

ärzte in die Familienplanungsberatungen der Kliniken einbezogen.

Weil die Anzahl der Frauen, die zur Beratung kommen, nicht ansteigt, haben Dr. med. Anke van Dam und ihre Kollegen ihre Aktivitäten verstärkt. Sie besuchen beispielsweise Fabriken und berichten dort über ihre Arbeit. van Dam gab jedoch zu bedenken, daß sich Bewußtsein und Verhalten eben nur langsam änderten. Als Ursache für die Zurückhaltung der Frauen hätten sich bei einer Evaluation im November ergeben: Keine Information darüber, daß das Angebot zur Familienplanungsberatung besteht; geringe Kenntnisse über Kontrazeptiva; die Bevorzugung einer Abtreibung; Angst vor den unerwünschten Wirkungen der Verhütungsmittel (vor allem vor Krebs oder Unfruchtbarkeit) und mangelnde Unterstützung durch den Partner.

Am Schluß des Bukarester Kongresses wurde schließlich lebhaft darüber diskutiert, wie die rumänischen Ärztinnen ihre Vorstellungen und Forderungen umsetzen könnten. Dabei hatten sich vor allem die jüngeren unter ihnen offenbar handfest Ratschläge von den westlichen Kolleginnen erhofft, die diese jedoch nicht geben wollten und konnten: Zum einen kenne man die Arbeits- und Lebenssituationen nicht gut genug, zum anderen fehlten ganz einfach Voraussetzungen für ein Engagement wie in Westeuropa: Wie kann sich eine Ärztekammer für die Belange der Kolleginnen einsetzen, wenn es noch keine Kammer gibt, weil entsprechende Gesetze nicht erlassen sind? Wie kann man aktiv auf den Gesetzgebungsprozeß Einfluß nehmen und beispielsweise bezahlte Erziehungszeiten durchsetzen, wenn ein Parlament gerade erst zu arbeiten begonnen hat und seine Spielregeln noch undurchsichtig sind?

Reges Interesse wurde auf jeden Fall daran bekundet, Erfahrungen in Kliniken und Praxen anderer Länder zu sammeln. Deshalb wurde die Einladung des schwedischen Ärztinnenbundes begrüßt, der einer jungen rumänischen Ärztin einen Sommer lang die Hospitation in schwedischen Kliniken und Praxen ermöglichen will.

Sabine Dauth

## Der „Erlanger Fall“ und die Logik medizinischer Konsequenzen

Selten hat ein medizinisches Ereignis die Gemüter mehr bewegt als der „Erlanger Fall“ — einer hirntoten Schwangeren, die das Kind nach Entscheidung der behandelnden Ärzte bis zu seiner Lebensfähigkeit hätte austragen sollen. Die Palette der Reaktionen war außerordentlich breit gefächert. Rein gefühlsmäßig hat der Fall wohl jeden wegen seiner menschlichen Dramatik sehr bewegt. Dennoch: Weiterhelfen kann nur die möglichst pragmatische und überlegte Analyse des Für und Wider, um uns letztlich die Erkenntnis zu verschaffen, ob die Kollegen sich initial weitgehend richtig oder weitgehend falsch entschieden hatten.

Erich Saling

Zunächst zum Fall: Eine 18jährige verunglückt im Straßenverkehr schwer. Sie wird ins Universitätsklinikum Erlangen gebracht. Im Anschluß an die Notversorgung in der Chirurgischen Klinik wird sie wegen der schweren Schädel-Hirn-Verletzung in die Neurochirurgische Klinik verlegt. Dort soll eine lebenserhaltende Operation vorgenommen werden. Nachdem dies als nicht möglich erkannt wird, erfolgt die Verlegung der Patientin zur weiteren Betreuung auf die Chirurgische Intensivstation. Dort wird am dritten Tag der Hirntod festgestellt. Als neue Grundlage für die Entscheidung über das weitere Vorgehen steht nunmehr die bei dieser hirntoten Frau zu Beginn des vierten Monats bestehende intakte Schwangerschaft an. Ein interdisziplinäres Ärztekonsilium wird einberufen. Bei einer Untersuchung des Feten wird festgestellt, daß der Fetus nach den heute möglichen Beurteilungskriterien unauffällig zu sein scheint. Daraufhin wird beschlossen, die Intensivbetreuung fortzusetzen. Die hirntote Mutter wird mit dem Ziel, für das Kind konkrete Überlebenschancen zu erreichen, weiterbeatmet, über Sonden auf natürlichem Wege — al-

so intragastral — ernährt und hormonell substituiert.

