

MEDIZIN

Zum Sterben geboren

Wann müssen Ärzte extrem früh geborene Babys retten? Kölner Richter entscheiden jetzt im Fall einer Klinik, die ein Frühchen gar nicht erst behandelt hat.



CHRISTOPH PARSCH / DER SPIEGEL

so steht es in den Leitlinien, die sich die medizinischen Fachgesellschaften dazu gegeben haben.

Deutschland, Japan und Österreich gehören zu den wenigen Ländern der Welt, in denen Frühchen überhaupt behandelt werden, wenn sie in der 22. oder 23. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen. Anderswo gilt die 24. oder 25. Schwangerschaftswoche als Untergrenze. Frühgeburten werden dort nur palliativ behandelt, mit Schmerzmitteln und oft auch Morphium, das zur Atemlähmung und schließlich zum Tod führen kann.

Melanie Lang war in der 22. Woche, als ein Rettungswagen sie am 11. Juni 2007 in die Kölner Frauenklinik Holweide brachte, mit einem Blasensprung. Die Fernsehproduzentin glaubte sich dort in guten Händen, bis ihr die Hebamme eröffnete: „Ihr Kind ist zu unreif, da können wir nichts machen. Besser Sie verabschieden sich von ihm.“ Mit dem gleichen Urteil empfing die Geburtshelferin auch Georg B., Charlottes Vater. „Wir spürten, wie sich unser Kind bewegte“, erinnert er sich, „und sollten uns damit abfinden, dass unsere Tochter sterben würde.“

Im Krankenhaus von Köln-Holweide werden Frühchen in der Regel erst ab der 23. Schwangerschaftswoche behandelt. Das hatte Melanie Lang nicht gewusst, als sie sich für die renommierte Klinik entschied, die sogar ein Perinatalzentrum Level 1 hat. Sie ist wie 138 andere Kliniken in Deutschland auf die Behandlung von frühgeborenen Kindern spezialisiert. „Zurzeit keine Versorgung im Falle der Geburt, frühestens ab 23 + 1 SSW“, steht in Langs Krankenblatt. Eine Ärztin fragte Melanie Lang, ob sie einer Abtreibung zustimmen würde; bis nach der 24. Woche ist das in Deutschland möglich. Die werdende Mutter lehnte entsetzt ab – sie hoffte, es trotz geplatzter Fruchtblase in die nächste Schwangerschaftswoche zu schaffen.

Zwei Tage lang lag Melanie Lang zwischen Hoffen und Bangen. „Ich wusste, dass die Chancen denkbar schlecht sind, aber ich wollte unser Kind nicht aufgeben. Ich habe sie doch die ganze Zeit über in mir gespürt“, sagt sie.

Am 13. Juni 2007 wurde Charlotte geboren, es war eine quälende Geburt. Das Kind lag falsch, steckte über eine Stunde lang im Geburtskanal fest. Das Mädchen kam um 3.43 Uhr. „Charlotte schnappte

Sie haben der Mutter das Baby auf den Bauch gelegt. Charlotte, 28 Zentimeter klein, 460 Gramm leicht, wird sterben. Ein Frühchen mit winzigen Füßen, die Platz fänden in einer Streichholzschachtel; der kleine Körper übersät von blauroten Hämatomen, Folgen einer qualvollen Geburt.

54 Minuten dauerte Charlottes Leben. Niemand auf der Geburtsstation nabelte sie ab, saugte ihr die Luftröhre frei. „Wir hatten nicht einmal eine warme Decke für unsere Tochter“, erinnert sich Melanie Lang, die Mutter, „wir haben versucht, sie zu wärmen, mit unseren Händen.“

Für die Chance, vielleicht zu überleben, fehlten Charlotte drei, vier Tage im Mutterleib. Drei, vier Tage, und ein hochspezialisiertes Ärzteteam hätte sich des Mädchens angenommen, hätte es mit einem Kaiserschnitt geholt, hätte es in einen Brutkasten gebettet, bei exakt 33,5 Grad Wärme und 65 Prozent Luftfeuchtigkeit. Und die ganze Maschinerie der Hightech-Medizin wäre angelaufen.

