

VKD · Lothar Obst · Hamburger Str. 41 · D-21465 Reinbek

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Postfach 7121

24171 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag

07.10.2004 11:23

Expl.: Anl.: 2

LP L L1 L2 L3

Krankenhaus Reinbek
St. Adolf-Stift
Hamburger Straße 41
D-21465 Reinbek

Telefon (0 40) 72 80 - 37 02
Telefax (0 40) 72 80 - 22 46

Kreissparkasse Ostholstein
BLZ 213 522 40
Konto 173 006 370

Unser Zeichen

O-fl

Datum 1. Oktober 2004

**Entwurf eines Gesetzes über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen
des Landes Schleswig-Holstein (Bestattungsgesetz)**

Gesetzesentwurf der Landesregierung
Drucksache 15/3561

Sehr geehrte Frau Tschanter,

wir danken Ihnen für Ihr Schreiben, das am 30. September beim Unterzeichner eingegangen ist. Auf Grund der Herbstferien in den kommenden zwei Wochen, in denen der Unterzeichner im Urlaub sein wird, können wir den Termin 18. Oktober 2004 zur Abgabe einer Stellungnahme nicht einhalten.

Der 18. Oktober ist der Montag nach den Herbstferien.

Wir möchten aber die Gelegenheit nutzen, Ihnen für den Sozialausschuss des Landtages 15 Exemplare unserer Initiative

„Würdiger Umgang mit fehl- und totgeborenen Kindern“

zu übersenden.

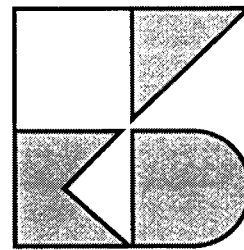
In Schleswig-Holstein gibt es in 24 Städten Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen. In 22 Städten davon gibt es mittlerweile freiwillige Begräbnisstätten für fehl- und totgeborene Kinder, für die es an sich keine gesetzliche Bestattungspflicht gibt. Eine 23. Initiative ist in Bad Oldesloe geplant.

Damit haben wir mit unserer Initiative über 90% aller Fälle erreicht. Die Ergebnisse einer Umfrage unter den schleswig-holsteinischen Krankenhäusern haben wir auf den 6. Schleswig-Holsteinischen Gesundheitstagen am 16. + 17. Sept. 2004 veröffentlicht.

Ergänzend fügen wir eine Ausfertigung der Broschüre „Medizin und Ethik – Würdiger Umgang mit Fehl- und Totgeburten“ bei. Auf Grund des Umfangs dieser Broschüre bitten wir Sie, Nachdrucke für den Sozialausschuss dort vorzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Lothar Obst



VKD-Initiative

„Würdiger Umgang mit fehl- und totgeborenen Kindern“

(2. überarbeitete Auflage)

**Ergebnisse einer Umfrage
unter den
schleswig-holsteinischen Krankenhäusern**

Vorwort:

In den Jahren 1998 und 1999 haben Zeitungsberichte über den Umgang mit Tot- und Fehlgeburten, für die es keine gesetzliche Bestattungspflicht gibt, die bundesdeutsche Öffentlichkeit aufgeschreckt. Damit war und ist ein Problem ins gesellschaftliche Bewusstsein gerückt, das bis dahin weitgehend verdrängt und tabuisiert wurde. Lt. Statistischem Bundesamt werden in Deutschland jährlich rund 4.000 Kinder tot geboren. Nach Schätzungen von Ärzten endet jede dritte Schwangerschaft vorzeitig durch eine Fehlgeburt. Zehn Prozent aller Schwangerschaften führen zu sog. Früh Fehlgeburten mit einer Größe des Kindes von rund 12 cm und einem Gewicht von etwa 45 g. Wenn das Leben mit dem Tod beginnt, greift Betroffenheit und Sprachlosigkeit um sich, bricht persönliche Lebensplanung ein und droht gesellschaftliche Verdrängung.

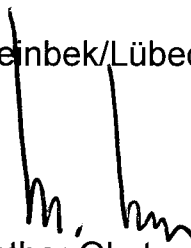
Die VKD-Landesgruppe Schleswig-Holstein startete vor einigen Jahren die Initiative „Würdiger Umgang mit Fehl- und Totgeburten“ und griff damit Überlegungen auf, die zeitgleich im Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) sowie in Reinbek und Mölln entwickelt worden waren. Im Juli/August 2003 ermittelte der VKD Schleswig-Holstein in einer Umfrage die bisher realisierten Ergebnisse seiner Initiative. Im Sommer 2004 wurde die Umfrage aktualisiert. Nach diesen Ergebnissen, die wir nachfolgend veröffentlichen, steht fest, dass mittlerweile

über 90 %

der schleswig-holsteinischen Städte, in denen sich Krankenhäuser mit geburts-hilflichen Abteilungen befinden, die von einer Fehl- bzw. Totgeburt ihres Kindes betroffenen Eltern freiwillige Bestattungsangebote auch über die gesetzlichen Vorschriften hinaus sowie weitere Hilfen vorfinden bzw. solche Angebote konkret in der Planung sind.

Die VKD-Landesgruppe Schleswig-Holstein wird auch künftig bemüht sein, ihre Initiative weiterzuverbreiten und weitere Krankenhäuser für eine Mitwirkung zu motivieren.

Reinbek/Lübeck, den 16./17. September 2004


Lothar Obst
Landesvorsitzender

1. Geburtshilfliche Abteilungen in Schleswig-Holstein

In folgenden Städten Schleswig-Holsteins bestehen **geburtshilfliche Abteilungen** (hauptamtliche bzw. belegärztliche Abteilungen) in den dortigen Krankenhäusern:

Flensburg
Kiel
Lübeck
Neumünster
Heide
Brunsbüttel
Ratzeburg (früher auch Mölln)
Geesthacht
Husum
Niebüll
Eutin
Oldenburg
Elmshorn/Uetersen
Pinneberg
Wedel
Preetz
Rendsburg
Eckernförde
Schleswig
Bad Segeberg
Kaltenkirchen
Itzehoe
Bad Oldesloe
Reinbek.

Insgesamt:

24 Städte.

2. Begräbnisstätten für fehl- und totgeborene Kinder

In folgenden Städten Schleswig-Holsteins bestehen Begräbnisstätten für fehl- und totgeborene Kinder auf Initiative der dortigen Krankenhäuser, vielfach in Verbindung mit den örtlichen Kirchengemeinden:

Flensburg	Oldenburg
Kiel	Elmshorn/Uetersen
Lübeck	Pinneberg
Neumünster	Wedel
Heide	Preetz
Brunsbüttel	Rendsburg
Ratzeburg	Eckernförde
Geesthacht	Schleswig
Husum	Bad Segeberg
Mölln	Itzehoe
Niebüll	Reinbek.

Insgesamt:

22 Städte.

In Bad Oldesloe ist eine entsprechende Initiative geplant.

3. Entstehungszeit der Begräbnisstätten

1997:	1
„Seit Jahren“:	7
1999:	2
2000:	1
2001:	3
2002:	4
2003:	3
2004:	1
Geplant:	1

4. Friedhofsträger, Bestattungsart, Kosten

- a) Die Begräbnisstätten befinden sich in 14 Städten auf einem kirchlichen Friedhof und in 8 Städten auf einem kommunalen Friedhof.
- b) In 10 Fällen wurden die Begräbnisstätten dem jeweiligen Krankenhaus von dem örtlichen Friedhofsträger unentgeltlich zur Verfügung gestellt, in 12 Fällen übernehmen die jeweiligen Eltern die Kosten.
- c) In 9 Fällen übernimmt das jeweilige Krankenhaus die Beisetzungskosten, in einem Fall die Kommune, in einem Fall die Friedhofsverwaltung, in einem weiteren Fall ein örtliches Bestattungsunternehmen (über Spenden) sowie in 10 Fällen übernehmen die Eltern die Kosten für die Beisetzung.
- d) Überwiegend werden Sammelbestattungen vorgenommen; gelegentlich erfolgen auch Einzelbestattungen.

5. Sonstiges

(z. B. Angebote von Selbsthilfegruppen, psychosoziale Beratungsdienste, Krankenhausseelsorge, krankenhausesintern aufgestellte Regelungen usw.)

Alle Krankenhäuser, die an der VKD-Initiative „Würdiger Umgang mit fehl- und totgeborenen Kindern“ teilnehmen, bieten umfangreiche Gesprächs- und Beratungsdienste, teilweise eine hauptamtliche bzw. ehrenamtliche seelsorgerische Betreuung sowie die Vermittlung in Selbsthilfegruppen für die betroffenen Eltern an.

Zum Teil bestehen in den Krankenhäusern Ethik-Arbeitskreise.

...

Die meisten Krankenhäuser haben eigene Regelungen über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten aufgestellt. In der Regel haben in den Arbeitsgruppen mitgewirkt:

- Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Bestattungsunternehmer
- Friedhofsverwaltung
- Hebammen
- Krankenhaus-Seelsorger
- Gemeindepastor
- Pathologe
- Vertreter von Selbsthilfegruppen (z. B. „Verwaiste Eltern“)
- Krankenhausverwaltung.

6. Beteiligungsquote

Nach der VKD-Umfrage bieten derzeit in insgesamt

über 90 %

der möglichen Städte Schleswig-Holsteins mit geburtshilflichen Abteilungen der dortigen Krankenhäuser den Eltern Bestattungsmöglichkeiten für ihre fehl- bzw. totgeborenen Kinder an bzw. planen derartige Aktivitäten. Damit erreicht die Initiative der Landesgruppe Schleswig-Holstein mehr als

drei Viertel

der denkbaren Fälle von Fehl- und Totgeburten in unseren Krankenhäusern.

Die VKD-Landesgruppe Schleswig-Holstein wird auch künftig bemüht sein, ihre Initiative „Würdiger Umgang mit fehl- und totgeborenen Kindern“ weiter zu verbreiten und weitere Krankenhäuser zur Mitwirkung zu motivieren. **Zu diesem Zwecke ist die Broschüre „Medizin und Ethik – Würdiger Umgang mit Fehl- und Totgeburten –“ in einer weiteren Auflage erschienen. Diese Broschüre kann kostenlos bezogen werden bei:**

**VKD-Landesgruppe Schleswig-Holstein
Lothar Obst
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift
Hamburger Straße 41
21465 Reinbek**

**Tel.: 040/7280-3702 oder –3700,
Fax: 040/7280-2246**

**E-Mail: irene.flato@krankenhaus-reinbek.de
gisela.bergmeier@krankenhaus-reinbek.de.**

Dokumentarteil

Fragebogen

Anschrift des Krankenhauses:

Datum: _____

VKD-Landesgruppe Schleswig-Holstein
Herrn Vorsitzenden Lothar Obst
Krankenhaus Reinbek
St. Adolf-Stift
Hamburger Str. 41

FAX: 040/7280-2246

21465 Reinbek

VKD-Initiative „Würdiger Umgang mit fehl- und totgeborenen Kindern“

VKD-interne Umfrage

(Die Angaben auf diesem Fragebogen werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Eine Auswertung der Umfrage geschieht nur in anonymisierter Form.)

1. Größe der geburtshilflichen Abteilung: _____ Betten

Hauptamtliche
Abteilung ☐

Belegärztliche
Abteilung ☐

2. Wir ermöglichen unabhängig von der gesetzlichen Bestattungspflicht nach Landesrecht die Beisetzung von fehl- und totgeborenen Kindern:

Ja ☐ , seit dem Jahr: _____

Nein ☐

3. Die Begräbnisstätte liegt auf einem:

kommunalen Friedhof ☐

kirchlichen Friedhof ☐

sonstigen Friedhof ☐ , Träger: _____

4. Die Begräbnisstätte wurde dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt:

unentgeltlich ☐

gegen Entgelt ☐

5. Die Kosten für die Pflege der Begräbnisstätte übernimmt:

das Krankenhaus

☐

der Kreis

☐

die Stadt

☐

die Friedhofsverwaltung

☐

Sonstige

☐

, Kostenträger: _____

6. Bestattungen von fehl- und totgeborenen Kindern nehmen wir vor als:

Einzelbestattung

☐

Sammelbestattung

☐

7. Sofern Sammelbestattungen vorgenommen werden:

Wir nehmen Sammelbestattungen im Abstand von i. d. R.:

1 Monat

☐

2 Monaten

☐

1/4 jährlich

☐

1/2 jährlich

☐

sonstige Abstände

☐

, Abstand: _____

8. Wir führen Verabschiedungsfeiern/Aussegnungen/Beisetzungen usw. durch und laden dazu die Eltern und Angehörigen der fehl- und totgeborenen Kinder ein.

(Bitte kurze Beschreibung, in welchem Rahmen die Beisetzung von fehl- und totgeborenen Kindern stattfindet):

MEDIZIN UND ETHIK

WÜRDIGER UMGANG MIT FEHL- UND TOTGEBURTEN

**LOTHAR OBST
KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT
Hamburger Str. 41, 21465 Reinbek
Tel. 040/72 80-37 02 * Fax 040/72 80-22 46**



Foto: Stephan Elleringmann/Bilderberg

Gliederung

- 1. Presseberichte 1998 und 1999
(Berlin, Hamburg, Schleswig-Holstein, Hessen, Thüringen)**
- 2. Gesetzliche Grundlagen**
 - a) Personenstandsgesetz (PStG)**
 - b) Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV)**
 - c) Verordnung über das Leichenwesen**
- 3. Einteilung**
 - a) Lebendgeborenes**
 - b) Totgeborenes**
 - c) Fehlgeborenes**
 - d) Bestattungspflicht**
 - e) Keine Bestattungspflicht**
- 4. Leitlinien**
- 5. Krankenhauspezifische Umsetzung**
 - a) Patientin/Partner**
 - b) Umgang mit toten Föten in der Prosektur/Pathologie**
 - c) Zusammenarbeit mit einer externen Pathologie**
 - d) Zusammenarbeit mit dem örtlichen Friedhofsträger**
 - e) Führung der Krankenakten/gesonderte Sammelordner**
 - f) Schulung des Krankenhauspersonals**
 - g) Broschüren und Literaturhinweise**
- 6. Beispiel**

Totgeburten werden „als Sondermüll entsorgt“

Berliner Praxis ist nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft kein Einzelfall

Daß Tot- und Fehlgeburten als „Müll“ verbrannt werden, ist in Deutschland offenbar gängige Praxis.

KÖLN, 21. Juli (dpa/ap). Mit Entsetzen haben führende Ärztevertreter am Dienstag auf Berichte reagiert, wonach in Berlin Tot- und Fehlgeburten unter 1000 Gramm Gewicht jahrelang nicht bestattet, sondern zu Granulat verarbeitet wurden. „Das wäre ja furchtbar“, sagte der Vorsitzende des Klinikärzteverbandes Marburger Bund (MB), Frank Ulrich Montgomery, am Dienstag. Auch der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Jörg Hoppe, verurteilte einen solchen Umgang mit Fehl- und Totgeburten. Die Deutsche Bischofskonferenz sprach von einer „erschreckenden Pietätlosigkeit“.

Das ARD-Magazin „Report“ hatte berichtet, daß in Berlin von 1981 bis 1997 Föten unter 1000 Gramm als Abfall zusammen mit Klinikmüll zu Granulat vermahlen und verbrannt worden seien. Die Schlacke sei als Material für die Abdeckung von Deponien sowie für den Straßenbau verkauft worden. Die Sonderab-

fall-Entsorgungsgesellschaft KEG bestätigte die Angaben.

Der KEG-Geschäftsführer Stefan Drauschke nannte die Praxis „legal und üblich“ und „sittlich überhaupt kein Problem“. Daß Berlin keine Ausnahme ist, haben unterdessen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Bundesverband des Deutschen Bestattungsgewerbes bestätigt. Tot- und fehlgeborene Kinder unter einer bestimmten Gewichtsgrenze würden in der Regel nicht bestattet, sondern von den Kliniken wie „Sondermüll“ entsorgt, berichtete die DKG in Düsseldorf. Die Gewichtsgrenze legten die Länder fest, oft seien es 1000 Gramm.

