

Fangen wir ganz von vorne an

Auf Einladung des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin wurde an der MedUni Wien über weit- und potenziell konfliktreiche „Entscheidungsfindungen und Entscheidungshilfen am Lebensanfang“ diskutiert.

Von V. Weilguni

INTRO 1.630

Diffizile medizinische Fragestellungen und Entscheidungen stehen im Mittelpunkt der vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin regelmäßig veranstalteten Enqueten. Beschäftigten sich Experten im Vorjahr mit solchen Fragen am Lebensende, stand heuer der Lebensanfang im Fokus ihrer Betrachtungen. Ein voll besetzter Van Swieten Saal der Medizinischen Universität Wien – neben der Österreichischen Plattform Patientensicherheit Co-Veranstalter – zeugte nicht nur vom großen Interesse, sondern auch von Brisanz und Aktualität des Themas.

Die Aufgabe der Ethik in der Medizin beschrieb Institutsvorstand und Gastgeber Prof. DDr. Ulrich Körtner wie folgt: „Ethik ist etwas anderes als Moral. Ethik ist ein beratender, begleitender Prozess, um im Behandlungsteam zu einer Entscheidung zu kommen, was für einen Patienten der richtige Weg ist. In diesem Zusammenhang hat Ethik auch die Aufgabe, mit konfliktreichen Moralvorstellungen umzugehen.“

In diesem Sinn wurden im Rahmen der Enquete unterschiedlichste medizinische, ethische und rechtliche Gesichtspunkte rund um das Thema Lebensanfang erörtert und diskutiert. Der Bogen spannte sich von aktuellen rechtlichen Aspekten im Kontext der Pränataldiagnostik über die Frage, ob der Kaiserschnitt zu der Geburtsmethode des 21. Jahrhunderts werden soll und was das für die Zukunft des Hebammenberufs bedeuten könnte, bis hin zum „richtigen Zeitpunkt“ in der Neonatologie, wann die kurative Medizin zu einer palliativen werden müsse.

Wir haben in den Standpunkten zentrale Aussagen aus drei sehr unterschiedlichen Vorträgen, die im Rahmen der Enquete zum Teil kontroversiell diskutiert wurden, zusammengefasst.

Prof. Dr. Peter Wolf Husslein

Uniklinik für Frauenheilkunde, Leiter der klinischen Abteilung für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin, MedUni Wien

„Die Frau soll die Geburt bekommen, die sie haben will, nicht die der Arzt will.“

Kaiserschnitt – Geburtsmethode des 21. Jahrhunderts?

„Ich hätte auch einen Punkt hinter den Titel schreiben können. Aber bleiben wir lieber bei dem Fragezeichen, es soll ja zur Diskussion anregen“, begann Peter Wolf Husslein seinen Vortrag in bekannt pointierter Art.

Ob elektive Sectio oder Versuch einer vaginalen Geburt sei letztendlich eine „autonome Entscheidung der Frau“, so Husslein. „Die Autonomie der Entscheidung ist mir persönlich ein ganz wichtiges Thema. Unsere Aufgabe ist es, Schwangeren die notwendige Unterstützung und

Information zu geben, damit diese überhaupt autonom entscheiden können, wie sie ihr Kind gebären wollen.“

Das Modell früherer Jahre, als Ärzte meinten, sie wüssten am besten, was für ihre Patientinnen gut ist und sich entsprechend um sie kümmerten, sei längst überholt, ist Husslein überzeugt. Heute gehe es vielmehr darum, die Kompetenzen der Patientin – ihr persönliches Wertesystem und ihre Lebensplanung – und jene des Arztes – Diagnose und Behandlung – zusammenzubringen. „Erst im Dialog dieser beiden Kompetenzen kann eine integrative, alle relevanten Gesichtspunkte berücksichtigende Entscheidung gefunden werden.“ Das gelte für die Frage, ob Sectio oder vaginale Geburt, genauso wie für die gesamte Medizin.

Die elektive Sectio ist für Husslein vor dem Hintergrund zunehmender Risiken bei der vaginalen Geburt (die Babys werden immer größer) eine echte Alternative. Sie sei planbar, ihr Ablauf weitgehend vorhersehbar, der Beckenboden würde geschont. Laut internationalen Studien zeigen sich auch bezüglich der mütterlichen Letalität keine signifikanten Unterschiede. Dafür fehle den Müttern „dieses Urerlebnis“ bei der Geburt. „Zweifelsohne ist dafür das Geburtserlebnis bei glücklicher vaginaler Geburt intensiver, aktiver und nachhaltiger“, räumt Husslein ein.

Wenn man den Begriff der Patientenautonomie wirklich ernst nimmt, dann müssten Ärzte aber akzeptieren, dass es nicht nur einen „indizierten Kaiserschnitt“ geben kann, fordert Husslein. „Aus meiner Sicht sollte bei der Geburt jedenfalls der Anteil einfacher vaginaler Geburten und geplanter Kaiserschnitte insgesamt möglichst hoch sein. Zu vermeiden sind langwierige Geburtsverläufe, schwierige operative Geburtsbeendigungen sowie sekundäre Kaiserschnitte.“

Christa Hauser-Auzinger

Leiterin der Abteilung Hebammendienste an der Uniklinik für Frauenheilkunde, AKH Wien

„Wir brauchen kompetente, gut ausgebildete Hebammen mehr denn je.“

Die Zukunft des Hebammenberufs

2.100 Hebammen praktizieren derzeit in Österreich, die meisten im klinischen Bereich. Nur ein Bruchteil jener verbleibenden 10 Prozent, die ihren Beruf in einer freien Praxis ausüben, sind Kassenhebammen – in Wien gerade einmal 17. Die Nachfrage nach Hebammen ist derzeit kaum abzudecken. So haben etwa im Wiener Raum im vergangenen Juni 55 Hebammen ihre Ausbildung abgeschlossen (30 in Wien selbst, weitere 25 an der Fachhochschule Krems), Mitte September war keine einzige davon mehr am Markt verfügbar, erzählte Hauser-Auzinger. Angesichts der begrenzten Zahl an praktischen Ausbildungsplätzen, steigender Sectio-Raten sowie einer Zunahme an Pathologien stelle sich daher berechtigterweise die Frage, „ob es zukünftig überhaupt noch Hebammen geben wird“.

