

Zweiter Diplomlehrgang des feministischen Grundstudiums
2000-2001

Lehrgang universitären Charakters

Drⁱⁿ Ulrike Haas

FRAUENGESUNDHEIT IN OBERÖSTERREICH

Erstbegutachterin: Dozⁱⁿ Drⁱⁿ Eva Cyba

Zweitbegutachterin: Profⁱⁿ Drⁱⁿ Ursula Kubes Hofmann

Abgabedatum: 15. Oktober 2001

INHALTSVERZEICHNIS

1. VORWORT	3
2. DISKRIMINIERUNG VON FRAUEN IM ÄRZTLICHEN BERUF	5
2.1. Frauen bekommen noch immer zu wenig Ausbildungsstellen und stoßen an die gläserne Decke.....	5
3. PROBLEME GYNÄKOLOGISCHER DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG	7
3.1. Der Mutter-Kind-Pass wird zu einem Lenkungsinstrument umfunktioniert.....	7
3.2. Was Standard ist, entscheiden Gutachter und Gerichte	8
3.2.1. Was kann der Ultraschall in der Schwangerschaft?.....	9
3.2.2. Von welchen Faktoren hängt die Qualität der Ultraschalluntersuchung ab.?.....	10
3.2.3. Wie ist die rechtliche Situation bei vorgeburtlichen Diagnosefehlern?.....	14
3.3. Es ist zu wenig Geld für Studien vorhanden	19
3.4. Störungen außerhalb des Genitalbereiches werden überhaupt nicht diagnostiziert.....	22
3.5. Es mangelt an qualifiziertem Personal	22
2.6. Unwillen oder Unfähigkeit zur genauen Diagnose bei gutartigen Erkrankungen des weiblichen Genitale?.....	23
4. WAS MUSS VERÄNDERT WERDEN IN DER GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE?	25
4.1. Frauen dürfen über ihre Erfahrungen nicht schweigen.	25
4.2. Pränataldiagnostik	25
4.3. Dammverletzungen	28
4.3.1. Vorteile der Hausentbindunge.....	28
4.3.2. Unterwassergeburten.....	29
4.3.3. Insufflierbarer Scheidendehner.....	29
4.4. Kleinere Abteilungen mit mehr Zwendung.....	30
4.5. Organ erhaltende Operationen bei gutartigen Erkrankungen des weiblichen Genitale .	31
4.6. Kosten der verschiedenen Methoden	33
5. ZIEL UND AUSBLICK.....	34
6. QUELLENNACHWEIS.....	35

1. VORWORT

Als persönlich betroffene Patientin und als Ärztin ist es mir ein Anliegen, über das Thema Frauengesundheit in OÖ zu schreiben. Ich habe 1975 promoviert und anschließend in Linz den Turnus gemacht. Damals gab es überhaupt keine Frauen auf gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilungen. Eine Facharztausbildungsstelle für Ärztinnen gab es ohnehin nicht, sogar mein Geburtshilfeturnus ist zur Alibihandlung verkommen. Als ich diesen absolvierte, hatte ich selbst schon zwei Entbindungen hinter mir und sah alles sehr kritisch, hatte aber keine Möglichkeit mich einzubringen. Durch meine internationalen Kontakte während meines Studiums in Wien war es mir nach dem Turnus möglich, für einige Monate nach Nigeria zu gehen. Ich hatte noch immer die starke Aussage eines nigerianischen, männlichen Diplomaten im Ohr: „There is no discrimination of women in my country“. Das wollte ich nach den Enttäuschungen meines Turnus in OÖ erleben! Ich musste nach Afrika gehen, um einen frauenfreundlichen Zugang zu Schwangerschaft, Geburt und Krankheit trotz oder gerade wegen des Mangels an Technik kennenzulernen. Im Kreißaal habe ich nur mit Hebammen gearbeitet, es gab keine Männer dort. Hebammen haben in Afrika mehr Kompetenz als in Österreich. Vielleicht könnte man sie mit den holländischen vergleichen? Wir haben viel voneinander gelernt. Es war ein Geben und Nehmen, es gab keine Ellbogen und keine Profilierungssucht.

Nach meiner Rückkehr nach Linz habe ich einen anderen Blickwinkel für meine Patientinnen gehabt. Ich habe mich als Ärztin für Allgemeinmedizin niedergelassen und viele meiner Patientinnen 22 Jahre lang begleitet. Ich sah so auch die Langzeit-Erfolge oder -Nichterfolge einzelner Maßnahmen, die in unserer hoch technisierten Medizin üblich sind. Ich hoffe, dass von meiner Arbeit auch andere Frauen profitieren. Ich werde mich daher einer Sprache bedienen, die auch Nichtmedizinerinnen verstehen, so dass alle Frauen ihre eigene Entscheidung treffen können oder andere Frauen bei ihren Entscheidungen positiv im Sinne einer feministischen Lebensweise unterstützen können. Das macht uns unabhängig von der Anbotsdominanz männlicher Medizin. Wir haben auch das Recht, eine Therapie zu verweigern. Niemand anderer, nur wir selbst müssen die Konsequenzen tragen!

CEDAW heißt die UN Convention of the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women. Österreich hat bei der Ratifizierung dieser Convention vorgegeben, in Österreich sei

das schon alles in die Tat umgesetzt. Mitnichten! Mit dem neuen Gesetz zur Frauenförderung sind jetzt erst einige Frauen mehr in die Ausbildung gekommen, aber wir werden erst in ca. 15 Jahren sehen, wohin das führt. Bis dahin können die Kolleginnen längst hinausgemobbt worden oder an die gläserne Decke gestoßen sein. Erst nach dieser Zeit können diese Frauen so weit qualifiziert sein, dass sie sich um ein Primariat bewerben können. Oberärztin zu werden genügt nicht, auch als solche ist sie weisungsgebunden.

Die nach dem Freistadt - Skandal versprochene Ausgliederung der Landeskrankenhäuser aus der Hoheit der Landesregierung hat noch nicht stattgefunden. Sie ist für Anfang 2002 geplant. In den neuen Gremien des Landes OÖ sitzen die alten Männer, die schon früher eine solche Funktion innehatten.

Ich selbst konnte meine Kenntnisse in Gynäkologie und Geburtshilfe bei einer Hospitation im LKH Villach erweitern, als meine Kinder erwachsen waren. Ich nahm mir Urlaub von der Praxis, bezahlte meine Reise und den Aufenthalt selbst und nahm den Verdienstentgang in Kauf. Auf meine Anfrage bei der Sekretärin ließ mir der Abteilungsvorstand ausrichten, zu ihm könne jeder/jede kommen, der/die etwas lernen wolle. Seine Landesregierung musste er nicht fragen und ich blockierte als Hospitantin niemandem die Ausbildungsstelle. Dort lernte ich drei Kolleginnen in Ausbildung kennen. Das Team war gemischt. Das war mir neu! Ich habe dort die europäische Geburtshilfe und frauenfreundliche Operationsmethoden kennengelernt. Somit waren meine Kenntnisse endlich auf dem letzten Stand!

1993 konnten in Österreich die Hebammen im letzten Augenblick eine Gesetzesänderung verhindern, die die Kompetenz der Hebammen eingeschränkt hätte. Der Gesetzesentwurf war natürlich nicht dem Hebammengremium zur Begutachtung vorgelegt worden. Auch für eine normale Geburt hätte frau dann einen Arzt (meist männlich auf Grund der Segregation) beiziehen müssen!

Bis vor kurzem war ich als Ärztin für Allgemeinmedizin zu den gynäkologischen Fortbildungsveranstaltungen in OÖ nicht eingeladen. Ich musste mich immer aufdrängen. Was mag das für einen Grund haben, dass die Fachkollegen unter sich bleiben wollten? Seit es das Internet gibt, erfahre auch ich von allen Veranstaltungen! Sollte man nicht ein eigenes password für die gynäkologische Fortbildung einführen, so wird das auch so bleiben.

2. DISKRIMINIERUNG VON FRAUEN IM ÄRZTLICHEN BERUF

Kritik am herrschenden System gibt es in vielfacher Hinsicht:

2.1. Frauen bekommen noch immer zu wenig Ausbildungsstellen und stoßen an die gläserne Decke.

Linz hat 200 000 EinwohnerInnen. Für diese stehen nur 6 Gynäkologinnen zur Verfügung, von denen nur 4 einen Vertrag mit allen Kassen haben, die anderen sind Wahlärztinnen. Die einzelnen Gynäkologinnen im übrigen OÖ (Traun, Eferding, Wels,...) haben ebenfalls keinen Vertrag.

Die Abteilungsvorstände aller gynäkologisch - geburtshilflichen Abteilungen sind männlich. 1995 hat die damalige Landesrätin Mag^a. Prammer in einer Untersuchung festgestellt, dass nur 8% aller Gynäkologen in OÖ Frauen sind. In derselben Untersuchung, in der 920 Frauen zwischen 15 und 65 Jahren befragt wurden, würde jede zweite Frau lieber zu einer Gynäkologin gehen.

Dazu ist auch noch anzumerken, dass Gynäkologinnen im Spital dem männlichen Abteilungsvorstand weisungsgebunden sind.

Im Jahr 1998 waren lediglich 7,5% aller niedergelassenen Kassenärzte Frauen. Das Missverhältnis zieht sich durch alle Fächer. Patientinnen haben meist keine Wahlmöglichkeit, wenn sie Ärztinnen bevorzugen würden.

Ein Krankenhaus wird vom Magistrat Linz betrieben, alle anderen unterstehen dem Land oder dem Orden. Erst mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Frauenförderung gibt es jetzt in jedem Landeskrankenhaus wenigstens eine Frau in Ausbildung zur Gynäkologin.

Die zwei neu rekrutierten Manager für die Holding AG der Landeskrankenhäuser sind ebenfalls männlich. Sie kommen beide nicht aus dem Gesundheitswesen.

In Wien sieht es nicht viel anders aus. 1999 sagte Frau Univ. Profⁱⁿ. Drⁱⁿ. Gabriele Moser, Vizerektorin des AKH Wien, in einem Interview, das sie der Medical Tribune gab, dass 78,2% der Frauen feststellten, dass es ihnen in den Prestigefächern (Chirurgie, Innerer Medizin, Gynäkologie) von Kollegen schwerer gemacht werde. Dieser Meinung waren auch 42% der männlichen Kollegen.

An Prof.ⁱⁿ Moser werden öfters Fälle von Diskriminierungen auf Grund des Geschlechtes herangetragen, die als Alltagsnormalität hingenommen werden und von männlichen Kollegen oder Vorgesetzten entweder toleriert oder gar aktiv betrieben werden.

Die Wiener Frauengesundheitsbeauftragte Univ. Profⁱⁿ. Wimmer- Puchinger zeigte in einem Interview, das sie der Medical Tribune gab, auf, dass trotz Gleichbehandlungsgesetz im Bereich Medizin die Umsetzungen der Frauenförderungspläne für Ärztinnen nur schleppend vorankommen: 1995 waren 3,2% der ordentlichen Professoren weiblich, 1999 waren es 4,8%.