Nach DKG-Angaben gelten Tot- und Fehlgeburten unterhalb des Mindestgewichts als „ethischer Abfall“; sie würden daher wie „Sondermüll“ behandelt. Tot- und Fehlgeburten oberhalb dieses Gewichts würden dagegen wie Verstorbene bestattet.

Nach Angaben des Bestattungsgewerbes wird nur jede zehnte Totgeburt in Deutschland bestattet. Obwohl die Hälfte der Eltern ihr Kind lieber auf einem

Friedhof begraben lassen würden, würden 90 Prozent der Tot- und Fehlgeburten innerhalb von 24 Stunden mit dem Sondermüll der Krankenhäuser entsorgt. „Nach der Totgeburt wagen es Ärzte und Krankenschwestern meist nicht, die unter Schock stehenden Eltern umgehend auf die Beerdigungsmöglichkeit anzusprechen“, sagte Verbandsgeschäftsführer Jürgen Bethke. Nach drei oder vier Tagen, wenn die Eltern nach dem Verbleib des totgeborenen Kindes fragten, komme dann die Auskunft, der Fötus sei pietätvoll beseitigt worden.

Dagegen ging der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Hoppe, davon aus, ein Umgang mit Fehl- und Totgeburten wie in Berlin sei nicht die Regel. Meist entschieden die Eltern, ob Tot- und Fehlgeburten auf dem Friedhof beigesetzt würden. Wollten die Eltern dies nicht, würden die Föten meist einem anderen Toten in den Sarg „beigelegt“. Bei Abtreibungen, wo sich die Leibesfrucht mit dem Mutterkuchen vermische, könne es auch vorkommen, daß die Frucht verbrannt werde.

„Wir haben das Problem verdrängt“

Ärzte: Fehl- und Totgeburten nicht wie Klinik-Sondermüll behandeln / Bestattungspflicht erst ab 1000 Gramm

VON BERNHARD KOCH

BERLIN. Aus Kostengründen Fehl- und Totgeburten als Klinik-Sondermüll zu behandeln und gemeinsam mit sonstigem Abfällen zu verbrennen, halten leitende Berliner Ärzte für nicht länger verantwortbar: „Wir haben das Problem nicht erkannt und das Thema ein Stück weit verdrängt“, betont Friedrich Paul, Ärztlicher Leiter des Krankenhauses Reinickendorf.

Kritik an dem Verfahren habe es bislang nicht gegeben. Gemeinsam mit anderen organischen Substanzen würden als „Müll“ jedoch regelmäßig nur Feten unter 500 Gramm Gewicht entsorgt, hieß es in mehreren befragten Heilstätten. Von 500 Gramm an gilt die Leibesfrucht juristisch als Person, eine Bestattungspflicht gibt es jedoch erst ab 1000 Gramm. Über die Müllentsorgung von Totgeburten in Berlin hatte das Fernsehmagazin „Report“ berichtet.

Im Reinickendorfer Humboldt-Krankenhaus wird Eltern freigestellt, sich um die Bestattung einer Fehl- oder Totgeburt zwischen 500 und 1000 Gramm selbst zu kümmern oder die Klinik damit zu beauftragen. Ähnlich verfahren die meisten Kliniken. Auf ausdrücklichen Wunsch von Eltern seien in Einzelfällen selbst Embryos bestattet worden. Eine verbindlich Regelung für Leibesfrüchte unter 1000 Gramm fehlt jedoch, das Berliner Gesetz schreibt lediglich vor, sie „in hygienisch einwandfreier und dem sittlichen Empfinden entsprechender Weise zu beseitigen“. Manche Ärzte haben zweifelhafte Ansichten über sittlich gebotenes Verhalten: „Für mich sind Fehlgeburten unter

500 Gramm histologisches Material. Es fehlt noch, daß die Leute ihre Leber oder Warze beerdigen wollen“, sagte ein Pathologe eines evangelischen Krankenhauses.

Katholische Kliniken wie St. Joseph in Tempelhof oder St. Gertrauden in Wilmersdorf beerdigen grundsätzlich alle Fehl- und Totgeburten auf dem Schöneberger Friedhof der Matthias-Gemeinde. Die toten Leibesfrüchte werden in der Pathologie gekühlt und zwei- bis dreimal im Jahr gemeinsam in einem kleinen Sarg beerdigt. Namen und Steine gibt es auf der Grabstätte nicht.

Der Virchow-Chefarzt für Kinderpathologie, Martin Vogel, begrüßt den Vorschlag

von Gesundheitssenatorin Beate Hübner, künftig sämtliche nicht bestattungspflichtige Fehl- und Totgeburten gesondert aufzubewahren und einzuäschern. „Große Mehrkosten“ entstünden dabei nicht. In der Praxis, so Vogel, zeige sich jedoch häufig, daß Eltern die gestorbene Leibesfrucht lieber dem Krankenhaus überlassen wollen, als sich Gedanken um eine Beerdigung zu machen. Dabei gehe es nicht allein um Kosten von bis zu 3000 Mark, vielmehr wollten viele Eltern nach unglücklicher Schwangerschaft nicht zusätzlich belastet werden. Würdiges Abschiednehmen sei auch ohne Beerdigung möglich.

Senatorin will Bestattungsgesetz überprüfen

Berlins Gesundheitssenatorin Beate Hübner (CDU) will eine Arbeitsgruppe zur Überprüfung des Bestattungsgesetzes einrichten. Damit reagierte die Politikerin am Dienstag auf einen Bericht des ARD-Magazins „Report“, wonach die Berliner KEG Sonderabfall-Entsorgungsgesellschaft von 1981 bis 1997 Tot- und Fehlgeburten gemeinsam mit infektiösem Klinikmüll zu Granulat verarbeitet hat. Es gehe jetzt unter anderem um die Frage, ob die Leibesfrüchte im Krankenhaus getrennt von anderen organischen Substanzen gesammelt und dann extra verbrannt werden sollten, sagte die Senatorin.

Die Asche könnte nach ihren Vorstellungen auf Friedhöfe verbracht werden, was nicht mit einer Bestattung gleichzu-

setzen sei. Die Deutsche Bischofskonferenz nannte die Berliner Praxis pietätlos. Die Berliner Ärztekammer forderte mehr Aufklärung für die Eltern. Der Grünen-Politiker Bernd Köppl sieht indes keine Berliner Versäumnisse: Der Umgang mit Tot- und Fehlgeburten erfolge „nach anerkannten und akzeptierten medizinischen Kriterien“.

Nach Angaben der Entsorgungsfirma KEG sei die Verbrennung von Feten üblich. Besonders sei in Berlin nur der Zwischenschritt des Dampfdruckverfahrens, das aus Sondermüll normalen Hausmüll mache. Es sei ein „ganz normales technisches Vorgehen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten“ und auch „sittlich überhaupt kein Problem“.

ADN/bk

„Infektiöser Müll“

Wie Totgeburten entsorgt werden / VON VIOLA ROGGENKAMP

Was geschieht mit Totgeburten im Krankenhaus? Wohin werden diese Körper gebracht, nachdem sie in der Pathologie analysiert worden sind? Diese Frage beschäftigt zur Zeit die Öffentlichkeit, nachdem zunächst das ARD-Magazin „Report“ und danach die *Berliner Zeitung* meldeten: „Abfallfirma verarbeitete Totgeburten zu Straßenbelag“.

Müllexperte Stefan Drauschke, dessen Berliner Sonderabfall-Entsorgungsgesellschaft KEG auch für Hamburger Krankenhäuser arbeitet und nun „völlig ungerechtfertigter Schimpf und Schande“ über sich ausgekippt sieht, hat über Krankenhausmüll promoviert und sagt: „Alle, die jetzt sagen, daß sie es nicht wußten, waren froh, durch uns gegenüber der teuren Sondermüllverbrennung eine preiswerte Alternative gefunden zu haben.“

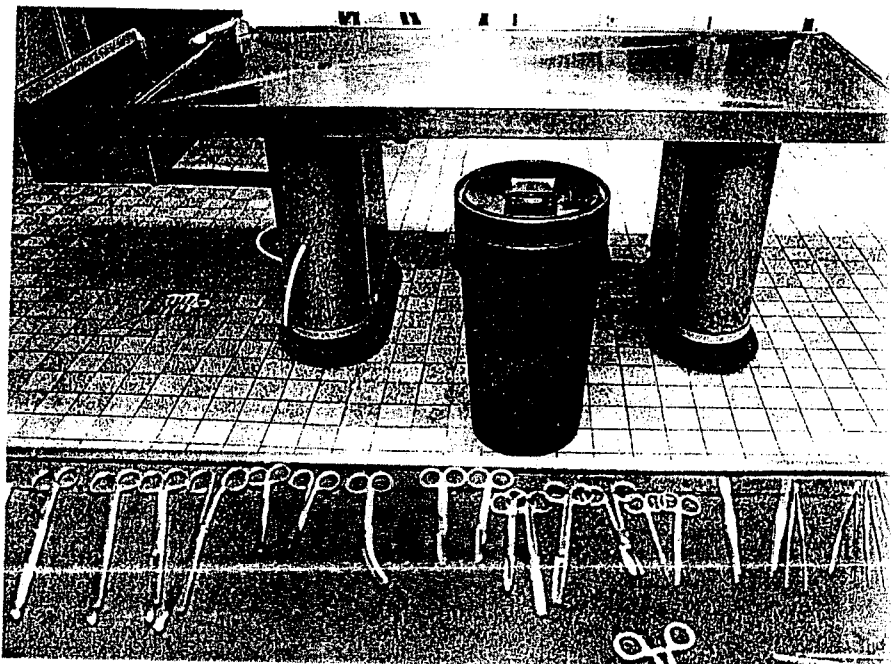
Christoph Lindner ist Leitender Oberarzt der Hamburger Frauenklinik des Universitätskrankenhauses Eppendorf. Er weiß, daß „Feten unter tausend Gramm wie jedes menschliche Material von der Pathologie entsorgt“ würden. „Das wird vernichtet durch Verbrennung.“ Aber wo es geschieht und wie, kann er nicht sagen: „Das machen die da, glaube ich.“ Auch die evangelische und katholische Krankenhausseelsorge weiß nicht mehr darüber, als daß „das dem sittlichen Empfinden angemessen entsorgt“ werde.

Bundesweit rechnet man mit etwa 4000 Totgeburten pro Jahr. Erst vor vier Jahren senkte der Staat das vorgeschriebene Mindestgewicht für zu bestattende Totgeburten von über 1000 auf über 500 Gramm. Diese Feten müssen ohne Vornamen standesamtlich registriert werden. Die Beerdigung kann anonym in einem Sammelgrab oder Urnenfeld geschehen. Diese Gewichtsgrenze erfordert, daß in Kliniken jede Totgeburt gewogen wird. Lindner (UKE): „Wird gemacht.“

Bis Ende der siebziger Jahre hatten Krankenhäuser für menschliche Überreste aller Art eigene Verbrennungsanlagen und pusteten ungestraft Dioxin in die Luft. Inzwischen wird das, was intern „infektiöser Müll“ heißt und das Krankenhauspersonal ansammelt, in graue oder schwarze 60-Liter-Behälter gekippt: alte Verbände, Gewebereste, amputierte Körperteile und entfernte innere Organe bis hin zu Teilen von Aborten sowie Fehlgeburten. Sondermüll, der entsprechend kostenintensiv verbrannt werden muß.

Den Frauen das tote Kind noch zu zeigen, findet der Hamburger Klinikchef Lindner schwierig. Die „totgeborenen Feten sehen oft sehr unschön aus“. Hebammen sind mehrheitlich nicht dieser Ansicht, sondern vermuten, daß Ärzte die Totgeburt lieber „so schnell wie möglich in die Pathologie verdrängen“. Therapeuten wissen, daß Frauen nach einiger Zeit das tote Kind suchen, wenn sie die Leiche nicht gesehen hätten und es auch kein Grab gebe. In der Zeitschrift *Die Hebamme* wird empfohlen, ein Photo von dem toten Fetus zu machen und vielleicht auch eine Locke zu der Krankenhausakte zu legen, damit die Mutter von dem erwarteten Leben, das sie in sich hatte wachsen fühlen, später etwas wiederfinden könne.

Renate K. aus Winsen an der Luhe, die im vergangenen Jahr ihr erstes Kind vor dem siebten Monat tot auf die Welt brachte und inzwischen wieder schwanger ist, hatte auf der Entbindungsklinik die kleine Leiche im Arm gehalten und beerdigen wollen, war aber vor den Kosten (mindestens 3000 Mark) zurückgeschreckt und hatte sich gleichzeitig geschämt, so viel dafür nicht ausgeben zu wollen. „Im Krankenhaus haben sie mir dann gesagt, daß sie es mit anderen Fehlgeburten einäschern. Da war ich beruhigt. Berechnet haben sie mir auch etwas dafür.“



UNTER 500 GRAMM? Dann wird ein Fetus nicht bestattet, sondern beseitigt

Was sich die junge Frau vorgestellt hatte, daß „die Asche vielleicht im Krankenhauspark vergraben“ würde, geschah nicht. Statt dessen wurde nach dem patentierten Drauschke-Verfahren entsorgt. Dampf, Hitze und Druck zur Abtötung der Keime. Danach kommt alles in eine große Drehtrommel, wo ascheähnliches Granulat entsteht, giftig genug, um als Hausmüll verbrannt werden zu können. Stefan Drauschke: „Ein hervorragendes Ding. Das Verfahren hat mein Vater entwickelt. Wir sind total stolz darauf.“ Natürlich sei das eine Tabuzone, weiß man auch in Bonn beim Bundesverband Deutscher Entsorgungswirtschaft (BDE). Pressesprecher Wilms: „Wenn die Behälter im Krankenhaus abgeholt werden, sind die voll und fest verschlossen. Da sind halbe Arme drin und demonitierte Lebern und vor allem Blut, und alles furchtbar eklig. Da guckt keiner mehr rein.“ Zunehmend mehr Krankenhäuser umgingen dank Drauschke die teure Sondermüllverbrennung.

Der Berliner Müllexperte vermutet, daß die Konkurrenz „die Schmuddelkampagne“ gegen ihn ausgelöst hat. An Straßenaufenthalten werde lediglich die Schlacke verkauft, die bei der Hausmüllverbrennung zurückbleibe. Genau das dürfen Krematorien auch.

Man solle dieses Thema sicher nicht mit der Abtreibungsdebatte verquicken, so Renate Knüttel von der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD), „doch wo bleibt der hohe ethische Anspruch von Kirche und Staat, wenn es um das totgeborene Kind geht?“ Die EKD-Referentin hat daraufhin jetzt die erst vor zwei Jahren von der evangelischen Krankenhausseelsorge herausgegebene Broschüre „Gute Hoffnung – jähes Ende“ gelesen und „kein

Wort zu den Totgeburten darin gefunden“. Die Deutsche Bischofskonferenz kann auf eine zwei Jahre früher, 1994, erschienene Broschüre verweisen, Titel: „Eltern trauern um ihr totgeborenes Kind.“ Wo die im Uterus abgestorbene Leibesfrucht dann allerdings hinkomme, dazu wußte man auch dort nichts zu sagen. „So sehr wir die Gottesbildähnlichkeit des Leibes schätzen und auf die Auferstehung hoffen“, sei dieses Thema wohl eine Frage der verdrängten Wahrnehmung.

Peter Scheidel, Chefarzt der Frauenklinik im Hamburger Marienkrankenhaus: „Das Erlebnis einer solchen Geburt ist für die Frau, auch wenn sie durch Ultraschalluntersuchungen weiß, was auf sie zukommt, extrem traumatisierend.“ Das eigene Sexualorgan und der Leib werden unter Umständen von der sich schuldig fühlenden Frau als todbringend phantasiert. Um so schwerer ist das Erlebnis zu verarbeiten, wenn Trauerrituale fehlen und es kein Wissen um den Ort gibt, wo der kleine Leichnam hinkommen ist.

