohlen. Werden welche nachgewiesen, sollten Mütter eine Therapie mit einem Antibiotikum erhalten – allerdings erst zum Zeitpunkt der Geburt. Das Risiko einer Streptokokken-Infektion des Neugeborenen kann dadurch deutlich verringert werden. Laut Studien ist eine zu frühe Behandlung, etwa im letzten Schwangerschaftsdrittel, nicht wirksam: Bis zur Geburt sind die B-Streptokokken in den meisten Fällen wieder zurück.

B-Streptokokken bei Schwangeren:
Antibiotika ja – aber erst
bei der Geburt.



Kein Doppler-Ultraschall der Nabelschnur bei unkomplizierten Schwangerschaften

Während das Kind im Mutterleib heranwächst, wird es von der Mutter mit Nährstoffen und Sauerstoff versorgt. Dabei spielt die Nabelschnur eine zentrale Rolle: Sie transportiert Nährstoffe und Sauerstoff zum Kind. Ob das Kind gut versorgt ist, kann durch eine Untersuchung mit Doppler-Ultraschall der Nabelschnurarterien überprüft werden. Sie zeigt, wie schnell das Blut durch die Arterien der Nabelschnur fließt.

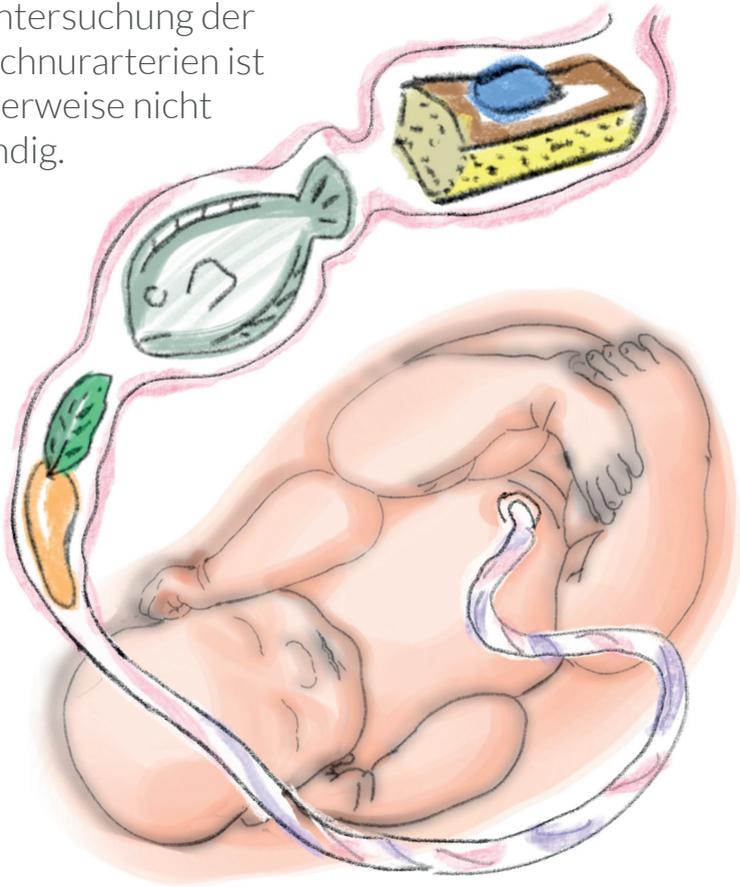
Ein Doppler-Ultraschall der Nabelschnurarterien ist bei unkomplizierter Schwangerschaft nicht nötig. Anders bei Gefahr einer mangelhaften Versorgung des Kindes: Da macht eine Untersuchung Sinn.

Bei Frauen mit unkomplizierter Schwangerschaft ist diese Untersuchung jedoch nicht notwendig. Studien zeigen weder einen Einfluss auf die – ohnehin sehr niedrige – Sterberate bei Neugeborenen, noch auf andere unerwünschte Ereignisse wie die Aufnahme auf eine Intensivstation oder einen ungeplanten Kaiserschnitt. Solche Ereignisse waren bei allen untersuchten Schwangeren ähnlich häufig – egal ob mit Doppler-Ultraschall oder ohne.

