

Ausgabe 01/2023
Februar 2023

Offizieller
Newsletter der
Universitätsklinik für
Gynäkologie und
Geburtshilfe
Innsbruck

Liebe Kolleg:innen,

die Medien hypen in der Medizin rasante Entwicklungen und nötigen uns so, auch in Gesprächen mit Patientinnen darauf zu reagieren und Meinung zu beziehen. Versprochene sensationelle Ergebnisse, Paradigmenwechsel oder platzende Bomben kündigen medizinische Revolutionen an, die dann allzu oft ausbleiben. Lanciert werden solche Berichte gerne von der Industrie und selbst bei akademisch publizierten Sensationen findet man beim zweiten Blick oftmals Firmen im Hintergrund, die im Eigentum des „Erfinders“ oder Autors der Sensation stehen. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Man ist also gut beraten, nicht auf jede Entwicklung aufzuspringen, sondern die Meinung von unabhängigen Expert:innen und Leitlinien abzuwarten. Eine vorschnelle Anwendung neuer Trends birgt ein beträchtliches forensisches Risiko. Wenn eine klinische Konsequenz aus einem neuen Test, der noch nicht in Leitlinien aufgenommen wurde, gezogen wird und sich das Ergebnis als falsch erweisen sollte, wird kein Gutachter dafür Verständnis aufbringen. Dies birgt erhebliche Risiken für die Anwender. Wie sagen italienische Bergsteiger? „Wer langsam geht, geht gut. Wer gut geht, geht weit“.

In diesem Sinne haben wir unsere gynäkologische Onkologie der Frauenklinik wieder von externen und internationalen Auditoren überprüfen lassen. Die Vorbereitungsarbeiten forderten das Team mehrere Monate lang. Die Prüfer:innen checkten Krankengeschichten, verfolgten Abläufe nach, analysierten Statistiken und führten Gespräche mit allen möglichen Stakeholdern. Die Berichte waren für uns außerordentlich positiv und ich freue mich, dass unser interdisziplinäres Zentrum für gynäkologische Tumoren und das Brustgesundheitszentrum wiederum alle Zertifikate erhalten haben:

1. Das Zentrum für Gynäkologische Tumoren: „Konnte mit sehr guten medizinischen Kennzahlen, aber auch mit gut strukturierten Prozessen und einer klaren Struktur sehr erfolgreich die Rezertifizierung absolvieren. Der Fachgutachter hat keine Abweichungen formuliert und die hochstehende medizinische Versorgung der Patientinnen betont.“
2. Das Brustgesundheitszentrum Tirol: „Die Zahl der Neudiagnosen ist weiter auf nun über 350 gestiegen. In Tirol werden laut Statistik Austria 490 Neudiagnosen pro Jahr angegeben, so dass die überwiegende Mehrheit der Patientinnen im BGZ Tirol und fast alle im Netzwerk des BGZ mit seinen affilierten Partnern behandelt werden. Durch die hohen Fallzahlen kann das vollständige Spektrum im Bereich der

Mammadiagnostik und -therapie klinisch und wissenschaftlich angeboten/genutzt werden. Die verantwortlichen Mitarbeitenden konnten den Fachgutachter von der hochstehenden medizinischen und wissenschaftlichen Qualität des Zentrums überzeugen.“

3. Der Status als ESGO akkreditiertes Ausbildungszentrum in gynäkologischer Onkologie wurde wieder bestätigt. Damit bieten wir Fachärzt:innen eine strukturierte Subspezialisierung an, die international hohe Anerkennung genießt.
4. Die ESGO erneuerte auch die Akkreditierung als Zentrum für komplexe operative Therapie des Ovarialkarzinoms. Es gibt evidenz-basierte Qualitätsindikatoren für die operative Therapie des Ovarialkarzinoms die mit dem Überleben der Patientinnen korrelieren. Leider werden in Österreich immer noch 3/4 aller Patientinnen mit Ovarialkarzinom in Abteilungen operiert, die diese Qualitätskriterien nicht erfüllen.



In den letzten Jahren hat aber auch in Österreich die Zentralisierung der onkologischen Therapie zugenommen. So werden derzeit etwa 90 Prozent aller Brustkrebs-Patientinnen an zertifizierten Brustgesundheitszentren behandelt. Die letzten Analysen aus Deutschland belegen, dass in diesen Zentren durch die Zentralisierung kombiniert mit der durch die Zertifizierung notwendigen Qualitätsoffensive die Behandlungsergebnisse besser geworden sind. Auch für das Ovarialkarzinom liegen ähnliche Studien vor. Daher forderte auch die gynäkologische Fachgesellschaft OEGGG die Zentralisierung. In Österreich gibt es derzeit nur drei ESGO akkreditierte Zentren und nur eines in Westösterreich.