Was an allen Frauenkliniken praktiziert werden könnte, geschieht seit Jahren im Berliner St.-Joseph-Krankenhaus. Pflegedirektorin Schwester Chiara vom katholischen Orden der Heiligen Elisabeth: „Wir sammeln bis zu zwanzig Kinderleichen und legen sie alle in einen Sarg. Die Eltern wissen das. Wir halten mit ihnen brieflich Kontakt, bis es soweit ist.“ An der letzten Trauerfeier am 25. März auf dem Mathias-Friedhof hatte auch ein muslimisches Ehepaar teilgenommen. Auf die Religion der Eltern komme es nicht an, und kosten würde es auch nichts. Erst letztes habe sie gesehen, daß Besucher dort neben frischen Blumen kleine Windrädchen in die Erde gesteckt hatten.

Mit der Situation der Patienten ehrfurchtsvoll umgegangen

Zum Artikel: „Die Entsorgung von Feten ist ‚ehrfurchtslos‘“ in der Neuen Kirchenzeitung vom 2. August:

„In der Neuen Kirchenzeitung vom 2. August 1998 wird in einem Artikel die Entsorgung von Feten in katholischen Krankenhäusern dargestellt. Bei dem unvoreingenommenen Leser könnte dadurch der Eindruck entstehen, der Umgang mit Feten erfolge ‚ehrfurchtslos‘.“

Zunächst zu den gesetzlichen Grundlagen: Im März 1994 trat eine Änderung des Personenstandsgesetzes und im September 1994 eine Anpassung des Bestattungsrechtes in Kraft. Aus diesen gesetzlichen Vorschriften ergibt sich die Verpflichtung zur Beisetzung auf einem Friedhof. Grundlage für die standesamtlichen Vorschriften ist die Verordnung zur Durchführung des Personenstandsrechts, in der die Begriffe ‚Fehlgeburt, Geburt und Lebendgeburt‘ juristisch definiert werden, mit unterschiedlichen Konsequenzen für die standesamtliche Beurkundung und die Bestattungspflicht. Diese Bestimmungen gelten bundesweit. Danach sind alle le-

bend geborenen Kinder (unabhängig vom Gewicht) und alle Totgeburten über 500 Gramm standesamtlich zu registrieren und zu bestatten. Bei Totgeburten unter 500 Gramm kann eine Bestattung, wenn sie von den Eltern gewünscht wird, durchgeführt werden. Diese gesetzlichen Grundlagen werden Patientinnen im Marienkrankenhaus dargelegt. Selbstverständlich wird auf Wunsch der Eltern eine Totgeburt unter 500 Gramm auch bestattet. Eine Totgeburt jenseits der 12. Woche (post menstruationem) mit einem Gewicht unter 500 Gramm ist ein sehr seltenes Ereignis, das bei der großen Geburtenzahl im Marienkrankenhaus circa zweibis dreimal im Jahr vorkommt.

Anders ist das Vorgehen bei der Fehlgeburt (Schwangerschaftsverlust bis zur 12. Woche, p.m.). Diese Fehlgeburten (circa 10 Prozent aller Geburten) treten als Folge einer Fehlentwicklung der Schwangerschaft auf und gehen regelhaft nicht mit einem normalen Wachstum des Feten einher. Aufgrund verschiedener Faktoren kommt es zu einem frühzeitigen Absterben des Embryos in der Gebärmutter, welcher dann einem Auflösungsprozeß unterliegt. Bei den Fehlgeburten kann deshalb häufig kein intaktes fetales Gewebe mehr nachgewiesen werden, da dies bereits mit einer Blutung abgegangen ist. In diesen Fällen wird das Organmaterial medizinisch untersucht und die Reste der Schwangerschaft (meist nur noch Anteile des Mutterkuchens) werden verbrannt. Unabhängig vom Zeitpunkt eines Schwangerschaftsverlustes sind die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ebenso wie die Hebammen

im Umgang mit der psychischen Reaktion auf eine Totgeburt erfahren, und unsere Patientinnen bestätigen uns die einfühlsame Betreuung unter Berücksichtigung der individuellen Trauerreaktion. Patientinnen im Marienkrankenhaus können sich darauf verlassen, daß wir alles unternehmen, um diese für die Eltern schreckliche und schwierige Situation nicht nur medizinisch optimal zu betreuen, sondern auch unter Berücksichtigung der individuellen, persönlichen und religiösen Einstellung der Patienten ‚ehrfurchtsvoll‘ vorzugehen.“

Prof. Dr. Scheidel
Chefarzt der Frauenklinik
im Marienkrankenhaus
Hamburg

Leserbriefe sind in der Neuen Kirchenzeitung ausdrücklich erwünscht. Sie geben jedoch die Meinung ihrer Verfasser wieder, die sich nicht immer mit der Meinung der Redaktion deckt. Kürzungen bleiben im Fall persönlicher Angriffe sowie aus Platzgründen vorbehalten. Leserbriefe sollten kurz gehalten sein, offene Briefe werden nicht abgedruckt

KIRCHENZEITUNG

Herausgeber: Der Erzbischof von Hamburg
Verlag: Katholische Verlagsgesellschaft mbH
St. Ansgar, Geschäftsführer: Carl-Georg Böhker
Verlagsleiter: Andre Lersch

Redaktion:
Christian Schlichter (Leitender Redakteur),
Andreas Hüser (Stellvertreter), Monika Sendker
Sekretariat: Stefanie Murawski
Vertrieb: Karin Heilmann
Geistlicher Beirat: Monsignore Dr. Peter Düsterteld
Sekretariat: 040 / 24 876 -650
Redaktion: 040 / 24 876 -640

Anschrift für Besucher und Leserschriften:
Koppel 91, 200 99 Hamburg
Telefax 040 / 24 47 84, ISDN: 040 / 280 50 130
E-Mail: Ansgar-Verlag-Hamburg@t-online.de

Anschrift für Abfragen und Vertrieb:
Danziger Straße 36, 200 99 Hamburg
Telefon 040 / 28 40 70 30, Fax 040 / 28 40 70 50

Die Seiten 1-8, 15, 16 werden durch die Zentralredaktion der Nord-Oberrheinischen Verlagsgesellschaft im katholischen Medien, Osnabrück, hergestellt. Redaktion: Bernhard Remmers (Chefredakteur), Dr. Franz-Gerit Schulte, Andreas Kluge, Michael Dombold, Theo Frenken
Technische Herstellung: Druck- und Verlagshaus Böttcher GmbH & Co. Recklinghausen

Die Neue Kirchenzeitung erscheint wöchentlich. Der Zeitungspreis beträgt monatlich DM 6,20 (einschl. Mehrwertsteuer). Hinzu kommt eine Zustellgebühr für Zusteller in Höhe von DM 1,05. Postvertriebsstück vierteljährlich DM 21,75. Streifenabonnement: vierteljährlich DM 52,50 (einschl. MwSt).

Einzelverkaufspreis DM 1,20. Für unsverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Bilder können keine Rückgabe und Haftung garantiert werden. Abbestellung schriftlich vier Wochen vor Monatsanfang.

zum Quartalsende. Bei Nichtlieferung ohne Verschulden des Verlags besteht kein Entschädigungsanspruch.



Die Entsorgung von Feten ist „ehrfurchtslos“

Häufiger Krankenhausalltag: Entsorgung nach dem Gesetz

Hamburg (si/sk) – Der Wert des Lebens scheint mit unterschiedlicher Meßlatte gemessen zu werden. Während die Kirche den Schutz des ungeborenen Lebens „vom ersten Tag an“ hochhält, gibt es in den katholischen Krankenhäusern zumindest im Erzbistum Hamburg teils unterschiedliche Einschätzungen von Medizin und Ethik: Praktische und gesetzliche Vorgaben bestimmen dort, wie mit ungeborenem Leben umgegangen wird. Eine Bestandsaufnahme nach den jüngsten Vorwürfen von Berlin, wo unzählige Fehlgeburten „als Sondermüll entsorgt, geschreddert und zu Straßenhaushacke verbrannt wurden“ zeigt: Auch in Lübeck und Hamburg ist das selbst in katholischen Häusern durchaus üblich. Insbesondere in den Marienkrankenhäusern der beiden Hansestädte hält man sich an die gesetzlichen Vorgaben: Und die besagen, daß Fehlgeburten unter 1000 Gramm (bis etwa 6. Monat) dort in der Regel auf diesem Wege „entsorgt“ werden.

„Ehrfurchts- und respektlos“ kennzeichnet Ludger Wiemker dieses Verfahren. Bereits 1993 hatte der Justiziar des damaligen Bistums Osnabrück alle katholischen Krankenhäuser auf die Problematik des Umgangs mit

Fehlgeburten hingewiesen. Wiemker fordert nach den jüngsten Vorwürfen „eine generelle Bestattungspflicht für alle Tot- und Fehlgeburten“. Im Bistum Osnabrück würden zwar bei allen 13 Krankenhäusern mit geburtshilflicher Abteilung sämtliche Fehlgeburten bestattet. Darüber hinaus wolle das Bistum nun eine „entsprechende Gesetzesinitiative“ starten.

Was Wiemker für die katholischen Häuser im alten Bistum durchweg positiv beurteilt, hat im neuen Erzbistum Hamburg einen anderen Stellenwert gefunden. „Es hängt vom Stadium ab, ob die Fehlgeburt als organischer Müll entsorgt wird, oder nicht“, zieht sich Harald Jeguschke, Verwaltungsleiter des Lübecker Marienkrankenhauses, auf die gesetzlichen Bestimmungen zurück. Natürlich gebe es in seinem Haus die Möglichkeit der Bestattung und der psychologischen Nachbetreuung der Eltern. Generell üblich seien sie jedoch nicht.

Eine Aussage, die sich mit der Praxis im Hamburger Marienkrankenhaus deckt. Dort hält nicht nur der Verweis auf gesetzliche Bestimmungen. Werner Koch, kaufmännischer Direktor, sieht auch noch weitere Schwierigkeiten: Viele Eltern seien gar nicht bereit, die Bezahlung für

die Bestattung einer Fehlgeburt zu übernehmen. Und zudem, so untermauert auch Professor Scheidel, Chefarzt der Gynäkologie, seien Fehlgeburten „unter 500 Gramm nach dem Personenstandsgesetz von 1994 nicht bestattungswürdig“. Zehn Prozent aller Schwangerschaften, so der anerkannte Frauenarzt, würden im Marienkrankenhaus in einer Frühgeburt enden. Der Fetus ist dann etwa 11,5 Zentimeter groß und wiegt bereits 45 Gramm. Die gesetzlich bestimmte Beerdigungsgrenze von 1000 Gramm übersteigt der Fetus übrigens meist erst mit 28 Wochen und rund 40 Zentimetern.

Eine besondere Betreuung der Eltern wie auch eine Bestattung „ab 500 Gramm“ sind im katholischen Krankenhaus Mariahilf in Harburg die Regel. Und im Reinbeker Adolfsstift dagegen werden ausnahmslos alle Fehlgeburten gesammelt und bestattet, wie Oberin Schwester Gerharda Biene erläutert.

Ein Weg, den in Kiel sogar einige Pfarrgemeinden um St. Heinrich betroffenen Eltern anbieten: In den vergangenen vier Jahren sind in dem Sammelgrab „kostenlos“ fünf Urnen bestattet worden. Eine Gewichtsuntergrenze gab es dabei jedoch nicht, so Pfarrer Klaus Warning.

Frankfurter Rundschau 25.3.1999

Totgeburten werden wie Müll entsorgt

Kirchen: „Das schreit zum Himmel“/Gesundheitsamt setzt sich für Bestattung ein

Von Matthias Thieme

Die Hessische Industriemüll GmbH (HIM) in Biebesheim entsorgt Tot- und Fehlgeburten mit einem Gewicht von weniger als 500 Gramm auch weiterhin als Sondermüll. Eltern, Ärzte und Kirchen sprechen von einem Skandal. Das Frankfurter Gesundheitsamt will jetzt dafür sorgen, daß die Tot- und Fehlgeburten — wie in Berlin — hessenweit auf Friedhöfen bestattet werden.

Volker von Loewenich, Leiter der Neonatalmedizin am Uniklinikum, ist in einer paradoxen Situation: Lebt ein zu früh geborenes Kind, muß er alles tun, um den kleinen Patienten — und sei er noch so leichtgewichtig — zu retten. Wird ein Kind aber tot geboren, spielt das Gewicht eine entscheidende Rolle: Wiegt das Kind über 500 Gramm, wird es als Totgeburt betrachtet, unter 500 Gramm dagegen als „Abortmaterial“, das als Sondermüll von der HIM beseitigt wird.

Eine Regelung, die schon im Sommer letzten Jahres Entsetzen auslöste, als bekannt wurde, daß die Totgeburten in Berlin zu Granulat verarbeitet wurden. In der Hauptstadt hat man jetzt reagiert: Künftig werden Totgeburten aus allen Krankenhäusern generell feuerbestattet und in einem Gemeinschaftsgrab auf dem Friedhof beigesetzt. Die Kosten tragen die

Krankenhäuser. Bei dem jetzigen Vorgehen in Frankfurt „sträubt sich mir das Gefieder“, so Loewenich. Daß es Tierfriedhöfe gebe, totgeborene Kinder aber als Müll entsorgt würden, sei ein „degeneratives Zeichen unserer Gesellschaft“. Mehrmals habe er von Pathologen gehört: „Ich kann das doch nicht einfach in den Eimer werfen!“ Eine Bestattung wäre ein „minimales Maß an Würde“, so Loewenich. „Das kleine Menschlein kann man doch beerdigen.“

Zahlreiche Vorstöße, in Frankfurt eine generelle Bestattungsregelung durchzusetzen, seien bisher erfolglos geblieben, sagt Martin-Léo Hansmann, Pathologe der Uniklinik. Vorsorglich habe man nach dem Skandal im letzten Jahr aber die Müllentsorgung der menschlichen Wesen gestoppt und lagere die Tot- und Fehlgeburten „seit Monaten“ tiefgekühlt im Keller. Mehrmals habe man sich an den Umweltdezernenten Tom Koenigs gewandt — bisher ohne Erfolg. „Wir stehen bereit, das so zu handhaben wie in Berlin“, so Hansmann. Man warte nur auf die Zustimmung der Stadt und die Zuweisung einer Friedhofstätte.

„Das schreit zum Himmel“, sagt Thomas Schüller, Kirchenrechtler des Bistums Limburg. Hessen hinke bei der Bestattungsregelung „eklatant hinter anderen Bundesländern her“. Bei der Information des Klinikpersonals gebe es enor-

me Defizite. Aus Sicht der katholischen Kirche sei eine Bestattung von Tot- und Fehlgeburten möglich. „Die Kinder sind durch den Glauben ihrer Eltern geheiligt“. Deshalb hätten Eltern ein „Recht auf kirchliche Bestattung“. Hierfür gebe es sogar ein spezielles Bestattungsritual.

Auf das hessische Innenministerium habe die Kirche in dieser Sache „Druck ausgeübt“. Herausgekommen ist ein „Informationsblatt für Eltern“, in dem auf die Bestattungsmöglichkeit von Kindern, die aufgrund des Gewichts nicht unter das Bestattungsgesetz fallen, hingewiesen wird. In dem Informationsblatt wird der „Wunsch der Eltern“ betont — von einer generellen Bestattung ist nicht die Rede.