Dabei brauche die Medizin unbedingt kompetente, gut ausgebildete Hebammen „mehr denn je“, ist Hauser-Auzinger überzeugt: Hebammen betreuen Patientinnen im „gesunden Bereich von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eigenverantwortlich und im pathologischen Bereich in Zusammenarbeit mit Fachärzten“. Gesellschaftliche und medizinische Entwicklungen hätten in der Vergangenheit allerdings einen massiven Einfluss auf den Hebammenberuf ausgeübt: Das Alter der Erstgebärenden sowie Risikoschwangerschaften nehmen ebenso zu wie Frauen mit

Grunderkrankungen. Das führe nicht nur zu der erwähnten Zunahme an Sectios, sondern auch zu neuen forensischen Herausforderungen, die den Beruf nachhaltig verändern. So sei etwa Aufklärung und Dokumentation zu einem „wichtigen Bestandteil unserer Arbeit“ geworden.

Ihre Zukunftsvision fasst Hauser-Auzinger so zusammen: „Die Hebammengeburtshilfe in den Kliniken wird ausgebaut, die Autonomie der Hebammen zeigt sich in eigenverantwortlich geführten Einrichtungen wie etwa dem Hebammen-Kreissaal. Eine 1:1-Betreuung während der Geburt ist ebenso selbstverständliches Recht jeder Gebärenden wie die Betreuung durch eine Hebamme nach der Entlassung aus der Klinik. Eine eigene Hebammenwissenschaft ist etabliert.“ Am „allerwichtigsten“ aber wäre eine „gute Zusammenarbeit verschiedener Professionen. Das stärkt das Teamgefühl und sorgt für Zufriedenheit. Hebammen und Ärzte betreuen die Schwangere und ihr Kind gemeinsam mit Respekt und Kollegialität.“

Prof. Dr. Angelika Berger

Leiterin Abt. für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie, Medizinische Universität Wien

„Die Mortalitätsraten liegen am AKH deutlich unter dem internationalen Schnitt.“

Therapieentscheidung in der Neonatologie

Was in der Presse gefeiert wird, möglichst früh und klein, das ist für uns keine Sensation, erläuterte Angelika Berger: „Wir wissen, wie fragwürdig die Entscheidung ist, ein Kind in der 21. Schwangerschaftswoche zu gebären, wie gering dessen Überlebenschancen sind und dass die Chance gleich null ist, gesund zu überleben.“

Die Grenze der Lebensfähigkeit hat sich zuletzt deutlich nach unten geschoben. In Österreich wurde vor Kurzem erstmals eine Leitlinie mit Empfehlungen zur Erstversorgung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit publiziert. Sie soll als Leitfaden dienen, um im individuellen Fall eine verantwortungsbewusste Entscheidungsfindung zu ermöglichen. In dieser Leitlinie wurde festgelegt, dass Kinder vor der 23. Schwangerschaftswoche „nach heutigem Wissenstand nicht lebensfähig“ sind und daher palliativ versorgt werden sollen. Davor wäre die Wahrscheinlichkeit des Todes oder schwerer Beeinträchtigungen so hoch, dass „nichts anderes sinnvoll erscheint“.

Das belegen auch Zahlen aus dem internationalen Vermont Oxford Neonatal Network: Demnach liegt die Mortalität in Schwangerschaftswoche (SSW) 22 bei 92 Prozent, fällt dann in SSW 23 auf 64 Prozent, in SSW24 auf 38 Prozent und in SSW 25 auf 24 Prozent rapide ab. Das Wiener AKH, das seine Daten ebenfalls in das Netzwerk einspeist, weist hier signifikant geringere Mortalitätsraten aus. „Die Zahlen in unserem Zentrum liegen dank sehr viel Erfahrung und Expertise deutlich unter dem internationalen Schnitt“, sagte Berger nicht ohne Stolz. 40 Prozent Mortalität in SSW 23, 19 Prozent in SSW 24 und in SSW 25 nur mehr 12 Prozent.

Trotz dieser Erfolge blieben 40 Prozent Mortalität und 30 Prozent schwere Beeinträchtigungen bei Geburten in SSW 23. „Auf dieser Basis müssen wir die Diskussion mit den Eltern führen. Viele von ihnen wüssten nämlich gar nicht, welche Belastungen auf sie und das Kind aus dieser intensivmedizinischen Behandlung zukommen“, meinte Berger. Die Entscheidung für eine Therapie bedarf letztendlich der Zustimmung der Eltern ebenso wie einer Indikation. „Wenn es keine

Indikation gibt, haben wir nicht nur keine rechtliche oder moralische Verpflichtung, eine Therapie weiterzuführen, sondern im Gegenteil, wir müssen sie beenden“ – auch dann, wenn sich Eltern etwas anderes wünschen.