Diese Zertifikate und Akkreditierungen sind das Ergebnis jahrelanger Investition in Qualitätsarbeit. Das ist nur dank eines außerordentlich motivierten und engagierten Teams möglich, das mit großer Energie hinter diesen hohen Anforderungen steht. Und, weil die Zusammenarbeit mit Ihnen, Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich, exzellent und hoch professionell funktioniert und Sie uns Ihre Patientinnen in deren Interesse anvertrauen. Die Zertifizierungen belegen, dass es nicht nur bei der Behauptung eine exzellente Versorgung zu bieten bleibt. Sie und ihre Patientinnen haben die geprüfte Gewissheit.



Ich danke Ihnen für dieses jahrelange Vertrauen!

Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

News I: Rückkehrerinnen und Auslandsaufenthalte

Wir freuen uns, dass Dr. **Katharina Leitner** als Fachärztin das onkologische Team verstärkt. Sie hat eine fundierte Facharztausbildung an unserem Hause absolviert, sogleich die Organisation der ESGO Rezertifizierung bravourös übernommen und freut sich auf die neue Herausforderung.

OÄ Dr. **Irina Tsibulak** erweitert ihre onkologische Spezialisierung durch einen Auslandsaufenthalt in Essen. Wir wünschen ihr eine spannende Zeit und freuen uns auf ihre Rückkehr im nächsten Jahr!

Weiters freuen wir uns auf alle Rückkehrerinnen aus der Karenz, die unser Team in diesem Jahr wieder vervollständigen und die zeigen, dass sich die Arbeit als Gynäkologin mit Mutterschaft verbinden lässt: OÄ Dr. **Gabi Gufler**, OÄ Dr. **Valeria Colleselli-Türtscher**, OÄ Dr. **Samira Abdel Azim**, Dr. **Anna Strimmer**, Dr. **Carlotta Moro**, Dr. **Martha Hampl**, Dr. **Christine Degasper**, Dr. **Valentina Daxl**

News II: Pensionierung Elisabeth Abfalter und Christoph Brezinka

Ass. Prof. Dr. **Elisabeth Abfalter** und Univ. Prof. Dr. **Christoph Brezinka** sind nach langjähriger Tätigkeit an unserem Hause in den Ruhestand getreten. Christoph Brezinka verabschiedete sich mit einem Abschiedssymposium getragen von zahlreichen hochkarätigen Rednern und präsentierte selbst einen Rückblick der letzten Jahrzehnte der Frauenklinik Innsbruck. Wir wünschen beiden neue Herausforderungen, Gesundheit und die Erfüllung aller aufgeschobenen Pläne! (Foto: © Dr. Alexandra Ciresa-König)

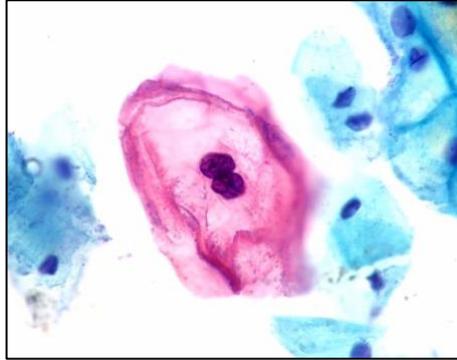


Wichtige Termine

- **13.05.2023:** „Sommerfortbildung 2023“, Haus Marie Swarovski, Wattens;
Themen:
 - Hyperemesis gravidarum: Therapie und Langzeitfolgen für das Kind
 - Konfliktmanagement in der Ordination/in der Klinik
 - Schwangerschaftsabbruch in Tirol
 - Speicheltest oder Serummarker zur Diagnose der Endometriose
 - Update Onkologie
- **11.11.2023** „Winterfortbildung 2023“, Ort wird noch bekannt gegeben

HPV-Impfung für alle!

Die HPV-Impfstoffe schützen gegen bestimmte Typen humaner Papillomaviren und tragen somit auch zur Krebsprävention bei. Nun ist die HPV-Impfung österreichweit verfügbar



Die Zahlen sprechen für sich: Die HPV-Impfung schützt vor Dysplasien und Karzinomen. Nach langem Ringen und zähen Verhandlungen ist es nun auch in Österreich gelungen, eine verlängerte Übernahme der Kosten der HPV-Impfung zu erwirken. Damit nähern wir uns unserem Ziel des flächendeckenden Schutzes vor einer HPV-Infektion durch Erhöhung der Durchimpfungsrate.