Margarete Peters, Leiterin des Frankfurter Gesundheitsamtes, will nun — nach Rücksprache mit dem Ministerium — eine generelle Bestattung wie in Berlin einführen. Man sei mit dem Garten- und Friedhofsamt und allen städtischen Kliniken „im Gespräch“, so Peters. „Nach Ostern“ könne die neue Regelung bereits in Kraft treten. Auch eine Übernahme der Kosten durch die Krankenhäuser sei denkbar. Pro Jahr gebe es in Hessen etwa 240 Totgeburten, Fehlgeburten unter 500 Gramm seien bisher nicht statistisch erfaßt worden, denn bisher ist für sie die Hessische Industriemüll zuständig.

Siehe Kommentar

Mensch als Müll

Von Matthias Thieme

Das Problem ist seit langem bekannt: Tot- und Fehlgeburten unter einem Gewicht von 500 Gramm gelten bisher in Hessen nicht als verstorbene menschliche Wesen, sondern schlicht und brutal als Sondermüll, der zusammen mit anderen Klinikabfällen in Biebesheim verbrannt wird. Der Hessischen Industriemüll GmbH (HIM) ist dabei kein Vorwurf zu machen. Wohl aber dem Gesetzgeber, der die kleinen Menschen zu „Abortmaterial“ degradiert.

Für Eltern totgeborener Kinder muß jeder Tag, der bis zu einer humaneren Regelung vergeht, ein Schlag ins Gesicht sein. Zur Trauer um das verlorene Kind kommt die Unmenschlichkeit der Gesetze.

Zu Recht kritisieren Frankfurter Ärzte eine Gesellschaft, die sich um Tiere mehr Sorgen zu machen scheint als um Angehörige der eigenen Spezies. „Himmelschreiend“ nennt die katholische Kirche den jetzigen Zustand. Die Kirchenrechtler scheinen das menschliche Leben höher zu schätzen als mancher Regierungsbeamte.

Warum Kirchen das Innenministerium drängen müssen, eine Regelung einzuführen, die in anderen Bundesländern längst Standard ist, bleibt unverständlich.

Merkwürdig auch, daß das Frankfurter Stadtgesundheitsamt so spät reagiert und erst jetzt mit dem Garten- und Friedhofsamt und den Krankenhäusern ins Gespräch kommt. Gegenüber anderen Städten in Hessen sei man im Vorteil, weil man ein Krematorium habe, sagte Amtsleiterin Margarete Peters. Warum ging es dann nicht schneller? Warum konnte Tom Koenigs den Kliniken nicht schon früher einen Platz auf dem Friedhof bereitstellen, an dem die toten Kinder in Würde beigesetzt werden und die Eltern Abschied nehmen können? Daß die Pathologen von sich aus die Entsorgung des „menschlichen Mülls“ stoppten, spricht für ihr Berufsethos. Doch daß in Frankfurter Krankenhäusern Tot- und Fehlgeburten in Kühlkammern lagern, weil die Verwaltung keine generelle Bestattungsregelung zustande bringt, ist ein Skandal.

Thüringer Landeszeitung 09.04.1999

Totgeburten werden wie Müll behandelt

Erfurt. (tlz/sw) In Thüringen werden Tot- und Frühgeburten mit einem Gewicht unter 500 Gramm trotz bundesweiter Proteste noch immer als Sondermüll entsorgt. Die Frühchen werden zusammen mit amputierten Gliedmaßen und entnommenen Organen in eine Anlage zur Verbrennung von Sondermüll gebracht, wie die landeseigene Thüringer Sonderabfallgesellschaft (TSA) bestätigt. In Berlin und Hessen hatten Pathologen und Kirchenvertreter diese Praxis als Skandal bezeichnet und eine würdevolle Bestattung der Kinder gefordert. Das Thüringer Innenministerium will nun reagieren. Per Erlass soll künftig die Bestattung der Früh- und Totgeburten ermöglicht werden, wenn die Eltern dies wünschen. **Landesspiegel**

Totgeburten werden als Sondermüll entsorgt

Im Gesetz kein Platz für Pietät — Innenministerium plant neue Regelung

■ Von Steffen Winter

Erfurt. (tlz) Tot- und Fehlgeburten mit einem Gewicht unter 500 Gramm werden in Thüringen noch immer wie Müll entsorgt. Trotz bundesweiter Proteste, die in Berlin und Hessen zu Änderungen der Entsorgungspraxis in den Krankenhäusern führten, sammelt die landeseigene Thüringer Sonderabfallgesellschaft (TSA) diese toten Frühchen gemeinsam mit amputierten Körperteilen und entnommenen Organen als „Abfall der Gruppe E“. Die Sammelbehälter werden später in einer Verbrennungsanlage für Sondermüll im sächsischen Böhlen entsorgt.

Die Gesetzeslage des Bundes deckt die pietätlose Eingruppierung der Totgeburten

als Sondermüll. So verweist das Thüringer Innenministerium auf das Personenstandsgesetz, in dem die 500-Gramm-Grenze festgeschrieben ist. Verstorbene Kinder, die dieses Gewicht nicht erreicht haben, werden danach in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet — haben quasi nie existiert. Eine Bestattung auf einem Friedhof ist somit nicht vorgesehen.

Doch auch tote Kinder, die mehr als 500 Gramm bei der Geburt gewogen haben, können als Sondermüll in die Verbrennungsanlage kommen. Nach Angaben der TSA entscheidet die Mutter mit ihrer Unterschrift, was mit dem toten Kind geschehen soll. Aus Zahlen des Statistischen Landesamtes geht hervor, daß

es allein 1997 71 totgeborene Kinder im Freistaat gab, von denen 15 ein Gewicht unter 1000 Gramm hatten. Zahlen für 1998 liegen derzeit noch nicht vor.

Die TSA, 100prozentige Tochter des Freistaates, hat keinen Überblick, wieviele Tot- und Fehlgeburten als Sondermüll entsorgt wurden. Die Behälter mit den Organen abfallen würden nach dem Abholen aus den Krankenhäusern nicht nochmals geöffnet, so Vize-Geschäftsführer Wolfgang Bauer. In einem Rundschreiben an alle Krankenhäuser sei jedoch vorgeschlagen worden, die Totgeburten in den Kühlräumen der Kliniken zu sammeln, um sie später gemeinsam in einem Krematorium zu verbrennen. Auf diesen Vor-

schlag haben wir bis heute keine Reaktion“, bedauert Bauer. Weder das Klinikum Jena noch das Klinikum Erfurt konnten gestern dazu eine Stellungnahme abgeben.

Reagieren will jetzt das Innenministerium. Nach Angaben einer Sprecherin werde derzeit an einem Erlass gearbeitet, der künftig — wie in Berlin — die Bestattung von Fehl- und Totgeburten unter 500 Gramm ermöglichen soll. Allerdings nur auf Wunsch der Eltern.

Thüringen geriet bereits 1992 wegen Frühgeburten überregional in die Schlagzeilen. Seinerzeit wurde der Erfurter Frauenklinik vorgeworfen, daß dort über Jahre hinweg Frühgeborene, die weniger als 1000 Gramm wogen, ertränkt worden seien.

Thüringer Landeszeitung 09.04.1999

Fehlgeburten: Betroffenheit bei den Kirchen

Entsorgungspraxis wird verurteilt

■ Von Steffen Winter

Erfurt. (tlz) Die Thüringer Kirchen haben mit Betroffenheit auf den pietätlosen Umgang mit Tot- und Fehlgeburten an Thüringer Krankenhäusern reagiert. Vertreter beider Konfessionen verurteilten die bisherige Entsorgung von verstorbenen Frühchen unter 500 Gramm als Sondermüll in einer sächsischen Verbrennungsanlage durch die landeseigene Thüringer Sonderabfallgesellschaft (TSA).

Als „schrecklich“ bezeichnete der Bischof der Evangelischen Landeskirche Thüringens, Roland Hoffmann, die durch die TLZ öffentlich gemachte Praxis an Krankenhäusern. Die Frühchen seien aus seiner Sicht bereits als Leben zu betrachten, erklärte Hoffmann in einem TLZ-Gespräch.

Auch die Katholische Kirche reagierte mit Unverständnis. Joachim Wanke, Bischof des Bistums Erfurt, stufte die Entsorgungspraxis als „dringendes Problem“ ein, das so bald als möglich gelöst werden müsse. Er wünsche sich für die Tot- und Frühgeburten generell eine würdige Form der Bestattung. Dies sei eine Frage des Menschenbildes.

Noch deutlicher äußerte sich Dr. Martin Kalusche, Bio-Ethik-Beauftragter des Fachbereiches Behindertenhilfe beim Diakonischen Werk Thüringen. Es sei „ein großer Skandal“, daß in Thüringen noch immer tote Frühchen zusammen mit amputierten Gliedmaßen und entnommenen Organen als Son-

dermüll entsorgt würden. „Jeder Mensch, der geboren wird, verdient auch ein Begräbnis als Mensch“, erklärte Kalusche im TLZ-Gespräch. Eine Entsorgung als Sondermüll könne er nicht akzeptieren. „Jeder evangelische Pfarrer wäre bereit, dieses Lebewesen zu beerdigen“, so der Theologe. Für eine würdige Bestattung eine Grenze von 500 Gramm zu ziehen, könne nicht angehen. „Hier werden Verwaltungsmaßstäbe angesetzt“, beklagt Kalusche.

■ Moraltheologen halten Verfahren für nicht vertretbar

Der Erfurter Professor für Moraltheologie und Ethik, Wilhelm Ernst, hält die bisherige Thüringer Praxis für „nicht vertretbar“. Es gebe eine Ehrfurcht vor dem toten Leibe, die von allen Institutionen zu beachten sei. Der Begriff der Entsorgung passe für Materialien aller Art, aber nicht für ein menschliches Wesen. Auch Früh- und Totgeburten hätten einen Anspruch darauf, würdig behandelt zu werden, verdeutlichte Ernst im TLZ-Gespräch.

Das Thüringer Innenministerium erklärte unterdessen im Gegensatz zu früheren Angaben, daß die Eltern von Frühgeburten bereits das Recht hätten, auf Bestattung zu bestehen. Allerdings, so räumt das Ministerium ein, sei dies in zahlreichen Friedhofssatzungen im Freistaat überhaupt nicht vorgesehen – und somit in der Praxis nicht durchführbar.

SPD plädiert für eine generelle Bestattung Fehlgeburten: Tabuthema in der Diskussion

Erfurt. (tlz/sw) Die frauenpolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion, Rosemarie Bechthum, hat sich für eine pietätvolle Behandlung von Fehl- und Totgeburten unter 500 Gramm ausgesprochen. Die bisherige Praxis an Krankenhäusern, die Frühchen als Sondermüll zu entsorgen, habe sie betroffen gemacht und gehe „unter die Haut“. Die Eltern dieser Kinder müßten umgehend aufgeklärt werden, forderte Bechthum in einem TLZ-Gespräch. Die Entsorgungspraxis dürfe nicht länger ein Tabuthema sein, sondern müsse öffentlich diskutiert werden.

Bechthum sprach sich dafür aus, daß Thüringen sich einer entsprechenden Initiative des Bundeslandes Berlin anschließe. Dort werden Totgeburten aus allen Krankenhäusern künftig generell feuerbestattet und in einem Gemeinschaftsgrab auf dem Friedhof beigesetzt. Die Kosten dafür werden von den Krankenhäusern getragen. In Berlin wurden Totgeburten zu Granulat verarbeitet.

Abschied in Würde möglich

Elternwünsche werden respektiert

Jena. (tlz/tb) Kommt es zur Geburt eines toten Kindes, haben die Mutter und Angehörige sehr wohl Gelegenheit, in Würde von ihrem Kind Abschied zu nehmen. Mit diesen Worten hat Professor Dr. Hans-Joachim Seewald, Vorsitzender der Thüringer Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, gestern einen TLZ-Bericht zurückgewiesen, wonach Totgeburten in Thüringer wie Sondermüll entsorgt werden. Der Ärztliche Direktor des Jenaer Klinikums bedauerte die Art und Weise der Diskussion über dieses äußerst sensible Thema.

Nach Gesetzeslage können fehlgeborene Kinder in Thüringen nicht bestattet werden, wenn sie bei der Geburt weniger als 500 Gramm wiegen. „In diesem schweren Moment suchen wir zuerst das Gespräch mit der Mutter und ihrem Partner“, sagt Professor

Seewald. Deren Wünsche würden berücksichtigt. Nicht jede Frau wolle das Kind in einer solchen Situation sehen. Nach dem Abschied, bei dem auch kirchlicher Beistand möglich sei, werde das Kind unter Wahrung seiner Identität bis zur Einäscherung aufbewahrt. Für die Möglichkeit, auch sehr kleine, fehlgeborene Kinder beizustatten, setzten sich auch Geburtshelfer aus Jena ein. Professor Seewald: „Wir sind im Gespräch, die bestehenden Regelungen zu verändern.“

Nach Auffassung von Notfallseelsorger Jochen M. Heinicke wird der schwarze Peter der falschen Stelle zugehoben. Nicht Vorwürfe an Ärzte oder Geburtshelfer seien angebracht. Es müsse darüber gesprochen werden, welchen Wert die Gesellschaft dem fehlgeborenen Kind beimisst, und dies sei ein rechtsphilosophisches Problem.

Der Tagesspiegel 16.3.1999

Künftig Feuerbestattung statt Müllsack für Totgeborene

Senatorin Hübner reagiert auf Berichte über „Granulat-Entsorgung“

BERLIN (dpa/KNA). Ab sofort werden Fehl- und Totgeburten aus Berliner Krankenhäusern feuerbestattet. Gesundheitssenatorin Beate Hübner (CDU) stellte am Montag ein entsprechendes Verfahren der Öffentlichkeit vor. Totgeburten mit einem Gewicht von weniger als 1000 Gramm sollen künftig gesammelt und in einem Sarg in Krematorien verbrannt werden. Bislang wurden Föten zusammen mit anderen organischen Klinikabfällen in Müllverbrennungsanlagen entsorgt und zu Granulat verarbeitet. Diese Praxis stieß im vergangenen Sommer auf Empörung, nachdem ein Fernsehmagazin und Zeitungen darüber berichtet hatten.

Hübner erhofft sich von der Neuregelung eine „Hilfe bei der Bewältigung eines schweren Schicksalsschlags“. Es sei in einem ersten Probelauf am 23. Oktober im Krematorium Wedding angewandt worden. Dabei sind nach Angaben der Senatorin 75 Totgeburten, die in der pathologischen Abteilung der Charité gesammelt wurden, in einem gemeinsamen Sarg verbrannt worden.

Von nun an sollen jährlich zehn bis zwölf solcher Sammel-Einäscherungen in Berlin stattfinden. Die Eltern würden schriftlich darüber informiert, auf welchem Urnenfeld die Asche beigesetzt wird. Allen Krankenhäusern sei in einem Rundschreiben emp-

fohlen worden, sich zu beteiligen und die betroffenen Eltern in Gesprächen auf diese Möglichkeit hinzuweisen. Die Kosten für das bundesweit einmalige Verfahren würden von den betroffenen Krankenhäusern übernommen. Schätzungen zufolge gibt es in Berlin pro Jahr 1000 Totgeburten mit weniger als 1000 Gramm Gewicht. Für Totgeburten mit mehr als 1000 Gramm Gewicht besteht nach dem Berliner Bestattungsgesetz eine Beisetzungspflicht.

Das neue Verfahren stoße im Bundesgebiet auf reges Interesse, sagte Hübner. Die Länder Hamburg, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Bayern und Brandenburg hätten bereits in Berlin angefragt. Hübner betonte, nichtbestattungspflichtige Föten könnten auch weiterhin individuell beigesetzt werden. Dies sei in Berlin jedoch nur zwei bis drei Mal jährlich der Fall, was nach Meinung der Senatorin vor allem an den hohen Kosten von rund 1000 Mark liege.

Zudem biete das katholische Sankt-Joseph-Krankenhaus in Tempelhof eine für die Eltern kostenlose Sammelerdbestattung für die Totgeborenen an, die in der Klinik entbunden wurden. Dort könnten auch außerhalb des Krankenhauses entbundene Föten beerdigt werden, die Kosten beliefen sich dann auf 120 Mark.

