

Intrauterines Lebensrecht von Zwillingen mit ungleichen Überlebenschancen

Online publiziert: 13. Juli 2011
© Springer-Verlag 2011

Eine 26-jährige Patientin mit bestehendem Kinderwunsch erfährt bei der Vorstellung in der 6. Woche nach der letzten Regel, dass sie mit zweieiigen Zwillingen erstmalig schwanger ist. Im weiteren Verlauf der regelhaften Vorsorgeuntersuchungen wird ein sonographisch zunehmend ungleiches Schätzwicht der beiden Zwillingseten bemerkt. Der Führende wächst entlang der 15. Perzentile zeitgerecht. Der Zweite lässt schon frühzeitig eine Wachstumsverzögerung erkennen, ohne dass dafür ursächliche Hinweise zu eruieren wären.

Gründe für ein verzögertes Wachstum oder eine Reifungsstörung des Feten sind oftmals auf maternaler Seite: Plazentainsuffizienz, Hypertonus, chronische Erkrankungen oder Implantationsstörungen der Plazenta. Auf fetaler Seite sind es: chromosomale Störungen, angeborene Fehlbildungen oder übertragene Infektionen während der Schwangerschaft.

Die gesunde Mutter besitzt keine erkennbaren Risikokonstellationen und alle Untersuchungen hierzu bleiben unauffällig. Um mögliche Störfaktoren auf fetaler Seite zu eruieren, wird eine Fruchtwasserpunktion durchgeführt. Diese ergibt einen jeweils unauffälligen weiblichen Chromosomensatz und keine Hinweise auf ein florides oder stattgehabtes Infektionsgeschehen. In der Folge aggraviert sich die Spannbreite der Differenz des Größenwachstums. Darüber hinaus manifestieren sich ein zunehmendes Problem der Blutversorgung des Kleineren über die Nabelschnur sowie Auffälligkeiten in der Herztonüberwachung (Kardiotokogramm). Zu diesem Zeitpunkt – die 27+5. Schwangerschaftswoche – beträgt das Schätzwicht des großen Zwillings 1080 g (ca. 15. Perzentile) und das Schätzwicht des entwicklungsverzögerten Zwillings 418 g (weit unterhalb der 3. Perzentile).

Unter der Annahme analoger Einlingsschwangerschaften würde man den größer gewachsenen Zwilling aufgrund der gänzlich physiologisch erscheinenden Entwicklung in utero belassen. Bezüglich des kleineren Zwillings wäre unter engmaschiger Kontrolle der Durchblutungsstörung ob der minimalen Überlebenschancen eine zeitnahe operative Entbindung indiziert.

Entscheidungsalternativen

1. Operative Entbindung in der 28. Schwangerschaftswoche

Der für diese Entscheidung ausschlaggebende Faktor ist der Zustand des wachstumsretardierten Zwillings. Die Befundkonstellation nötigt zur operativen Entbindung beider Feten in der 28. Schwangerschaftswoche. Für den sich physiologisch entwickelnden Feten bedeutet eine vorzeitige Entbindung mit 1080 g die Inkaufnahme aller Risiken einer Frühgeburtlichkeit: Vor allem Unreife der Lunge führt zu akuter Atemnot und chronischer Lungenfunktionsstörung, möglich sind schwere Schädigungen des Gehirns, folgenreichere Darmentzündungen (nekrotisierende Enterokolitis) und bleibende Sehstörungen. Für den verzögert wachsenden Feten bedeutet die Entbindung mit 418 g zum Zeitpunkt der nicht mehr suffizienten Blutversorgung nur eine Minimalchance zur Rettung seines Lebens, allerdings unter Inkaufnahme aller Risiken schwerer bis schwerster Schädigungen genauso wie des Versterbens im Verlauf der intensivmedizinischen Maßnahmen aufgrund der absoluten Unreife. Die Überlebenschance und der Grad der Folgeschäden sind abhängig vom Grad der intrauterinen Schädigung, dem postnatalen Verlauf, von möglichen Anlagestörungen, die intrauterin noch unerkannt blieben, und vom Reifegrad der Organstrukturen, für den das Gewicht alleine kein hinreichendes Merkmal darstellt.