Es wird nun ab Februar 2023 möglich sein, weibliche und männliche Personen bis zum 21. Geburtstag mit zwei Teilimpfungen „Gardasil 9“ im Abstand von zumindest sechs (max. 12) Monaten im Rahmen eines catch-up Programmes kostenfrei zu impfen, sollte die vorgesehene Schulimpfung versäumt worden sein. Eine Auffrischung ist nach jetzigem Wissensstand nicht nötig.

Derzeit ist geplant, dass die Ärzt:innen in der Niederlassung (Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen und Allgemeinmediziner:innen) die Impfstoffe an der Landesärztdirektion oder den Gesundheitsabteilungen der Bezirkshauptmannschaften/Stadtmagistrat abholen, bis zur Verwendung kühl lagern und in den Praxen verimpfen.

Wir hoffen, dass die Verhandlungen der Ärztekammer mit dem Land bezüglich des Impftarifs möglichst bald von Erfolg gekrönt sind, sodass sich viele niedergelassene Kolleg:innen am Impfprogramm beteiligen. Damit könnten noch heuer zahlreiche junge Menschen ihre versäumte HPV-Impfung gratis erhalten und es müsste nicht an die Impfstellen des Landes (BHs/Magistrat) verwiesen werden. Die HPV-Impfung wird damit integraler Bestandteil der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung.

Bitte beteiligen auch Sie sich an dieser wirkungsvollen Schutzmaßnahme und impfen Sie ihre Patient:innen [entsprechend des österreichischen Impfplans](#). (Autorin: OÄ Dr. Alexandra Ciresa-König; Foto: © Flickr; Ed Uthman/CC BY 2.0)

Neues aus der Senologie

Was gibt es für Entwicklungen in der Therapie des hormonabhängigen Mammakarzinoms – SABCs 2022? So einige

Die Therapie des HR+/HER2- Mammakarzinoms hat in den letzten Jahren dramatische Fortschritte gemacht. Die Zellzyklus-Kontrolle durch CDK4/6 Inhibitoren eröffnete nicht nur in der metastasierten, sondern auch in der adjuvanten Therapie neue Optionen. In der monarchE-Studie wurden insgesamt 5.637 Patientinnen mit früher Erkrankung und hohem Risiko eingeschlossen. Die meisten PatientInnen hatten eine vorangegangene (neo-)adjuvante



Chemotherapie und wurden adjuvant für die Dauer von zwei Jahren mit Abemaciclib behandelt. Das Update der Studie in San Antonio bestätigte die signifikante Risikoreduktion durch die Einnahme des CDK-Inhibitors, mit einer absoluten Verbesserung des Outcomes um sechs Prozent. Damit etabliert sich die Therapie für dieses Kollektiv als neuer Standard in der adjuvanten Therapie.

Dennoch kommt es oft zu einer Resistenzentwicklung und einer Progression der Erkrankung. Hier spielt der AKT-Signalweg beim fortgeschrittenen Mammakarzinom aufgrund von Alterationen in den Genen *PIK3CA*, *AKT1* und *PTEN* eine wichtige Rolle und ist auch bei der Entwicklung von Resistenzen gegen endokrine Therapien involviert. Beim SABCs wurden nun die Ergebnisse der [Phase-III-Studie CAPItello-291](#) präsentiert, bei der der selektive Inhibitor der drei AKT-Isoformen (AKT1/2/3) Capivastertib zum Einsatz kam. 700 PatientInnen mit Aromataseinhibitor-resistentem Brustkrebs erhielten in der doppelblinden CAPItello-291-Studie randomisiert Capivastertib plus Fulvestrant oder Placebo plus Fulvestrant. Zu den Einschlusskriterien gehörten ein früher Krankheitsrückfall oder ein Progress unter AI-Therapie in der fortgeschrittenen Situation.

Die Zugabe von Capivastertib verbesserte die Progression in der ITT-Population signifikant, besonders aber in der Gruppe von Patientinnen mit AKT/PIK3CA/PTEN alterierten Tumoren. Hier konnte das Risiko um 50 Prozent reduziert werden und das bei relativ günstigem Nebenwirkungsprofil.

Eine weitere Neuerung sind orale SERDs, also Selektive Estrogenrezeptor Degradierer. Hier sind multiple Komponenten in der Entwicklung. In San Antonio wurden mit der SERENA-2 Daten zu Camizestrant präsentiert. 240 Patientinnen mit metastasiertem HR+/HER2- Brustkrebs wurden entweder mit oralem Camizestrant oder dem klassischen SERD Fulvestrant i.m. behandelt.

