

Schwangere Patientin mit fataler Hirnblutung

Online publiziert: 20. Mai 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Eine schwangere, Mitte 30-jährige Patientin war in ihrer Wohnung plötzlich bewusstlos zusammengebrochen. Der zu diesem Zeitpunkt anwesende Ehemann verständigte sofort den Notarzt, der eine tief bewusstlose und stark hypertensive Patientin vorfand. Die Patientin wurde zum Schutz vor Aspiration künstlich beatmet und, mit entsprechenden Narkosemitteln behandelt, unter der Verdachtsdiagnose eines schwangerschaftsassozierten epileptischen Anfalls in die Klinik eingewiesen.

Bei dem ersten Gespräch mit den Angehörigen konnte eruiert werden, dass die Patientin an einem langjährigen Diabetes mellitus Typ I mit einer diabetischen Nieren- und Augenschädigung, einer Schilddrüsenunterfunktion sowie einem schweren Bluthochdruck litt. Einige Jahre vorher war es im Rahmen einer Zwillingsschwangerschaft zu einem Abort gekommen. Zum Zeitpunkt dieses Ereignisses befand sich die Patientin nach einer In-vitro-Fertilisation in der 21. Schwangerschaftswoche (SSW).

In der bei Aufnahme durchgeführten Computertomographie des Kopfes zeigte sich dann eine vom Hirnstamm ausgehende Hirnblutung, die sich vom rechten Kleinhirn über das Mittelhirn bis in das Großhirn ausdehnte. Die Blutung war zudem in das Ventrikelsystem eingebrochen und es zeigten sich bereits Zeichen eines Aufstaus von Liquorflüssigkeit und somit eines erhöhten Hirndrucks. Bei der neurologischen Aufnahmeuntersuchung fanden sich beidseits weite, entrundete und lichtstarre Pupillen. Der Cornealreflex war nicht auslösbar, der Hustenreflex jedoch schon, was als Zeichen einer noch vorhandenen Restfunktion des Gehirnes zu deuten war. Die Patientin wurde nach der Erstversorgung auf die Intensivstation übernommen.

Die hinzugezogenen Neurochirurgen sahen aufgrund des ausgedehnten Befundes keine sinnvolle Therapieoption und beurteilten die Prognose hinsichtlich des Lebens der Patientin als aussichtslos; der baldige Eintritt des Hirntodes sei zu erwarten. Die gynäkologische Untersuchung zeigte jedoch eine intakte Schwangerschaft ohne erkennbare fetale Schädigung.

Es erfolgten ausführliche Gespräche mit dem Ehemann und der Familie der Patientin. Dabei ergab sich der klare Wunsch, das Leben des Kindes zu erhalten, auch wenn das Leben der Mutter mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht gerettet werden könnte.

Allerdings sollte das Risiko einer schweren Behinderung des Kindes nicht „zu hoch“ sein. Bei den Gesprächen wurde auch betont, dass die Mutter sicherlich bereit gewesen wäre, Leiden auf sich zu nehmen, um ihrem Kind ein Überleben zu ermöglichen. Es stellte sich zudem ein sehr förderliches soziales Umfeld dar: Die Ehe war stabil und die Familie der Mutter zeigte sich sofort bereit, die Versorgung des Kindes, soweit es überleben sollte, mit zu übernehmen.

In einer Ethikfallbesprechung unter Beteiligung aller betroffenen Fachdisziplinen und zweier Vertreter des Klinischen Ethikkomitees einigte man sich unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Gespräche mit den Angehörigen einstimmig, eine intensivmedizinische Behandlung der Mutter anzubieten, um das Kind in einem ausreichend reifen Zustand entbinden zu können. Eine Entbindung sollte jedoch frühestens in der 25. SSW erfolgen, da sonst das Risiko bleibender kindlicher Schäden nicht akzeptabel wäre. Sollten allerdings schwere Komplikationen wie ein Herz-Kreislauf-Stillstand oder eine schwere Sepsis vor diesem Zeitpunkt auftreten, würde eine weitere Behandlung der Mutter und somit auch des Feten unterbleiben. Dieses Vorgehen wurde so von der Familie im Konsens mitgetragen.