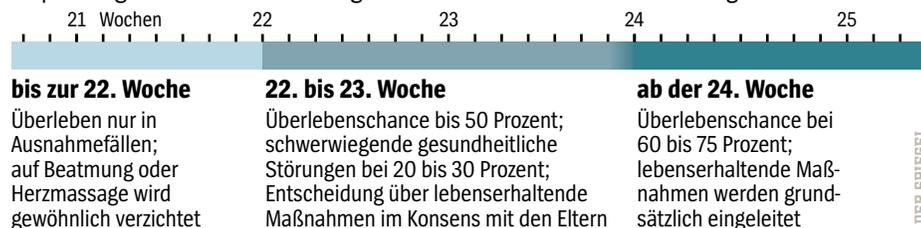
Doch Charlotte kam in einer medizinischen und juristischen Grauzone zur Welt. Kinder, die in der 22. oder der 23. Schwangerschaftswoche geboren werden, gelten als Frühgeburten an der Grenze der Lebensfähigkeit. In Deutschland sind das etwa hundert Baby im Jahr. Sie können,

aber sie müssen nicht behandelt werden, so lauten die ärztlichen Leitlinien.

Für beide Haltungen gibt es gute Argumente: Etliche der extremen Frühchen holen ihren Entwicklungsrückstand gut auf und führen später ein normales oder fast normales Leben. Doch je unreifer ein Kind geboren wird, desto größer ist das Risiko, dass es blind oder taub wird oder ein Leben lang auf Hilfe angewiesen ist. „Chancen, aber auch das Risiko schwerer Behinderungen müssen mit den Eltern besprochen werden, auch wenn das Verzicht oder Abbruch einer Therapie bedeuten könnte“, sagt Rainer Rossi, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin. „Die Erhaltung des Lebens des Kindes muss gegen die Vermeidung einer vermutlich aussichtslosen Therapie abgewogen werden“,

Zwischen Leben und Tod

Empfehlungen von Ärzten und Fachgesellschaften zur Frühchenbehandlung



DER SPIEGEL

nach Luft und zeigte einen unheimlichen Lebenswillen“, erinnert sich Georg B.

Kalt habe sich sein kleines Mädchen angefühlt. Die Haut solcher extrem frühgeborenen Säuglinge ist papierdünn, das Fettgewebe ist noch nicht ausgebildet, die kleinen Körper kühlen schnell aus. Zum Verlust des Kindes kommt für die Eltern das traumatische Erlebnis der eigenen Hilflosigkeit: „Wir konnten sie nicht einmal wärmen“, klagt der Vater. Er kann nicht akzeptieren, dass die Ärzte sich von starren Zeitvorgaben leiten ließen.

Bei Charlottes Geburt war die Mutter rechnerisch in der 22. Woche plus vier Tage schwanger; doch diese Berechnung kann schon mal um ein paar Tage danebenliegen. Hätte Charlotte angesichts dieser Ungenauigkeit ins Leben geholfen werden müssen? Dürfen Ärzte eine Grenze ziehen und ein Kind einfach sterben lassen?

Diese Fragen werden ab kommender Woche vor der 25. Zivilkammer des Kölner Landgerichts gestellt werden. Denn Melanie Lang holte sich bei Astrid Maigatter-Carus juristischen Rat. Die Anwältin hat sich auf Geburtsschadenrecht spezialisiert – und die Erfahrung gemacht, dass sich Staatsanwälte mit solchen Fällen schwertun.

Charlottes Mutter hat die Hebamme, einen Arzt und die Klinik wegen fehlerhafter geburtshilflicher Behandlung auf Schadensersatz verklagt. Die Summe ist mit 12 000 Euro gering. Die Kölnerin will am Tod ihrer Tochter nicht verdienen. Sie will, dass sich ein Gericht mit dem Handeln oder Unterlassen von Ärzten und Hebammen in dieser Grauzone auseinandersetzt.