Die Phase 2 Studie zeigte eine signifikante Verlängerung des progressionsfreien Überlebens durch Camizestrant. Durch die positiven Ergebnisse ist die weitere Entwicklung der Substanz garantiert. Deshalb ist ab dem Frühjahr 2023 am Brustgesundheitszentrum Innsbruck eine Teilnahme an der Phase III Studie [CAMBRIA-1](#) möglich. Diese internationale Multi Center Studie untersucht Camizestrant in der adjuvanten Therapie bei mittlerem bis hohem Risiko, und steht in Österreich unter Innsbrucker Leitung. (Autor: OA Dr. Daniel Egle)

Frühgeburtprädiktionen mit Risiko

Bei Frühgeburtprädiktion und risikostratifizierter antenataler Kortikosteroidgabe fällt die Entscheidung nicht immer leicht aus. Was tun?

Die Lungenreife stellt bis heute einen Meilenstein in der Behandlung von Frühchen dar. Keine andere Intervention (Tokolyse, Neuroprotektion) im Management hat einen solch gewichtigen Einfluß auf die Prognose frühgeborener Kinder. Die neonatale Mortalität kann um 30 Prozent gesenkt werden, schwere Morbiditäten wie Hirnblutungen oder nekrotisierende Enterokolitis werden halbiert.

In den letzten Jahren konzentrierte sich die Forschung zunehmend auf die optimale Verabreichung. Denn jede potente Therapie hat auch Nebenwirkungen, die zunehmend in den Fokus rücken: beschränkte Wirkungsdauer und mögliche negative Auswirkungen auf fetales Wachstum und kognitive Entwicklung der Kinder.

In einer Publikation von Norman et al. aus dem Jahre 2017 konnte gezeigt werden, dass zwar die Mortalität sehr kleiner Frühgeborener (< 28. SSW) durch die Lungenreifung um 30 Prozent gesenkt werden konnte, wurde jedoch das optimale Zeitfenster von sieben Tagen zwischen Verabreichung und Geburt des Kindes überschritten, stieg die Mortalität um 10 bis 15 Prozent an. Und auch das Risiko schwerer Hirnblutungen, eine der gefürchtetsten Komplikationen dieser Kinder, stieg nach einer Woche signifikant an.

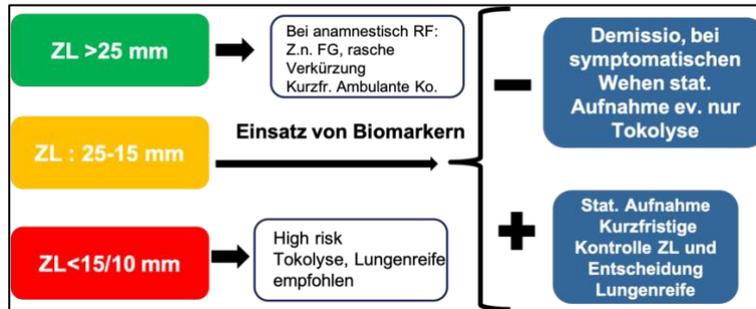
Dass die Wiederholung der Lungenreife nach verpasstem optimalem Zeitfenster nicht die Lösung des Problems ist, offenbarte der Macs Trial, publiziert in der Fachzeitschrift *Lancet*. Die Autoren konnten zeigen, dass Kinder, die mehreren Steroid-Zyklen ausgesetzt waren, bei der Geburt ein signifikant niedrigeres Geburtsgewicht, ein vermindertes Längenwachstum und einen niedrigeren Kopfumfang aufwiesen als die Placebogruppe. Weiters zeigte die Fünf-Jahres Follow-up Analyse, dass Kinder nach wiederholter Lungenreifegabe die nach 37. SSW geboren wurden eine signifikant höhere Rate an neurosensorischen Entwicklungsstörungen aufwiesen: Also genau jene Kinder, die die Lungenreife gar nicht benötigt hätten. Erkenntnisse die sich in einer großen finnischen Registerstudie aus dem Jahr 2021 bestätigten.

Diese Daten zeigen auf wie wichtig die richtige Indikationsstellung und das Timing der Lungenreife sind und stellen uns Geburtshelfer vor große Herausforderungen.

In einer retrospektiven Analyse an 600 Frauen, zeigte Levin et al., dass bei Frauen mit einer asymptomatischen Zervixverkürzung oder Frühgeburtsbestrebungen dieses optimale Zeitfenster von sieben Tagen zwischen Verabreichung der Lungenreife und Geburt des Kindes nur in 15 bis 30 Prozent der Fälle erreicht werden konnte.

