

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Schroth MA, Marcus BA

Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2017; 35 (4)
(Ausgabe für Österreich), 24-26*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit

M. A. Schroth, B. A. Marcus

„Jedes Kind hat einen Anspruch auf eine Behandlung, die seinen individuellen Bedürfnissen angemessen ist, unabhängig von seinen Lebens- und Überlebenschancen.“ [1]

Dieses Zitat aus der UN-Kinderrechtskonvention stellt gerade in der realen Umsetzung bei extrem kleinen Frühgeborenen eine große Herausforderung für jedes Perinatalzentrum dar, auf welche die kürzlich erschienene österreichische Leitlinie und die im nächsten Jahr zur Überarbeitung anstehende deutsche Leitlinie der maßgeblich beteiligten Fachgesellschaften eingehen [2, 3].

Rechtliche Grundlagen

Probleme bereiten alltägliche Konflikte in der Abwägung unterschiedlicher Rechtsgüter: Zum einen besteht eine ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung, wenn auch nicht unter allen Umständen. Zum anderen kann ein Behandlungsabbruch bei Aussichtslosigkeit der medizinischen Maßnahmen auch gegen den Willen der Patienten oder deren Sorgeberechtigter erfolgen [4]. Somit steht Lebenserhalt durch intensivmedizinische Maßnahmen zur Erzielung eines mittel- bis langfristigen Überlebens im Gegensatz zur Inkaufnahme lebenslanger körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen. Konfliktfrei ist hierbei immer das Recht auf Grundversorgung (z. B. Linderung von Leiden und Schmerzen, die bestmögliche Pflege, menschliche Zuwendung) [5].

Der juristische Rahmen ist nicht immer klar nachvollziehbar und konfliktfrei definiert. Kinder benötigen zur Vertretung ihrer Ansprüche gesetzliche Vertreter, in der

Regel die Eltern. Eltern wiederum haben das Recht, einer ärztlich indizierten Behandlung des Kindes zuzustimmen oder sie abzulehnen, sind aber hierbei zwingend an das Kindeswohl gebunden. Ärzte schlussendlich haben weder das Recht noch die Pflicht zu eigenmächtiger Heilbehandlung [6]. In Notfallsituationen ist eine ärztliche Stabilisierung geboten, bis eine klare Abstimmung zusammen mit den Eltern hinsichtlich des Therapieziels erfolgen kann. Der leitende Gesichtspunkt muss aber in allen Fällen das Wohl des Kindes sein.

Ethische Fragestellungen

Konfliktsituationen ergeben sich immer dann, wenn es um Entscheidungen im „Grenzbereich“ geht, zum Beispiel bei Aussichtslosigkeit einer medizinischen Behandlung, zu Beginn eines Sterbeprozesses oder bei der Sterbebegleitung für Eltern und Kind [7]. In allen Fällen ist immer der Faktor Zeit von entscheidender Bedeutung. In der Regel sollte keine Therapie abgebrochen werden, ohne dass ein adäquates „Abschiednehmen“ der Eltern vom eigenen Kind möglich war [8].

Ziel von Arzt-Eltern-Gesprächen ist es im Wesentlichen, Entscheidungshilfen, gestützt auf Werte, Literatur und persönliche Erfahrungen zu vermitteln [9]. Es entsteht somit ein permanenter Dialog, in dem ärztlich die Sachkompetenz und elterlich die Wertekompetenz vertreten wird. Grundsatz sollte stets sein, dass Eltern die Last der Entscheidung nicht alleine tragen.

In einem stärker von Migration geprägten Umfeld, in dem vermehrt Eltern mit sehr unterschiedlichen kulturellen und religiösen Prägungen mit Entscheidungen über die weitere Behandlung ihrer frühgebore-

nen Kinder konfrontiert werden, kommt der Rücksichtnahme auf ihre eigenen Wert- und Weltvorstellungen eine besondere Bedeutung zu [10]. In kritischen Konfliktsituationen betrachten Eltern Religion, Spiritualität und Hoffnung als zentral für ihre eigene Entscheidungsfindung, weniger dagegen Vorabschätzungen von Morbidität und Mortalität durch den Arzt [11].

