

Ethische Reflexionen eines Neonatologen zum Beginn des Lebens

Ethische Überlegungen zum Beginn des Lebens stehen im engen Konnex mit der Ethik der Mitte des Lebens.

Von Josef Rucker



MEDIZIN IN SALZBURG

Nur eine ganzheitliche Betrachtung des aufregenden Unternehmens „Leben in seiner Vielfalt“ ermöglicht das stimmige Erleben und Durchleben einzelner Lebensabschnitte, dazu gehören auch Leid und Tod. Andernfalls werden Behinderte zu G-ehinderten oder gar V-erhinderten, Andersartige und Minoritäten ausgegrenzt und der Tod tabuisiert. Unser Leben aber ist nur sinnvoll, wenn es zusammen mit dem Tod gedacht wird. Der Mehrwert einer Kultur hängt davon ab, ob die Frage nach einem LEBENSSINN zentral in ihr verankert ist oder nicht.

Die Ethik der Lebensmitte aber ist der Gesellschaft abhandengekommen.

Wir leben in einer säkularisierten Gesellschaft, die auf den Erfolgreichen zugeschnitten ist, wo „Erfolg und Liebe“ sich einander bedingen und wo als sinnvoll „Das“

gilt, was nützlich ist. Der Wertewandel und die Zwänge einer von aussen gelenkten Erwachsenenwelt ist dabei, die biologische auf Urinstinkte und Urvertrauen aufgebaute „Bindungseinheit Vater-Mutter-Kind“ durch Kinderhorte und Betreuung durch Experten zu ersetzen.

Kinder sind immer noch NICHT „Subjekte“ sondern OBJEKTE der Erwachsenenwelt. Die Kinder haben „kleine“ Erwachsene zu sein. Ihre Karriereausbildung beginnt bereits als Kleinkind. Die Fantasie und das spielerische Ambiente – ein früher den Misserfolg zulassendes Kindsein – wird Ihnen viel zu früh entzogen oder sie durften es NIE erleben.

Auch Misserfolg, Krankheit, Leid und Tod passen nicht in diese Heils-Gesellschaft und werden daher versteckt und tabuisiert. Alle die nicht gesund sind oder nicht reich sind oder nicht erfolgreich sind, müssen sich in Selbsthilfegruppen organisieren, da sie von der Gesellschaft immer mehr ins Abseits gedrängt werden. Denn infolge der – trotz Weltwirtschaftskrise – anhaltenden Erfolgsgeschichte der Globalisierung der Finanzwelt werden weltweit die Erfolgreichen immer er-

folgreicher und die Erfolgreichen immer erfolgloser. Die Globalisierungsverlierer sind bereits heute entpolitisiert, um sie kümmern sich nur noch NGO's und ein Heer von ehrenamtlichen Senioren.

**BEHINDERT –
GEHINDERT –
VERHINDERT**

Zunächst möchte ich festhalten, dass es Menschen mit Behinderungen zu verdanken ist, dass unsere Gesellschaft noch nicht ganz inhuman ist, da ihre Präsenz immer wieder Menschen motiviert, gelebte Solidarität zu zeigen. Gerade diese Solidaritätsarbeit von Eltern, Geschwistern und Freunden von Menschen mit Behinderungen, Initiativgruppen und vielen staatlichen Hilfsorganisationen sind die absolut helle Seite unserer Gesellschaft, die als einzige das „GEMEINWOHL“ im Auge haben.

Demgegenüber steht die Hilflosigkeit der Gesellschaft mit dem Andersartigen und Fremden solcher Menschen mit Behinderungen umzugehen. Die Masse zeigt nicht Sympathie, Solidarität oder staunende empathische Beachtung ihrer verdeckten Talente, die sich gerade beim Menschen mit Behinderungen in so reichem Maße zeigen. Die Öffentlichkeit stellt sich NICHT einer „Kultur des Dialoges oder Kultur der Gemeinsamkeit“, sondern zeigt bestenfalls Mitleid und projiziert in die Behinderungen Fremder ihr eigenes Leid und persönliche Ängste. Allzu schnell wird aus Mitleid Selbstmitleid, ein Gefühl, das den Rückzug einleitet. So wird der Behinderte durch die Gesellschaft zum G-ehinderten. Die Gesellschaft VERHINDERT die volle Lebensentfaltung der Menschen mit Behinderungen.