Gesetzliche Grundlage

Personenstandsgesetz (PStG)

§ 16 (Anzeige der Geburt)

Die Geburt eines Kindes muß dem Standesbeamten, in dessen Bezirk es geboren ist, binnen einer Woche angezeigt werden.

Ist ein Kind tot geboren oder in der Geburt verstorben, so muß die Anzeige spätestens am folgenden Werktag erstattet werden.*

*** = § 16 Satz 2 mit Wirkung vom 01.07.1998 angefügt durch Artikel 2 Nr. 16 EheschlRG**

Beurkundung von Totgeburten

Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) zum 01.07.1998

1. Geburtenbuch

Ist ein Kind tot geboren oder in der Geburt verstorben, so werden nur die in § 21 Absatz 1 Nr. 1 – 3 und 5 vorgeschriebenen Angaben und der Vermerk eingetragen, daß das Kind tot geboren oder in der Geburt verstorben ist. Auf Wunsch einer Person, der bei der Lebendgeburt des Kindes die Personensorge zugestanden hätte, sind auch Angaben nach Absatz 1 Nr. 4 einzutragen (= d. h. Vor- und Familiennamen).

2. Familienbuch

Bei einem totgeborenen Kind erfolgt die Eintragung „der sich aus dem Geburtseintrags ergebenden Angaben“ in das Familienbuch nur dann, wenn die Ehegatten dies wünschen (= Vor- und Familiennamen).

3. Familienstammbuch

Die Eintragung im Geburtenbuch eröffnet ohne weiteres die Möglichkeit der Eintragung in das individuelle Stammbuch der Familie.

4. Übergangsregelung

Für ein vor dem 1. Juli 1998 in das Sterbepbuch eingetragenes totgeborenes oder in der Geburt verstorbenes Kind sind auf Antrag einer Person, der bei Lebendgeburt des Kindes die Personensorge zugestanden hätte, durch Randvermerk Vor- und Familiennamen einzutragen. Der Antrag muß bis zum 30. Juni 2003 beim zuständigen Standesamt gestellt werden.

- (3) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet.**

Anmerkungen:

In § 29 mit Wirkung vom 01.07.1979

- a) In Absatz 2 die Wörter „ist die Leibesfrucht jedoch mindestens 35 cm lang“ durch die Wörter „beträgt das Gewicht der Leibesfrucht jedoch mindestens 1000 Gramm“ und**
- b) In Absatz 3 die Wörter „ist die Leibesfrucht weniger als 35 cm lang“ durch die Wörter „beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 1000 Gramm“ ersetzt durch Art. 1 Nr. 1 der 6. PStÄndV; darin mit Wirkung vom 01.04.1994 jeweils die Zahl „1000“ durch die Zahl „500“ ersetzt durch Art. 1 Nr. 1 der 13. PStÄndV.**

Gesetzliche Grundlage

Landesverordnung über das Leichenwesen vom

30. November 1995

(GVOBl. Schl.-Hol., Nr. 19, Seite 395 ff)

Die Landesverordnung unterscheidet

- **Lebendgeborene (§ 2 Absatz 2 Nr. 1)**
- **Totgeborene (§ 2 Absatz 2 Nr. 2)**
- **Fehlgeborene (§ 2 Absatz 3)**

Lebendgeborenes

**(§ 2 Absatz 2 Nr. 1 der Landesverordnung über das
Leichenwesen vom 30. November 1995)**

**Eine Leiche im Sinne der Verordnung ist der Körper eines Neu-
geborenen, bei dem nach Scheidung vom Mutterleib vor Eintritt
des Todes**

- entweder das Herz geschlagen oder**
- die Nabelschnur pulsiert oder**
- die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat**

(= Lebendgeborenes).

Totgeborenes

(§ 2 Absatz 2 Nr. 2 der Landesverordnung über das Leichenwesen vom 30. November 1995)

Eine Leiche im Sinne der Verordnung ist der Körper eines Neugeborenen, bei dem nach Scheidung vom Mutterleib sich keines der bei einem Lebendgeborenen genannte Merkmale des Lebens gezeigt hat, d. h.

- weder das Herz geschlagen noch**
- die Nabelschnur pulsiert noch**
- die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat**
- und das Gewicht der Leibesfrucht jedoch m i n d e s t e n s 500 g beträgt.**

(= Totgeborenes).

Fehlgeborenes

**(§ 2 Absatz 3 der Landesverordnung über das
Leichenwesen vom 30. November 1995)**

**K e i n e Leiche im Sinne der Verordnung ist der Körper eines
Neugeborenen, bei dem nach Scheidung vom Mutterleib keines
der bei einem Lebendgeborenen genannten Merkmale des Lebens
gezeigt hat, d. h.**

- **weder das Herz geschlagen noch**
- **die Nabelschnur pulsiert noch**
- **die natürliche Lungeatmung eingesetzt hat**
- **und das Gewicht der Leibesfrucht u n t e r 500 Gramm
beträgt.**

(= Fehlgeborenes)

Bestattungspflicht

(§ 7 der Landesverordnung über das Leichenwesen vom 30. November 1995)

1. Jede Leiche muß bestattet werden:

- alle Lebendgeborenen unabhängig des Gewichtes der Leibesfrucht
- Totgeborene mit einem Gewicht ab 1000 Gramm der Leibesfrucht.

2. Keine gesetzliche Bestattungspflicht besteht bei

- Totgeborene mit einem Gewicht der Leibesfrucht von mindestens 500 bis unter 1000 Gramm
- Fehlgeborene mit einem Gewicht der Leibesfrucht unter 500 Gramm

3. Auf Wunsch eines Elternteils sind auch Totgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm und Fehlgeborene zur Bestattung zuzulassen. Zum Nachweis einer Fehlgeburt ist dem Friedhofsträger eine formlose ärztliche Bestätigung vorzulegen (§ 7 Absatz 2 der Landesverordnung).

Keine Bestattungspflicht, d. h.

1. Leibesfrucht 1000 Gramm Geburtsgewicht

- 28. Schwangerschaftswoche (= 6. Monat)
- ca. 40 cm groß

2. Leibesfrucht 500 Gramm Geburtsgewicht

- 24. Schwangerschaftswoche (= 5. Monat)
- ca. 18 – 23 cm

3. Sog. „Früh Fehlgeburten“

- ca. 10 % aller Schwangerschaften
- ca. 45 Gramm schwer
- ca. 11,5 cm groß.

Leibesfrucht ist sichtbar als Kind erkennbar

(= Kriterium für eine freiwillige Bestattung ohne gesetzliche

Bestattungspflicht)

Leitlinien für das Krankenhaus Reinbek

St. Adolf-Stift

Christliche Grundlagen unseres Handelns

Das christliche Menschenbild ist Grundlage und Maßstab unseres Handelns. Nach Gottes Ebenbild geschaffen und durch Jesus Christus erlöst, hat jeder Mensch eine unantastbare Würde und einen besonderen Wert.

Dies gilt für alle Menschen, unabhängig von ihrem religiösen Bekenntnis, ihrer Weltanschauung, ihrer Rasse, Herkunft und sozialen Stellung.

Alter, Krankheit oder Behinderung können den Wert und die Würde des Menschen nicht beeinträchtigen.

Leitlinien für das Krankenhaus Reinbek

St. Adolf-Stift

Leben von Anfang an

Wir treten für die Würde des werdenden und des sterbenden Menschen ein und wollen das menschliche Leben in allen seinen Phasen schützen und fördern.

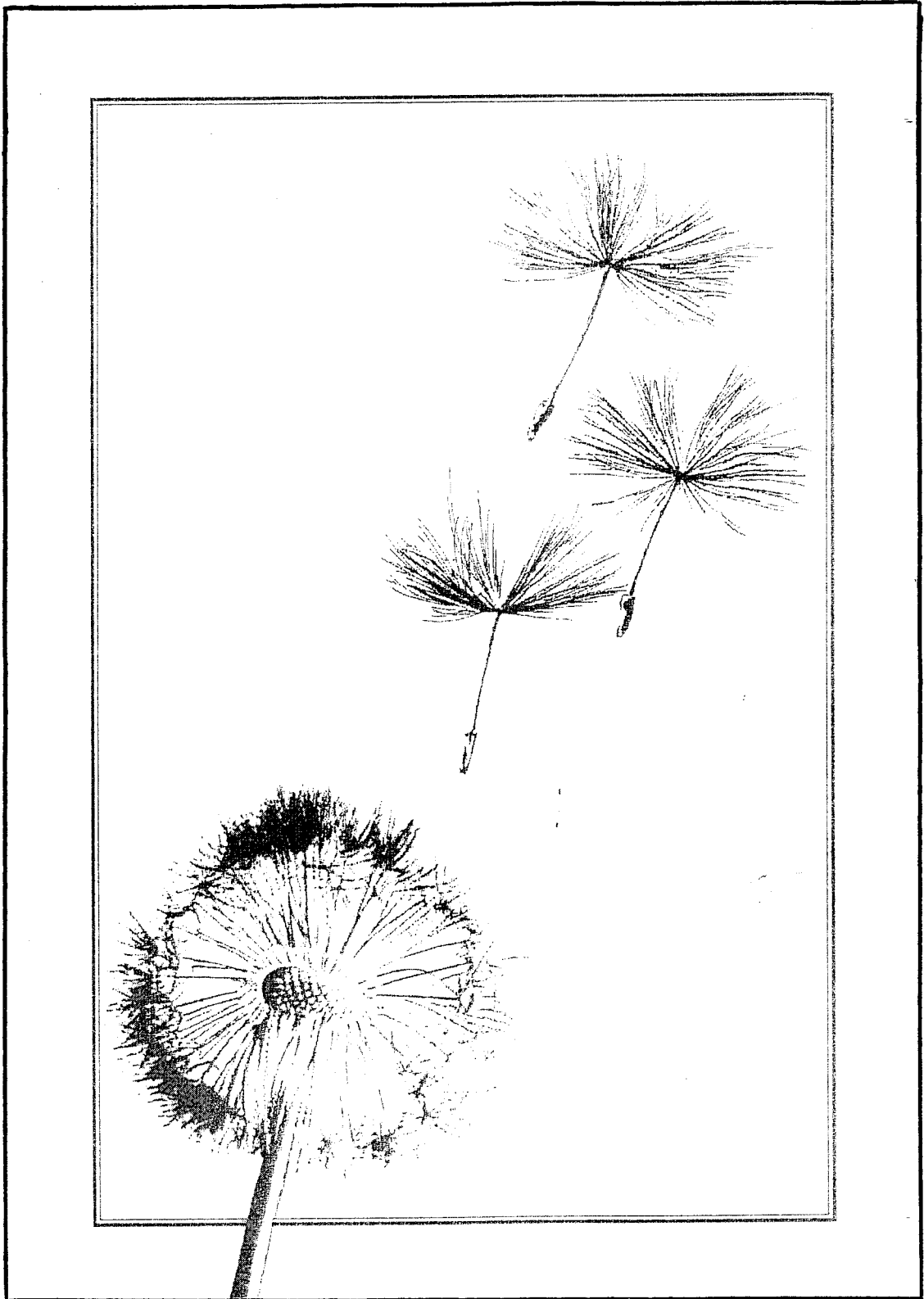
Die vorzeitige Beendigung einer Schwangerschaft, die auf die Tötung des Ungeborenen abzielt, sowie die Beendigung des menschlichen Lebens im Sinne einer „aktiven Sterbehilfe“ sind in unserem Krankenhaus verboten.

Dem Leib des Verstorbenen bringen wir Ehrfurcht entgegen.

Krankenhausspezifische Umsetzung

1. Patientin/Partner

- **Unterbringung der Patientin im 1-Bett-Zimmer**
(möglichst nicht im Bereich der Wöchnerinnen,
Übernachtungsmöglichkeit für den Partner oder andere
Vertrauensperson)
- **Anbieten von Gesprächen**
(Möglichkeit vorbereiten, das tote Kind anzuschauen, zu berühren,
im Arm zu halten, auf Namensgebung aufmerksam machen)
- **Krankenhausseelsorge**
- **Elternmappe:** Foto des Kindes, Haarlocke,
Namensbändchen
Fuß-, Handabdrücke des Kindes
Kontaktadressen zu Selbsthilfegruppen
Literaturhinweise
- **Trauerphasen**
(Zeit nehmen, Angebote wiederholen)
- **Hinweise auf Bestattungsmöglichkeiten**
(Eltern haben in jedem Falle ein Bestattungsrecht, Wünsche der
Eltern aktenkundig machen, siehe Muster-Formblatt)



Name

Geboren am _____ um _____ Uhr

Gestorben am _____ um _____ Uhr

in _____

Gewicht _____ Größe _____ Kopfumfang _____

Die Eltern

2. Umgang mit toten Föten in der Prosektur/Pathologie

- Tote Föten werden bis zum Termin einer **Sammelbestattung** in der Prosektur/Pathologie aufbewahrt (z. B. Kindersarg)
- **Schriftliche Vereinbarung mit der Pathologie** (intern/extern)
- **Sammelbestattung** auf einem kirchlichen oder öffentlichen Friedhof
- **Krankenhausseelsorge übernimmt die Gestaltung der Beerdigung**
(Gedenkgottesdienste, Angebote für Trauerbegleitung, Gesprächskreise im Krankenhaus)
- **Information über den Beisetzungstermin an die Eltern**
(siehe Muster-Formblatt)

3. Zusammenarbeit mit einer externen Pathologie

- Bei Fehlgeburten bedarf es **keiner Zustimmung** für die Untersuchung in der Pathologie
- **Transport des Kindes in würdiger Form** und in einem gesonderten Transportgefäß (sog. „Moses-Körbchen“)
- **Paraffin-Archiv**
- **Sicherstellung des Rücktransportes.**

4. **Zusammenarbeit mit dem örtlichen Friedhofsträger**

- Erwerb oder (kostenlose) Bereitstellung einer **Grabstelle**
- **Einzelbestattungen**
(z. B. in einer Urnenkapsel)
- **Sammelbestattungen**
(z. B. in einem Kindersarg)
- **Gestaltung der Beerdigung**
(geistliche Begleitung, Gedenkgottesdienst, Angebote für Trauerbegleitung, Aussegnung, Beisetzung)
- **Grabstein**
(Erwerb durch das Krankenhaus. Die betreffende Grabstelle sollte als solche auch erkennbar sein, um Eltern und Angehörigen einen Ort der Trauer anbieten zu können.)
- **Grabpflege**
(Friedhofsverwaltung oder Krankenhaus)
- **Formlose ärztliche Bestätigung bei Fehlgeburten**
(§ 7 Absatz 2 der Landesverordnung; siehe Muster-Bestätigung).

**Ärztliche Bescheinigung über eine Fehlgeburt
zur Vorlage beim Friedhofsamt**

Frau _____, geboren
am _____, wohnhaft _____
_____ hat am _____ in
unserer Klinik ein Kind (Geschlecht _____, Gewicht
_____, Name _____)
tot zur Welt gebracht.

Die Eltern wünschen die Bestattung des Kindes.

_____, den _____

Klinikstempel, Unterschrift der / des behandelnden Ärztin / Arztes

5. Führung der Krankenakten/gesonderte Sammelordner

- **Muster-Formblatt**
- **Muster-Elternmappe**
- **Muster-Bestätigung bei Fehlgeburten**

6. Schulung des Krankenhauspersonals

- **Fortbildungen und Supervisionsangebote**
- **Interdisziplinäre Gruppen**
(z. B. Gynäkologen, Hebammen, Pflegekräfte, Krankenhausseelsorger, externer Pathologe)
- **Herausgabe von Regelungen** über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten
- **Träger- bzw. Krankenhausleitungs-Entscheidung**
- **Verbindlichkeit der Regelungen**
(siehe Muster-Zusatzvereinbarung)

Zwischen der Katholischen Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth – vertreten durch das Krankenhausdirektorium –

und

dem/der unterzeichnenden Arzt/Ärztin/Hebamme wird

in Ergänzung zum bestehenden Dienstvertrag folgende

Zusatzvereinbarung

getroffen:

Das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift ist ein katholisches Krankenhaus. Dieser Zielsetzung sind alle Mitarbeiter des Hauses verpflichtet. Sie haben deshalb alle Maßnahmen zu unterlassen, die dem katholischen Charakter des Krankenhauses in erheblicher Weise widersprechen und geeignet sind, der Glaubwürdigkeit des Krankenhauses in der Öffentlichkeit und dem Werk der Schwestern zu schaden.