Zur Grundregel ärztlichen Handelns gehört die Erhaltung menschlichen Lebens. Um davon abweichen zu können, müssen ausgesprochen ethisch schwerwiegende Gründe vorliegen. Was den „Erlanger Fall“ betrifft, so konnten aus meiner Sicht allen bisher vorgebrachten, medizinisch begründeten Einwänden und Bedenken Beispiele dafür entgegengesetzt werden, daß auf durchaus vergleichbaren Gebieten in der „konventionellen“ Medizin im Prinzip ähnlich gelagerte Erkenntnisse und Versorgungspraktiken existieren. Damit ist die Stichhaltigkeit und die Berechtigung der Gegenargumente in Frage gestellt, wonach man die hirntote Frau und den Feten hätte besser sofort sterben lassen sollen.

Besonders in Laienkreisen wurde die hirntote Mutter oft als „Leiche“ bezeichnet. Nach herkömmlicher Definition (Klinisches Wörterbuch: Psyhyrembel) handelte es sich auf keinen Fall um eine Leiche, weil die typischen Kennzeichen der Leichenerscheinungen (Totenflecken, -starre, Fäulnis und Verwesung) keineswegs vorhanden waren. Nun mögen Gerichtsmediziner — aufgrund

der durch solche Grenzfälle verursachten Probleme – die Definition des Begriffes „Leiche“ ändern, was durchaus sinnvoll erscheinen kann. Nur hinken stark eingeprägte Vorstellungen lange nach, und auf den Laien wirkt es entsetzlich, sich eine Leiche herkömmlicher Prägung mit einem darin lebenden Kind vorzustellen. Nicht zuletzt basieren auf solchen definitiven Mißverständnissen, vermengt mit dem nötigen Schuß an „ideologischer Perversion“, so viele makabre Schlagworte im Zusammenhang mit dem „Erlanger Fall“.

Nüchtern betrachtet hat folgendes vorgelegen: Diese Patientin unterlag durch die geschilderten Umstände einem ungewöhnlich verlängerten Sterbeprozess, in dem zuallererst das zentrale Organ – das Gehirn – unwiederbringbar seine Funktion wegen der schweren Verletzung eingestellt hatte. Die meisten anderen Organe funktionierten aber infolge der ihnen eigenen Selbstregulationsmechanismen noch stabil. Sie hatten durch Einsatz der heutigen Möglichkeiten der Intensivmedizin die ihnen von der Natur aus gegebene Aufgabe übernommen, den Fetus weiter zu versorgen, bis er hätte selbstständig überleben können. Ob dies gelingen würde, war freilich von vornherein offen, wobei niemand wissen konnte, wie lange und wie gut die essentiell wichtigen Voraussetzungen – wie Atmung, Zirkulation und Stoffwechsel der Hirntoten – aufrechtzuerhalten sein würden. Inzwischen kam es nach fünfwöchiger Behandlung zu einem spontanen Abort. Die Intensivbetreuung wurde daraufhin beendet.

### Risiko für den Feten

Bei den medizinischen Fakten ist oft nicht berücksichtigt worden, daß es prinzipiell durchaus vergleichbare Verhaltensweisen, Schlußfolgerungen und Behandlungspraktiken in der konventionellen Medizin gibt. Logischerweise erhebt sich dann nämlich die Frage: Warum sollten diese Konsequenzen nicht selbstverständlich auch für den „Erlanger Fall“ gelten?

① Ein wichtiger Punkt in der Debatte war das durch verschiedene Unabwägbarkeiten bestehende *Risiko für den Feten*. Risiken für das Kind waren zweifellos gegeben. So bestand Unkenntnis darüber, wie lange und wie beträchtlich die Versorgung des Feten zwischen dem Unfallereignis und dem Beginn der Intensivbehandlung möglicherweise gestört war.

Die Verunglückte atmete beim Eintreffen des Notarztwagens spontan, sie hatte keine schwer blutende Verletzung, und es bestand auch kein offensichtlicher Volumenmangel. Grundsätzlich muß festgehalten werden, daß es auch bei vielen anderen Schwerverletzten immer wieder Unabwägbarkeiten gibt und daß dadurch oft ernste Gefahren für die Betroffenen bestehen. Es würde aber kaum jemand aufgrund solcher Fakten die Konsequenz zulassen, wegen der möglicherweise bestehenden Dauerschädigungsgefahr auf eine Intensivversorgung zu verzichten und den Betroffenen lieber sterben zu lassen. Damit dürfte das in einer Fernsehdiskussion vorgebrachte Argument des frauenärztlichen Kollegen, Prof. Hans-Harald Bräutigam aus Hamburg, man hätte wegen solcher Unabwägbarkeiten sich in diesem Fall nicht richtig entschieden, von der Logik der sonst angewandten Medizin her nicht haltbar sein.