Prof. Krepler (ärztlicher Direktor des AKH Wien) sagte bei der Eröffnung einer Veranstaltung, die vom Verein zur Förderung von Wissenschaft und Forschung organisiert wurde: „Frauen haben im AKH allerhand auszuhalten. Denn ihre männlichen Kollegen sind nicht gerade fair zu ihnen. Und zwar noch weniger fair als zu ihren Geschlechtsgenossen.“ Er möchte daher das Betriebsklima im AKH verbessern. Weiters empfiehlt er Frauen eine Rechtsschutzversicherung, um sich gegen männliche Übergriffe besser zur Wehr setzen zu können. Er sagt weiter: „Seien Sie nicht tolerant, wenn ihre Rechte verletzt werden. Wenden Sie sich an die Stellen, die extra für solche Fälle eingerichtet wurden.“

Als erste Frau promovierte 1897 Gabriele Possaner an einer österreichisch- ungarischen Universität zum Doktor der gesamten Heilkunde. Sie war die erste, die alle bürokratischen Hindernisse und Vorurteile überwand. Unter anderem war sie bereit, drei Mal die Matura abzulegen und zwei Mal die Rigorosen zu absolvieren. Erst drei Jahre später öffneten sich die Pforten der medizinische Fakultät für alle Frauen. Heute gibt es mehr Frauen als Männer im Medizinstudium, trotzdem sind sie in Karrierepositionen kaum zu finden.

Mit unzulänglichen Argumenten wurde in den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts versucht, die weibliche Konkurrenz von der männlichen Männerdomäne fern zu halten. Um die geistige Inferiorität der Frauen auch wissenschaftlich zu untermauern, wurden sogar männliche und weibliche Gehirne gewogen, vermessen und miteinander verglichen. Und tatsächlich: Mann fand, dass das weibliche Gehirn durchschnittlich um 134 Gramm leichter war als das männliche. Der Beweis schien stichhaltig. Bald wurde jedoch erkannt, dass mehr Gewicht nicht mehr Leistungsfähigkeit zur Folge haben muss, Denn, so schreibt die Historikerin Sonja Stipsits: „Ginge es allein nach der Masse des Gehirns, so würden doch die Pferde...“

Die Vizerektorin Univ. Profⁱⁿ. Drⁱⁿ Gabriele Moser berichtet ebenfalls in einem Interview mit der Medical Tribune: „In der Medizin ist der Frauenanteil dort hoch, wo psychosoziale Kompetenzen gefordert sind, im Bereich der Rehabilitation und in der Kinderheilkunde. Wo es um Macht und Einfluss geht, ist der Frauenanteil gering.

Als konkrete Karrierehindernisse nennt sie :“ Frauen bleibt weniger Zeit für ihren Beruf, denn sie sind noch immer primär für die Kinder und den Haushalt zuständig. Und in der Klinik werden sie weniger als Männer unterstützt. Außerdem wird ihre Arbeit häufiger als die der Männer abgewertet“

Die Gleichbehandlungsbeauftragte des AKH Wien, Univ. Profⁱⁿ Drⁱⁿ Christine Marosi, spricht von einer langen Tradition in der Medizin, die Leistungen der Frauen nicht wahrzunehmen. Es wurde bereits an sechs Frauen in der Medizin der Nobelpreis verliehen. Auf der homepage der Nobelpreisträgerinnen gebe es einen link, der direkt zu den Karrierehindernissen der Nobelpreisträgerinnen führt. Bei den Männern gebe es einen solchen link nicht.

Esther Vilar, ausgebildete Medizinerin und Autorin, fragt, ob es sowohl für Männer als auch für Frauen überhaupt erstrebenswert sei, Karriere zu machen. Denn auf dem Weg nach oben gingen viel positive Eigenschaften wie Sensibilität und Phantasie verloren, Eigenschaften, die gemäß ihrer Definition Wesensmerkmale von Intelligenz sind.

3.PROBLEME GYNÄKOLOGISCHER DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG SOWIE PROBLEME IN DER GEBURTSHILFE

3.1. Der Mutter-Kind-Pass wird zu einem Lenkungsinstrument umfunktioniert

Früher sollte er Risikoschwangerschaften erfassen, den Müttern Hilfestellung geben und gefährdete Kinder frühzeitig erkennen. Heute will man Patientinnenströme lenken und an die Zielgruppe herankommen, die „lebenswertes“ Leben zu produzieren hat. Screeningmethoden bekommen eine Eigendynamik, die Germain Greer so beschreibt: „Screening is many times more likely to destroy a woman`s peace of mind than it is to save her life. Women are driven through health system like sheep through a dip. The disease they are being treated for is womanhood.“

3.2. Was Standard ist, entscheiden Gutachter und Gerichte

Urteile in Präzedenzfällen entscheiden, was im Kreißaal und Operationssaal zu geschehen hat. Niemand fragt, wie es Frauen dabei geht. Wir werden nicht wie Menschen behandelt, sondern wie ein Mittel zum Zweck.

Am Beispiel der Pränataldiagnostik möchte ich erläutern, unter welchem Druck schwangere Frauen gesetzt werden. Durch die Mutter-Kind-Pass (MuK) -Untersuchungen, die vom Staat mit einer Prämie belohnt wurden und in OÖ von der Landesregierung wieder belohnt werden, kommen die Gynäkologen an die Zielgruppe heran. Ich glaube nicht, dass es bei der Prämie um die Mütter geht, - vielleicht um Wählerstimmen, aber auch darum, die Reproduktion unter Kontrolle zu haben.

Die Schwangerschaft sollte eine freudige Zeit sein!

Im MuK sind zwei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen, für welche die Krankenkassen auch die Kosten übernehmen. Die Frauenärzte möchten aber drei machen, von denen die erste mit ATS 400.- selbst zu bezahlen ist. Wenn Frauen ein erstes Bild von ihrem Kind wollen, sollen sie es bekommen.

Die erste Ultraschalluntersuchung wird in der 10. bis 12 Schwangerschaftswoche (SSW), die zweite in der 20. bis 23. SSW. empfohlen.

Die Ultraschalluntersuchung ist eine aufklärungspflichtige, diagnostische Maßnahme. Meist wird aber die Zustimmung der Frau nicht eingeholt. Die Tatsache, dass der MuK sie vorsieht, ist dafür keine Entschuldigung.

Weitere Untersuchungen wie Fruchtwasseruntersuchung oder Biopsien der Chorionzotten des Mutterkuchens oder Blutabnahmen zum Triple Test (alpha-Fetoprotein, freies Östriol, beta-Choriongonadotropin) bedürfen erst recht der Aufklärung, da diese Diagnostik hauptsächlich nach nicht therapierbaren Krankheiten sucht, die die Frau vor die Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft stellen.

Ich erinnere mich an eine Frau in meiner Praxis, die mit 42 Jahren mit einem Wunschkind schwanger war und dachte, dass es sich bei der Fruchtwasserpunktion um eine die Schwangerschaft erhaltende Maßnahme handle, bis ihr geraten wurde, das Kind abzutreiben, weil es mongoloid sei. Sie weigerte sich und gab ihrem Unmut Ausdruck, dass sie den

Eingriff nicht hätte machen lassen, wenn sie gewusst hätte, dass er nur der Diagnose diene, denn sie würde das Kind keinesfalls abtreiben. Sie brachte das Kind zur Welt und es war vollkommen gesund. Das Kind ist heute der Sonnenschein der Eltern.

Die Standardkommission für Schwangerschafts-ultraschall der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM) hatte am 11.Juni 1997 eine Arbeitstagung in Bern. Die folgenden Ergebnisse wurden vom erweiterten Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe genehmigt:

„....Die Ultraschalluntersuchungen dürfen nur durch Medizinalpersonen vorgenommen werden, die über eine Zusatzausbildung und über die nötige Erfahrung verfügen. Diese Regelung gilt bis zum 31. Dezember 2001. Während dieser Zeit muss der Nutzen von Ultraschall in der normalen Schwangerschaft zusätzlich evaluiert werden. Wichtig ist, dass die Ziele der Routine-Sonographie bei breiter Anwendung durch eine Vielzahl von Ärzten auch tatsächlich erreicht werden. Sollte der Nachweis nicht erbracht werden können, könnte die Untersuchung auf eine kleine Zahl von Ultraschallspezialisten beschränkt oder gänzlich gestrichen werden.

Die Art der Zusatzausbildung wird durch die FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum) geregelt. Ebenso müssen Standards der Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft geschaffen werden, die als Leitlinien allgemein gültigen Charakter haben, um die angestrebte Qualität zu erreichen.

Da es sich beim Ultraschall um eine diagnostische Leistung handelt, ist aber nur dann ein Nutzen zu erwarten, wenn auf Grund des Befundes auch tatsächlich die richtigen Konsequenzen gezogen werden. Dies mag ein Grund sein, warum in einzelnen Ultraschallstudien kein signifikanter Vorteil des perinatalen Outcomes nachgewiesen werden konnte.“

In Österreich darf jeder Gynäkologe „ultraschallen“.

3.2.1. Was kann der Ultraschall in der Schwangerschaft?

Der Ultraschall kann durch die Bauchdecke und durch die Scheide durchgeführt werden.

In der 10. Bis 12.Schwangerschaftswoche kann man eruieren,

- ob Fehlbildungen in der Gebärmutter vorliegen oder Tumore des inneren Genitale
- wo die Frucht implantiert ist
- wieviele Feten es gibt und wieviele Fruchthöhlen sie haben

- ob das oder die Kinder lebt/leben
- das Gestationsalter (Schwangerschaftsdauer)
- wie dick das Nackenödem ist
- welche Gestalt der Fetus hat (Kopf, Rumpf, Arme, Beine) Es können also Missbildungen der Körperteile gesehen werden

Bei der zweiten Ultraschalluntersuchung in der 20. bis 23. SSW kann man feststellen,

- wo der Fetus liegt
- ob er lebt
- die Menge des Fruchtwassers
- die Lage und Gestalt des Mutterkuchens
- ob der Fetus gewachsen ist (durch Messung des Kopfdurchmessers, des Bauchdurchmessers und der Länge des Oberschenkelknochens)

Fehlbildungen wie ein nicht vorhanden Sein des Darms, ein Wasserkopf oder Zwerchfellbrüche können zu diesem Zeitpunkt nicht gesehen werden.

3.2.2. Von welchen Faktoren hängt die Qualität der Ultraschalluntersuchung ab.?

- Von der Ausbildung der UntersucherInnen (Sie sollten mindestens 50 Untersuchungen pro Jahr machen und regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen besuchen)
- Vom Fetus (Er sollte sich in entspannter Mittelstellung befinden und genau im Sagittalschnitt getroffen werden. Der Sagittalschnitt geht durch die spätere Pfeilnaht am Kopf)
- Von der Fruchtwassermenge (Eine verminderte beeinträchtigt die Genauigkeit der fetalen Biometrie)
- Von der Schwangeren (Bei Müttern, die vorher schon Operationen der Bauchdecke hatten oder eine dicke Bauchdecke haben, ist die Bildqualität herabgesetzt)
- Vom Ultraschallgerät: Das Gerät soll eine Schall-Laufgeschwindigkeit von 1540m/sec betragen, es soll mindestens 16 Graustufen darstellen können: Jedes Gerät soll über eine adäquate Bilddokumentation verfügen. Ultraschallsonden sollen über eine Nennfrequenz von mindestens 3 MHz bei transabdominalen (durch die Bauchdecke) und 5 MHz bei transvaginalen (durch die Scheide) Sonden verfügen.