1. Aus diesem Grunde werden die „Regelungen über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift“ angewandt.
2. Aus diesem Grunde dürfen Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche nur in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der katholischen Glaubens- und Sittenlehre durchgeführt werden. Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche sind deshalb nur zulässig, wenn sie aufgrund medizinischer Indikationen dringend geboten sind, um durch die Maßnahme einer anders nicht abwendbaren Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung von der Frau abzuwenden.
3. Aus diesem Grunde ist die Verabreichung des Medikamentes Mifegyne (früher bekannt als RU 486) für den gesamten stationären und ambulanten Bereich des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift generell untersagt.

Von den obigen Regelungen habe ich eingehend Kenntnis genommen. Die „Regelungen über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift“ sind mir übergeben worden.

Mir ist bekannt, daß ein Verstoß gegen diese Zusatzvereinbarung ein wichtiger Grund gemäß § 16 der auch mein Dienstverhältnis anzuwendenden Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR) darstellt.

21465 Reinbek,

.....
Name, Vorname des/der Arztes/Ärztin, Hebamme

.....
Kaufm. Direktor

.....
Pflegedirektorin

7. Broschüren und Literaturhinweise

- **„Eltern trauern um ihr totes neugeborenes Kind“**
(hrsg.: Deutsche Bischofskonferenz, Bonn, April 1993)
- **„Guter Hoffnung – Jähes Ende –“**
(hrsg.: Vereinigte Evangelisch-Lutherische Kirche Deutschlands, VELKD, Hannover 1999)
- **„Tot- und Fehlgeburten im Krankenhaus“**
(hrsg.: Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V., Freiburg, November 1999)
- **„Richtlinien der katholischen Krankenhäuser im Erzbistum Hamburg für den Umgang mit Fehl- und Totgeburten“**
(hrsg.: Diözesane Fach-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser im Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e. V. 1999/2000)

109

Eltern trauern um ihr
totes neugeborenes
Kind

Hinweise zur seelsorglichen
Begleitung

25./26. April 1993



Gute Hoffnung – jähres Ende

Eine »Erste Hilfe«
für Eltern,
die ihr Baby verlieren,
und alle,
die sie unterstützen wollen



Katholischer
Krankenhausverband
Deutschlands e. V.

Tot- und Fehlgeburten im Krankenhaus

*Unser Selbstverständnis in der
Sorge um den Menschen*





**Richtlinien
der Katholischen Krankenhäuser
im Erzbistum Hamburg
für den
Umgang mit Fehl- und Totgeburten**

Diözesane Fach-Arbeitsgemeinschaft
der Katholischen Krankenhäuser



im Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e.V.

Beispiel

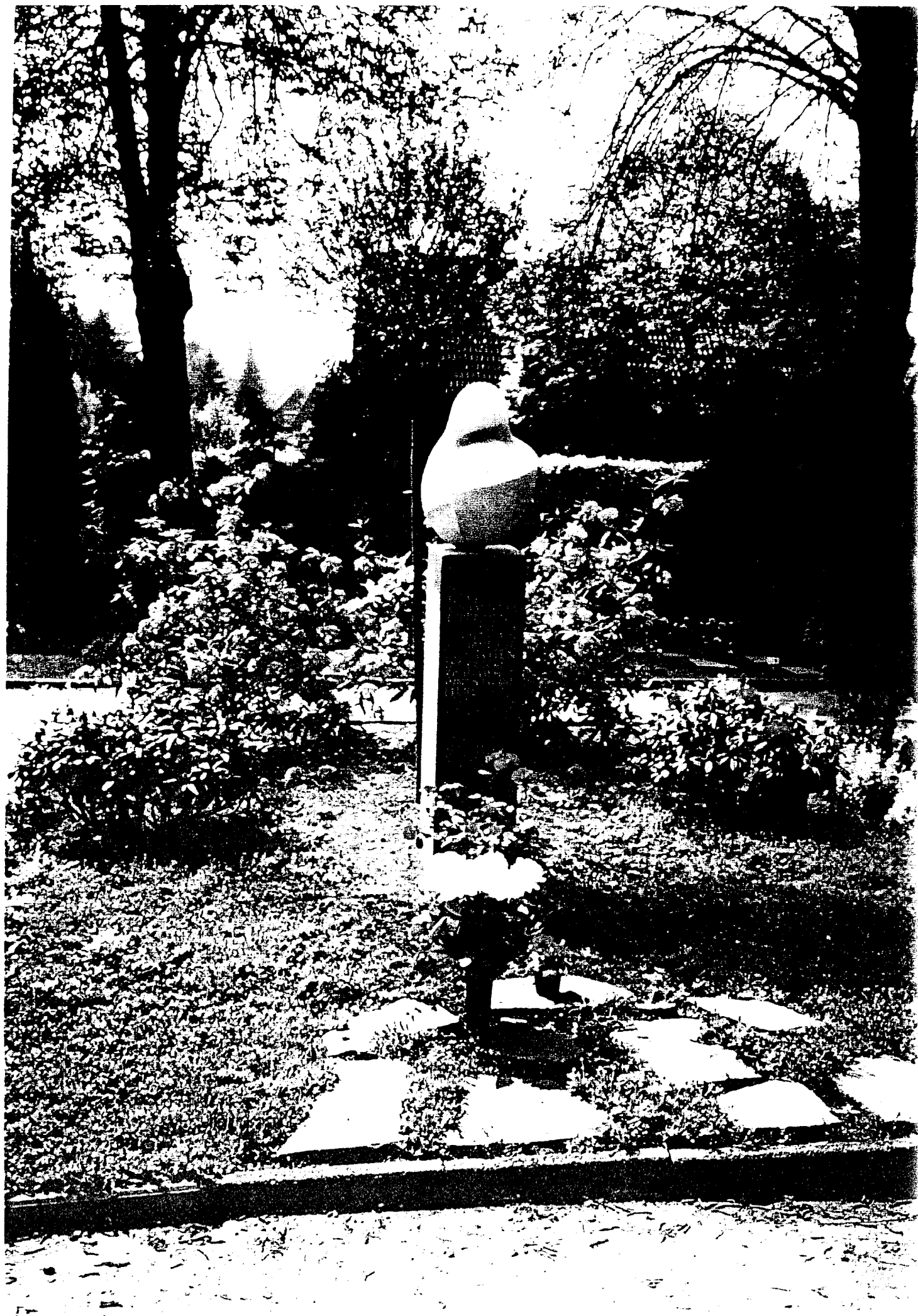
Ort:	Reinbek Friedhof in der Klosterbergenstraße
Grabstätte:	kostenlos von der evangelisch-lutherischen Kirchengemeinde zur Verfügung gestellt
Grabstein:	gestiftet von der evangelisch-lutherischen Kirchengemeinde Reinbek
Grabpflege:	wird vom Krankenhaus übernommen
Bestattungen:	Sammelbestattungen in einem Kindersarg (ca. viermal im Jahr)

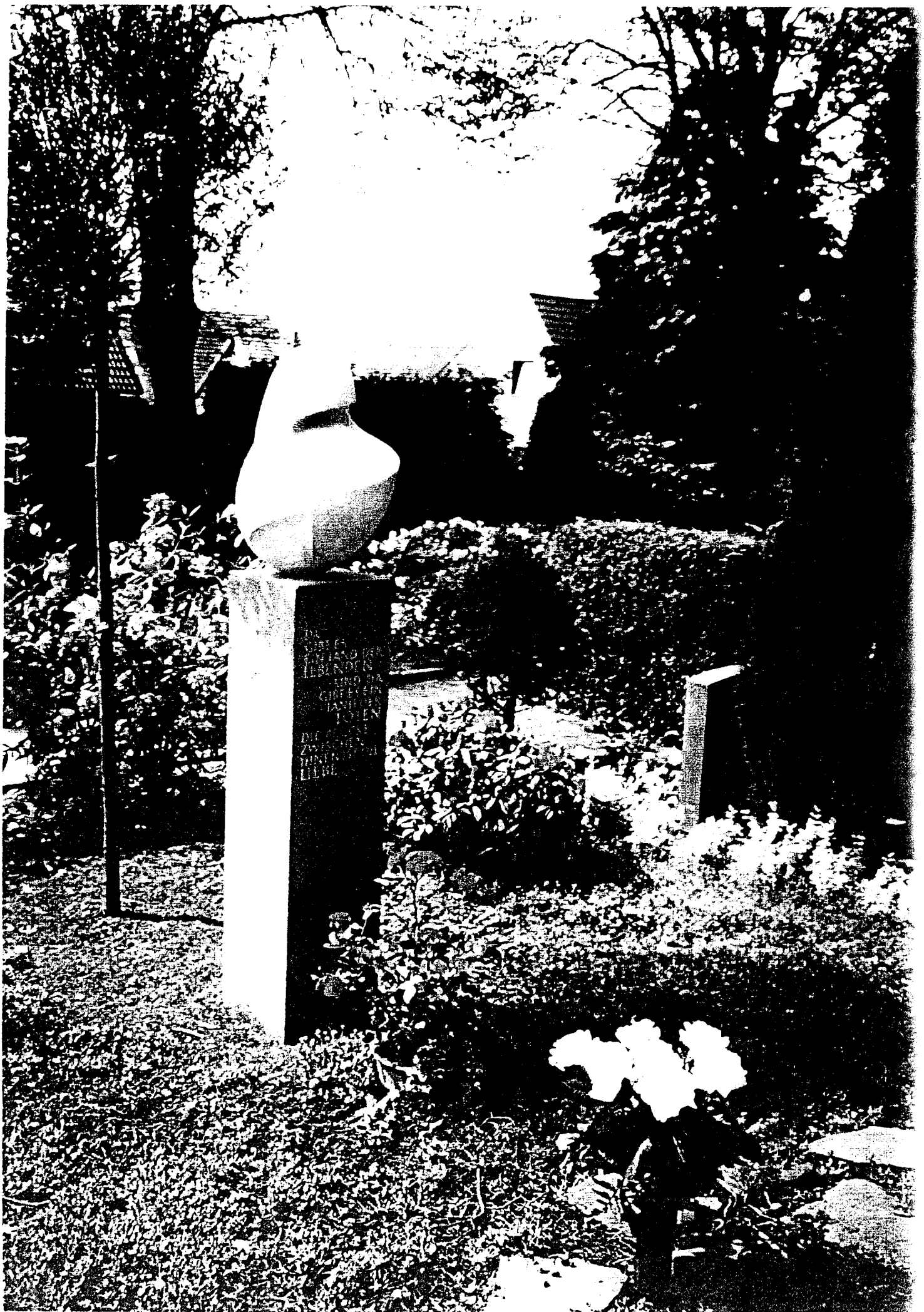




Beispiel

Ort:	Mölln Alter Friedhof, Hindenburgstraße
Grabstätte:	kostenlos von der evangelisch- lutherischen Kirchengemeinde zur Verfügung gestellt
Grabstein:	Anschaffung über private Spenden; erstellt von einem Möllner Steinmetz- meister
Grabpflege:	wird vom Krankenhaus übernommen
Bestattungen:	Einzelbestattung - in Urnenkapsel (aber keine Feuer- bestattung, nur Erdbestattung) - Grabkataster, Einzelstätte ca. 30 x 30 cm





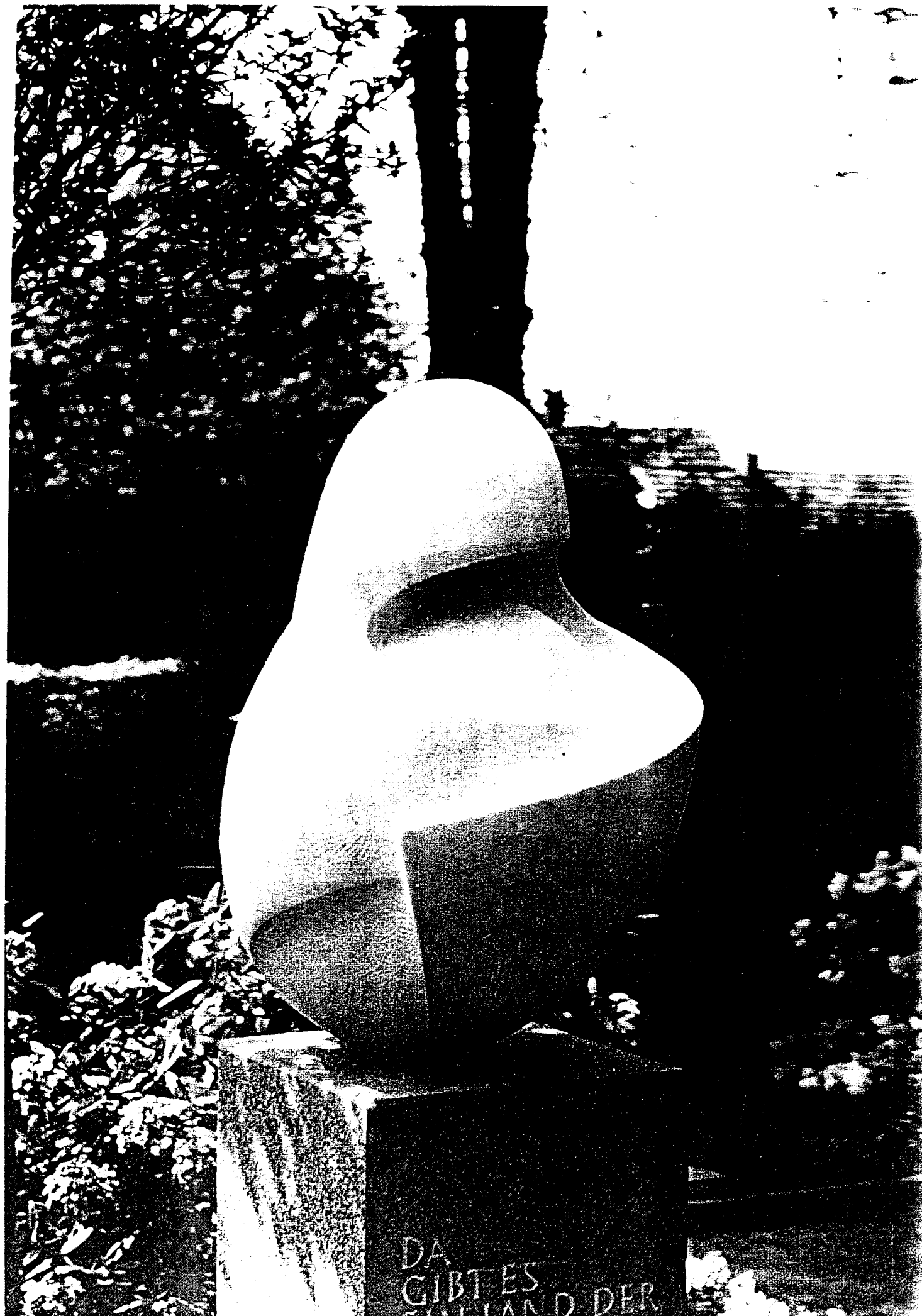
DAß
WIR
LEBEN
UND
STERBEN
DIE
ZWEI
SEITEN
VON
EINER
MÜNZE
SIND



DA
GIBT ES
EIN LAND DER
LEBENDEN

UND DA
GIBT ES EIN
LAND DER
TOTEN

DIE BRÜCKE
ZWISCHEN
IHNEN IST DIE
LIEBE ...