Anders ist es bei einer Hochrisiko-Schwangerschaft, zum Beispiel wenn eine Frau zu hohem Blutdruck oder Diabetes hat, oder wenn das Kind zu klein ist: Hier führt die Untersuchung zu weniger Todesfällen unter den Neugeborenen, und auch Kaiserschnitte sind seltener nötig.

Anders ist es bei einer Hochrisiko-Schwangerschaft, zum Beispiel wenn eine Frau zu hohem Blutdruck oder Diabetes hat, oder wenn das Kind zu klein ist: Hier führt die Untersuchung zu weniger Todesfällen unter den Neugeborenen, und auch Kaiserschnitte sind seltener nötig.

Meist ist das Kind gut versorgt.
Eine Untersuchung der
Nabelschnurarterien ist
normalerweise nicht
notwendig.



Kein MRT bei Frauen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs

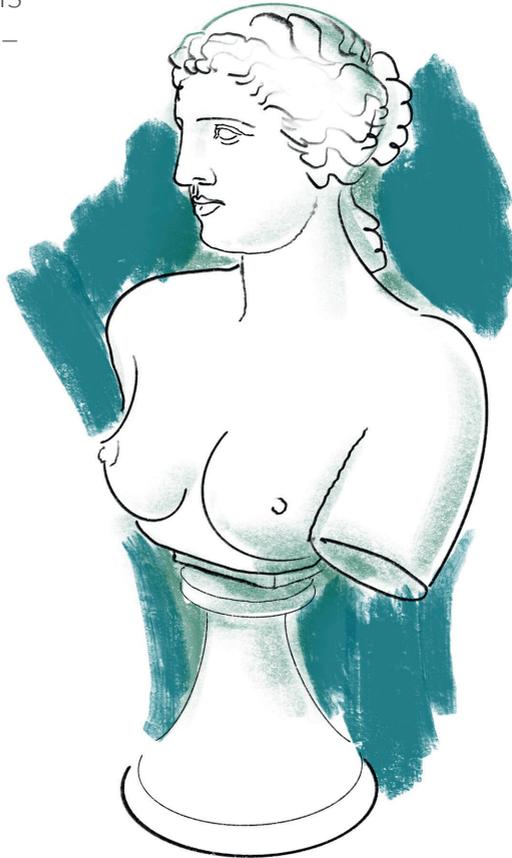
Bei Frauen mit Brustkrebs im Frühstadium wird das Tumorgewebe zusammen mit einem kleinen Teil des scheinbar gesunden Gewebes, das den Tumor umgibt, aus der Brust entfernt. Radiologische Untersuchungen wie Ultraschall oder Mammographie vor der Operation sollen ein genaues Bild von Größe und Lage des Tumors in der Brust liefern, um ihn so vollständig wie möglich entfernen zu können. Das soll helfen, abermalige Operationen

Vor der Entfernung von Brustkrebs durch eine Operation ist ein MRT der Brust in der Regel nicht notwendig. Untersuchungen mittels Ultraschall oder Mammographie reichen meist aus.

zu verhindern. Manchmal wird zusätzlich eine Magnetresonanztomographie (MRT) der Brust durchgeführt. Studien zeigen jedoch, dass ein MRT vor der Operation keine Vorteile bringt: Frauen mussten ähnlich häufig nochmals operiert werden, weil der Krebs nicht vollständig entfernt werden konnte,

egal, ob sie eine MRT-Untersuchung hatten oder nicht. Studien weisen sogar darauf hin, dass bei Frauen mit MRT häufiger die ganze Brust entfernt wird als bei Frauen ohne MRT. Denn das MRT zeigt zusätzlich zum Brustkrebs auch harmlose Veränderungen an, die nicht mit dem Krebs in Zusammenhang stehen oder die nie zu Beschwerden führen werden, jedoch trotzdem entfernt werden. Sinnvoll ist ein MRT bei Frauen, die genetisch bedingt ein hohes Risiko haben, Brustkrebs zu entwickeln, oder wenn der Verdacht auf mehrere Krebsherde in der Brust besteht.

Das MRT entdeckt
manchmal mehr, als
wir wissen wollen –
auch harmlose
Veränderungen.



Eine geplante Geburt: nicht zu früh!