In der Prädiktion der Frühgeburt spielen die Messung der Zervixlänge und der Einsatz von Biomarkertests (z.B. PartoSure) eine entscheidende Rolle. Die alleinige Messung der Zervixlänge bietet nur einen geringen diagnostischen Wert in der Vorhersage einer Frühgeburt. Gerade mal 26 Prozent ist der positive Vorhersagewert einer Frühgeburt bei Patientinnen mit einer Zervixlänge unter 15mm. Und das Risiko einer asymptomatischen Patientin mit einer Zervixlänge unter 10mm eine Frühgeburt in den nächsten 14 Tagen zu erlangen, liegt bei 5 Prozent.

In diesem diagnostischen Dilemma bietet die Kombination von Zervixlängenmessungen und die Anwendung von vaginalen Biomarkertests einen Vorteil. Gerade in der Gruppe der Patientinnen mit intermediärem Risiko für eine Frühgeburt (Zervixlänge von 25 - 15 mm oder 10mm bei asymptomatische Patientinnen), kann der Einsatz eines Biomarkertests die Entscheidung Lungenreife ja oder nein erleichtern. Angelehnt an die aktuelle AWMF Leitlinie „Prävention und Therapie der Frühgeburt“, sowie aktueller Publikationen verwenden wir folgendes Schema:



Mit zunehmendem Wissen um potentielle Nebenwirkungen, hat ein Umdenken stattgefunden: weg von generalisierter hin zu selektiver, risikoadaptierter Lungenreife.

Vor allem bei symptomatischen Patientinnen ist die Kombination von Zervixlängenmessung und der Einsatz von Biomarkern unter Berücksichtigung von anamnestischen Risikofaktoren derzeit die beste diagnostische Option eine korrekte Indikation zu stellen. (Autorin: OÄ Dr. Johanna Tiechl)

Rezente Fortschritte in der Gynäkoonkologie

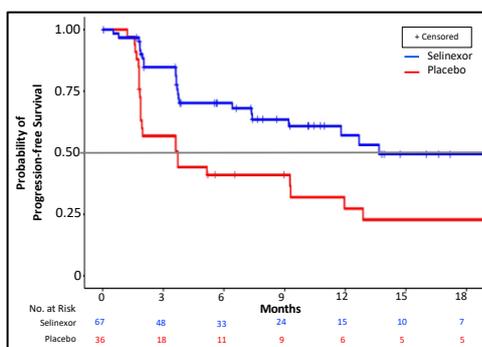
Neue Studien, neue Medikamente, neue Therapien

Im vergangenen Jahr wurde ein neues hoffnungsvolles Medikament in einer klinischen randomisierten Phase III Studie vorgestellt. Besonders erfolgversprechend scheint es in jenem Subtyp des Endometriumkarzinoms zu sein, der bislang medikamentös unterversorgt war: dem häufigsten aller Subtypen, der keinem spezifischen molekularen Profil (NSMP) zuzuordnen ist und definitionsgemäß keine TP53 Mutation aufweist (p53-Wildtyp).

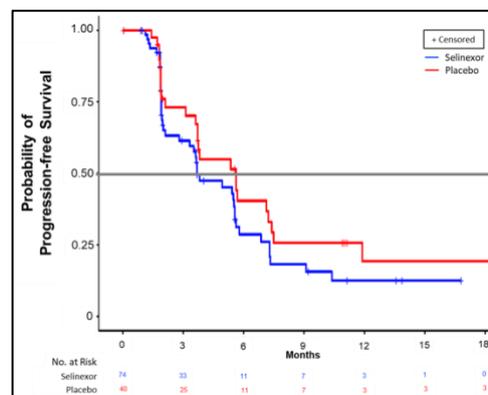
Bei dem zugeführten Medikament – nach erfolgreicher Chemotherapie oral einmal pro Woche – handelt es sich um Selinexor, einem sogenannten XPO1 (Exportin1)-Hemmer. XPO1 reguliert bzw. beschleunigt den Export von Proteinen, unter anderem Tumorsuppressor-Proteinen wie p53, aus dem Zellkern in das Cytoplasma, wo diese dann abgebaut werden. Die Regulierung des Kernexports geschieht durch Anlagerung von XPO1 an die Poren der Kernmembran.

In Tumorzellen ist XPO1 stark überexprimiert, um die Zellen vor der Wirkung der Tumorsuppressoren zu schützen. Durch die Hemmung von XPO1 werden sowohl p53 als auch andere Tumorsuppressor-Proteine im Zellkern zurückgehalten, stabilisiert und reaktiviert. Auf diese Weise können diese Proteine ihre Funktion als „Wächter des Genoms“ entfalten und die Tumorzellen in die Apoptose treiben.