Der Tatsache, dass gerade die Neugeborenenintensivmedizin in einem kulturell sehr diversen Umfeld agiert, wird in der Interaktion mit den Eltern oft zu wenig Rechnung getragen und in Handlungsempfehlungen meist nur beiläufig thematisiert. Diese Aspekte, die auch eine Selbstreflexion des Behandlungspersonals erfordern, sollten in der Aus- und Weiterbildung aller in der Neonatologie und Pädiatrie tätigen Berufsgruppen zukünftig eine größere Rolle spielen und ihre interkulturelle Kompetenz gestärkt werden [12, 13].

Mortalität, Morbidität und Prognose

Hinreichend bekannt und in vielen Studien dargestellt, ist der Zusammenhang zwischen prognostischen Faktoren wie Gestationsalter sowie Gewicht bei Geburt, Geschlecht, Lungenreife, Qualität des Perinatalzentrums und dem (neurologischen) Outcome extrem unreifer Frühgeborener [14]. An der Grenze der Lebensfähigkeit sind definitiv viele Faktoren maßgeblich für die Prognose des Überlebens ohne schwere entwicklungsneurologische Beeinträchtigung verantwortlich.

Uneinheitlich und zum Teil wenig gewissend sind zumeist klinische Faktoren wie Nabelarterien-pH bei Geburt, APGAR-Werte oder die empfundene postnatale Vitalität des Kindes und das Ansprechen auf Reanimationsmaßnahmen [15]. All diese Faktoren entscheiden nicht über die Proaktivität neonatologischen Handelns, fließen jedoch in die Entscheidungsfindung und in das gemeinsame Gespräch mit den Eltern ein [16].

Daten des deutschen Frühgeborenen-netzwerks (German Neonatal Network, GNN) geben Rückschlüsse auf potentiell vermeidbare Komplikationen der Frühgeburtlichkeit (Sepsis, nekrotisierende Enterokolitis, Hirn- und Lungenblutungen).

Diese Faktoren werden determiniert als wichtige Faktoren, die mit Mortalität bei Frühgeborenen (GNN-2010-Kohorte) assoziiert sind [17]. Zukünftige Studien sollten daher auf Prävention und Therapieoptimierung für diese Komplikationen abzielen. Konsens besteht, dass neurologische Schädigungen die bedeutsamste Langzeitmorbidität darstellen [18].

Empfehlungen

Allgemein gültige Empfehlungen lassen sich nur schwer formulieren. Generell besteht das Postulat, die Versorgung dieser Hochrisiko-Kinder immer in hochspezialisierten Perinatalzentren stattfinden zu lassen. Die Notwendigkeit der fetalen Lungenreifebehandlung, auch vor der 24. Schwangerschaftswoche, ist unumstritten, gerade dann, wenn eine potentielle Versorgung des Kindes nicht ausgeschlossen werden kann. Gleiches gilt für die Durchführung einer Tokolyse. In Abhängigkeit vom Gestationsalter bei Geburt sehen die aktuellen Empfehlungen für Österreich für Frühgeborene von 22+0 bis 22+6 Schwangerschaftswochen aufgrund der enormen Mortalität und sehr ausgeprägten Morbidität primär eine palliative Behandlung vor, ab 23+0 SSW sollte in erfahrenen Zentren in Abstimmung der Therapieziele mit den Eltern eine bestmögliche Versorgung erwogen werden. Ab 24+0 SSW ist leitlinienkonform die proaktive Versorgung geregelt.

Wir empfehlen an einem Perinatalzentrum im multidisziplinären Umgang mit extrem Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit folgendes standardisierte Vorgehen: Klärung des medizinischen Sachverhaltes, ethische Abwägung, Prüfung des Lebenskontextes des Kindes, Konsensusfindung und Entscheidung im Team unter Berücksichtigung des Elternwillens, Zustimmung der ärztlichen Leitungen und exakte Dokumentation. Die Durchführung mindestens eines Elterngesprächs sollte bereits antenatal erfolgen. Eine repetitive Überprüfung und Reevaluation aller Entscheidungen erfolgt fortlaufend unter enger Einbeziehung der Eltern.

Fazit

Klinisch relevant ist der Weg zur eigentlichen Entscheidungsfindung: Diese kann

nur durch Aufklärung und Beratung durch alle Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Sozialteam) unter der Berücksichtigung dessen erfolgen, dass sich Eltern in einer enormen Belastungssituation befinden. Therapiezieländerungen sind regelmäßig im Team zu prüfen und verpflichten zu einer kontinuierlichen Reevaluation. Eine Sterbebegleitung setzt eine adäquate palliative Betreuung in einem multidisziplinären Kontext voraus, welcher in der Regel nur an einem Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe zu gewährleisten ist.