2. Abwartendes Verhalten und Versterben lassen des retardierten Kindes

Der für diese Entscheidung ausschlaggebende Faktor ist der Zustand des sich physiologisch entwickelnden Kindes. Die Befundkonstellation nötigt zu abwartendem Verhalten und damit einhergehend einem täglich wachsenden Risiko, dass der zweite Fetus zu zunehmendem Schaden kommt und schließlich in utero versterben wird. Der intrauterine Fruchttod des retardierten Kindes wird bei Nichtentbindung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in Kauf genommen.

3. Primär abwartendes Verhalten und frühzeitige Entbindung nach Organreife

Man entscheidet sich zu einem primär abwartenden Verhalten bis zur Reife des physiologisch wachsenden Zwillings und nimmt für diesen Zeitraum das Versterben des unterversorgten Feten in Kauf. Sollte dieser jedoch das Reifestadium der etwa 35. Schwangerschaftswoche erreichen, dann erfolgt die immer noch sehr frühzeitige Entbindung und maximale Weiterversorgung beider Kinder. Zu diesem Zeitpunkt dürften die Risiken für das mutmaßlich gesunde Kind optimiert sein und die Gefährdung einer Entbindung innerhalb der Frühgeburtlichkeit minimal. Zu bedenken ist für diesen Fall, dass das retardierte Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit in der 35. Schwangerschaftswoche bereits tot ist. Sollte es jedoch überleben, dann ist das Ausmaß der Schädigung zu einem unbekanntem Anteil gerade durch das abwartende Verhalten bestimmt worden.

In der 29. Schwangerschaftswoche zeigt sich beim kleinen Feten neben der bekannten Durchblutungsinsuffizienz und den Auffälligkeiten im Kardiotokogramm kaum noch Wachstum. Die Eltern beschließen, den retardierten Zwillings nicht weiter überwachen und angesichts der Gefährdung des normal gewachsenen Zwillings keine geburtshilflichen Maßnahmen durchführen zu lassen. Die Kontrollintervalle werden verlängert und in der 31. Schwangerschaftswoche ist der kleinere Fetus tot. Unbeeinträchtigt vom Versterben des Zwillings entwickelt sich der größere Fetus weiter und wird gesund und problemlos zum Termin geboren.

Kommentar I zum Fall: „Intrauterines Lebensrecht von Zwillingen mit ungleichen Überlebenschancen“

Ibrahim Alkatout · Anne Rummer

Online publiziert: 19. Juli 2011
© Springer-Verlag 2011

Im geschilderten Fall ist von Ärzten und werdenden Eltern eine Entscheidung für eine von drei Handlungsoptionen gefordert – fatalerweise resultieren aus jeder Handlungsoption dramatische Folgen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Situation als ethisches Dilemma dar, da es unmöglich ist, zum Wohle beider Feten zu handeln (*Salus aegroti*), ihnen nicht zu schaden (*Nihil nocere*), ihre Autonomie zu wahren (*Voluntas aegroti*) und gerecht zu sein (*Justitia*).

Im Einzelnen und hier zunächst zur dritten Handlungsoption: Primär abwartendes Verhalten und frühzeitige Entbindung nach Organreife des zeitgerecht entwickelten Fetus trägt auf den ersten Blick den Anschein eines Kompromisses: Für den zeitgerecht entwickelten Fetus werden die Risiken der Entbindung minimiert, der wachstumsretardierte Fetus erhält durch die frühzeitige Entbindung die Chance zu seiner Rettung. Bei genauem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass diese Option für *beide* Feten nachteilig ist. Für den zeitgerecht entwickelten Fetus gibt es keine ärztliche Indikation für eine frühzeitige Entbindung. Zwar sind die Risiken bei einer Entbindung in der 35. Schwangerschaftswoche für ihn minimiert, gleichwohl sind sie vorhanden. Wesentlich gravierender sind die Folgen dieser Handlungsoption für den wachstumsretardierte Fetus, für den das Zuwarten mit einer ärztlichen Intervention bis zur 35. Schwangerschaftswoche die Inkaufnahme einer Aggravation der bekannten Gesundheitsschädigungen bedeutet, wenn nicht gar seines intrauterinen Versterbens. Die dritte Handlungsoption ist daher für beide Feten nachteilig und verstößt somit zweifach gegen die ärztlichen Leitprinzipien *Salus aegroti* und *Nihil nocere*. Die zweite Handlungsoption (Abwarten bis zum natürlichen Geburtsbeginn unter Inkaufnahme des Versterbens des wachstumsretardierte Fetus) erweist sich als unproblematisch für den zeitgerecht entwickelten Fetus, als höchst problematisch allerdings für den wachstumsretardier-