Nur bei p53-wildtyp Karzinomen konnte ein deutlicher Vorteil für das progressionsfreie Überleben für den Selinexor-Arm in der Maintenance-Therapie festgestellt werden (HR: 0.375) (siehe Abb.1). Dem hingegen konnte für die als p53abnormale (abn) klassifizierte Tumoren kein signifikanter Benefit für eine Selinexor-Erhaltungstherapie gezeigt werden; (Abb.2).



1: Selinexor-Erhaltungstherapie nach Chemotherapie bei **p53 wt** rezidivierten und fortgeschrittenen (FIGO-Stadium IV) Endometriumkarzinomen; (HR: 0.375).



2: Selinexor-Erhaltungstherapie nach Chemotherapie bei **p53abn** rezidivierten und fortgeschrittenen (FIGO-Stadium IV) Endometriumkarzinomen; (HR: 1.306).

Bei diesen Karzinomen war das progressionsfreie Überleben tendenziell sogar etwas schlechter (HR: 1.306). Das könnte auf das in der Literatur beschriebene pro-onkogene Potential von aberranten p53 Proteinen zurückzuführen sein. Sie verbleiben unter XPO1 Inhibition im Zellkern und werden weniger abgebaut. Somit wäre eine solche Erhaltungstherapie bei TP53-mutierten Karzinomen als kontra-produktiv anzusehen.

Die Verträglichkeit dieser neuen Erhaltungstherapie wurde als gut beschrieben. Die Hauptnebenwirkungen (alle Schweregrade) waren Übelkeit

(84%) und Erbrechen (52%) am Tag der Einnahme. Hier konnte in aller Regel mit Supportiv-Maßnahmen gut gegengesteuert werden. Schwere (Grad 3) Übelkeit und Erbrechen waren mit 10% bzw. 2% wesentlich seltener.

Neue Medikamentenklassen

Ähnlich wie in der Senologie haben auch die sogenannten Antibody-Drug-Conjugates (ADC) als neue Medikamentenklasse Einzug in die Therapien der gynäkologischen Onkologie gehalten. Am besten ist die Datenlage derzeit beim rezidierten und metastasierten Zervixkarzinom, bei dem das Tisotumab Vedotin in den USA als Monotherapie in der Zweitlinien-Behandlung bereits eine FDA-Zulassung hat.

Vielversprechend sind die am ASCO 2022 präsentierten Daten für die Kombination diese gegen den Tissue-Factor gerichteten ADCs mit dem PD-1 Immuncheckpoint-Inhibitor Pembrolizumab sowohl in der ersten Therapielinie, aber insbesondere auch in der zweiten sowie dritten Therapielinie mit Objektiven Response Raten (ORR) von 40% (1L) bzw. 38% (2+3L). Und vor allem einer medianen Dauer des Ansprechens (DOR) von 20+ bzw. 18 Monaten.

Auch beim Ovarialkarzinom werden die ADC in Phase II Studien in der platinresistenten Situation untersucht. Dies ist besonders begrüßenswert, da es in den letzten Jahren kaum Fortschritte beim platinresistenten Ovarialkarzinom gegeben hat. Die Antikörper der ADCs sind beim Ovarialkarzinom gegen den Folat-Rezeptor-alpha oder Mesothelin gerichtet.

Da die meisten Studien als einarmig laufen, lässt sich derzeit noch keine Aussage über die letztendliche Wirksamkeit machen. Vielversprechend und hoffnungsvoll sind in der platinresistenten Situation des Ovarialkarzinoms die Ansätze, die die Replikation von Tumorzellen anvisieren und die Zellen auf diese Weise einem übermäßigen Replikationsstress aussetzen, der dann häufig zum Zelltod führt. Die besten Ergebnisse liegen hier für den WEE-1 Inhibitor Adavosertib mit einer ORR von 53% in allerdings Cyclin-E überexprimierenden Karzinomen vor. Weitere Therapie-Ansätze in diese Richtung sind CDK-, ATR- und ATM-Inhibitoren.