Der Ehemann der Patientin wurde vom Amtsgericht als Betreuer bestellt. Eine Betreuung des ungeborenen Kindes wurde ebenfalls angeregt, da der Hirntod der Patientin absehbar war. Hierfür sah das Gericht jedoch keine ausreichende Rechtsgrundlage.

Im weiteren Verlauf traten wiederholt Komplikationen im Sinne einer beatmungsassoziierten Lungenentzündung und einer durch die Hirnschädigung verursachten Elektrolytstörung auf, welche aber unter intensivmedizinischer Therapie beherrscht werden konnten. Es erfolgten regelmäßige gynäkologische Kontrollen mittels Ultraschall und intrauteriner Doppleruntersuchung der placentaren und kindlichen Gefäße, die jeweils eine zeitgerecht entwickelte und intakte Schwangerschaft bestätigten.

Auch nach Absetzen der Narkose kam es erwartungsgemäß bei der betroffenen Frau zu keiner Reaktion auf externe Reize. Am Ende der dritten Behandlungswoche konnte schließlich der Hirntod der Patientin gemäß der Richtlinien der Bundesärztekammer bestätigt werden.

Ab der 24. SSW wurde sicherheitshalber die Lungenreifung medikamentös unterstützt. Bei steigenden Widerstandswerten in der intrauterinen Doppleruntersuchung und der jetzt deutlich erhöhten Risikosituation für das ungeborene Kind wurde nach einer interdisziplinären Beratung der Entschluss gefasst, das Kind in der nun 28. SSW zu entbinden.

Die Sectio verlief zunächst unkompliziert. Das Kind musste allerdings kurz nach der Geburt für dreißig Sekunden wiederbelebt werden und wurde dann beatmet auf die Neugeborenen-Intensivstation verlegt. Die Patientin selbst wurde postoperativ wieder auf die Intensivstation verbracht und die organerhaltende Therapie dort beendet.

Der weitere Verlauf hinsichtlich des Kindes wurde zunächst durch ein Lungenversagen und einen angeborenen Herzfehler kompliziert. Mittlerweile geht es dem Kind jedoch gut und es bestehen bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Anhaltspunkte für relevante Folgeschäden.

Kommentar I zum Fall: „Schwangere Patientin mit fataler Hirnblutung“

Gregor Scheible · Bertrand Hirl · Kathrin Knochel

Online publiziert: 13. Mai 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Die Tragik der hier geschilderten Situation, in welcher das Schicksal einer sterbenden Mutter mit dem ihres noch ungeborenen Kindes untrennbar verknüpft ist, ruft zunächst einmal tiefe Betroffenheit hervor. Aufgrund der ausgedehnten Hirnblutung war hier von einem fatalen Ereignis mit unabwendbarem Eintreten des Todes der Mutter auszugehen. Lediglich die Organfunktionen konnten durch intensivmedizinische Maßnahmen aufrechterhalten werden. Gleichzeitig bestand eine fortgeschrittene, aber intakte Schwangerschaft ohne erkennbare Schädigung des Kindes, wobei jedoch die Überlebenschancen des Kindes außerhalb des Mutterleibes zu diesem Zeitpunkt (21. Schwangerschaftswoche, SSW) als nicht realistisch anzusehen waren. Betrachtete man alleine die Erkrankung der Mutter, würde in einer solchen Situation in der Regel die Beendigung der lebenserhaltenden Therapie diskutiert werden und im Falle des Eintretens des Hirntodes diese auch nur dann – im Sinne einer organprotektiven Therapie – fortgesetzt werden, wenn man sich mit den Angehörigen auf eine Organspende verständigt hätte.

Die ethische Frage im geschilderten Fall lautete, ob hier die Fortführung einer lebenserhaltenden Therapie bei der Mutter in einer medizinisch aussichtslosen Situation gerechtfertigt ist, um dem ungeborenen Kind eine realistische Überlebenschance zu ermöglichen. Diese Frage betrifft bei Eintreten des Hirntodes sogar die Weiterbehandlung einer Toten.