Die eingangs erwähnten Leitlinien sind vorbildliche und hervorragende Handreichungen zur Erarbeitung eines klinikspezifischen Gerüsts zum Umgang mit der Problematik „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“.

LITERATUR:

1. UN-Kinderrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte des Kindes-BGBl 1992; II: 121–44.
2. Berger A, Kiechl-Kohlendorfer U, Berger J, Dilch A, et al. Erstversorgung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit. Gemeinsame Leitlinie der Arbeitsgruppe Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin der ÖGKJ, der Arbeitsgruppe Ethik in der Kinder- und Jugendheilkunde der ÖGKJ sowie des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien. Monatsschr Kinderheilkd 2017; 165: 139–47.
3. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S2k-Leitlinie 024-019: Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit. Gemeinsame Empfehlung der DGGG, DGKJ, DGPM, AEM und GNPI unter Mitwirkung des Deutschen Hebammenverbandes und des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“. 30.06.2014. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-019l_S2k_Frühgeburt_Grenze_Lebensfähigkeit_2014-09.pdf (abgerufen am 17.07.2017).
4. Lipp V, Brauer D. Behandlungsbegrenzung und „futility“ aus rechtlicher Sicht. Z Palliativmed 2013; 14: 121–6.
5. Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108: A 346–8.
6. Kletecka-Pulker M. Ethik und Recht der Reanimation: Wann muss man anfangen, wann soll man aufhören? J Kardiologie 2014; 21 (Suppl A): 5–8.
7. Leuthner SR. Borderline viability: controversies in caring for the extremely premature infant. Clin Perinatol 2014; 41: 799–814.
8. Truog RD. Is it always wrong to perform futile CPR? N Engl J Med 2010; 362: 477–9.
9. Kaempf JW, Tomlinson MW, Campbell B, Ferguson L, Stewart VT. Counseling pregnant women who may deliver extremely premature infants: medical care guidelines, family choices, and neonatal outcomes. Pediatrics 2009; 123: 1509–15.
10. Ilkic I, Schmidtke S. Medizin-ethische Aspekte der Kultur in der Neonatologie. Pädiat Prax 2007; 70: 569–76.
11. Boss RD, Hutton N, Sulpar LJ, West AM, Donohue PK. Values parents apply to decision-making regarding delivery room resuscitation for high-risk newborns. Pediatrics 2008; 122: 583–9.
12. Schouten ES. Viewpoints and motives on religion and spirituality of professionals in perinatal medicine: a survey among midwives, nurses, obstetricians and neonatologists. Med Diss 2016, München, URL: <https://edoc.ub.uni-muenchen.de/19513/> (abgerufen am 17.07.2017).
13. Ipsiroglu OS, Bode H. Transkulturelle Pädiatrie. Eine Einführung. Monatsschr Kinderheilkd 2005; 153: 8–15.
14. Trotter A, Pohlandt F. Aktuelle Ergebnisqualität der Versorgung von Frühgeborenen < 1500 g Geburtsgewicht als Grundlage für eine Regionalisierung der Risikogeburten. Z Geburtsh Neonatol 2010; 214: 55–61.
15. Manley BJ, Dawson JA, Kamlin CO, Donath SM, et al. Clinical assessment of extremely premature infants in the delivery room is a poor predictor of survival. Pediatrics 2010; 125: e559–64.
16. Tyson JE, Parikh NA, Langer J, Green C, Higgins RD for the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Intensive care for extreme prematurity – moving beyond gestational age. N Engl J Med 2008; 358: 1672–81.
17. Stichtenoth G, Demmert M, Bohnhorst B, Stein A, et al. Major contributors to hospital mortality in very-low-birth-weight infants: data of the birth year 2010 cohort of the German Neonatal Network. Klin Padiatr 2012; 224: 276–81.
18. Smith PB, Ambalavanan N, Li L, Cotten CM, et al. Approach to infants born at 22 to 24 weeks' gestation: relationship to outcomes of more-mature infants. Pediatrics 2012; 129: e1508–16.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Michael A. Schroth
 Chefarzt Neonatologie und Pädiatrische
 Intensivmedizin
 Cnopf'sche Kinderklinik/Klinik Hallerwiese
 D- 90419 Nürnberg,
 St.-Johannis-Mühlgasse 19
 E-Mail:
 michael.schroth@diakonienueuendettelsau.de

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)