Anhang

- **„Wenn das Leben mit dem Tod beginnt – Würdiger Umgang mit Fehl- und Totgeburten“
Aufsatz Stand März 2000**
- **Richtlinien der Katholischen Krankenhäuser im Erzbistum Hamburg für den Umgang mit Fehl- und Totgeburten**
- **Regelungen über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift**

Würdiger Umgang mit Fehl- und Totgeburten

- Wenn das Leben mit dem Tod beginnt –

**Lothar Obst
Krankenhaus Reinbek
St. Adolf-Stift**

Februar 2001

Würdiger Umgang mit Fehl- und Totgeburten

- Wenn das Leben mit dem Tod beginnt -

In einer Zeit hochgepriesener Marketingstrategien, modernistischer Selbstdarstellungen und neuer Ausrichtungen auf Kundengerechtigkeit und Dienstleistungsmentalitäten führt eine nachdenkliche Stimme zu den menschlichen Kernbedürfnissen der Patienten zurück. Wenn das Leben mit dem Tod beginnt, greift Betroffenheit und Sprachlosigkeit um sich, bricht persönliche Lebensplanung ein und droht gesellschaftliche Verdrängung. Die Frage ist: Sollten sich die Krankenhäuser diesen Nöten nicht mehr widmen als in der Vergangenheit?

1. Gesellschaftliches Bewußtsein

In den Jahren 1998 und 1999 haben Zeitungsberichte über den Umgang mit Tot- und Fehlgeburten, für die es keine Bestattungspflicht gibt, die bundesdeutsche Öffentlichkeit erschreckt. Damit ist durch die verfassungsmäßig zwar nicht vorgesehene, aber dennoch eminent wichtige „Vierte Gewalt im Staate“, die Presse, ein Problem ins gesellschaftliche Bewußtsein gerückt, das bis dahin weitgehend verdrängt und tabuisiert wurde. Laut Statistischem Bundesamt wurden 1996 in Deutschland rund 4000 Kinder tot geboren. Nach Schätzungen von Ärzten endet jede dritte Schwangerschaft vorzeitig durch eine Fehlgeburt. Zehn Prozent aller Schwangerschaften führen zu sog. Früh Fehlgeburten mit einer Größe des Kindes von rund 12 cm und einem Gewicht von ca. 45 Gramm. Was geschah bisher mit diesen Kindern, so müssen wir uns als Krankenhäuser auch selbstkritisch fragen. Führen wir in der finanzpolitischen Diskussion um Gesundheitsreformen, Budgets und Pflegesätze zunehmend ethische Gesichtspunkte ins Feld, so gilt es, unser eigenes Tun vor selbstgesteckten ethischen Horizonten zu überprüfen. Wenn wir uns in innerer und äußerer Überzeugung treu bleiben wollen, so können wir nur dort ansetzen, wo es um den Schutz der Schwächsten geht. Schließlich zeigt sich der Kernbestand ethischer Verwurzelung einer Gesellschaft allein nur darin, wie diese mit ihrem schwächsten Glied umgeht.

Die Wirklichkeit hingegen – sah zumindest – brutal aus: Im Juli 1998 deckte das ARD-Magazin „Report“ auf, daß in Berlin von 1981 bis 1997 Föten unter 1000 Gramm als Abfall zusammen mit Klinikmüll zu Granulat vermahlen und verbrannt worden waren. Die Schlacke war als Material für die Abdeckung von Deponien sowie für den Straßenbau verkauft worden.

Die „rühmlichen“ Einlassungen des Entsorgungs-Gesellschafters. („Ein hervorragendes Ding. Das Verfahren hat mein Vater entwickelt, wir sind total stolz darauf.“) halten keinerlei ethischem Kodex des Gesundheitswesens, geschweige denn den christlichen Leitlinien der ca. 900 konfessionellen Krankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland stand.

Vielmehr ist es angebracht, weniger stolz auf die Entwicklungen des Vaters zu sein und nach würdigen Formen des Umgangs mit Fehl- und Totgeburten zu suchen sowie begleitende Betreuungshilfe für betroffene Eltern anzubieten.

Im folgenden sollen den Krankenhäusern deshalb praktische Umsetzungshilfen aufgezeigt werden.

2. Gesetzliche Grundlagen

Die Beurkundungs- und Bestattungspflichten für fehl- bzw. totgeborene Kinder regeln das Personenstandsgesetz (PStG), die Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) sowie die jeweiligen Landesverordnungen der Sozialministerien.

Nach § 16 des Personenstandsgesetzes muß dem bezirklich zuständigen Standesbeamten die Geburt eines Kindes binnen einer Woche angezeigt werden. Ist das Kind tot geboren oder in der Geburt verstorben, so muß die Anzeige spätestens am folgenden Werktag erstattet werden.

Nach § 29 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) wird zwischen Lebendgeburten, Totgeburten und Fehlgeburten unterschieden:

- Eine Lebendgeburt, für die die allgemeinen Bestimmungen des Personenstandsgesetzes über die Anzeige und die Eintragung von Geburten gelten, liegt vor, wenn bei dem Kinde nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.
- Hat sich keines dieser Merkmale des Lebens gezeigt, beträgt das Gewicht der Leibesfrucht jedoch mindestens 500 Gramm, so gilt sie im Sinne des Gesetzes als ein totgeborenes oder in der Geburt verstorbenes Kind.
- Hat sich keines dieser genannten Merkmale des Lebens gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Dann wird sie in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet.

Durch Artikel 1 Nr. 1 der 13. Personenstands-Änderungsverordnung wurde das Geburtsgewicht der zwingend von den Standesämtern zu beurkundenden Kinder mit Wirkung vom 1. April 1994 von vormals 1000 Gramm auf 500 Gramm herabgesetzt.

Statt der Gewichtsangabe der Leibesfrucht war bis zum 30. Juni 1979 die Körpergröße des fehl- bzw. totgeborenen Kindes maßgeblich. Und genau hierin konkretisiert sich jede ethische Vorgabe eines Krankenhauses, die sich ansonsten in der Abstrahierung der gesetzlichen Gewichtsangabe zu verlieren scheint: 1979 wurde statt der Größe des Kindes von mindestens 35 cm das Gewicht der Leibesfrucht von mindestens 1000 Gramm eingeführt. Im Ergebnis bedeutet dies: Eine gesetzliche Gewichtsangabe von 1000 Gramm ist kaum hinreichend konkret vorstellbar, wohingegen sich nach

allgemeiner Lebenserfahrung sich jedermann von einer Größe des Kindes von 35 cm (bei normaler Geburt nach der 40. Schwangerschaftswoche zwischen 45 und 52 cm) ein hinreichend konkretes Bild machen kann. Insoweit ist die neue gesetzliche Ausrichtung nach der Gewichtsangabe eher weniger faßbar. Wir müssen uns als Krankenhäuser konkret darüber im klaren sein, daß es sich bei den fehl- bzw. totgeborenen Kindern, für die es bisher keine gesetzliche Bestattungspflicht gibt, um Menschen handelt, die ca. 35 bis 40 cm groß sein können.

Eine Leibesfrucht von 1000 Gramm Geburtsgewicht befindet sich in der Regel in der 28. Schwangerschaftswoche (= 6. Monat) und ist ca. 40 cm groß. Eine Leibesfrucht von 500 Gramm Geburtsgewicht ist in der 24. Schwangerschaftswoche (= 5. Monat) und hat eine Größe von 18 bis 23 cm.

Selbst die sog. „Früh Fehlgeburten“, mit denen rund 10 Prozent aller Schwangerschaften enden, haben immer noch ein Gewicht von rund 45 Gramm und eine Größe von ca. 12 cm.

Nach alledem ist wohl eines unmißverständlich klar: Es handelt sich von Anfang an um konkret feststell- und für jedermann erkennbares menschliches Leben.

Nach dieser Einordnung kann es für ein ethisch verpflichtetes Krankenhaus keinen anderen Weg geben, als konkrete Hilfestellungen für die betroffenen Eltern anzubieten und eine würdige Bestattung des verstorbenen Kindes zu ermöglichen.

3. Verordnungen der Länder

Während das Personenstandsgesetz und die dazu erlassene Ausführungsverordnung als Bundesrecht lediglich die Anzeige und die Eintragung der Geburten beim zuständigen Standesbeamten regeln, fallen die Vorschriften über das Bestattungswesen in die Zuständigkeit der Länder. Sie regeln die Bestattungspflichten bzw. Ausnahmen davon durch eigene Landesgesetze oder Verordnungen aufgrund der Landesgesundheitsdienst-Gesetze.

Nachdem das Bundesministerium des Innern 1994 auf der Grundlage einer Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz und entsprechenden Empfehlungen der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) die personenstandsrechtliche Definition von Tot- und Fehlgeburten in der 13. Personenstandsänderungsverordnung neu festgesetzt hatte (Reduzierung der Gewichtsgrenze von 1000 Gramm auf 500 Gramm), waren mit diesen personenstandsrechtlichen Änderungen und Pflichten gegenüber den Standesämtern nicht zwingend auch automatische Änderungen des Bestattungsrechtes der Bundesländer verbunden. Die Länder haben daher zur Zeit sehr unterschiedliche Regelungen über die Bestattungspflichten. Bis zu den aufsehenerregenden Artikeln im Sommer 1998 wurden bis auf eine große Anzahl von konfessionellen Krankenhäusern totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrüchte mit einem Gewicht unter 1000 Gramm wie Körperteile und Organe behandelt und demzufolge juristisch als sogenannter „ethischer Abfall“ der Abfallgruppe E gemäß dem „Merkblatt über die Vermeidung und die Entsorgung von Abfällen aus öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens“ über Krankenhaussondermüll-Entsorgungsgesellschaften abtransportiert und in der Regel verbrannt.

Die einschlägige schleswig-holsteinische Landesverordnung vom 30. November 1995 (GVObI. Schl.-Hol., Nr. 19, S. 395 ff) übernimmt zwar die Legaldefinitionen der Lebendgeborenen, Totgeborenen und Fehlgeborenen aus der Personenstandsausführungsverordnung, schränkt aber die Bestattungspflicht ein. So besteht eine zwingende Bestattungspflicht lediglich für alle Lebendgeborenen unabhängig des Gewichtes der Leibesfrucht, bei Totgeborenen aber erst ab einem Gewicht von 1000 Gramm. Keine gesetzliche Bestattungspflicht besteht hingegen bei Totgeborenen mit mindestens 500 bis 1000 Gramm sowie überhaupt nicht bei Fehlgeborenen. Jedoch können auf Wunsch eines Elternteils auch Totgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm und Fehlgeborene zur Bestattung zugelassen werden. Zum Nachweis einer Fehlgeburt ist dem Friedhofsträger eine formlose ärztliche Bestätigung vorzulegen.

Angesichts des Umstandes, daß es sich bei den nicht zwingend zu bestattenden Fehl- und Totgeburten um Kinder bis zu einer Größe von fast 40 cm handelt, die in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche (5. bis 6. Monat) versterben, kann eine rein juristische Betrachtung dieses Lebenssachverhaltes nicht überzeugen. Vielmehr sind die Krankenhäuser aufgefordert, ihre Position zu diesem Thema im Rahmen interner Leitliniendiskussionen selbst zu finden und betroffenen Elternpaaren Hilfen anzubieten.

4. Leitliniendiskussionen

Für konfessionelle Krankenhäuser ist das christliche Menschenbild Grundlage und Maßstab ihres Handelns. Nach Gottes Ebenbild geschaffen, hat jeder Mensch eine unantastbare Würde und einen besonderen Wert. Dies gilt für alle Menschen unabhängig von ihrem religiösen Bekenntnis, ihrer Weltanschauung, ihrer Rasse, Herkunft und sozialen Stellung. Auch Alter, Krankheit und Behinderung können den Wert und die Würde des Menschen nicht beeinträchtigen. Das Krankenhaus ist der Würde des kranken Menschen verpflichtet.

Daher stellen sich in Sonderheit konfessionelle Krankenhäuser in ihren Leitlinien der Würde des werdenden und des sterbenden Menschen und wollen das menschliche Leben in allen seinen Phasen schützen und fördern. Diese ethische Bindung führt zu konkreten Ausgestaltungen, denn auch dem Umgang mit sterbenden und verstorbenen Patienten muß sich das Krankenhaus stellen. "Dem Leib des Verstorbenen bringen wir Ehrfurcht entgegen", ist die zentrale ethische Aussage, die weit über die juristischen Grenzen des Personenstandsgesetzes, der Ausführungsverordnung der Länder-Gesundheitsdienst-Gesetze und ihrer Verwaltungsvorschriften hinausragt. Das Krankenhaus sollte deshalb konkret weitergehen als der normative Handlungsrahmen des Staates zu tun aufgibt und den gesetzlich eingeräumten Freiraum nutzen und ausgestalten. Es braucht dafür eine verantwortlich gewählte und unter den Beteiligten konsensfähige Definition des eigenen Handlungsrahmens.

5. Krankenhausindividueller Handlungsrahmen

Sinnvoll erscheint die Bildung einer Arbeitsgruppe, der angehören sollten

- Krankenhausdirektorium
- Gynäkologen
- Hebammen
- Schwestern und Pfleger der Wöchnerinnenstation
- Seelsorger und Sozialarbeiter
- Leitung des Instituts für Pathologie.

Entscheidend ist die Übereinstimmung der Beteiligten in ihrer Grundauffassung über das „Leben von Anfang an“ sowie in dem übergeordneten Ziel, Fehl- und Totgeburten in würdiger Form auf einem Friedhof zu bestatten und damit zu verhindern, daß durch gegebenenfalls fehlende Regelungen es zu einer „Entsorgung“ über Krankenhaussonderabfälle kommen könnte. Damit wird auch deutlich, daß ethische Fragestellungen den Charakter eines Krankenhauses derart prägen, daß sie als Wesensgehalt der Trägerschaft von der Krankenhausleitung eben gerade nicht delegierbar sind. Ethik ist nicht per Geschäftsverteilungsplan auf andere übertragbar. Hier sind die Mitglieder der Krankenhausleitung in persona gefordert.

Wenn die gesetzlichen Abgrenzungskriterien zur Bestattungspflicht unzureichend sind und nicht überzeugen können, so bedarf es einer konsensfähigen „Krankhaus-sprache“. Kriterium für eine freiwillige Bestattung ohne gesetzliche Pflicht sollte die Erkennbarkeit des Kindes sein. **Soweit die Leibesfrucht sichtbar als Kind erkennbar ist, liegt ein klares Kriterium für eine freiwillige Bestattung vor.** Auf die Verständigung einer solchen Ausgangsnorm für die weitergehenden Handhabungen kommt es ganz entscheidend an.

6. Praktische Umsetzungshilfen

Jede Fehl- oder Totgeburt, gleich welchen Alters oder Gewichts, stellt für die Betroffenen eine extreme Belastungs- und Krisensituation dar, auf die einfühlsam und kompetent eingegangen werden muß. Die ersten Gesprächspartner für die Betroffenen sind die unmittelbar am Geschehen beteiligten Ärzte, Schwestern, Pfleger und Hebammen. Sie sollten sich interdisziplinär gemeinsam auf solche Situationen vorbereiten mit dem Ziel, den Eltern Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Im folgenden wollen wir stichwortartig einige praktische Umsetzungshilfen für die Krankenhäuser anbieten:

A. Umgang mit Eltern und Angehörigen

- Unterbringung der Patientin im Einbettzimmer
(möglichst nicht im Bereich der Wöchnerinnen, Übernachtungsmöglichkeiten für den Partner oder eine andere Vertrauensperson vorsehen)
- Angebot von Gesprächen
(weiterführende Hilfsangebote, Gesprächskreise trauernder Eltern, Selbsthilfegruppen)

(Stiftung oder Erwerb durch das Krankenhaus und Gestaltung als Kindergrab. Die betreffende Grabstelle sollte als solche auch erkennbar sein, um Eltern und Angehörigen einen Ort der Trauer anbieten zu können.)