Bei meinen Patientinnen steht im MuK immer „Altersindikation“, wenn eine Fruchtwasserpunktion (Amniozentese) durchgeführt worden ist. Mit der Altersindikation werden aber nur 30% der Missbildungen erfasst. Eine Risikoeinschätzung kommt erst durch Zusammenkommen mehrerer Risikofaktoren zustande. Dazu gehören auch die Familienanamnese, eine eventuell erhöhte Dicke der Nackenfalte in exakt der 10. bis 12. Schwangerschaftswoche und biochemische Parameter. Sicher ist nichts!
Für diese Risikoberechnung gibt es ein eigenes Computerprogramm, das jeder Frauenarzt kostenlos erwerben kann, wenn er sich einem speziellen Ausbildungskurs mit Zertifikat unterzieht und 40 eigene Bilder in ein Zentrum nach London einschickt. Diese Qualifikation muss er jährlich auf den aktuellen Stand bringen, dann bekommt er auch das „update“ für sein Programm.

Im Lancet, einer angesehenen medizinischen Fachzeitschrift, vom 14. November 1998, wurde eine Studie von P. A. Boyd et alii veröffentlicht über „Six-Year Experience Of Prenatal Diagnosis In An Unselected Population In Oxford, UK“

Darin heißt es: 2% aller Neugeborenen im Untersuchungszeitraum von sechs Jahren wiesen angeborenen Missbildungen auf, 55% wurden vor der Geburt und 55% nach der Geburt diagnostiziert.

In 174 Fällen wurden Mütter mit falsch positiven Untersuchungsergebnissen beunruhigt. Bei 92% der falsch positiven Untersuchungsergebnisse wurde eine Missbildung auf Grund erhöhter Nackentransparenz vermutet. Die Messung der Nackenfaltentransparenz vergrößert die Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung einer Missbildung um 4%, der Preis dafür sind aber 12% falsch positive Ergebnisse. Das bedeutet unnötige Ängste für die Schwangeren sowie eine Zunahme von Amniozentesen, Chorionzottenbiopsien, aber auch Schwangerschaftsabbrüchen. Zwar entscheiden sich nur wenige Eltern für eine Interruptio, und das auch nur dann, wenn die diagnostizierte Anomalie eine schwerste oder tödliche Behinderung zur Folge hat.

In zwei Fällen jedoch wollten Eltern - gegen ärztliche Rat - einen Schwangerschaftsabbruch, weil in einem Fall eine Nackenfaltenverdickung, im anderen Fall ein Verdacht auf Fehlen der Speiseröhre geäußert wurde. Bei der Autopsie waren beide Feten ohne pathologischen Befund.

Unter meinen Patientinnen gibt es immer wieder welche, die eine Amniozentese machen lassen, weil ihnen vermittelt wird, das sei eine abgesicherte Methode. Der Eingriff selbst wird unterschätzt. Er wird übereinstimmend unter den „Geburtshelfern“ ohne Narkose gemacht. Manche Frauen kollabieren, so dass ich sie nachher krank schreiben muss. Eine 38jährige Schwangere bei Altersindikation sah im Ultraschall, wie ihr Baby gezuckt hat, als die Nadel kam. Jetzt macht sie sich Vorwürfe.

Eine 34jährige ließ aus Altersindikation in Linz (normalerweise gilt diese erst ab 36) eine Amniozentese machen. Sie behauptete, sie sei nach Absetzen der Pille so leicht schwanger geworden, dass sie das Kind, so es behindert gewesen wäre, abtreiben hätte lassen und gleich wieder schwanger geworden wäre.

Weltweit wird 1% Abortrate bei der Amniozentese (Fruchtwasserpunktion) angegeben, das heißt, 1% der Frauen verlieren bei dem diagnostische Eingriff das Kind. Wie Dozent Dr. Peter Schwärzler von der Universitätsfrauenklinik Innsbruck am 3.Linzer Symposium für Praenatalmedizin am 10.November 2000 ausführte, wird bei 100 Amniozentesen ein mongoloides Kind entdeckt und ein gesundes Kind geopfert.

Bei dieser Situation muss man endlich begreifen, dass der Glaube an die Machbarkeit mittels Technik und Labor in eine Sackgasse führt. Wer war es, der die Frauen glauben machen wollte, dass alles unter Kontrolle sei? Wenn Frauen an diesem Punkt nicht anfangen zu verweigern (Revers unterschreiben, ich will das nicht!), wird es kein Zurück geben. Lässt man sich auf die Technik ein und wiegt sich dort in falscher Sicherheit, werden die männlichen Geburtshelfer und die Juristen bestimmen, welchen Weg die Menschheit weitergeht.

Sollten nach dem Eingriff Wehenhemmer notwendig sein, tragen Mutter und Kind erhebliche Nebenwirkungen. Die nachgeburtlichen Nebenwirkungen werden immer abgestritten, daher wird darüber auch nicht aufgeklärt. Durch die Wehenhemmer wird die Herzfrequenz der Mutter in die Höhe getrieben, und damit auch die des Kindes. Das Kind wird damit so aufgeputscht, dass es nach der Geburt nächtelang schreit. Die Eltern können dann auch nicht schlafen. Die häusliche Situation eskaliert. Einer muss dann morgens arbeiten gehen. Das ist eine Zerreißprobe für die Kleinfamilie. Niemand ist da, der den Eltern zu einer längeren Schlafphase verhilft.

Geht die Selektion auf dem eingeschlagenen Weg weiter, werden wir bei der Züchtung des Menschen enden. Die körperlich gesunden Kinder (geistige Defekte kann man vor der Geburt ja ohnehin nicht entdecken) können dann immer noch in der Wohlstandsverwahrlosung enden, wie uns Lehrerinnen berichten.

Es wird an den Frauen liegen, durch Druck von der Basis mittels Verweigerung die Weichen umzustellen. Es ist eine Illusion, dass in den nächsten Jahren in allen Gremien 50% Frauen sein werden. Diejenigen Männer, die bis jetzt mit der Verweigerung der Ausbildung von Ärztinnen, mit der Verweigerung der Einstellung von Juristinnen dazu beigetragen haben, dass die öffentliche Welt vermännlicht, haben diese Situation forciert. In China, wo man auf Grund der vorgeburtlichen Diagnose weibliche Feten abgetrieben hat -nur auf Grund ihres Geschlechts-, gibt es heute eine Million Männer, die keine Frau mehr finden. Damit dezimiert sich das Volk selbst. Unverheiratet Männer sind in dieser Gesellschaft nicht so angesehen wie andere. Das bringt ein soziales Ungleichgewicht mit sich, das Folgen hat, die sehr gefährlich sind, auf die ich aber an dieser Stelle nicht eingehen kann. Wir dezimieren uns durch den Ausschluss von Frauen in der Öffentlichkeit, obwohl wir körperlich anwesend sind, weil wir nicht mitbestimmen dürfen, und durch die Segregation in der beruflichen Arbeit. Die Geburtenrate sinkt. Wer möchte ein Kind in diese Welt setzen?

Männer bestimmen, was Norm zu sein hat. Annette Kuhn spricht in „Patriarchale Strukturen, Geschlechterpolitik und Geschlechterideologien“ 1996 von der Machtergreifung des Frauenkörpers. Im Juli 1933 gab es das Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses. Die NS-Politik zielte auf die Verwirklichung des neuen Volkskörpers durch das freiwillige oder erzwungene Opfer des Frauenkörpers. In der Sprache des Nationalsozialismus: Die Lebensbeziehungen regeln wir. Das Kind bilden wir.

Die Rassentheoretiker, Eugeniker und Bevölkerungspolitiker des Nationalsozialismus, zu deren Ideologie der Kinderreichtum gehörte, haben für schwangere Frauen mit angeblichen Erbkrankheiten und für fremdländische Frauen sogar den Paragraph 218 des Strafgesetzbuches außer Kraft gesetzt.

Der Vorsitzende des Verfassungsgerichtshofes, Herr Adamovich, sagte einmal in einem Fernsehinterview, man brauche im OGH keine Frauen. Alle Juristen hätten weibliche Angehörige und wüssten daher, was die Bedürfnisse der Frauen seien. Eine höchst unqualifizierte Bemerkung auf höchster Ebene.

Es wird auch immer wieder von Frauenärzten behauptet, das Kind im Mutterleib sei zu klein oder zu groß. Tatsache ist, dass die Kinder in Schüben wachsen. Sie bleiben im Wachstum stehen, um nach einiger Zeit alles nachzuholen. Auch dadurch werden Mütter verunsichert. Letztendlich haben die Kinder dann ein Geburtsgewicht, das der Statur der Eltern entspricht. Etwas anderes ist die Bestimmung des Geburtstermines mittels Ultraschall. Wenn eine neue Methode zu demselben Ergebnis führt wie die bewährte, dann ist sie brauchbar. Frauenärzte bestimmen das Gestationsalter mittels Scheitelsteißlänge (SSL) oder biparietalem Durchmesser (Schäldurchmesser von Schläfenbein zu Schläfenbein) und so den Geburtstermin (GT). Die Dauer des nicht vorhandenen Seins der Blutung (Amenorrhoe) stimmt nicht mit der Dauer der Schwangerschaft überein. Auf Grund dieser Ultraschallmessungen kommt es immer wieder dazu, dass Frauen zwei Wochen zu lange arbeiten müssen (der Mutterschutz steht ihnen acht Wochen zu) oder, dass sie die letzten zwei Wochen täglich wegen Gefahr der Übertragung ins Krankenhaus müssen, damit ein Arzt prüfen kann, ob die Portio (der Muttermund) schon reif sei, - eine unangenehme und belastende Prozedur! Die Frage erhebt sich, welche Effizienz der Ultraschall in der normalen Schwangerschaft hat. Sollen Frauen weiter von Apparaten abhängig gemacht werden? Für die MuK Untersuchung ist der Ultraschall nicht verpflichtend, Frau kann ihn ablehnen und/oder die Untersuchung bei der Hausärztin machen lassen. Der MuK Bonus wird auch ohne Ultraschall ausbezahlt.

3.2.3. Wie ist die rechtliche Situation bei vorgeburtlichen Diagnosefehlern?

Am Beispiel einer Frau, die vor 10 Jahren schwanger war, möchte ich einen Präzedenzfall erläutern, denn dieser Fall ist ausjudiziert.