Es darf nicht verschwiegen werden, dass das beschriebene Targeting des Replikationsstress derzeit noch mit einer erheblichen Toxizität verbunden ist. (Autor: Ao.Univ.-Prof. Dr. Alain-Gustave Zeimet)

Kinderschutz in der Geburtshilfe: Perspektive der Kinderschutzgruppe

Der Umgang mit Kindern, die vor oder kurz nach der Geburt in Gefahr sind, ist schwierig. Wie Stationen Vorkehrungen treffen können

Am 16. Februar 2011 trat das „Bundesverfassungsgesetz über die Rechte der Kinder“ (BVG Kinderrechte) in Kraft. Durch dieses Gesetz werden ein allgemeiner Anspruch auf Schutz und Fürsorge, das Kindeswohl und die Partizipation, das Verbot von Kinderarbeit und Gewalt und ein Diskriminierungsverbot von Kindern mit Behinderung in den Verfassungsrang erhoben. Der Artikel 1 dieses Gesetzes regelt das sogenannte „Kindeswohlvorrangigkeitsprinzip“ das bedeutet, dass bei allen Entscheidungen, die Kinder betreffen, das Wohl des Kindes als ein vorrangiger Gesichtspunkt berücksichtigt werden muss.

Allein in Tirol werden jährlich ca. 2.800 Abklärungen durch die Kinder- und Jugendhilfe (KJH) aufgrund einer möglichen Gefährdung eines Kindes durchgeführt. Bei 50 bis 60 Fällen davon ist eine einvernehmliche Lösung mit den Eltern des Kindes nicht möglich, oder ist es der KJH nicht möglich, die erforderlichen Abklärungsmaßnahmen durchzuführen.

20 bis 25 Fälle pro Jahr betreffen nicht abgeschlossene Gefährdungsabklärungen präpartal bzw. unmittelbar postpartal erforderliche Kindesabnahmen noch ungeborener Kinder und somit die geburtshilflichen Abteilungen. Kann die Sicherheit bzw. das Wohl einer(s) Minderjährigen somit nicht zweifelsfrei festgestellt werden, so hat der Kinder- und Jugendhilfeträger nach §211 ABGB die erforderlichen gerichtlichen Verfügungen im Bereich der Obsorge zu beantragen. Bei „Gefahr im Verzug“ kann er die erforderlichen Maßnahmen der Pflege und Erziehung vorläufig mit Wirksamkeit bis zur gerichtlichen Entscheidung selbst treffen. Im Umfang der getroffenen Maßnahmen ist der Kinder- und Jugendhilfeträger vorläufig mit der Obsorge betraut.



Übertragung der Obsorge

Ein schriftliches „Aushändigungsverbot vor der Geburt“ im Sinne einer Gefahr im Verzug Maßnahme wird von der KJH in der Regel an den Kreißsaal, die Sozialarbeit der Gynäkologie und an die Kinderschutzgruppe adressiert. Dieses Schreiben ist aus juristischer Sicht wohl als unmittelbare und vorläufige Maßnahme der Pflege und Erziehung im Sinne einer „Gefahr im Verzug“-Maßnahme nach §211 ABGB zu verstehen und somit für die Krankenanstalt verbindlich. Formal juristisch müsste die KJH jedoch mit dem Schreiben innerhalb von acht Tagen bei Gericht einen entsprechenden Antrag auf Übertragung der Obsorge beantragen und die Schwangeren von dieser Maßnahme informieren, da auch die Fristen zur Wahrung des Einspruchsrechts der Betroffenen zu laufen beginnen würden. In einigen Fällen können die betroffenen Eltern jedoch nicht von der Entscheidung informiert werden, da zu befürchten ist, dass sie ihr Kind einer zusätzlichen Gefahr

aussetzen könnten, wenn sie sich der erforderlichen geburtshilflichen und pädiatrischen Betreuung entziehen, um den Maßnahmen zu entkommen.

Häufig betreffen vorgeburtliche Aushändigungsverbote die Kinder von Müttern mit einer bekannten oder dem dringenden Verdacht auf eine Substanzabhängigkeit und somit dem Risiko einer postpartalen Atemdepression beim Kind. Ein „ungesundes Verhalten“ in der Schwangerschaft ist juristisch eine Selbstgefährdung. Der Embryo ist als Teil der Mutter zu betrachten und noch keine eigene Person. Die Mutter und mit ihr der Embryo können aber nur gegen den Willen der Mutter geschützt werden (Zwangsbehandlung/Zwangseinweisung), wenn die Voraussetzungen des Unterbringungsgesetzes (ernstliche und erhebliche Gefährdung wegen einer psychischen Krankheit) erfüllt sind. Drogensucht und Alkoholismus per se sind juristisch jedoch noch keine psychische Krankheit und somit ist die Voraussetzung für Zwangsbehandlung in der Regel nicht erfüllt. Mit der Geburt des Kindes geht die Obsorge auf die Kinder- und Jugendhilfe über. Ihr kommt somit das Recht zu, den Aufenthaltsort des Kindes zu bestimmen. Die Mutter kann aber nicht dazu gezwungen werden, in der Krankenanstalt zu verbleiben, außer es sind die Voraussetzungen des Unterbringungsgesetzes erfüllt. Die Mutter kann somit jederzeit ohne Kind das Krankenhaus verlassen, darf aber grundsätzlich auch jederzeit zurückkommen, außer wenn dadurch das Kindeswohl gefährdet würde.