Zuerst fühlt man sich in dieser Situation verführt, das Recht des ungeborenen Kindes auf Leben gegen das Leid der sterbenden Mutter aufzuwiegen, also die bei der Mutter nicht indizierte Intensivtherapie durch das übergeordnete Interesse des Kindes auf Leben zu

Dr. G. Scheible (✉) · Dr. K. Knochel
Klinik für Kardiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin; Klinisches Ethikkomitee,
Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Schwabing,
Kölner Platz 1,
80804 München, Deutschland
E-Mail: gregor.scheible@t-online.de

Dr. B. Hirl
Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Städtisches Klinikum München GmbH,
Klinikum Schwabing,
München, Deutschland

rechtfertigen. Die konkrete Bewertung des moralischen Status des ungeborenen Lebens ist jedoch kontrovers und konfliktreich, wie auch die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch immer wieder gezeigt hat. Es stellt sich auch die Frage, ob entsprechende Analogien, z. B. zu der Situation bei einem Schwangerschaftsabbruch, und die Diskussion um den moralischen Status des Feten in dem geschilderten Fall überhaupt einen konstruktiven Beitrag leisten können.

Vielmehr erscheint die in dem konkreten Fall geschilderte Vorgehensweise, die vor allem auf die Beachtung des mutmaßlichen Willens der Mutter abzielt, wesentlich geeigneter: Bei der Patientin und auch bei ihrem Ehemann bestand ein eindeutiger und starker Kinderwunsch. Dieser hat sich nicht nur in der Bereitschaft widergespiegelt, sich nach einem durchlebten Abort für eine In-vitro-Fertilisation zu entscheiden, sondern auch in der Bestätigung durch den Ehemann unter der veränderten Voraussetzung, d. h. nach dem absehbaren Tod seiner Frau, die Verantwortung für das Kind übernehmen zu wollen. Zudem ist bei den bestehenden Vorerkrankungen der Mutter auch davon auszugehen, dass hier das erhöhte Risiko einer Schwangerschaft für Mutter und Kind im Rahmen der Schwangerschaftsplanung und -betreuung entsprechend zur Sprache kam und von den Ehepartnern so akzeptiert wurde. Dies scheint sich so auch in den Gesprächen mit dem Vater des Kindes und den weiteren Angehörigen bestätigt zu haben. Es kann hier also von einem relativ klaren mutmaßlichen Willen der Mutter ausgegangen werden, ihrem Kind eine realistische Überlebenschance zu ermöglichen, auch wenn sie dabei ein eigenes Leiden in Kauf nehmen müsste.

Dabei scheint es in dieser Situation zunächst nicht wesentlich, ob es sich um eine massive Schädigung des Gehirnes bei einer lebenden Patientin handelt oder ob der Hirntod bereits eingetreten ist. Die sehr formale Definition des Hirntodes ist zwar geeignet, eine Organspende bei intensivmedizinisch erhaltenden Organfunktionen zu ermöglichen, bringt aber in dem geschilderten Fall keine weitere Entscheidungshilfe.

Der Sorge der Angehörigen um eine mögliche Behinderung des Kindes bei einer Frühgeburt ist sicherlich gut nachvollziehbar. Die Leitlinien der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gehen hier recht eindeutig davon aus, dass nach der 24. SSW dieses Risiko beherrschbar ist ([1], S. 6). Dies rechtfertigt auch den Entschluss der hier behandelnden Ärzte, eine Sectio vor diesem Termin nicht als sinnvolles Therapieziel zu betrachten. Sicherlich ist bei der Beratung der Angehörigen auch zur Sprache gekommen, dass hier das Risiko lediglich minimiert, aber nie ganz ausgeschlossen werden kann und bei schweren peripartalen Zwischenfällen beim Kind eine Therapiezieländerung jederzeit möglich ist. Diese Möglichkeit wird den Sorgeberechtigten auch in der aktuellen Rechtsprechung¹ ausdrücklich zugestimmt.

Was in dem geschilderten Fall sicherlich sehr hilfreich war, ist die intensive und offene Kommunikation mit den Angehörigen sowie die Tatsache, dass die Entscheidungen auf der Basis einer breiten und interdisziplinären Diskussion, unter Einbeziehung einer Ethikberatung, getroffen wurden. In der Regel ist es in einer derart schwierigen medizinischen Situation nur so möglich, ethisch verantwortete Entscheidungen auch juristisch weitgehend abzusichern und den emotionalen Druck, den ein derartiges Schicksal auf die Angehörigen und das behandelnde Team ausübt, so weit wie möglich zu minimieren.

