

Die Grenzen der Lebensfähigkeit:

Fortschritte der Perinatalmedizin
und neue ethische Fragen

Pressedienst
von Prof. B.-J. Hackelöer, Hamburg

Sperrfrist: 29.11.07, 12.00 Uhr

23. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin
ICC Berlin, 29.11. bis 1.12. 2007



Presse: MWM-Vermittlung
Kirchweg 3 B, 14129 Berlin
Tel.: (030) 803 96 86
Fax: (030) 803 96 87
mwm@mwm-vermittlung.de
www.mwm-vermittlung.de/perinata07.html

Seite 1 von 2 . 29.11.2007

Gerade die Tatsache, dass sich Deutschland in der Perinatalmedizin in den letzten Jahrzehnten von einem "Entwicklungsland" zu einem der erfolgreichsten Länder der Welt gewandelt hat, bringt neue Anforderungen an Ärzte und neue medizinethische Probleme. Früherkennungsuntersuchungen und die Behandlung des Kindes vor, während und nach der Geburt wurden grundlegend verbessert, und unreife Frühgeborene können heute oft gesund überleben. Doch manchmal stellt sich Frage, wann Geburtshelfer und Neugeborenenmediziner (Neonatologen) die Grenzen der Lebensfähigkeit hinnehmen müssen. Im Hinblick auf Schwangerschaftsunterbrechungen leistet sich Deutschland eine absurde Gesetzeslage.

Fortschritte ...

Zu Beginn der siebziger Jahre lag bei uns die perinatale Mortalität (Sterblichkeit um die Geburt herum) bei mehr als 20 von 1.000 Kindern. Heute beträgt sie nur noch etwa 3,5 auf 1.000 – weltweit liegen die Zahlen zwischen 36 und 75 pro tausend. Frühgeburten und Fehlbildungen hatten und haben einen großen Anteil an der perinatalen Mortalität. Vor 30 Jahren war es an den meisten Kliniken nicht unüblich, bei Geburten vor der 30. Schwangerschaftswoche überhaupt keinen Kinderarzt hinzu zu ziehen: Zum einen herrschte vielerorts die Meinung, es lohne sich nicht, sich um diese Kinder besonders zu kümmern, zum anderen gab es das Spezialfach Neonatologie noch nicht.

Sozioökonomische Faktoren, die bessere Schwangerenbetreuung einschließlich der weltweit ersten Einführung einer routinemäßigen Ultraschalluntersuchung, die Spezialisierung von Gynäkologen auf Geburtshilfe und Perinatologie sowie die Entwicklung der Neonatologie sind Hauptgründe für die Verbesserung der Situation. Die vorgeburtliche (pränatale) Diagnostik veränderte das Geschehen im Kreißsaal vom reinen Reagieren auf plötzlich auftretende Komplikationen hin zu einer – auf gesicherten Kenntnissen über Mutter und Kind basierenden – aktiv agierenden Geburtsmedizin. Dazu gehören schon alleine die rechtzeitige Erkennung von Mehrlingsschwangerschaften, die Feststellung von Wachstumsstörungen des Ungeborenen und die bessere Bestimmung des Geburtstermins.

Entwicklungen der Pränataldiagnostik führten zu weiteren Verbesserungen. So sind durch konsequente Vorbeugung schwere Beeinträchtigungen des Kindes bei Blutgruppenunverträglichkeit oder Anämie fast völlig verschwunden; die noch vorkommenden Fälle haben heute durch intrauterine Transfusionen eine extrem hohe Überlebenschance. Routinemäßige Schwangerschaftsabbrüche bei Röteln in der Schwangerschaft sind durch differenzierte Untersuchungen auf ein Minimum reduziert, abgesehen davon, dass schon die konsequentere Impfung von Mädchen diese für das Ungeborene gefährliche Infektion verringert hat.