„Das Heil hat sich jetzt und hier zu ereignen und wird als das perfekte Baby eingefordert. Bringt uns der Gesellschaftsdruck hinter den diagnostischen Fertigkeiten der Pränalmedizinerinnen und -mediziner wirklich weiter?“

HEILSSÜCHTIGE GESELLSCHAFT

Die Probleme der Medizin am Anfang des Lebens haben sehr viel mit Süchten zu tun. Wir sind nämlich eine heilssüchtige Gesellschaft geworden. Das Heil hat sich aber „jetzt und hier“ zu ereignen und wird als das „perfekte Baby“ eingefordert. Menschlichen Anwendungen von wissenschaftlichen Fortschritten untersteht der ethischen Norm, niemanden zu schädigen oder zu diskriminieren: Doch der Gesellschaftsdruck hinter den diagnostischen Fertigkeiten der Pränalmediziner drängen zu einer öffentlichen Sichtweise, Geburten von Menschen mit Behinderungen wären vermeidbar. Damit aber könnte sich die Akzeptanz gegenüber Menschen mit Behinderungen verändern und die Gesellschaft zukünftig ihre Unterstützung - bis hin zur Aussetzung von Kostenübernahmen durch die Krankenkassen - verweigern.

THERAPEUTISCHES- „SOWOHL ALS AUCH“-PRINZIP

Hätte die Neonatologie in den letzten 35 Jahren nicht die wissenschaftlichen und technischen Errungenschaften für einen verbesserten Anfang des Lebens genutzt, würden wir heute noch eine hohe Säuglingssterblichkeit haben, wie damals in den 70-er Jahren als in Österreich erstmals neonatologische Intensivstationen errichtet wurden. Damals betrug die Säuglingssterblichkeit über 20 Promille - heute 3-4 Promille. Dieser Fortschritt hat es mit sich gebracht, dass heute Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von 700 Gramm und einem Schwangerschaftsalter von 26 SSW - also

mehr als 3 Monate vor dem errechneten Geburtstermin - im Regelfall zu gesunden Babys heranwachsen.

Dies ist einem therapeutischem „Sowohl als auch“ zuzuschreiben. Sowohl Anwendung neuester wissenschaftlicher Methoden wie Hochfrequenz-, Stickoxydbeatmung, Hypothermiemedizin, kompletter Ernährung über den Venentropf, Herzoperationen als auch Nutzung der im Baby innewohnenden Kräfte durch minimal optimal handling, basale Stimulation, Babymassage, Kängarooing, Akupunktur und entwicklungsfördernder Betreuung (NIDCAP).

Eine Bestätigung dieses Salzburger Weges beweist die jährlich (seit den 80er Jahren) durchgeführte internationale Qualitätskontrolle im Rahmen der sogenannten „Oxford Vermont Studie“ von weltweit etwa 500 Neonatologien, wo sich die Salzburger Ergebnisse im besten Fünftel einreihen.

MORALISCH-ETHISCHE DILEMMA

In den letzten Jahren hat die Diagnosegenauigkeit in der Neonatologie zugenommen. Dies stimmt aber nur bedingt für die Erstellung der Prognose. Denn weit ist das Spektrum des manifesten Schweregrades einer Erkrankung, unterschiedlich das dem Kind innewohnende Vermögen kompensatorisch auszugleichen und zu unterschiedlich das soziale Umfeld, das fördernd oder hemmend auf die Prognose einwirken kann.