Wenn das Baby auf sich warten lässt oder es aus medizinischen Gründen notwendig ist, die Schwangerschaft abzukürzen, kann die Geburt künstlich eingeleitet werden. Das passiert entweder mit Hormonen, die Wehen auslösen, oder im Operationssaal mit Kaiserschnitt. Manchmal wird die Geburt jedoch auch künstlich beschleunigt, weil die Eltern es sich wünschen, etwa aus Termingründen oder weil die Schwangerschaft für die Frau belastend ist.

Keine künstliche Einleitung der Geburt vor der 39. Schwangerschaftswoche, außer wenn die Gesundheit von Mutter oder Kind in Gefahr ist.

Sollte es nicht zwingend notwendig sein, wird von einer Einleitung der Geburt vor der 39. Schwangerschaftswoche abgeraten. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Neugeborene, die so früh zur Welt kommen, häufiger

Atemnot haben und auf der Intensivstation behandelt werden müssen. Todesfälle bei Neugeborenen sind zwar äußerst selten, bei Kindern, die vor der 39. Schwangerschaftswoche auf die Welt kommen, scheinen sie jedoch geringfügig öfter vorzukommen. Das höhere Risiko für Komplikationen gilt auch für Kinder, deren Lunge ausgereift ist und die körperlich für die Geburt bereit wären. Wenn möglich sollte deshalb mindestens bis zur 39. Schwangerschaftswoche abgewartet werden, bevor über eine künstliche Einleitung der Geburt nachgedacht wird.

Gut Ding braucht Weile. Eine künstliche Einleitung der Geburt sollte nicht zu früh erfolgen.



Das Projekt

Die Medizin befindet sich ständig im Wandel. Mit jeder neuen wissenschaftlichen Studie, die erscheint, wird unser Wissen größer. Was vor nicht allzu langer Zeit noch als Standard gegolten hat, erweist sich heute als verbesserungswürdig oder überflüssig. Immer auf dem neuesten Stand zu bleiben und den Überblick zu behalten, ist nicht leicht. Das gilt für Ärztinnen und Ärzte im Klinikalltag und noch viel mehr für Menschen, denen daran gelegen ist, in Entscheidungen zu ihrer Gesundheit als „mündige“ Personen eingebunden zu werden. Medizin auf Basis des besten verfügbaren Wissens mit den Wünschen der Patientinnen und Patienten zu vereinen, das ist das Ziel des Projekts Gemeinsam gut entscheiden.

In der Medizin – genauso wie überall – passiert es mit der Zeit, dass sich Verfahrensweisen einbürgern, die selten hinterfragt werden und womöglich gar nicht sinnvoll sind. Im Gegenteil, manchmal können sie sogar mehr schaden als nützen. Dafür finden sich in jedem medizinischen Fachgebiet Beispiele. Die wichtigsten davon tragen die jeweiligen Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit Gemeinsam gut entscheiden in kompakten Top-5-Listen zusammen. Sie richten sich an Patientinnen und Patienten, an deren Angehörige, an medizinisches Personal und alle, denen Gesundheit ein Anliegen ist. Gemeinsam können wir so eine bessere und sicherere Versorgung in Österreichs Spitälern und Arztpraxen mitgestalten – anhand des besten verfügbaren Wissens und der aktuellsten Forschung.

Sie wollen mehr wissen?

Ausführliche Infos finden Sie hier:
www.gemeinsam-gut-entscheiden.at

Herausgeber: Donau-Universität Krems, Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, 3500 Krems, **Phone:** +43 2732 – 893 2930, **E-Mail:** office@gemeinsam-gut-entscheiden.at. **Für den Inhalt verantwortlich:** Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation; **Illustrationen:** Wolfgang Glechner, www.wolfgang-glechner.com; **Stand:** März 2021. Alle Rechte vorbehalten. Änderungen vorbehalten.



gemeinsam
gut entscheiden

CHOOSING WISELY AUSTRIA

Gemeinsam gut entscheiden – eine Initiative von ÄrztInnen für ÄrztInnen und PatientInnen

www.gemeinsam-gut-entscheiden.at

Eine Initiative von:



Cochrane
Österreich



Unterstützt von:



Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz



Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherung

Finanziert von:



Österreichische
Gesundheitskasse



GESUNDHEITSFONDS
STIEARMARK