Dieser Frau hat man im AKH Wien auf Grund des Ultraschalls gesagt, ihr Kind sei gesund. Es stellte sich heraus, dass dem nicht so war. Das Kind hatte keine Unterarme und keinen linken Unterschenkel. Die Mutter klagte die Ärzte wegen unerwünschter Geburt auf Schadenersatz. Die Mutter des Kindes behauptete, sie hätte sich zu einer Abtreibung entschlossen, wenn sie rechtzeitig von den Missbildungen Kenntnis gehabt hätte. Sie beehrte von den Ärzten bzw. dem Träger des Krankenhauses den Ersatz jenes Schadens, der sich aus den Mehrbelastungen auf Grund der Behinderung des Kindes ergibt, den Ersatz ihres Verdienstentganges für die Zeit der Pflege und Betreuung und die Zahlung eines Schmerzensgeldes in der Höhe einer Million Schilling für die erlittenen und noch zu erleidenden seelischen Schmerzen, da sie durch die Geburt ihres Kindes in einen

Schockzustand versetzt worden sei und Zeit ihres Lebens bei seinem Anblick mitleiden müsse.

Attila Fenyves und Christine Hirsch, zwei Rechtswissenschaftler, erklären dazu Folgendes: Aus dem vorliegenden Sachverhalt ergeben sich zwei Problemfelder. Einerseits ist zu klären, ob dem Kind und/oder den Eltern Schadenersatzansprüche zustehen. Derartige Ansprüche werden international unter den Schlagworten „wrongful life“ und „wrongful birth“ diskutiert. Andererseits muss geprüft werden, ob und welche Deckungsansprüche der Krankenhausträger bzw. die Ärzte gegen ihre Haftpflichtversicherung geltend machen können, wenn derartige Schadenersatzansprüche gegen sie erhoben werden.

In Österreich hat die Frage nach Schadenersatzansprüchen in Folge planwidriger Geburt bislang keine große Aufmerksamkeit gefunden; nur wenige Autoren haben sich dazu geäußert, jedoch ist damit zu rechnen, dass das Interesse an dieser Problematik zunimmt. Juristisch heißt der Fetus Nasciturus und ist nur beschränkt rechtsfähig, d.h. er kann unter der Bedingung der Lebendgeburt Rechte erwerben. Ihm kann als Träger des Persönlichkeitsrechtes daher auch ein Schadenersatzanspruch auf Grund einer vorgeburtlichen Verletzungshandlung eines Dritten zustehen. Im konkreten Fall war aber das Verhalten der Ärzte, die die Missbildung nicht erkannten, für das Vorliegen der Behinderung des Kindes nicht kausal. Ihr Fehlverhalten hat keine Verletzung der körperlichen Integrität des Kindes, keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bewirkt. Kausal war es nur dafür, dass die Mutter nicht von der embryonalen Schädigung des Kindes erfuhr und es deshalb zu keiner Abtreibung kam, also dafür, dass das Kind überhaupt zur Welt kam. Der Schaden des Kindes konnte somit nur darin liegen, dass es ein mühsames, aufwendiges und vielleicht qualvolles Leben führen muss. Es stellt sich also die Frage, ob auch die unerwünschte eigene Existenz einen Schaden darstellen kann.

Koziol (Haftpflichtrecht I Rz 2/31f) meint: Nach heutiger Rechtsprechung hat weder ein Nasciturus noch ein schon Geborener das Recht, getötet zu werden. Die Unterlassung der Tötung und die Mitwirkung an der Unterlassung sind daher nicht rechtswidrig, so dass es an der Voraussetzung für eine Ersatzpflicht fehlt. In jenen Fällen, in denen bei pflichtgemäßer Aufklärung durch den Arzt schon die Zeugung unterlassen wurde, fehlt es an einem mit Hilfe der Differenzmethode feststellbaren Vermögensschaden, da das Leben als solches nicht als negativer Zustand im Verhältnis zur Nichtexistenz verstanden werden könne und damit auch für das weitere Leben erforderliche Aufwendungen wohl kein Schaden sein könnten.

In der bereits erwähnten Entscheidung des OGH machten die Eltern unter anderem auch eigene Schadenersatzansprüche des Kindes gegen den Arzt geltend, der die schwere Schädigung nicht erkannt hatte, weshalb es zu keinem Schwangerschaftsabbruch gekommen war. Der OGH lehnt derartige Ersatzansprüche aus der eigenen unerwünschten Existenz ab.

Die Schadenersatzansprüche der Mutter wegen Mehraufwendung für das Kind und Verdienstentgang werden als positiver Schaden angesehen. Die Mehraufwendungen stellen einen vermögensmäßigen Nachteil für die Eltern dar, da sie auf Grund des Unterhaltsrechts zu ihrer Erbringung verpflichtet sind. Auch der Vermögensnachteil, der durch die Geburt des Kindes verursacht wurde, da die Eltern kraft Familienrecht zur Pflege und Betreuung des Kindes verpflichtet sind (§ 144 ABGB) und daher notfalls auch die Berufstätigkeit aufgeben müssen, um dieser Verpflichtung nachkommen zu können.

Die Tatsache, dass Eltern auf Grund der Geburt des behinderten Kindes wirtschaftlich gesehen einen Schaden erleiden, bedeutet aber noch nicht, dass dieser Schaden ersatzfähig ist, da das Schadenersatzrecht des ABGB, wie erwähnt, von einem „normativen Schadensbegriff“ ausgeht. Schaden im Rechtssinn ist nur, was der Gesetzgeber als Schaden anerkennt.

Die Qualifikation des Unterhaltsaufwandes für ein Kind als ersatzfähiger Schaden ist deshalb besonders schwierig, weil für die Problemstellung zwei völlig verschieden strukturierte Rechtsgebiete zu berücksichtigen sind, nämlich auf der einen Seite das Schadenersatzrecht, dessen primäre Funktion der Ausgleich für erlittene Einbußen ist, und auf der anderen Seite das familiäre Unterhaltsrecht, in dem sich die wirtschaftlichen Verpflichtungen unmittelbar aus der biologischen Konnexität zwischen Eltern und Kind rechtfertigen. Problematisch ist vor allem, ob die Unterhaltspflicht als Schaden aus dem komplexen Eltern-Kind-Verhältnis isoliert werden kann und ob mit einer Anerkennung als Schaden nicht auch ein Unwerturteil über das unerwünschte Kind verbunden wäre, was einer Ersatzfähigkeit entgegen stehen könnte. Ähnliche Probleme stellen sich auch beim Ersatz des Verdienstentganges in Folge planwidriger Geburt eines Kindes.

Der OGH ist im Falle dieses überaus schwer behinderten Kindes zu der Erkenntnis gekommen, dass Eltern Anspruch auf Ersatz des durch die Behinderung bedingten Mehraufwands für das Kind hätten. Mit dieser Anerkennung der Ersatzfähigkeit des Unterhaltsaufwandes sei kein negatives Werturteil über das Kind verbunden.

Ein Anspruch auf Schmerzensgeld gemäß §1325 ABGB kann nur dann bestehen, wenn der Schock der Mutter eine Verletzung der körperlichen Integrität darstellt. Eine solche liegt auch

bei rein psychischen Beeinträchtigungen vor, wenn sie das Ausmaß einer Gesundheitsstörung erreichen.

In der Lehre sehen F.Bydlinski und Koziol eine Anordnung zum Ersatz ideellen Schadens bei Vorliegen von grobem Verschulden oder - wie hier- bei einer Vertragsverletzung. Im konkreten Fall ist der Schaden zu ersetzen, wenn der Vertrag gerade den Schutz ideeller Interessen der Eltern bezweckte. Sind also ideelle Interessen der Eltern, keine Kinder zu bekommen, im Vertrag mitgeschützt? Der OGH ist der Ansicht, dass ideelle Schäden nur in den Fällen, die im Gesetz ausdrücklich angeordnet sind, zu ersetzen seien.

Daneben werden auch deckungsrechtliche Fragen aufgeworfen. Hat der Haftpflichtversicherer der Schuld tragenden Ärzte (des Krankenhausträgers) Deckung zu gewähren aus dem Versicherungsvertrag, wenn Kind bzw. Eltern Ansprüche geltend machen? Hat er seinen Versicherungsnehmer (bzw. Versicherten) gegen ungerechtfertigte Ansprüche zu verteidigen? Hat er berechtigte Ansprüche zu befriedigen? Für beides ist entscheidend, ob die von Kind oder Eltern geltend gemachten Ansprüche in die Schadenkategorien eingeordnet werden können, für welche die Arzthaftungsversicherung nach den üblicherweise verwendeten Allgemeinen Versicherungsbedingungen Deckung gewährt.

Die Ansprüche auf Ersatz des Unterhaltsschadens und auch der Verdienstentgang können nicht aus einer Körperverletzung der Eltern abgeleitet werden, sondern stellen bloße Vermögensschäden dar. Die entsprechenden Ansprüche sind daher nicht gedeckt.

Keine Deckung besteht für die Schmerzensgeldansprüche der Mutter gem. 1323 ABGB und die vom OGH abgelehnten eigenständigen Schadenersatzansprüche des Kindes. Vor allem sind aber die Unterhaltsschäden und der Verdienstentgang als Folge von „wrongful birth“ vom Schutz der Haftpflichtversicherung nicht erfasst. Lediglich ein Vermögensschaden, der auf einen versicherten Personenschaden zurückzuführen ist, also ein abgeleiteter Vermögensschaden ist gedeckt.

Für die Deckung ist daher wichtig, ob die Schadenersatzansprüche aus „wrongful life“ bzw. „wrongful birth“ als Personenschäden bzw. als Vermögensschäden zu verstehen sind, die sich aus Personenschäden ableiten lassen, oder aber als reine Vermögensschäden.

Da sich der OGH jetzt dazu entschlossen hat, Unterhaltskosten für ein behindertes Kind als grundsätzlich ersatzfähig anzusehen und daher damit zu rechnen ist, dass entsprechende

Ansprüche in Zukunft vermehrt geltend gemacht werden, entsteht für geburtshilflich tätige Ärzte und Ärztinnen eine empfindliche Deckungslücke. Sie entbehrt des Versicherungsschutzes gerade in einem Bereich, der zweifellos zum „Kern“ ihres Berufsbildes gehört.

Die Feststellung, dass die Unterhaltsschäden der Eltern durch die Haftpflichtversicherung nicht gedeckt sind, bedeutet noch kein endgültiges Urteil über die Frage, ob die Ärzte oder Krankenhausträger die Schäden selbst tragen müssen. Juristischer Ansatz für eine solche Schadenersatzpflicht des Versicherten könnte die Verletzung einer vertraglichen Nebenpflicht sein, den Versicherungsnehmer (VN) bei Abschluss des Versicherungsvertrages über seine Deckungsnotwendigkeit zu informieren und ihm nach Möglichkeit ein Versicherungsprodukt anzubieten, das diesen Notwendigkeiten entspricht.

Weiters führen Fenyves und Hirsch aus, dass nach Lehre und Judikatur zwischen Versicherer und VN bereits im Stadium vor Vertragsabschluss ein vorvertragliches Schuldverhältnis besteht. Der Versicherer hat dem VN gegenüber Schutz- und Sorgfaltspflichten zu erfüllen, deren schuldhafte Verletzung (culpa in contrahendo) ihn schadenersatzpflichtig machen kann. Dabei ist jener Schaden zu ersetzen, der ohne die Pflichtverletzung nicht entstanden wäre (Vertrauensschaden). Der Versicherer hat sich dabei das Verschulden seiner Erfüllungshilfen anrechnen zu lassen. Zu dieser Produktinformationspflicht des Versicherers gibt es bereits eine reiche Judikatur des OGH.