Ich liste nur einige Gründe für das moralisch-ethische MULTI-lemma auf der neonatologischen Intensivstationen:

- > **Technischer Fortschritt** - Zunahme der Machbarkeit
- > **Nicht Einzelhelfer, sondern Pflorgeteams** mit verschiedensten Meinungen „bestimmen“ das ethische Dürfen - Multikulturalität
- > **Die Gesellschaft** ist via Presse und Medien (Internet - Facebook) im Entscheidungsprozess involviert
- > **Resourcenknappheit und Personalnotstand**

> **Lebensqualität und Leid-zumutbarkeit** sind relative Begriffe

> **Gesellschaft im Spannungsfeld** von Säkularismus und Fundamentalismus

WER ENTSCHEIDET?

Das Autonomieprinzip der Erwachsenenmedizin d.h. PatientInnen entscheiden selbst, kann beim Baby nicht zur Anwendung kommen. Die Entscheidung allein den Eltern zu überlassen oder dem Arzt wäre ein Rückfall ins paternalistische Prinzip. Vieles spricht für das Benefizienz und Nonmalefizienprinzip hippokratischer Tradition d.h. Handlungen setzen im bestmöglichem Eigeninteresse des Kindes - in Fairness - ohne zu schaden.

Der Neonatologe als Treuhänder des Babys hat sich in seinen Entscheidungen etwa hinsichtlich einer cardio-pulmo-cerebralen Reanimation einer Frühgeburt unter 24 Schwangerschaftswochen am Sinnvollen - also Lebenssinn und Menschenwürde - und nicht nur am Machbaren zu orientieren. Wissen und Gewissen, Demut und Barmherzigkeit sind die Ratgeber für einen Entscheidungsprozess der zwischen Eltern, Pflorgeteam und Ärzten einzusetzen hat. Hier gilt auch das Wort von Cicily Saunders, der Mutter der Hospizbewegung: „Es gibt Zeiten, wo es im Interesse der Gesundheit ist, zu sterben“.

Wichtig ist rechtzeitige Untersuchungen über Diagnose und Prognose einzuleiten und nach Vorliegen aller relevanten Fakten eine Konsensentscheidung zwischen Eltern und Pflorgete anzustreben. Bisher wurde diese konsensuelle



Primar Dr. Josef Rücker
Vorstand der
Neonatologie an
der Universitäts-
kinderklinik

Entscheidung immer im bestmöglichen Interesse des Babys in völliger Transparenz gefunden (bei chromosomaler Erkrankung mit sehr kurzer Lebenserwartung wie Trisomie 13 oder Trisomie 18, beträchtlicher Einblutung in das Hirngewebe wodurch jede Kommunikations- und Reaktionsmöglichkeit zur Selbsterfahrung verloren geht oder nicht lebensfähige Unreife unter einem Schwangerschaftsalter von 23 SSW). Grundsätzlich aber darf in Salzburg nicht gegen den Willen der Eltern eine Behandlung abgebrochen werden. Allerdings müsste bei klarem elterlichem Dissens gegenüber gewichtigsten medizinischen Gründen auch gegen die Meinung der Eltern entschieden werden – nach Anhörung der Eltern durch eine Ethikkommission. Sogar eine richterliche Entscheidung – wie in den USA häufig – ist denkbar. Beides war bei uns noch nicht nötig.

Bei unvorhergesehenen perinatalologischen Ereignissen muss der Arzt innerhalb weniger Minuten entscheiden. Hier dürfen aber nicht die quantitative Kriterien – wie Geburtsgewicht oder das Schwangerschaftsalter – entscheiden, sondern allein „Qualitäten“ herangezogen werden, wie die Beurteilung der individuellen Vitalität und dem im Baby innewohnendem Gesundheitsvermögen. Später – nach Einlagen weiterer Befunde und Erstellung einer entgeltigen Prognose – kann neuerlich zusammen mit den Eltern, dem Pflorgeteam und den Ärzten die Richtigkeit oder Unrichtigkeit der Erstentscheidung „für das Leben“ im bestmöglichen Interesse des Kindes und nach ganzheitlichen Kriterien diskutiert und gegebenenfalls die Erst-Entscheidung revidiert werden.