¹ Oberlandesgericht Hamm, Beschluss vom 24.5.2007, AZ: 1 UF 78/07.

Literatur

1. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, Akademie für Ethik in der Medizin, Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, S 2k-Leitlinie Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit (letzte Überarbeitung 4/2014). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-019l_S2k_Fr%C3%BChgeburt_Grenze_Lebensf%C3%A4higkeit_2014-09.pdf. Zugegriffen: 12. März 2015

Kommentar II zum Fall: „Schwangere Patientin mit fataler Hirnblutung“

Adrian Schmidt-Recla

Online publiziert: 9. Mai 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Der Berichtsfall wirft wie der Fall der „Erlanger Schwangeren“ (Amtsgericht Hersbruck NJW 1992, S. 3245; dazu [1, 3–5]) Rechtsfragen auf: Darf bzw. muss die Schwangere aus Rechtsgründen weiterbehandelt werden, wenn ihr Leben nicht wird erhalten werden können? Wer trägt rechtlich die Fürsorgeverantwortung für das ungeborene Kind? Macht sich der Arzt strafbar, wenn er die Behandlung fortsetzt oder abbricht? Für die Hirntodebatte ist hier kein Raum; es wird davon ausgegangen, dass die hirntote Patientin nicht mehr lebt. Das lässt sich bestreiten [6] – dann ändern sich alle unter 3. genannten Ergebnisse.

1. Die (vertraglich übernommene) Behandlungspflicht endet erst mit dem Tod, nicht bereits, wenn die Prognose infaust wird, denn dann lebt die Patientin ja noch. Behandelt der Arzt eine bekanntermaßen schwangere Patientin, ist das Ungeborene in den Schutzbereich des mit der Patientin geschlossenen Vertrages einbezogen. Das gilt auch, wenn die Behandlung als Notbehandlung oder aufgrund eines mit einem Vertreter der Patientin geschlossenen Vertrages begonnen wird, bzw. dann, wenn die Behandlung als Notbehandlung beginnt und später auf eine vertragliche Grundlage gestellt wird, indem ein Vertreter sie billigt. Auch dann obliegt es dem Arzt, der um die Schwangerschaft weiß, diese bei seiner Behandlung nicht zu gefährden. Stirbt die Patientin, erlischt zwar die Pflicht, sie zu behandeln, nicht aber die Pflicht, das Kind nicht zu schädigen; auf einen erklärten oder mutmaßlichen Willen der Schwangeren kommt es nicht an. Der ungeborene Mensch ist zwar (noch) nicht rechtsfähig, das Recht anerkennt aber seine Interessen in §§ 823, 1912, 1923 Abs. 1 S. 2, 2101 Abs. 1, 2108 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), in §§ 218–219 b des Strafgesetzbuches (StGB) und im Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG). Hieran ist der Arzt gebunden; er muss also lebenserhaltend behandeln. Unterlässt er das und schädigt er dadurch das Ungeborene, können Schadensersatzansprüche entstehen. Die Frage, ob die hirntote Schwangere durch die Weiterbehandlung ihrer Menschenwürde

Prof. Dr. A. Schmidt-Recla (✉)
Juristenfakultät, Universität Leipzig,
Burgstr. 27,
04109 Leipzig, Deutschland
E-Mail: post@schmidt-recla.de