So besteht etwa eine Aufklärungspflicht über einen Risikoausschluss, wenn erkennbar ist, dass der VN den Versicherungsschutz gerade für ein ausgeschlossenes Risiko anstrebt.

Zusammenfassend lässt sich also sagen:

- Einem Kind stehen aus „wrongful life“ keine Schadenersatzansprüche zu. Da es sich bei diesen Ansprüchen, selbst wenn man sie bejahen würde, nicht um solche aus einer Körperverletzung handelt, ist der Haftpflichtversicherer weder zur Befreiung noch zur Verteidigung der Schuld tragenden Ärzte verpflichtet.
- Sofern Eltern (Elternteile) durch „wrongful birth“ eine Körperverletzung erleiden, besteht Schutz aus der Basisdeckung. Rein seelische Schmerzen, also solche, die nicht zu einer Körperverletzung führen, sind hingegen nicht gedeckt.

- Die aus „wrongful birth“ resultierenden „Unterhaltsschäden“ bzw. Verdienstentgangsschäden der Eltern (eines Elternteils) stellen reine Vermögensschäden dar und sind als solche nur bis zu einer relativ geringen Versicherungssumme (ATS 100 000.-S) gedeckt.
- Den Versicherer trifft eine schadenersatzrechtliche Haftung aus culpa in contrahendo, wenn er den VN nicht über jenen Deckungsumfang informiert, der seinem erkennbaren Deckungsbedürfnis entspricht. Der Arzthaftpflichtversicherer verletzt diese Produktinformationspflicht, wenn er geburtshilflich tätige Ärzte, die Ultraschalluntersuchungen durchzuführen haben, nicht darauf hinweist, dass bezüglich des Ersatzes von „Unterhaltsschäden“, die aus Diagnosefehlern entstehen, eine Deckungslücke besteht. Die Versicherung haftet im Anlassfall nicht aus dem Titel des Vertrags, wohl aber aus jenem des Schadenersatzes auf Deckung. (Befreiung von der Verbindlichkeit oder Rechtsschutz)

Wie Prof. Dr. C. Brezinka von der Universitätsfrauenklinik Innsbruck am Linzer Symposium für Praenatalmedizin am 10. November 2000 berichtete, entfiel jüngst auch die Verjährungspflicht zur Klage.

Von all diesen Überlegungen weiß die Schwangere natürlich nichts. Ein Arzt, der Defensivmedizin in Reinkultur betreibt, muss natürlich der Frau zum Abort raten, denn dann wird es keinen Grund zur Klage geben. Ich bezweifle, dass die gewesene Schwangere im Normalfall zu einem Obduktionsbefund ihres abgetriebenen Kindes kommt, wenn es überhaupt einen gibt. Sie wird nicht beweisen können, dass ihr Kind gesund war. Theoretisch wäre es auch möglich, aus dem abgetriebenen Kind embryonales Gewebe zu züchten. Es soll Wissenschaftler geben, die aus Profilerungssucht die Ethik vergessen.

3.3.. Es ist zu wenig Geld für Studien vorhanden

In der Cochrane Bibliothek (einer internationalen wissenschaftlichen Datenbank im Internet, zu der nur MedizinerInnen Zugang haben) gibt es nur 8 Studien, die wissenschaftlichen Kriterien entsprechen und sich mit Dammverletzungen bei der Entbindung beschäftigen. Von diesen acht gibt es nur drei (Mahomed 1989, Mackrodt 1998, Banninger 1978), die der Frage nachgegangen sind, wie es der Frau nach drei Monaten geht. Dann wurde nicht mehr gefragt,

ob sie noch Schmerzen hat. Nach Schätzungen der Childbirth and Pregnancy Group leiden 70% der Frauen weltweit stumm an Dammverletzungen.

Die Methoden der in die Analyse aufgenommenen Studien wurden an folgenden Symptomen evaluiert:

- Kurzfristige Schmerzen
- Verbrauch von Schmerzmitteln
- Nahtdehiszenz (Aufgehen der Naht)
- Nochmaliges Nähen
- Langfristige Schmerzen
- Schmerzen beim Verkehr
- Entfernen der Nähte

Nach Meinung dieser Gruppe könnten die Defektheilungen am Damm geringer sein, wenn man neues Nahtmaterial finden könnte, welches das Gewebe nicht reizt und sich in angemessener Zeit von selbst auflöst. Erst am 19. 12. 2000 hat das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (GZ:20,562/168.VIII/A/22/00) Cutgut als Nahtmaterial verboten. Cutgut ist tierischen Ursprungs und es bedurfte der BSE Krise für diese Entscheidung.

Zum Vergleich: Viagra wurde weltweit an 6500 Männern in 46 Studien getestet.

Studien bezüglich Nähen des Dammtraumas werden überraschender Weise vernachlässigt. Solche Studien sollten, wie Grant schon 1989 festgestellt hat, an erster Stelle stehen, da das Ausmaß an Krankheit, kurz- und langfristig, für Frauen auf der ganzen Welt reduziert werden soll. Da es eine Tatsache ist, dass viele Frauen eine Dammnaht brauchen, und viele unter Dammverletzungen leiden, sollten Forschungen unterstützt werden, um das Problem zu minimieren. Man sollte beachten, dass synthetische Fäden oftmals entfernt werden müssen, wie Dexon und Vicryl, daher ist es dringend notwendig, dass alternatives Nahtmaterial erforscht wird und das sollte beinhalten, dass Langzeituntersuchungen gemacht werden. Es ist lebensnotwendig, dass ein alternatives Nahtmaterial in kontrollierten randomisierten Studien evaluiert wird, bevor man es in der Praxis anwendet. Wie der Rezensent aber sagte, sind solche Studien nicht spektakulär. Für mich heißt das , man kann sich damit nicht profilieren.

Germain Greer schreibt: „Even in America, where a cut in time earns money and avoids a malpractice suit because everything possible will be seen to have been done, the routine practice of episiotomy has been under review. J.M. Thorpe and W.A.Bow summed up the

case for and against in a review article, 'Episiotomy, can it's routine use be defended?' published in the American Journal of Obstetrics and Gynecology in May 1989..."

Einige Jahre früher haben R. Lagasse, M. Dramaix und E. Wollast im British Medical Journal berichtet, dass es nach Episiotomien bei 1,4% der Entbindungen noch zu Dammrissen dritten Grades kommt, während die drittgradigen Dammrisse ohne Episiotomie nur bei 0,9 % der Entbindungen auftreten.

Germaine Greer berichtet weiters von einer Episiotomie -Selbsthilfegruppe, in der von Ärzten berichtet wurde, die ihren Patientinnen geraten haben, vor dem Geschlechtsverkehr eine Flasche Wein zu trinken, damit sie die Schmerzen, welche die Dammnarbe macht, nicht so stark spüren.

In einem anderen Fall wurde einem Gatten ein anästhesierender Spray gegeben, den er vor dem Verkehr auf den Damm aufbringen sollte.

Eine Studie von britischen Allgemeinmedizinern beweist, dass eine Entbindung eine Verschlechterung der sexuellen Beziehung nach sich zieht. Sie befragten 131 Ehepaare, die acht Monate vorher ihr erstes oder zweites Kind bekommen hatten, nach der Qualität ihrer Beziehung. Sowohl die eheliche als auch die sexuelle Beziehung wurde von beiden Partnern als schlechter als vor der Geburt des Kindes eingestuft. Die Frequenz des Geschlechtsverkehrs hatte abgenommen.

Tatsache ist, dass in vielen Krankenhäusern noch dem vorbeugenden Dammschnitt gefrönt wird. Als meine Generation Kinder bekam, meinte man, durch einen vorbeugenden Schnitt würde der Beckenboden entlastet und frau bekäme später kein Lockerwerden und Hinabhängen des Gewebes(Descensus). Damit kann dann auch ein unfreiwilliger Harnverlust verbunden sein. Inzwischen weiß man, dass diese Rechnung nicht stimmt. Prof. Dr. Heinz Kölbl sagte auf der Inkontinenztagung in Klagenfurt 1997, man hätte etwas daraus gelernt und mache das nicht mehr, die prophylaktische Episiotomie sei obsolet (außer Gebrauch). Leider haben nicht alle daraus gelernt! Es gibt Geburtshelfer, die schon dreißig Jahre dasselbe machen und immer noch „vorbeugend“ schneiden. Es gibt auch einen Gutachter, der den Geburtshelfer exculpiert, wenn nur der Dammschnitt groß genug gemacht worden ist. ***Daher wird in manchen Häusern auch einem Kunstfehlerprozess vorbeugend weit geschnitten !!!*** Wenn der Gutachter bei einem Prozess gesehen hat, daß weit genug geschnitten worden ist, ist alles getan worden, was möglich ist, und den Arzt trifft keine Schuld, wenn etwas passiert ist.

3.4. Störungen außerhalb des Genitalbereiches werden überhaupt nicht diagnostiziert

Ein posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS) kennt man meist nur von Folteropfern, Geiseln oder Überlebenden einer Naturkatastrophe. Aber auch eine Entbindungen kann zu einer derartigen Störung führen, obwohl sie streng genommen gar nicht zu den „Belastungen außerhalb des normalen Bereichs menschlicher Erfahrungen“ zählt, erklärte Univ. Professorin Dr.ⁱⁿ Anke Rhode von der Universitätsfrauenklinik Bonn auf einem Symposium. Es ist das subjektive Empfinden des Geburtserlebnisses, das die Geburt zum Trauma macht. Es ist das Gefühl, ausgeliefert, hilflos und ohne Kontrolle über das Geschehen zu sein. Eine retrospektive Befragung in dieser Klinik ergab, dass von 425 jungen Müttern vier unter dem Vollbild eines PTBS litten, ohne jemals behandelt worden zu sein. Unter meinen Patientinnen ist dieses Syndrom von den Fachärzten ebenfalls noch nie diagnostiziert worden. Es wird auch vom Zunehmen einer pränatalen Depression berichtet, was ich auch auf die Art und Weise der Schwangerenbetreuung zurückführe. Sie wird in den meisten Fällen ignoriert.

3.5. Es mangelt an qualifiziertem Personal

Eine Studie der Uni Marburg (Deutschland) besagt, dass Babies, die in der Nacht zur Welt kommen, doppelt so häufig bei der Geburt sterben wie am Tag geborene. Möglicherweise sei eine schlechtere medizinische Betreuung in der Nacht die Ursache, meinen die Forscher. Auch in OÖ wird das Arbeitszeitgesetz nicht eingehalten. Kollegen machen tage- und nächtelang Dienst ohne Ablöse.

Ein Linzer Vater berichtete mir stolz, er sei bei der Geburt dabei gewesen, da hätte ein übernächttiger, grantiger Oberarzt Dienst gehabt, der in rüdem Ton mit den Frauen geredet hätte. „Mit meiner Frau hat er nicht so geredet, denn ich war ja dabei!“ In welcher Gesellschaft leben wir, dass eine Frau möglichst nur in Begleitung ins Krankenhaus geht?