Dr. med. I. Alkatout, M.A. (✉)
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel,
Arnold-Heller Straße 3, Haus 24, 24105 Kiel, Deutschland
E-Mail: ibrahim.alkatout@uk-sh.de

Dr. jur. A. Rummer
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin,
Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland

ten Fetus. Das Abwarten bis zum natürlichen Geburtsbeginn bedeutet, mögliche Rettungsmaßnahmen nicht zu ergreifen. Die Gebote zu *Salus aegroti* und *Nihil nocere* werden damit erneut verletzt. Diese Handlungsoption wäre dann ethisch geboten, wenn das Lebensrecht des wachstumsretardierten Fetus hinter dem Lebensrecht des zeitgerecht entwickelten Fetus zurückzustehen hätte.

Das Bundesverfassungsgericht hat im ersten Schwangerschaftsabbruchsurteil aus dem Jahr 1975 (BVerfGE 39, 1) festgestellt, dass Feten ebenso wie geborenen Menschen ein Anspruch auf Lebensschutz aus Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG zusteht: „Das sich im Mutterleib entwickelnde Leben steht als selbständiges Rechtsgut unter dem Schutz der Verfassung.“ Wird der Fetus als selbständiges Rechtssubjekt anerkannt, so gilt für ihn auch das verfassungsrechtliche Diskriminierungsverbot: Nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Der Verfassungsbegriff der Behinderung ist nicht abschließend geklärt. In Anlehnung an das einfache Recht (§ 2 SGB IX) sind Menschen behindert, wenn „ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Übertragen auf den Fetus bedeutet dies: Eine Benachteiligung wegen einer *zu erwartenden* Behinderung stieße an die Grenzen des verfassungsrechtlich Zulässigen.

Problematisch ist auch die erste Handlungsoption (operative Entbindung in der 28. Schwangerschaftswoche unter Inkaufnahme aller Folgeschäden der Frühgeburtlichkeit). Hier würde zwar in Hinblick auf den wachstumsretardierten Fetus dem ärztlichen Leitprinzip *Salus aegroti* Genüge getan, in Hinblick auf den zeitgerecht entwickelten Fetus dagegen bedeutet diese Handlungsalternative einen massiven Verstoß gegen das *Nichtschadensgebot*. Diese Handlungsoption wäre dann ethisch geboten, wenn die Chance zur Lebensrettung des wachstumsretardierten Fetus höher zu bewerten wäre als die sichere gravierende iatrogene Schädigung des zeitgerecht entwickelten Fetus. Eine Höherbewertung des Lebensrechtes eines Menschen gegenüber dem Lebensrecht eines anderen Menschen ist jedoch ausgeschlossen (*Justitia*).

Die zweite und die dritte Handlungsoption eint in ihrer Unterschiedlichkeit, dass jeweils einem der Feten die Duldung eines ihm schadenden, dem anderen nützenden Verhaltens auferlegt wird.

Abschließend: Es sind die Eltern, die mit der Entscheidung für eine der Handlungsoptionen und mit den jeweils dramatischen Konsequenzen leben müssen. Ihnen sollte alles an die Hand gegeben werden, was eine tragfähige Entscheidung ermöglicht. Dazu gehören neben den medizinischen Informationen eines interdisziplinären Ärzteteams (Geburtshilfe, Neonatologie, Pädiatrie) auch die Information über weitere Hilfen zur Entscheidungsfindung und zur Bewältigung der konfliktbehafteten Situation. Beides – interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung – sieht § 2a Schwangerschaftskonfliktgesetzes seit Anfang 2010 vor.

Kommentar II zum Fall: „Intrauterines Lebensrecht von Zwillingen mit ungleichen Überlebenschancen“

Volker von Loewenich

Online publiziert: 20. Juli 2011
© Springer-Verlag 2011

Wenn man nach dem Grundsatz handeln will, nicht zu schaden, bzw. wenn dies nicht möglich ist, wenigstens so wenig wie möglich zu schaden, dann ist im vorliegenden Fall nur abwartendes Verhalten richtig. Dieses Verhalten wurde ja auch gewählt.