- beraubt und zum Objekt im Dienst eines Dritten gemacht wird, wird hier verneint: Die hirntote Schwangere hat keine individuellen Abwehrgrundrechte inne [5].
2. Wer sorgt rechtlich für die Interessen des ungeborenen Kindes? Ein bereits für die komatöse oder erst für die hirntote Patientin bestellter rechtlicher Betreuer kann das nicht sein. Im Erlanger Fall war der hirntoten Schwangeren trotzdem ein Betreuer bestellt worden [3]. Vertretungsmacht kann nur für lebende, geborene Menschen bestehen (deswegen hatte das AG es im Berichtsfall abgelehnt, einen Betreuer zu bestellen). Vorgeschlagen wurde nach dem Erlanger Fall, wegen des Ausfalls der Schwangeren § 1912 Abs. 1 BGB analog anzuwenden und für das Ungeborene einen Pfleger zu bestellen [1, 7]. Angesichts von § 1912 Abs. 2 BGB ist das entbehrlich, wenn der künftige Vater bekannt ist (das war im Erlanger Fall anders), denn dieser wird im Moment der Geburt gesetzlicher Vertreter des Kindes. Damit konnte im Berichtsfall für das Kind keine Fürsorgelücke entstehen: Solange die Schwangere nicht hirntot war, wurde sie von ihrem Ehemann als ihrem Betreuer vertreten. Während dessen waren die Ärzte vertraglich verpflichtet, Frau und Fötus zu behandeln. Nachdem der Hirntod eingetreten war, wurde das Interesse des künftigen Kindes, nicht geschädigt zu werden, vom künftigen Vater nach § 1912 Abs. 2 BGB vertreten. Dazu konnte er verlangen, dass die Schwangerschaft bestehen blieb, bis das Kind extrauterin lebensfähig war.
 3. Zur Strafbarkeit gilt: Behandelt der Arzt über den Hirntod hinaus weiter, begeht er gegenüber der Patientin keine Körperverletzung (in die die Patientin nicht eingewilligt hat), denn das würde voraussetzen, dass das Opfer lebt. Da der Körper keine Sache ist, beschädigt er auch keine Sache. Er stört auch nicht die Totenruhe, wenn die Patientin sich in der Obhut des Krankenhauses und nicht in der ihrer Angehörigen befindet, weil er dann nicht fremden Gewahrsam bricht. Beendet er die Behandlung nach dem Hirntod, macht er sich nicht nach §§ 223, 212 StGB strafbar: Ungeborene sind noch nicht Menschen i. S. d. Körperverletzungs- und Tötungsdelikte. Die Verletzung der Behandlungspflicht gegenüber dem Kind (1.) ist nicht strafbar. Fraglich ist, ob der Arzt dann einen Schwangerschaftsabbruch durch Unterlassen (§§ 218, 13 StGB) begeht. Das wird häufig bejaht [2, 4, 5], weshalb die im Berichtsfall diskutierte Frage, ob es erlaubt gewesen wäre, das Kind nicht lebend zu gebären, nur hätte bejaht werden können, wenn ein Fall des § 218 a Abs. 2 oder 3 StGB vorgelegen hätte. Doch das war nicht gegeben, als die Schwangere noch nicht hirntot war, – und das konnte nicht mehr eintreten, nachdem sie hirntot war.

Literatur

1. Blandini M (2007) Betreuungrechtliche Aspekte von Entscheidungen zwischen Leben und Tod. Baden-Württ Notar Z 73:129–139
2. Hilgendorf E (1996) Scheinargumente in der Abtreibungsdiskussion – am Beispiel des Erlanger Schwangerschaftsfalls. *Neue Jurist Wochenschr* 49:758–762
3. Kern BR (1993) Zum Todeszeitpunkt des BGB. *Medizinrecht* 11:112–113
4. Kiesecker R (1996) Die Schwangerschaft einer Toten. *Strafrecht an der Grenze von Leben und Tod*. Peter Lang Verlag, Frankfurt a. M.
5. Merkel R (2013) § 218 Schwangerschaftsabbruch, Garantienpflichten des behandelnden Arztes, Grundsätzlicher Fortbestand der Pflicht nach Hirntod der Schwangeren. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paeffgen HU (Hrsg) *Strafgesetzbuch. Kommentar*, 4. Aufl. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden
6. Schmidt-Recla A (2004) Tote leben länger: Ist der Hirntod ein ausreichendes Kriterium für die Organspende? *Medizinrecht* 22:672–677
7. Schwab D (2012) § 1912 Pfligerschaft für eine Leibesfrucht, Das Fürsorgebedürfnis, Begriff der Leibesfrucht. In: Säcker FJ, Rixecker R (Hrsg) *Münchener Kommentar zum BGB*, 6. Aufl. C.H. Beck Verlag, München