Professor Husslein in Wien macht auf Wunsch einen Kaiserschnitt in der Kernarbeitszeit! Da hat er dann alles unter Kontrolle.

3.6. Unwillen oder Unfähigkeit zur genauen Diagnose bei gutartigen Erkrankungen des weiblichen Genitale?

Bei allen möglichen Erkrankungen wird auch heute noch Frauen die Entfernung der ganzen Gebärmutter empfohlen, obwohl seit den 80ern die „schonende Schlüssellochchirurgie“ bekannt ist. Von der Allgemein Chirurgie bis zur HNO wird endoskopisch operiert. Die minimal invasive Chirurgie hat von Linz den Ausgang genommen. Wir haben auch ein Zentrum für Mikrochirurgie, in das Ärzte aus allen Kontinenten kommen, um zu lernen. Nur in der Gynäkologie hat sich diese Methode nicht flächendeckend durchgesetzt. Warum? Ist es so schwierig, eine genaue Diagnose zu stellen? Liegt die Störung in der Innenschleimhaut der Gebärmutter oder in der Muskulatur? Einen Anhaltspunkt könnte man durch den normalen Ultraschall erhalten. Bei Krankheiten ist dies auch eine Kassenleistung. Die Krankenhäuser verdienen durch größere Operationen mehr. Junge Kollegen brauchen eine bestimmte Anzahl von Gebärmutterentfernungen für ihre Facharztanerkennung. Hinkt auch der Leistungskatalog für die Ausbildung hinten nach? Für die neuen Methoden muss man auch neue Geräte und Instrumente anschaffen. Fängt man da bei den Frauenabteilungen zu sparen an? Was wissen männliche Ärzte über die Funktion der Gebärmutter? Wollen sie es nicht wissen? Dass man sie zur Fortpflanzung braucht? Wenn das ganze Organ herausgeschnitten wird, werden auch Blutgefäße und Mutterbänder durchgeschnitten. Solche Frauen kommen früher in den Wechsel und können sich einige Jahre nach der Operation, wenn für sie der Zusammenhang nicht mehr klar ist, einen unfreiwilligen Harnverlust einheimsen. Wollen wir das? Was immer behauptet wurde, dass es dadurch zu einer Entlastung des Beckenbodens komme und dadurch zu einem Hintanhalten des Harnverlustes, wurde jetzt durch eine Studie widerlegt (Lancet 2000,356,535-9). Frauen nach Gebärmutterentfernung leiden häufiger an Harnverlust. Dass nach der Entfernung kein uteriner Orgasmus mehr möglich ist, wird bei der Aufklärung vor der Operation immer schamhaft verschwiegen.

Laut OGH Urteil müssen Ärzte auch über alle anderen Methoden der Therapie aufklären, aber so lange Patientinnen das nicht wissen, können sie es nicht einfordern.

Warum wird so radikal operiert, obwohl es nicht nötig ist?

Univ. Prof. Dr Norbert Pateisky sagte in einem Interview mit der Medical Tribune (32. Jahrgang, Nr. 48 vom 29. November 2000): „ In Österreich gibt es eine geheime Regel, die besagt: Viel ist besser als gut. Wenn man viel macht, wird man dafür belohnt, wenn man

etwas gut macht, ist das zwar nett, aber mehr auch nicht.“ Er ist Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe! Er macht das Abrechnungssystem dafür verantwortlich. Jede erbrachte Leistung wird bezahlt. Überprüft wird weder die Sinnhaftigkeit noch die Qualität der ärztlichen Maßnahme. Ein System, das nicht nur die medizinische Ethik untergräbt, sondern auch doppelt teuer ist. Einerseits deshalb, weil auch wirkungslose Therapien bezahlt werden müssen. Andererseits, weil der therapeutische Eifer oft erst Krankheiten erzeugt. Man weiß aus der internationalen Literatur, dass 3% der Menschen in Folge ärztlicher Interventionen erkranken. 15% der Betroffenen sterben sogar daran. Die Lösung des Problems und damit die Rehabilitation der medizinischen Ethik wäre einfach: sinnvolle Abrechnungssysteme, Überprüfung der Qualität und Sinnhaftigkeit der erbrachten Leistung. Warum geschieht dies nicht? Weil alle mit der Situation ziemlich gut leben; vor allem die Spitäler behalten ihre Daseinsberechtigung, wenn sie viel machen. Krankenhäuser sind ja meist der größte Arbeitgeber in der jeweiligen Region. Und welcher Politiker will schon Arbeitslose haben?“

Der Vollständigkeit halber erwähne ich, dass in der Ethikkommission der OÖ Ärztekammer keine einzige Frau sitzt! Wie mir der vorsitzende Herr Obermedizinalrat mitteilte, fühle sich die Gruppe komplett und brauche meine Mitarbeit nicht. Ich bin gewählte Mandatarin.

Meine These ist, dass Frauen, die über die Hintergründe im Gesundheitswesen Bescheid wissen, aktiv in die Entscheidung eingreifen können, wie ihre Krankenbehandlung oder Schwangerschaft stattzufinden hat. Denn die Frau und nicht jemand anderer muss damit optimal weiterleben können. Gegebenenfalls kann ihr nur ihr Partner dabei helfen, sonst niemand.

4. WAS MUSS VERÄNDERT WERDEN IN DER GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE?

4.1. Frauen dürfen über ihre Erfahrungen nicht schweigen.

Nur gemeinsam könne wir etwas bewirken und dazu müssen wir miteinander über solche Dinge reden, - was wir nicht gelernt haben. Frauen in der Familie müssen Fakten weitergeben, damit nicht der selbe Fehler bei der selben Familienanamnese noch einmal gemacht wird.

Töchter müssen ihre Mütter fragen! In den meisten Fällen reden die Mütter nicht unaufgefordert! Im Freundinnenkreis ist das schon leichter. Tradition ist die Weitergabe des Feuers, nicht die Anbetung der Asche!

Dann müssen wir Netzwerke schaffen, über die wir die Informationen an andere Frauen weitergeben. Im Zeitalter der Informationstechnik sollte das kein Problem sein.

Nur eine informierte Frau kann beim Frauenarzt ihre Rechte einfordern und abschätzen, wie sehr er auf ihre Bedürfnisse, nicht seine, eingeht. Eine etwaige Frage nach einer Zusatzversicherung sollte jedoch nicht beantwortet werden. Die Diagnose darf nicht davon abhängen!

4.2. Pränataldiagnostik

Auch in Deutschland haben sich Frauen darüber Gedanken gemacht und sich einen Forderungskatalog überlegt. Es gibt dort ein Netzwerk gegen Pränataldiagnostik. In seinem Rundbrief Nr. 5, auch als *Magdeburger Blätter* bekannt, heißt es:

„...Eine Aufklärungs- und Zustimmungspflicht ist zwingend geboten. Die Aufklärung sollte umfassend, nachprüfbar und rechtzeitig sein. Es ist Aufgabe der ärztlichen Landesorganisationen, Inhalte und Form der Aufklärung vor pränataldiagnostischen Methoden und Techniken in Standards differenziert zu beschreiben.

Die Aufklärung über pränatale Diagnostik sollte folgende Elemente enthalten:

- Erklärung der Technik und ihrer Anwendung
- Informationen über die Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik und das Fehlen von Therapieangeboten

- Information über die zu untersuchenden Risiken
- Ansprechen der Konsequenzen eines möglichen Schwangerschaftsabbruches
- Hinweis, dass ein Abbruch in einem fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft durch Einleiten einer Geburt erfolgt
- Hinweis auf eventuell uneindeutige Ergebnisse, die weitere Untersuchungen nach sich ziehen können
- Hinweis auf die ethische Problematik vorgeburtlicher Diagnostik
- Empfehlung, bei weiter gehenden Fragen und Konflikten psychosoziale Beratung und andere Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen
- Nennen von Beratungsstellen im Wohnumfeld, die unabhängig von den Anbietern der vorgeburtlichen Diagnostik arbeiten.

Zur Festlegung von Standards für die Aufklärung und die Anwendung der selektiven Diagnostik gehört außerdem:

Zwischen ärztlicher Aufklärung und Anwendung von Methoden muss eine Frist liegen, die der Schwangeren erlaubt, die verschiedenen Aspekte des Problems zu überdenken und sich auf dieser Grundlage für oder gegen die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik zu entscheiden.

Inhalte und Form der Aufklärung müssen für die schwangere Frau, für die Landesorganisation und für andere mit der Thematik befassten Gruppen überprüfbar sein. Die Kompetenzen und Qualifikationen, die für eine solche umfassende Aufklärung erforderlich sind, sind zu beschreiben und die Anbieter dahingehend zu überprüfen.“

Bezüglich des Rechtes auf psychosoziale Beratung im Kontext vorgeburtlicher Diagnostik heißt es weiter:

„ Die so beschriebene ärztliche Aufklärung soll das Problemfeld erschließen und auf weiter führendes Unterstützungs- und Hilfesystem hinweisen. Dazu gehören psychosoziale Beratung, Angebote von Hebammen, weiter führende medizinische Angebote, seelsorgerliche Unterstützung, Selbsthilfegruppen.

Die schwangere Frau hat die Freiheit zu entscheiden, ob und welche weiter führenden Angebote sie in Anspruch nimmt.

Psychosoziale Beratung ist ein eigenständiger und unverzichtbarer Teil dieses vielfältigen Angebotes. In der Beratung werden die Informationen, welche die schwangere Frau durch die ärztliche Aufklärung und aus anderen Quellen erhalten hat, in Beziehung gesetzt zu den Gefühlen, den Wertungen und den Lebensperspektiven der Frau und gegebenenfalls ihres

Partners. Beratung dient dazu, die Handlungskompetenz der Rat Suchenden zu erweitern, ihre Selbstbestimmung zu fördern und ihre Entscheidungsfähigkeit zu stärken. Psychosoziale Beratung ist professionelles Handeln mit eigenen Ausbildungsgängen, einem eigenen Setting und einem methodischen Handwerkszeug. Sie kann von den aufklärenden Ärztinnen und Ärzten nicht mitversehen werden. Psychosoziale Beratung sollte an einer von Anbietern vorgeburtlicher Diagnostik unabhängigen Stelle stattfinden, um einer Vermischung mit wirtschaftlichen, wissenschaftlichen, professionspolitischen und in zunehmenden Maße haftungsrechtlichen Interessen vorzubeugen...“

Was die psychosoziale Beratung betrifft, so muss in OÖ eine flächendeckende Infrastruktur geschaffen werden, die den genannten Kriterien entspricht.

Bei einer geplanten Hausgeburt zahlt die Krankenkasse zwei Besuche der Hebamme in der Schwangerschaft, die kompetent Auskunft geben kann.