Offensichtlich falsch waren auch die in einer Fernsehdiskussion geäußerten Argumente des medienpopulären nichtfrauenärztlichen Kollegen Prof. Julius Hackethal, der behauptet hat, das Kind wäre bereits schwer geschädigt, weil die intensivversorgte hirntote Frau verschiedene „gefährliche“ Medikamente erhalten habe. Von keinem der dabei in Erlangen eingesetzten, uns bekannten Medikamente ist in der wissenschaftlichen Literatur jedoch eine offenbar stark ins Gewicht fallende Gefahr für den Feten gegeben. Solche unhaltbaren Behauptungen eines professoralen Kollegen schaden der sachlichen Auseinandersetzung sehr; abgesehen davon bestätigen sie auch die mangelhafte wissenschaftliche Qualifikation des Betreffenden.

② Was die *allgemeine Einschätzung der Risiken* in diesem Falle betraf, so ist grundsätzlich noch folgen-

des zu bedenken: Jedes extrem kleine Frühgeborene unter 1000 Gramm Geburtsgewicht ist a priori einem relativ hohen Risiko ausgesetzt, zeitlebens eine mehr oder minder ausgeprägte Beeinträchtigung zu behalten. Man schätzt die Rate auf 10 bis 30 Prozent. Kaum jemand käme auf die Idee, bei diesen extrem kleinen Kindern bei der oft ebenfalls beträchtlichen Unabwägbarkeit, ob und wie lange manches von ihnen infolge zum Beispiel fehlender Überwachung (menschliches oder ärztliches Versagen) einem mitunter schweren Sauerstoffmangel ausgesetzt war, deshalb auf eine ärztliche Intensivversorgung zu verzichten.

### Mehr ärztliche Courage

Bräutigam empfahl auch, mehr ärztliche Courage bei Entscheidungen aufzubringen und nicht alle Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts auszuschöpfen. Im Prinzip hat der Verzicht auf therapeutische Maßnahmen schon mehrfach zu schwerwiegenden menschlichen und juristischen Problemen geführt. Man unterschätzt zu leicht, mit welchen manchmal unvorstellbaren Adaptationsmechanismen die Natur den Menschen ausgestattet hat, besonders im ante-, sub- und postpartualen Bereich zu überleben. Manche solcher besonders extrem kleiner „liegegellassener“ Kinder haben langes, angenommenes „Totsein“ – einige mit, einige aber auch ohne Schaden – überstanden.

Für den „Erlanger Fall“ läßt sich daraus der Schluß ziehen, daß eine vorübergehende, eventuell auch schwere intrauterine Versorgungsstörung des Feten auf keinen Fall grundsätzlich zu einem Dauerschaden geführt haben müßte, folglich eine Fortsetzung der Behandlung hätte unbedingt unterlassen werden sollen oder müssen.

Beim „Erlanger Fall“ spielt eine durchaus wichtige Rolle, daß bereits in einigen ähnlich gelagerten Fällen von hirntoten Schwangeren Intensivbehandlungen über mehrere Wochen fortgesetzt und letztlich gesunde Kinder zur Welt gebracht wurden, die sich bislang auch unauffällig entwick-

kelt haben. Meines Wissens geschah dies in einem Fall – ebenfalls nach einem Unfall – in den USA, wobei die Intensivbetreuung der hirntoten Mutter zwölf Wochen dauerte, also etwa sechs bis acht Wochen kürzer, als es in dem Erlanger „Fall“ erforderlich gewesen wäre.

### Nach Organogenese?

Ein weiterer, zunächst einleuchtender Einwand, ob die Erlanger Entscheidung richtig war, stammt vom Gynäkologen-Kollegen Prof. Kurt Semm aus Kiel und vom Internisten-Kollegen Prof. Gotthard Schettler aus Heidelberg. Beide waren der Ansicht, daß zum Zeitpunkt des schweren Unfalls das Kind sich noch im Stadium der Organogenese befand und auch dadurch zusätzliche Gefahren bestehen könnten. Unter diesem Aspekt war der „Erlanger Fall“, nicht nur seiner erforderlichen Gesamtdauer wegen, sondern auch wegen des noch frühen Schwangerschaftsstadiums als einmalig anzusehen. Der Unfall ereignete sich am 5. Oktober 1992. Das Schwangerschaftsalter zu diesem Zeitpunkt war Anfang des vierten Monats – also etwa 13. bis 14. Schwangerschaftswoche post menstruationem. Nun ist bekannt, daß die Organogenese mit rund zehn Wochen post conceptionem – also zwölf Wochen post menstruationem – als weitgehend abgeschlossen gilt. Zum anderen können die Bedenken, auch unter einem anderen Aspekt, von der Logik her etwas entschärft werden: Es gibt in der Literatur durchaus Fälle mit schweren Unfällen in der Frühschwangerschaft, wobei zwangsläufig auch mit schweren Schockereignissen zu rechnen ist, und es ist bekannt, daß bei den dann reanimierten Frauen eine Reihe von Schwangerschaften fortgesetzt wurde und lebende Kinder ohne Hinweise auf ernste Schäden zur Welt kamen.