Ruth Rissing-van Saan, bis vor kurzem Vorsitzende Richterin am Bundesgerichtshof, sieht in dieser Grauzone einen unhaltbaren Zustand: „Die ärztlichen Leitlinien stehen nicht über dem Gesetz“, sagt die Bochumer Juristin, die sich viel mit dem Grenzbereich zwischen Leben und Tod beschäftigt hat; ihr Senat fällte das Grundsatzurteil zur Sterbehilfe. „Wenn ein Kind lebend zur Welt kommt, muss es versorgt werden. Alles andere ist versuchter Totschlag durch Unterlassen, zumindest aber Körperverletzung“, sagt Rissing-van Saan. Wegen des laufenden Verfahrens lehnte die Holweider Klinik eine Stellungnahme zu dem Fall ab.

Große Bedeutung wird in dem Verfahren einem Gutachten zukommen, das das Kölner Landgericht beim Leitenden Oberarzt der Mainzer Frauenklinik, Peter Brockerhoff, in Auftrag gegeben hat. Seine

Expertise fällt nicht gut aus für die Klinik Holweide. Brockerhoff bewertet die Aufklärung der Eltern und die Dokumentation darüber schlicht als „mangelhaft“.

„Bei einer absehbaren Frühgeburt am Rande der Lebensfähigkeit müssen Eltern, damit sie verantwortungsvoll mitentscheiden können, von ärztlicher Seite umfassend aufgeklärt werden“, schreibt der Mediziner und bezieht sich auf die Leitlinien seiner Fachschaft. Eine Entscheidung über eine lebenserhaltende Behandlung oder die Sterbebegleitung „sollte im Konsens mit den Eltern getroffen werden“.

Hier liegen die Schilderungen von Eltern und Krankenhauspersonal jedoch weit auseinander. In dem dreiseitigen „geburthilflichen Krankenblatt“ wurde festgehalten: „Patient ist sehr traurig, hat viel geweint“, eine umfassende Beratung wird nicht erwähnt. Von „besonderer Bedeutung“ ist für Brockerhoff, dass die Eltern über eine alternative Behandlungsmöglichkeit nicht informiert wurden.

Ein paar Kilometer von Holweide entfernt liegt die Kölner Uniklinik. In dem zweiten Perinatalzentrum der Stadt werden schon seit Jahren extrem frühgeborene Kinder behandelt. Vier Frühchen, die im

Reifegrad von Charlotte geboren wurden, liegen dort gerade in ihrem Brutkasten, ein Mädchen kam mit nur 305 Gramm zur Welt. „Es hat sein Gewicht inzwischen verdreifacht“, erklärt Angela Kribs, die Oberärztin der Station.

Seit Ende der neunziger Jahre verzichten die Neonatologen und ihr Team so oft wie möglich auf die volle Apparatemedizin, beispielsweise die maschinelle Beatmung durch einen Tubus.

„Viele Kinder können selbständig atmen und brauchen nur eine Unterstützung, weil die Lungen noch zu unreif sind“, sagt die Ärztin und nimmt eine winzige Atemmaske in die Hand. Diese wird über die Nase der Winzlinge gestülpt, auf diese Weise bekommen sie mit leichtem Druck Luft in die Nase gepresst.

Hirn- und Lungenschäden würden so minimiert, sagt Kribs, die Säuglinge könnten viel früher Kontakt zu Mutter und Vater bekommen. Ein Baby, das atmet, sei lebensfähig, und das stärke das Vertrauen der Eltern in ihre Kinder. „Wir erzwingen nichts“, beschreibt Kribs den Ansatz der Uni-Mediziner, „aber wenn eine Chance da ist, nutzen wir sie auch.“

Eine Chance, nicht mehr und nicht weniger, hatte sich Melanie Lang auch für ihr Baby gewünscht.

BARBARA SCHMID



Krankenhaus Köln-Holweide
Juristische Grauzone

CHRISTOPH PARSCHT / DER SPIEGEL