Eine operative Schwangerschafts-Beendigung mit 28 Wochen p. m. hätte beide Kinder in erhebliche Gefahr gebracht. Die Sterblichkeit in diesem Gestationsalter ist immer noch beträchtlich. Noch beträchtlicher ist die Gefahr, dass erheblich zu früh geborene Kinder gravierende Schäden erleiden. Selbst wenn keine schweren Komplikationen auftreten, ist dennoch damit zu rechnen, dass die Kinder, in diesem Falle auch der in utero noch gesunde Zwilling, bleibende Störungen davon tragen. Es gibt mittlerweile sehr reichlich Nachuntersuchungen ehemaliger sehr kleiner Frühgeborener. Bei allen diesen Nachuntersuchungen, die bis ins Schulalter hineinreichten, stellte sich heraus, dass diese Kinder nicht nur in ihrer motorischen Entwicklung durch cerebrale Lähmungen bedroht sind, sondern auch ohne solche leicht sichtbaren Schäden diskretere Auffälligkeiten aufweisen: mangelhafte Merkfähigkeit, Aufmerksamkeits-Störungen, verlangsamtes Denken, aber auch Hyperaktivität, intellektuelle Defizite mit verminderter Lernfähigkeit, schlechte schulische Leistungen. Diese Kinder sind damit im Grunde schlechter dran als Kinder, die bei guter mentaler Leistung neurologische Defizite wie z. B. eine spastische Lähmung erlitten haben. Letzteren begegnet in aller Regel Hilfsbereitschaft, erstere dagegen ecken bei Mitschülern und nicht selten auch bei Lehrern an; sie leiden darunter, mit Geschwistern und Mitschülern nicht mithalten zu können. Alle diese Störungen wären bei dem wachstumsverzögerten Zwillingsskind höchstwahrscheinlich stärker ausgeprägt gewesen, so es überhaupt überlebt hätte, aber auch das normal heranwachsende Geschwister wäre betroffen gewesen. Man hätte somit für das fragliche Überleben des retardierten Kindes mit hoher Wahrscheinlichkeit die mentale Gesundheit des anderen Kindes geopfert.

Auch eine operative Entbindung mit 35 Wochen p. m. wäre keine gute Option gewesen: Inzwischen hat es sich durch Nachuntersuchungen zeigen lassen, dass auch diese soge-

Prof. Dr. V. von Loewenich (✉)
Bruno-Stürmer-Str. 27,
60529 Frankfurt a. M., Deutschland
E-Mail: volker.von-loewenich@kgu.de

nannten alten Frühgeborenen in ihren mentalen Leistungen hinter termingerecht geborenen Vergleichskindern herhinken. Zwar sind die schweren Atemstörungen, die Gefährdung durch für sehr kleine Frühgeborene typische Krankheiten (die im Kommentar I erwähnte nekrotisierende Enterocolitis, Frühgeborenen-Retinopathie, Hirnblutungen, etc.) nicht mehr das Problem, aber die Gefahr einer durch zu frühe Geburt bedingten lebenslangen Beeinträchtigung ist noch nicht gebannt. Umgekehrt wäre inzwischen das wachstumsretardierte Kind schwerst geschädigt oder gar nicht mehr am Leben. Auch hier wäre für ein fragliches Überleben des retardierten Feten bzw. dessen Überleben mit schweren Schäden die mentale Gesundheit des regelrecht wachsenden Geschwister-Kindes mit nicht unbeträchtlicher Wahrscheinlichkeit geopfert worden.

Fazit: Durch eine sehr frühe und ebenso durch eine gemäßigt zu frühe Beendigung der Schwangerschaft hätte man das gesunde Kind mit nennenswerter Wahrscheinlichkeit geschädigt, ohne einen auch nur halbwegs sicheren Nutzen für das wachstumsretardierte Kind zu gewinnen. Selbstverständlich haben beide Kinder ein Recht auf Leben. Aber Rettung von Leben, noch dazu eines sehr fraglichen Überlebens, kann nicht betrieben werden unter Inkaufnahme der Schädigung eines anderen Lebens. Dieses Opfer darf niemand verlangen.