### Die Würde der Mutter

Ein weiterer wichtiger Punkt wird bei der Betrachtung des „Erlanger Falles“ übersehen: Der medizini-

sche Fortschritt war besonders in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten außerordentlich groß. Das betrifft in diesem Fall auch die Intensivmedizin. Die vorgeburtliche Medizin ist in den letzten 30 Jahren entstanden und hat inzwischen vorher unvorstellbare Fortschritte erzielt. Vor 30 Jahren hätte man mit großer Wahrscheinlichkeit die Schwangerschaft erst auf dem Obduktionstisch festgestellt. Von diesen medizinischen Fortschritten her erwächst eine Berechtigung, weiteres Neuland zu erschließen, um in ähnlich gelagerten Fällen notwendige medizinische Hilfe noch besser realisieren zu können. Wir dürfen nicht vergessen, daß jede medizinische Maßnahme irgendwann zum ersten Mal mit weit höherem Risiko als bei ihrem hundertsten oder tausendsten Einsatz zur Anwendung gekommen ist.

Das Fortschreiten medizinischer Wissenschaft darf nicht durch unzureichende Übermittlung sachlicher und wichtiger Informationen an unsere Gesellschaft und unter anderem auch daraus resultierenden Ressentiments gehemmt werden. Man versetze sich nur um weitere 20 bis 30 Jahre in die Zukunft. Ich bin davon überzeugt, daß dann, bei einem historischen Rückblick, Verwunderung darüber bestehen dürfte, warum der „Erlanger Fall“ so viele Probleme in der öffentlichen Auseinandersetzung und in der Beurteilung der Richtigkeit der ärztlichen Entscheidung geboten hat.

Die Frage des Mißbrauchs wird allerdings künftig bei der Einschätzung wissenschaftlicher Entwicklung in der Medizin eine entscheidende Rolle als Regulativ und als notwendige Barriere spielen. Im „Erlanger Fall“ sprechen allerdings die Schlußfolgerungen dafür, daß die Ärzte seinerzeit die richtige Entscheidung getroffen haben.

Noch einige Worte zur vermeintlich verletzten Würde der hirntoten Frau. Nach meinem Ermessen ist nach dem „Rummel“, der sich ereignet hat, die Würde der „Erlanger Mutter“ am stärksten durch die offenbar entwürdigenden Formulierungen, besonders einiger Feministinnen und einzelner Medien, verletzt worden. Man denke sich doch einmal die geschmacklosen und per-

vertierten Formulierungen weg und versetze sich in die durchaus mögliche Situation, daß die werdende Mutter, die trotz der widrigen Umstände (jugendliches Alter, alleinstehend) zu ihren Lebzeiten das Kind offensichtlich austragen wollte, durchaus auch nach ihrem Tod den gleichen Wunsch gehegt haben könnte. War hierin nicht geradezu eine human begründete Aufgabe der modernen Medizin zu sehen, das Leben des Kindes zu erhalten und damit der Würde der Frau als Mutter und der des Kindes zu dienen?

### Kein Einzelfall

Andere Einwände – wie später zu erwartender Medienrummel um eine Person mit solcher Vorgeschichte, oder daß das Kind als Waise zur Welt käme – zählen alle nicht entscheidend mit, da der „Erlanger Fall“ in dieser Hinsicht keinen Einzelfall darstellt und man nicht gerade deshalb sich zum Sterbenlassen der Betroffenen entschlossen hätte.

Auch ist viel über pränatal-psychologische Aspekte diskutiert und auf alle möglichen Gefahren durch das Fehlen des sonst hier bestehenden Milieus für den Feten hingewiesen worden. Konkrete Erkenntnisse, welche Faktoren unverzichtbar sind und welche stark ins Gewicht fallenden Schäden gedroht hätten, existieren indessen nicht. Auch hier gilt zum einen, daß alle psychologischen Unabwägbarkeiten keinen plausiblen Anlaß abgeben haben, das Kind deshalb sterben lassen zu müssen. Zum anderen können wir davon ausgehen, daß nicht nur auf physischem, sondern auch auf psychischem Gebiet beträchtliche Adaptations- und Kompensationsreserven bestehen, die hätten hoffen lassen, daß dieser Fetus die zweifellos kritische Phase gut überwinden würde. ●

### Deutsches Ärzteblatt

90 (1993) A<sub>1</sub>-1258–1261 [Heft 17]

#### Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Erich Saling  
Institut für Perinatale Medizin  
Mariendorfer Weg 28  
W-1000 Berlin 44