„Wichtig ist rechtzeitige Untersuchungen über Diagnose und Prognose einzuleiten und nach Vorliegen aller relevanten Fakten eine Konsensentscheidung zwischen Eltern und Pflgete anzustreben.“

Allgemein kennen wir Neonatologen drei Situationen, die sich aus der Einbecker Neonatologen-Erklärung ableiten, in denen eine Nichtbehandlung bzw. eine vorzeitige Therapiebeendigung möglich ist:

1. Das Neugeborene wird in absehbarer Zeit sterben, egal welche Therapie angewandt wird.
2. Das Gehirn ist so schwer geschädigt dass der Tod dem Leben vorzuziehen ist.
3. Das Neugeborene hat ein offensichtlich so schreckliches Leben vor sich, dass Schmerzen und Leid kein erträgliches Leben erwarten lassen.

Gleichschwer wie die Entscheidung eines Therapieabbruchs ist es für Eltern und dem Pflgeteam, die Entscheidung durchzuführen. Schmerzlosigkeit und die Möglichkeit Babys daheim sterben zu lassen, wird angestrebt, ist aber meist aus verschiedensten Gründen nicht möglich. Engagierte Mitglieder des Pflgeteams versuchen ein Sterben

in Würde auch auf der Intensivstation zu ermöglichen. Dafür wird viel Zeit aufgewendet und ein künstlerisch würdig gestalteter Abschiedsraum auf der neonatologischen Intensivstation genützt.

Bleibende Andenken werden gemeinsam mit den Eltern diskutiert, Taufen und Abschiednehmen der Großfamilie angesprochen und organisiert. Selbsthilfegruppen werden vermittelt und unsre schon im Vorfeld durchgeführte psychologische Betreuung umgeben die Eltern bis Wochen danach; es werden Trauer- und Ablösegespräche durchgeführt. Auf Wunsch wird ein religiöser Beistand – meist unser Krankenhausseelsorger – zugezogen, es werden auch ökumenische Trauergottesdienste in der Taufkapelle des EBZ abgehalten.

ZUSAMMENFASSUNG

Das menschliche Leben ist ein Wert höchsten Ranges, seine Erhaltung vorrangige ärztliche Aufgabe, dabei hat eine Verlängerung des Sterbens zu unterbleiben. Eine Abstufung des Schutzes des Lebens nach der sozialen Wertigkeit, der Nützlichkeit, dem körperlichen oder geistigen Zustand verstößt gegen die ärztliche Berufsausübung. Als Arzt habe ich einen Heilsauftrag, nämlich meinen Mitmenschen Gesundheit d.h. körperliches und seelisches Wohlbefinden in einem solidarischen sozialen Umfeld zu vermitteln bzw. zu erhalten.

Ethik steht im Konnex zu Axiomen; die Entscheidung über die Grenzen der Medizin am Anfang des Lebens muss also auf metaphysischer Ebene getroffen werden. Auf der Basis eines verfassungsmäßig gesicherten Anspruchs auf das Lebensrecht für das Geborene wie für das Ungeborene und dem ärztlichen Heilsanspruch ist es möglich im besten Interesse des Babys zusammen mit dem Pflgeteam und den Eltern fair und in völliger Transparenz die Sinnhaftigkeit ärztlicher und pflegerischer Handlungen zu erörtern. Wenn auch eine konsensuelle Entscheidung mit den Eltern immer angestrebt wird und eine wesentliche Entscheidungshilfe darstellt, hat beim Neugeborenen der Arzt die Entscheidungsverantwortung.

Unsere Schöpfung und erst recht der Mensch hat auch eine mystische Seite. Als Grenzgänger zwischen den realen und mystischen Welten kann man sowohl wissenschaftlichen Fortschritt und technische Erneuerung forcieren als auch das Geheimnisvolle und Unerklärliche zulassen.