OA Dr. Arzt berichtete beim 3.Linzer Symposium für Pränatalmedizin am 10.November 2000, dass in den letzten 2 Jahren alle Schwangeren, die in die Linzer Frauenklinik zum Ultraschall kamen, folgende Erklärung unterschrieben haben:

„Sie haben das Department für Pränatalmedizin zur Durchführung einer Ultraschalluntersuchung ihres ungeborenen Kindes aufgesucht. Mit dieser Untersuchung sind wir heute in der Lage, eine Vielzahl von Fehlbildungen und kindlichen Erkrankungen zu erkennen bzw. auszuschließen. Vor der Durchführung der Untersuchung bitten wir Sie jedoch, folgendes zur Kenntnis zu nehmen. Die Ultraschalluntersuchung ist ein bildgebendes Verfahren, das nach heutigem Wissensstand keine negativen Auswirkungen auf das ungeborene Kind hat. Das gilt auch für wiederholte Untersuchungen.

Auch bei guter Gerätequalität, größter Sorgfalt und Erfahrung des Untersuchers kann nicht erwartet werden, dass zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft alle Fehlbildungen und Erkrankungen erkannt werden können.

Es ist möglich, dass kleine Defekte unerkannt bleiben, z.B. ein Loch in der Herzwand, eine Lippen- Kiefer- Gaumenspalte, kleinere Defekte im Bereich der Wirbelsäule sowie Finger- und Zehenfehlbildungen, um nur einige Beispiele anzuführen.

Die Beurteilbarkeit des ungeborenen Kindes kann durch ungünstige Untersuchungsbedingungen erschwert sein, z.B. verminderte Fruchtwassermenge, ungünstige Kindeslage, kräftige mütterliche Bauchdecke, Narben usw.

Im Besonderen muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass Chromosomenstörungen (z.B. Trisomie 21) oder Stoffwechselerkrankungen mittels Ultraschalluntersuchung allein nicht erkannt werden können. Hierfür sind Eingriffe wie Fruchtwasserpunktion, Plazentapunktion oder kindliche Blutuntersuchungen durch Nabelschnurpunktion notwendig. Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Chromosomenstörung könnte der Triple-Test (Ultraschalluntersuchung sowie Blutabnahme zur Bestimmung der Schwangerschaftshormone zwischen der 16. und 20.SSW) liefern.

Aus einem unauffälligen Ultraschallbefund kann daher nicht mit absoluter Sicherheit abgeleitet werden, dass das Kind normal entwickelt und gesund geboren wird.

Erklärung der Schwangeren:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich diese Grenzen der Ultraschalluntersuchung zur Kenntnis genommen habe. Meine ergänzenden Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich habe zur Ultraschalluntersuchung keine weiteren Fragen.

Datum, Unterschrift der Schwangeren, Unterschrift des Arztes/ der Ärztin.

Dies ist eine umfassende Aufklärung, die keine Missverständnisse erlaubt. OA Arzt berichtete am 10.November 2000, dass in den letzten zwei Jahren alle Schwangeren, die in die Linzer Frauenklinik kamen, diese Erklärung unterschrieben haben. Frauen, die diese Untersuchung nicht wollten, haben diese schon vorher verweigert, obwohl beim niedergelassenen Frauenarzt nicht so umfassend aufgeklärt wird.

4.3. Dammverletzungen

3.3.1. Vorteile der Hausentbindungen

Ole Olsen, ein dänischer Statistiker, hat 6 kontrollierte Studien einer Metaanalyse unterzogen und kindliche und mütterliche Morbidität (Krankheit) und Mortalität (Sterblichkeit) miteinander verglichen. Es wurde nicht bewiesen, dass Klinikgeburten sicherer sind.

Während meines Geburtshilfeturnus (Ausbildung zur praktischen Ärztin auf einer Krankenhausabteilung) habe ich immer wieder beobachtet, dass man die Geburt beschleunigt unter allen möglichen Titeln, natürlich um der Frau zu helfen. Die Geburtswege haben nicht

Zeit, langsam aufzudehnen, bei der Hausentbindung hat Frau diese Zeit, es wird daher weniger geschnitten. Außerdem betreut eine Hebamme nur eine Gebärende!

Germaine Greer zitiert in ihrem Buch „The Whole Woman“ John A. Walsh: „Unlike most obstetricians who prefer to make an episiotomy for a variety of rationalizations, midwives take greater pride in maintaining an intact perineum. This is the hallmark of a real midwife and is genuine proof of her patience and loving touch“

4.3.2 Unterwassergeburten

Während noch vor einigen Jahren **Unterwassergeburten** verboten waren, weil das Kind ertrinken könnte, hat die Wissenschaft herausgefunden, dass der „diving-Reflex“ das verhindere, solange das Kind noch nicht geatmet hat. Schließlich und endlich lebt das Kind ja auch im Mutterleib im Fruchtwasser. Bei Wassergeburten entspannen sich die Frauen in einem Wasserbecken mit einer Wassertemperatur von 32 -36° C.

Drⁱⁿ Katharina Teiche, Assistentin an der geburtshilflichen Abteilung des KH Wels, berichtete auf der Oberösterreichischen Fortbildung für Gynäkologie in Hinterstoder im März 2001, dass das Zahlenmaterial in OÖ zwar noch klein sei, aber man könne schon erkennen, dass der Bedarf an Schmerz stillenden Medikamenten deutlich niedriger ist und es zu weniger Dammschnitten und Geburtsverletzungen kommt. Es zeigte sich jedoch kein Unterschied im „fetal outcome“.

4.3.3. Insufflierbarer Scheidendehner

Anwendung des Epi-no^R, eines **insufflierbaren, ballonförmigen Scheidendilatators**:

Diese Geburtstrainer sollen den Geburtskanal schonend mechanisch vordehnen und somit die Dammschnittrate verringern und das fetale outcome verbessern. In einer Studie an 50 Schwangeren aus dem KH rechts der Isar in München und aus der Praxis von Dr. W. Horkel, Starnberg zeigte sich eine eklatante Verringerung der Dammschnittrate. Bald soll dieses wie ein Blutdruckmesser aufblasbare Gerät auch in Österreich erhältlich sein.

Ich beurteile eine geburtshilfliche Abteilung daher auch nach der Dammschnittrate. Natürlich ist sie im Krankenhaus höher als bei der Hausgeburt, da dort ja auch komplizierte Geburten stattfinden.

4.4. Kleinere Abteilungen mit mehr Zwendung

Das Landeskrankenhaus Rohrbach hat eine **kleine geburtshilfliche Abteilung**. Im Jahr 1999 kamen dort 553 Kinder zur Welt, davon 419 spontan, 40 per Kaiserschnitt, 33 mussten mittels Saugglocke geholt werden. In 20 Fällen musste bei der Frau ein Kaiserschnitt gemacht werden, bei der schon bei einem früheren Kind ein solcher gemacht werden musste. Hockergeburten gab es 16, Wassergeburten 11, Seitenlage 7 und 4 mit Manualhilfe.

GEBURTEN im LKH Rohrbach im Jahr 1999:		
spontan	419	75,70%
Kaiserschnitt	40	7,23%
Vakuum	33	5,97%
Resektio	20	3,62%
Hocker	16	2,89%
Wassergeburt	11	1,99%
Seitenlage	7	1,27%
Manualhilfe	4	0,18%
Gesamt	553	
Dammschnitt	150	27,70%

Das **Geburtenregister Tirol** ist ein Qualitätsverbesserungsprojekt im perinatologischen Bereich. Dies sollte man auch in OÖ einführen.

Es werden in diesem Register die wesentlichen perinatologischen Parameter aller Geburten erhoben und es kommen den Abteilungen regelmäßig Tabellen und Graphiken zu, mit denen die Leistungen der eigenen Abteilung mit allen anderen Abteilungen (anonymisiert) verglichen und entsprechende Konsequenzen eingeleitet werden können.

Außerdem werden folgende Nebenziele erreicht:

1. Transparenz und Demonstration der geburtshilflichen-perinatologischen Qualität gegenüber der Öffentlichkeit
2. Sachbezogene Unterlagen für Verbesserungsvorschläge unseres Gesundheitswesens
3. Gewinnung valider Unterlagen zur Beantwortung wichtiger geburtshilflich-perinatologischer Fragestellungen, die nur aus einem großen Datenmaterial möglich sind.

Seit dem Jahr 2000 sind alle Abteilungen Tirols und Hausgeburten in das Geburtenregister eingeschlossen. Die geburtshilflichen Abteilungen senden sämtliche Daten über Datenträger, während die Hebammen ausgefüllte Fragebögen senden. Pro Geburt fällt ein Betrag von ATS 40.- für die zentrale statistische und epidemiologische Betreuung an. Für das Jahr 2000 hat das Qualitätsförderungsprogramm des Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfonds die Kosten übernommen.

Das Bezirkskrankenhaus Reutte ist ein kleines Schwerpunktkrankenhaus, das geographisch von der Frauenklinik Innsbruck durch den Fernpass getrennt ist, wetter- und verkehrsbedingte Nichterreichbarkeit vom übrigen Tirol gehören im Winter zur Regelmäßigkeit.

Um so wichtiger ist es, die geburtshilfliche Qualität mit der Qualität in den übrigen Abteilungen Tirols zu vergleichen und eine immer aktuelle Standortbestimmung vornehmen zu können. Diese Vergleiche zeigen Stärken und Schwächen bzw. Besonderheiten: So ist das BKH Reutte der Meinung, dass von der großzügigen Anwendung der Episiotomie (Dammschnitt) Abstand genommen werden sollte. Auch sieht man aus den Daten des BKH Reutte im zeitlichen Verlauf, dass die Kaiserschnittrate entgegen dem allgemeinen Trend rückläufig ist.

4.5. Organ erhaltende Operationen bei gutartigen Erkrankungen des weiblichen Genitale

Seit mehreren Jahren arbeite ich mit der gynäkologische Abteilung des LKH Kirchdorf zusammen. Es macht meinen Frauen nichts aus, nach einer gründlichen Beratung auf eigene Kosten dorthin anzureisen. Frauen, die ich zuweise, sind gynäkologisch meist nicht im Detail abgeklärt, weil ich naturgemäß als Hausärztin keinen Ultraschall mache, aber vor einem etwaigen Eingriff werden ohnehin umfassende Befunde gründlich erhoben.

Bereits im Jahr 1989 hat der dortige Leiter der gynäkologischen Abteilung, Primarius Dr. Florian Marberger, angefangen, endoskopisch zu operieren. Bis zum Jahr 1994 hat der endoskopische Anteil bereits den Großteil aller Operationen ausgemacht. Die verstümmelnden Gebärmutterentfernungen haben in dem Maße abgenommen, wie die minimal invasiven Eingriffe zugenommen haben. Selbstverständlich beherrscht heute das ganze Team, darunter auch eine Frau, diese Methoden.

Die endoskopischen Methoden erlauben es, das Organ zu erhalten. Die Wundflächen sind kleiner, die Rekonvaleszenz kürzer, der Krankenhausaufenthalt ist kürzer, der Krankenstand ebenfalls und/oder die Abwesenheit von den Kindern zu Hause.