Datenschutz und Meldung

Bis dato wurden die Gründe für ein Aushändigungsverbot (Substanzmissbrauch, psychische Erkrankung, häusliche Gewalt, etc.) von der KJH mit Verweis auf den Datenschutz in dem Schreiben nicht genannt. Da sich daraus für die neugeborenen Kinder aber ein mögliches pädiatrisches Behandlungserfordernis und somit die Notwendigkeit der Entbindung an einem Zentrum ergeben kann, wurden die entsprechenden Vorlagen für diese Schreiben gemeinsam mit der Abteilung für Inklusion, Kinder- und Jugendhilfe beim Land Tirol überarbeitet. Es werden nun Grund für die Maßnahme und empfohlene Vorkehrungen angeführt. Die Weitergabe der Information über Verdachtsmomente an die Geburtshelfer ist zudem erforderlich, damit die Mitarbeiter:innen der Krankenanstalten ihrer Meldepflichtung bei „begründetem Verdacht der Kindeswohlgefährdung“ unmittelbar nach der Geburt nachkommen können.

Die zeitnahe schriftliche Meldung der Geburt an die Kinder- und Jugendhilfe durch die Krankenanstalt ist eine wichtige Voraussetzung, um die weiteren erforderlichen Schritte zur Sicherung des Kindeswohls den Müttern bzw. Eltern mitteilen und setzen zu können. Die Mitteilung der erforderlichen Maßnahmen muss durch einen MA/eine MAin der zuständigen KJH erfolgen. Eine Übernahme dieser Verantwortlichkeit der KJH durch Ärzt:innen oder Pflegekräfte stellt eine belastende Unvereinbarkeit dar. Klarer Auftrag der Pflegepersonen und der Ärzt:innen ist die Versorgung von Mutter und Kind und das Unterstützen im Bonding, Stillen und Anleiten der zu Betreuenden. Diese Tätigkeit erfordert ein Vertrauensverhältnis, das durch das Wissen um die Abnahme des Kindes stark belastet wird und die Pflegepersonen in der Wahrnehmung der betroffenen Mütter häufig zur „Wissenden und Mittäter:innen“ macht.

Prävention und Ablauf

Um die Zeitspanne dieser belastenden Situation möglichst kurz halten zu können, muss die durchgehende Erreichbarkeit der zuständigen KJH auch an Wochenenden und während der Nachtstunden gewährleistet sein. Bei

minderjährigen Müttern ist zudem eine Zuweisung der Mutter an die Kinderschutzgruppe möglich. Kinder mit neonatalem Entzugssyndrom werden an pädiatrischen Stationen als Patient:innen aufgenommen und können somit auch der Kinderschutzgruppe der Krankenanstalt zugewiesen werden.

Für einen möglichst reibungslosen Ablauf im Kreißaal braucht es bereits im Vorfeld der Geburt konkrete Vorgaben seitens der KJH für den Umgang mit Mutter, Kind und eventuell dem Partner bzw. der Partnerin. Im Detail wünschen sich die Mitarbeiter:innen der geburtshilflichen Abteilungen u.a. Antworten auf folgende Fragen:

1. Ist bei dem Neugeborenen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine pädiatrische Versorgung erforderlich?
2. Wie sieht es mit dem „Bonding“ aus?
3. Darf die Mutter mit dem Kind allein im Kreißaal/im Zimmer sein?
4. Muss das Kind von der Mutter „ferngehalten“ werden (im Sinne von ausgehender Gefahr)?
5. Darf der Partner bzw. die Partnerin anwesend sein?
6. Darf der Partner bzw. die Partnerin mit dem Kind allein sein?

Entscheidend für einen professionellen und möglichst einfühlsamen Ablauf für Mütter und ihre Kinder in dieser belastenden Situation ist neben dem optimierten Informationsfluss die zeitnahe Anwesenheit eines(r) MA/MARin der KJH zusätzlich zu den Mitarbeiter:innen im Kreißaal. Nur so kann sichergestellt werden, dass jede Berufsgruppe ihre Verantwortlichkeit mit der gebotenen Sorgfalt wahrnehmen kann und unnötige Belastungen für alle Beteiligten vermieden werden können. (Autor: Dr. Klaus Kapelari; Foto: © [Open Clip](#))