Eine besondere Rolle spielen die Verbesserungen der Ultraschalldiagnostik, so dass kaum noch Amniocentesen (Punktion durch die mütterliche Bauchdecke mit Fruchtwasseruntersuchung) notwendig sind, die ein Risiko für das Ungeborene bedeutet haben. "Spektakuläre" vorgeburtliche Behandlungsmethoden wie die Operation eines Kindes noch

im Mutterleib hingegen sind bislang nur bei einer sehr kleinen Gruppe sinnvoll (etwa: Behandlung des Feto-Fetalen-Transfusionssyndroms von eineiigen Zwillingen). Und andere Methoden, die in den siebziger Jahren als Fortschritt gefeiert wurden, haben sich mittlerweile als kaum hilfreich erwiesen. Dazu gehört die medikamentöse Wehenhemmung: Sie verlängert zwar bei drohender Frühgeburt die Schwangerschaft, hat aber keinen Einfluss auf die perinatale Mortalität.

Ganz ohne Zweifel sind es die genannten Entwicklungen der Perinatalmedizin, die für Eltern und Kinder höchst erfreuliche Fortschritte gebracht haben. Niederländische Experten zum Beispiel sagen selbst, dass ihre vergleichsweise schlechteren Zahlen eindeutig auf unzureichende systematische Pränataldiagnostik zurück geht.

... und Probleme

Insgesamt haben sich zwar Frühgeburten nicht verringert, aber inzwischen geht es nicht mehr um "Frühchen" unterhalb der 30., sondern um die Lebenschancen von Frühgeborenen ab ungefähr der 22. Schwangerschaftswoche. Diese Tatsache sowie die Abschaffung der embryopathischen Indikation des § 218 und die damit verbundene Aufhebung der Grenze von 24 Wochen für einen Abbruch haben zu neuen fachlichen, gesellschaftlichen und ethischen Diskussionen geführt. Die Grenzen der Lebensfähigkeit wurden verschoben, die Perinatalmedizin wurde verbessert und damit der "Anspruch" von Eltern auf ein gesundes Kind erhöht. Spätabbrüche werden derzeit öffentlich heftig diskutiert.

Die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) hat eine Stellungnahme zu den Problemen am Rande der Lebensfähigkeit (siehe www.dgpm-online.org) und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) eine zum späten Schwangerschaftsabbruch (www.dggg.de) verfasst.

Deutschland leistet sich momentan eine absurde und unverständliche Situation:

- Präimplantationsdiagnostik am Embryo ist verboten, bis zur 14. Woche aber sind Schwangerschaftsabbrüche nach der Fristenlösung erlaubt.
- Abbrüche nach 14 Wochen wegen kindlicher Fehlbildungen sind eigentlich nicht erlaubt, werden aber toleriert; Abbrüche nach 24 Wochen werden öffentlich als Mord hingestellt, obwohl sie rechtlich erlaubt sind.

Hinzu kommt die bedauerliche Tatsache, dass der diagnostische Standard der Mutterschaftsvorsorge in Deutschland – je nach Klinik – unterschiedlich ist, so dass es mitunter zu sehr späten (Fehl-)Diagnosen kommt. Immer oder sogar vermehrt verhindern ökonomische Interessen die Behandlung von Risikokindern in dafür geeigneten Zentren mit ausreichender Erfahrung. (Siehe dazu den Pressedienst von Prof. M. Obladen).

Die (alten und) neuen Probleme am Beginn der Lebensfähigkeit können nur vom fachlichen und politischen Willen gelöst werden, Qualitätssicherung in der ambulanten und klinischen Versorgung zu betreiben. Die Konzentration aller vorhandenen Ressourcen ist zwingend erforderlich. Gegenläufige Bestrebungen führen sowohl zu fachlichen als auch zu ethisch-moralischen Fehlentwicklungen.

Ansprechpartner:

Prof. Bernhard-Joachim Hackelöer
Asklepios-Klinik Barmbek
Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin
Rübenkamp 220, 22291 Hamburg
Tel.: 040/181 882-1841
Mail: B.Hackeloer@asklepios.com