Die Hysteroskopie (Schauen in die Gebärmutterhöhle) dient zunächst der Diagnose. Wie bei der Curettage wird über die Scheide der Muttermund aufgedehnt, dann fährt man mit dem Hysteroskop in die Gebärmutterhöhle. Über die Optik wird das Bild von drinnen (Endobild) auf einen Bildschirm neben dem Operationstisch übertragen. Alle an der Operation beteiligten sehen so, was innen los ist. An krankhaften Befunden könnte man eine zu hoch aufgebaute Schleimhaut sehen, Polypen, Myome, Reste von Eihäuten bei einer inkompletten Nachgeburt und vieles andere mehr. Mit endoskopischen Instrumenten kann man nun zur Therapie schreiten. Dieses endoskopische Operieren muss erlernt werden, es unterscheidet sich wesentlich von der herkömmlichen Art. Die Operationsausrüstung insgesamt ist anders.

Ebenso kann man über einen kleinen Schnitt in der Bauchwand die Gebärmutter von außen betrachten, auch die Eierstöcke und die Eileiter. Will man hier operieren, macht man noch ein oder zwei Schnitte in die Bauchwand, um mit weiteren Instrumenten an den Ort der Operation zu gelangen. Man kann so auch außen aufsitzende Myome zerkleinern und die Stückchen durch die Instrumente, die im Schlüsselloch stecken, heraus bringen. Das macht man solange, bis das ganze Myom abgetragen ist. Dann wird die Stelle vernäht und das Endoskop zurückgezogen. Die kleinen Wunden auf der Bauchwand versorgt man in üblicher Weise. Sie verheilen schnell und sehen später aus wie ein Schwangerschaftsstreifen.

So kann man auch Zysten auf dem Eierstock operieren. Das Ovar selbst bleibt erhalten, was für den Hormonhaushalt sehr wichtig ist.

Selbstverständlich sind solche Operationen an ein Krankenhaus gebunden. Das Team muss eingespielt sein, der Operateur immer in Übung. Zum Team gehören auch die Instrumentenschwester und die Pflegerinnen auf der Station, welche die Patientin vorbereiten und in der folgenden Nacht die Ausscheidung messen. (Die Methode eignet sich daher nicht für ein Belegspital)

Sollte sich eine Patientin, die ihre Familienplanung abgeschlossen hat, wegen zu starker Blutung (sie kann bis zur Anämie führen) dazu entschließen, die Gebärmutter-Innenschleimhaut verdünnen zu lassen, so gibt es die Methode mit der Elektroschlinge, mit

der ebenso ein in die Gebärmutterhöhle vorragendes Myom reseziert werden kann. Die abgeschnittenen Stückchen der Schleimhaut oder des Myoms werden mit einer sterilen Flüssigkeit herausgespült. Eine andere Methode wäre die Thermoablation, bei der mit Hitze die Schleimhaut verödet wird. In beiden Fällen wird Flüssigkeit in das System eingebracht und daher muss nachher die Ausscheidung genau gemessen werden. Mit der Flüssigkeit werden auch Elektrolyte ausgeschieden, so dass die Patientin genau überwacht werden muss. Erst wenn sich nach einer Blutabnahme herausstellt, dass die Werte normal sind, kann über eine Entlassung diskutiert werden.

4.6. Kosten der verschiedenen Methoden

Vergleichen wir nun die Kosten für die einzelnen Methoden im LKH Kirchdorf:

Hysterektomie vaginal	E Resektion	Thermoablation
OP Kosten insgesamt (Personal und Technik)		
3020	3020	10500 (Leihgerät)
Stationärer Aufenthalt (Medikamente, Voruntersuchung)		
8 Tage	3 Tage	2 Tage
26840	11500	7820
Gesamtkosten		
29860	14560	18320
Krankenstand		
4 Wochen	1 Woche	1 Woche

Das Verhältnis der klassischen Operationen (mit großen Schnitten) zu den endoskopischen Operationen im LKH Kirchdorf entwickelte sich seit 1989 zu Gunsten der endoskopischen Methoden, um bereits im Jahr 1994 den Höhepunkt zu erreichen.

Im Dezember 2000 bekam die gynäkologische Abteilung den Grünpreis für frauenfreundliche (nicht verstümmelnde) Operationsmethoden.

5. ZIEL UND AUSBLICK

Die Informationen müssen an die Frau gebracht werden. Beim HausärztInnenkongress zu Pfingsten 2001 habe ich Professor Keckstein aus Villach als Referenten eingeladen.

Er ist in Österreich ein Pionier der minimal invasiven (= Organ erhaltenden) Methoden. Bei ihm können ÄrztInnen lernen. Er hat den anwesenden Hausärztinnen und Hausärzten in eindrucksvoller Weise diese Methoden nahe gebracht. So können wir Hausärztinnen und Hausärzte unsere Patientinnen beraten. Für eine gute Beratung müssen wir nicht selbst operieren können! Durch uns gibt es in Österreich eine flächendeckende, kompetente Beratung, unabhängig von den Anbietern gynäkologischer Operationen. Wir wissen oft nicht einmal, ob unsere Patientinnen zusatzversichert sind. Im ambulanten, hausärztlichen Bereich ist eine Zusatzversicherung ohne Konsequenz!.

Der Grünpreis für frauenfreundliche Operationsmethoden wurde auf meinen Vorschlag vergeben.

In meiner Arbeit mit Kleingruppen werden die Frauen intensiv aufgeklärt und Vernetzungen initiiert. Durch das feed back weiß ich, wo der Informationbedarf ist.

Auf Einladung von Gemeinden, Vereinen und Institutionen der Erwachsenenbildung spreche ich auch vor größerem Publikum.

Nach Aufbau unserer homepage des österreichischen Hausärzteverbandes (ÖHV) werden wir die Informationen auch ins Netz stellen, wo interessierte Frauen sie abrufen können.

Ich bin OÖ. Vizepräsidentin und gewählte Mandatarin in der Kurie der niedergelassenen ÄrztInnen, so dass ich- auch wenn wir immer niedergestimmt werden- doch wenigstens weiß, was in der Landespolitik vor sich geht. Wir arbeiten alle ehrenamtlich in der Landesvertretung.. Das Anliegen unseres freien Berufes ist die Gesundheit derer, die sich uns anvertrauen!

6. QUELLENACHWEIS

Ärztewoche vom 3.Mai 2000: Mythen und Mären in der Therapie der erektilen Dysfunktion, S. 22.

Arbeitstagung der Standardkommission für Schwangerschafts- Ultraschall vom 11.Juni 1997 in Bern.

Arendt, Hans-Jürgen; Hering, Sabine; Wagner, Leonie: Eine Partei gegen die Gleichberechtigung der Frau. Aus: Nationalsozialistische Frauenpolitik vor 1933, Dokumentation, dipa-Verlag, 1995.

Bolognese-Leuchtenmüller, Birgit und Horn, Sonja: Töchter des Hippokrates, 100 Jahre akademische Ärztinnen. Wien 2000.

Brezinka, C. Dr. Univ.Prof., Universitätsfrauenklinik Innsbruck. 3.Linzer Symposion für Pränatalmedizin, in seinem Referat „Arzthaftung und Ultraschall.“

Brown JS et alii. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. Lancet 2000; 356:535-9

Cochrane Library, CochranePregnancy and Childbirth Group, Internet.(password)

Danzl. Karl Heinz, Dr., Richter in Innsbruck. Die psychische Gesundheit als geschütztes Rechtsgut des §1325 ABGB ZVR 1990,1

Danzl, Karl Heinz, Dr., Richter in Innsbruck, Das Schmerzensgeld. 1998

Fenyves, Attila/Hirsch, Christine: Zur Deckung der Ansprüche aus „wrongful life“ und „wrongful birth“ in der Arzthaftpflichtversicherung RdM 2000.

Frauengesundheitszentrum Graz, Zeitschrift 3/98.

Geburtenregister Tirol: Schröcksnadel, Hans Dr. Prof., Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck; Heim, Kurt Dr. Ass.Prof., Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck; Pinzger, Gerold Dr. Prim., Krankenhaus Reutte; Reiter, Gernot Dr., Universitätsklinik für Kinderheilkunde Innsbruck; Oberaigner, Willi Dr., Institut für Klin.Epidemiologie der TILAG/Geburtenregister Tirol.

Giese, Karin: Umgangsweise von Frauen mit dem Angebot der Pränataldiagnostik.
Aus: Körperpolitik mit dem Frauenleib, 1998, Schriftenreihe der IAG-Frauenforschung.

Greer, Germaine: The Whole Woman. New York, 1999.

Homepage der Hebammen: www.hebammen.at

Homepage: www.epi-no.de

Husslein, Peter, Dr Univ. Prof.: www.universimed.com

Karner, Ernst: Der Ersatz ideeller Schäden bei Körperverletzung, 1999 94ff; OGH in ZVR 1995/46 und ZVR 1997/75 und 1 Ob 91/99 k (FN1)

Koziol, Helmut Dr. Univ. Prof. Wien: Haftpflichtrecht Rz11/17

Kuhn, Anette, Drⁱⁿ, Profⁱⁿ: Patriarchale Strukturen, Geschlechterpolitik und Geschlechterideologien, Berlin 1996

Jahrestagung 7 der Medizinischen Gesellschaft für Inkontinenzhilfe Österreichs am 29.11.1997 in Klagenfurt, Prof. Dr H. Kölbl in seinem Referat: Abklärung der Harninkontinenz, vom Symptom zur Diagnose bei der Frau.

Kessler RC, J Clin. Psychiatry 2000, 61 Suppl.5:4-12: posttraumatic stress disorder.

Jonas Monika: Behinderte Mütter- behinderte Mutter? Die Unzumutbarkeit einer arrangierten Abhängigkeit. Frankfurt/M, 1994.

Landeskrankenhaus Kirchdorf, WHR Prim Dr Florian Marberger

Landeskrankenhaus Rohrbach, Prim. Dr Stumpner

Landeskrankenhaus Villach, Abteilung Prof. Dr Jörg Keckstein

McFarlane AC, Jclin. Psychiatry 2000 61 Suppl.5: 15-20 posttraumatic stress disorder.

Moser, Gabriele Drⁱⁿ. Univ. Profⁱⁿ., Gleichbehandlungsbeauftragte

Netzwerk gegen Pränataldiagnostik, Rundbrief 5.

OÖ Nachrichten, 28.7.2000, Seite 24: Geburt in der Nacht riskanter.

Pateisky, Norbert Dr. Univ. Professor, in Medical Tribune 32.Jg Nr. 48 vom 29.11.2000.

Rhode, Anke. Drⁱⁿ Univ. Prof.ⁱⁿ der Universitätsfrauenklinik Bonn

Schwärzler, Peter Dr. Univ. Prof. Universitätsfrauenklinik Innsbruck, 3.Linzer Symposion für Pränatalmedizin, am Freitag, den 10.11.2000 in seinem Referat „Nackentransparenzmessung in der 11.-14-SSW.“

Stipsits Sonja, Medical Tribune.33.Jg. Nr. 7 vom 14,2,2001.

Teiche, Katharina Drⁱⁿ. Oberösterreichische Fortbildung für Gynäkologen in Hinterstoder, vom 21.bis 24.März 2001 in ihrem Referat: Die Wassergeburt, Vorteile und Sicherheitsaspekte.

Wimmer-Puchinger, Beate Drⁱⁿ. Univ. Profⁱⁿ in Medical Tribune Nr. 40/8.Oktober 1999, Ärztinnen im Krankenhaus.