- Grabpflege
(Friedhofsverwaltung oder Gärtnerei des Krankenhauses)
- Formlose ärztliche Bestätigung bei Fehlgeburten
(z. B. § 7 Absatz 2 der schleswig-holsteinischen Landesverordnung, Muster-Bestätigung anlegen).

E. Führung der Krankenakten

Das Krankenhaus sollte folgende Unterlagen als Muster anlegen:

- Formblatt über die Hinweise auf Bestattungsmöglichkeiten, Beisetzungstermine und Wünsche der Eltern
- Elternmappe zur Erinnerung an das Kind
(z. B. mit einem Foto, Haarlocke, Namensbändchen, Fuß- und Handabdrücke)
- Ärztliche Bestätigung für den örtlichen Friedhofsträger bei Fehlgeburten.

Jeweils eine Ausfertigung kommt in die Krankenakte bzw. einen gesonderten Sammelordner.

F. Schulung des Krankenhauspersonals

- Fortbildungen und Supervisionsangebote
- Interdisziplinäre Gruppen
(z. B. bestehend aus Gynäkologen, Hebammen, Pflegekräften, Krankenhausseelsorger, Pathologe, Krankenhausdirektorium)
- Herausgabe von schriftlichen Regelung über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten
- Träger- bzw. Leitungsentscheidung des Krankenhauses
(nicht delegierbar)
- Dienstrechtliche Verbindlichkeit der Regelungen
(Zusatzvereinbarung zum bestehenden Dienstvertrag).

Richtlinien der Katholischen Krankenhäuser im Erzbistum Hamburg für den Umgang mit Fehl- und Totgeburten

*Die auf der 7. Ordentlichen Sitzung des ständigen Ausschusses
der diözesanen Facharbeitsgemeinschaft
der katholischen Krankenhäuser im Erzbistum Hamburg
am 25. Juni 1999 in Hamburg verabschiedete Fassung*

A

Vom Umgang mit den betroffenen Eltern und Angehörigen

1. Jede Fehl- oder Totgeburt, gleich welchen Alters oder Gewichts, stellt in der Regel für die Betroffenen eine extreme Belastungs- und Krisensituation dar, auf die einfühlsam und kompetent eingegangen werden muß. Die Voraussetzungen dafür im Hinblick auf Kompetenz (Aus-, Fort- und Weiterbildung), Personal und Struktur hat der Träger sicherzustellen.
2. Um den Eltern Geborgenheit und Sicherheit zu geben, ist es nötig, daß die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließlich der Seelsorgerinnen und Seelsorger sich interdisziplinär gemeinsam auf solche Situationen vorbereiten mit dem Ziel, ihre je eigenen Aufgaben und Kompetenzen zu kennen und wahrzunehmen und sich aufeinander abzustimmen.
3. Die ersten Gesprächspartner für die Betroffenen sind die unmittelbar am Geschehen Beteiligten. Sie sollen auf die Möglichkeit auch eines seelsorgerischen Gespräches aufmerksam machen und, wenn gewünscht, den Kontakt herstellen.
4. Dem Gespräch mit den Betroffenen muß ein großes Gewicht zukommen. Ohne Zeitdruck und in einem geschützten äußeren Rahmen müssen sie zuallererst Gelegenheit finden können, ihre Gefühle zuzulassen und auszudrücken.
5. Zudem sind in diesem Gespräch nötige Informationen vor allem über die Bestattung und die Möglichkeit, die das Krankenhaus für nicht bestattungspflichtige Kinder anbietet, weiterzugeben, Wünsche zu erfragen und Entscheidungen der Eltern vorzubereiten.
Den Eltern sind bei diesem Gespräch auch Informationen über weiterführende Hilfsangebote (Gesprächskreise trauernder Eltern, Selbsthilfegruppen) schriftlich an die Hand zu geben.
Eine seelsorgerische Begleitung über die konkrete Situation hinaus wird den Eltern angeboten.
6. In jedem Fall ist den Eltern eine Verabschiedung von ihrem Kind anzubieten und - was Zeit, Räumlichkeit und Intimität angeht - auch zu ermöglichen.
Zur Erinnerung kann für die Angehörigen eine kleine Urkunde nach Möglichkeit mit Foto, Fuß- und Handabdruck und Haarlocke gefertigt werden.

B

Vom Umgang mit den toten Kindern

1. Totgeborene Kinder mit einem Gewicht von 500 - 1000 g müssen standesamtlich erfaßt werden; eine Bestattungspflicht besteht nicht. Bei einem Gewicht über 1000 g müssen sie zudem von den Eltern bestattet werden.
2. In der Grundüberzeugung, daß es sich bei jeder Schwangerschaft von Anfang an um unverwechselbares menschliches Leben handelt, wird in unseren Häusern dafür Sorge getragen, daß alle Fehl- und Totgeburten, also auch die, für die keine Bestattungspflicht besteht, in würdiger Form in einer gemeinsamen Feier bestattet werden.
3. Für diese Sammelbestattungen hat das Krankenhaus eine Grabstelle bereitzustellen und die anfallenden Kosten für die Bestattung sowie der Grabpflege zu übernehmen. Die betreffende Grabstelle sollte als solche auch erkennbar sein, um Eltern und Angehörigen einen Ort der Trauer anbieten zu können.
4. Bis zur Bestattung werden alle Fehl- und Totgeburten in einem Kindersarg in der Prosektur des Krankenhauses aufbewahrt. Für die nötigen Transportwege zwischen dem Krankenhaus und der Pathologie wird ein besonderes Gefäß bereitgestellt, ein sogenanntes "Mose-Körbchen", um deutlich zu machen, daß es sich um eine Leibesfrucht handelt, die anschließend bestattet wird.
5. Wenn nötig, hat das Krankenhaus vertraglich abzusichern, daß auch nicht bestattungspflichtige, der Pathologie überbrachte Fehl- und Totgeburten zu einer würdigen Bestattung zurückgesandt werden.
6. Sammelbestattungen sollten in angemessenen Zeiträumen vorgenommen werden.
Der Termin ist mit den betroffenen und an einer Teilnahme interessierten Eltern in geeigneter Weise abzustimmen.
7. Die Sammelbestattungen werden vom jeweiligen Seelsorgedienst des Krankenhauses - in der Regel ökumenisch, (u.U. auch mit muslimischer oder anderweitiger Beteiligung) - gestaltet. Anschließend werden die Trauergäste zu einem Beisammensein ins Krankenhaus geladen (Frühstück oder Nachmittagskaffee), um noch einmal die Gelegenheit eines Gespräches - auch untereinander - anzubieten.

Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift
Hamburger Str. 41, 21465 Reinbek

**Regelungen über den Umgang mit
Fehl- und Totgeburten im
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift**

Grundsätze:

Die nachfolgenden Regelungen über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten in unserem Krankenhaus wurden in einer Gruppe erarbeitet, der folgende Personen angehörten:

- Pflegedirektorin
- Leitende Hebamme
- Chefarzt der Frauenklinik
- Katholischer Krankenhauseelsorger
- Evangelischer Krankenhauseelsorger
- Chefarzt des Instituts für Pathologie (eines anderen Krankenhauses)
- Kaufm. Direktor.

Die ersten Regelungen wurden bereits im Januar 1997 aufgestellt. Die wesentlichen Konkretisierungen erfolgten in weitergehenden Gesprächen im Januar und Februar 1999.

Das übergeordnete Ziel aller Angehörigen der Arbeitsgruppe war es, für jeden Eventualfall zu erreichen, daß Fehl- und Totgeburten in würdiger Form auf dem Reinbeker Friedhof bestattet werden und zu verhindern, daß durch gegebenenfalls fehlende Regelungen es zu einer „Entsorgung“ über Krankenhaussonderabfälle kommen könnte.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe stimmten in ihrer persönlichen Auffassung darin überein, daß es sich um „**Leben von Anfang an**“ handelt und aus diesem Bewußtsein heraus die untenstehenden Regelungen zu verstehen sind.

Die Arbeitsgruppe gab sich sodann folgenden einvernehmlichen **Grundsatz**:

„Es ist der verbindliche Ausdruck der besonderen Wesensart des Krankenhauses als katholisches Krankenhaus, daß die Bestattung eines Kindes, für das eine gesetzliche Bestattungspflicht nicht besteht, in jedem Falle und unabhängig der Zustimmung der Eltern vom Krankenhaus vorgenommen wird.“

Einzelregelungen:

1. Gesetzliche Regelungen

Die Landesverordnung über das Leichenwesen vom 30. November 1995 unterscheidet

- Lebendgeborene
- Totgeborene
- Fehlgeborene.

Eine Leiche im Sinne der Verordnung ist der Körper eines Neugeborenen, bei dem nach Scheidung vom Mutterleib

- a) vor Eintritt des Todes entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat (= Lebendgeborenes)
- b) sich keines der unter a) genannten Merkmale des Lebens gezeigt hat, das Gewicht der Leibesfrucht jedoch mindestens 500 g beträgt (= Totgeborenes)
- c) eine Leibesfrucht mit einem Gewicht unter 500 g, bei der sich nach der Scheidung vom Mutterleib keines der in a) genannten Lebenszeichen gezeigt hat, gilt nicht als Leiche im Sinne der Verordnung (= Fehlgeborenes).

Nach der Verordnung muß jede Leiche bestattet werden; dies gilt nicht für Totgeborene, wenn das Gewicht der Leibesfrucht unter 1.000 g beträgt. Auf Wunsch eines Elternteils sind auch Totgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 g und Fehlgeborene (= unter 500 g) zur Bestattung zuzulassen.

Eine gesetzliche Bestattungspflicht besteht also in folgenden Fällen nicht.

- Totgeborene (= 500 - 1.000 g)
- Fehlgeborene (= unter 500 g).

Für die Bestattung dieser Kinder gelten die von der Arbeitsgruppe nachfolgend erarbeiteten Regelungen.

2. **Bestattung der Kinder**

Alle im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift nicht lebend zur Welt gekommenen Kinder, für die keine gesetzliche Bestattungspflicht werden auf dem Friedhof der evangelisch-lutherischen Kirchengemeinde Reinbek, Klosterbergenstr. 28, 21465 Reinbek, bestattet. Die Hebammen/Ärzte der Frauenklinik sprechen die in Frage kommenden Eltern im Einzelfall auf dieses Angebot an. Auch in den Fällen, in denen die Eltern zunächst eine ausdrückliche Zustimmung nicht geben, wird die Bestattung vorgenommen. Entwickelt wurde dafür das als Anlage beigefügte Formblatt.

Bei Fehlgeburten mit unter 500 g Geburtsgewicht der Leibesfrucht handelt es sich in der Regel um Kinder bis zur 24. Schwangerschaftswoche. Eine Bestattung soll deshalb vorgenommen werden, „**wenn das Kind sichtbar als Kind erkennbar ist**“. In anderen Fällen - soweit der Abort als Kind nicht sichtbar erkennbar ist - ist es der Wunsch des Krankenhauses, ebenfalls eine Bestattung vorzunehmen; in diesem Zusammenhang wird aber besonders auf Teilziffer 5 mit der Vereinbarung mit dem Chefarzt des Instituts für Pathologie verwiesen.

3. **Bereitstellung der Grabstätte**

Die Friedhofsverwaltung des Friedhofes Reinbek hat dem Krankenhaus eine Grabstätte kostenlos zur Bestattung der Kinder zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um ein vormaliges Familiengrab, das nicht mehr genutzt wird.

4. **Grabstein/Grabpflege**

Der Kirchenvorstand der ev.-luth. Kirchengemeinde Reinbek hat bereits beschlossen, auf seine Kosten auf der Grabstätte einen Naturstein mit einem Bibelvers zu setzen. Einzelheiten sollen in einem Gespräch zwischen dem Krankenhaus und Herrn Pastor Kemper erörtert werden.

Der Kirchenvorstand der evgl.-lutherischen Kirchengemeinde Reinbek hat bereits beschlossen, auf seine Kosten auf der Grabstätte einen Naturstein (Findling) mit einem Bibelvers zu setzen. Dazu hat die evgl.-lutherische Kirchengemeinde Reinbek bereits zwei Gemeindekollekten durchgeführt. Der Erlös aus diesen Kollekten wird für die Gestaltung des Grabsteines verwendet.

Der Grabstein wird den Text aus dem Psalm 39, Vers 13 erhalten („Höre mein Gebet, Herr, und vernimm mein Schreien, schweige nicht zu meinen Tränen; denn ich bin ein Gast bei Dir, ein Fremdling wie alle meine Väter.“). Die Grabpflege übernimmt die Friedhofsverwaltung.

5. **Vereinbarung mit dem Chefarzt des Instituts für Pathologie**

Mit dem Chefarzt des Instituts für Pathologie hat die Arbeitsgruppe ein gesondertes Gespräch geführt. Dabei ist man einvernehmlich zu folgender Regelung gekommen:

- a) Das Krankenhaus geht von dem Grundsatz aus, daß eine Bestattung immer dann vorgenommen wird, **„wenn das Kind sichtbar als solches erkennbar ist“**. In diesem Sinne nicht lebend zur Welt gekommenen Kinder werden in würdiger Form und getrennt von dem zur pathologischen Untersuchung eingesandten Gewebematerial in einem gesonderten Behälter (sog. „Mose-Körbchen“) vom Krankenhaus an das Institut für Pathologie und dann anschließend nach entsprechenden pathologischen Untersuchungen wieder zurück in unser Krankenhaus gebracht. Mit der Festlegung auf einen gesonderten Behälter soll erreicht werden, daß im Institut für Pathologie schon beim Empfang erkennbar ist, daß es sich um ein Kind handelt, das anschließend in Reinbek bestattet wird.
- b) Bei einem eingesandten Abort, bei dem **„das Kind als Kind nicht sichtbar erkennbar ist“**, soll wie folgt vorgegangen werden:

Das Krankenhaus spricht von sich aus alle Eltern an, ob diese eine Bestattung des Kindes wünschen oder damit einverstanden sind, daß das kindliche Gewebe in der Pathologie in das sog. „Paraffin-Archiv“ kommen sollte. Das weitere Verfahren richtet sich dann nach dem Willen der Eltern:

- Wünschen die Eltern eine Beisetzung, so werden diese Kinder genauso behandelt wie unter Teilziffer 5a (nämlich pathologische Untersuchung, Rücktransport zum Krankenhaus, Aufbewahrung in einem Kindersarg in unserem Krankenhaus und Beisetzung auf dem Reinbeker Friedhof).
- Sind die Eltern mit einer Einbringung in das „Paraffin-Archiv“ einverstanden, so verbleibt das kindliche Gewebe im dortigen Archiv (medizinische Gründe für spätere gentechnische Untersuchungen). Auch dann, wenn das kindliche Gewebe in das Paraffin-Archiv eingebracht wird, wird durch das Institut für Pathologie sichergestellt, daß bei Auflösung des Archives (Trennung des kindlichen Gewebes aus dem Paraffinblock) das kindliche Gewebe in jedem Fall an das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift zur Bestattung zurückgegeben wird.

Mit diesen Regelungen möchte das Krankenhaus das Ziel erreichen, alle Früh- und Totgeburten in würdiger Form auf dem Reinbeker Friedhof zu bestatten und in jedem Falle zu verhindern, daß es zu einer „Entsorgung“ über Krankenhaussonderabfälle kommen kann.

6. Führung der Krankenakten/gesonderter Sammelordner

Jeweils eine Ausfertigung des von der Frauenklinik entworfenen Formblattes (siehe Anlage) verbleibt in der Krankenakte bzw. in einem gesonderten Sammelordner.

Darüber hinaus fertigt die Frauenklinik für die Eltern die in Kopie als Anlage beigefügte Urkunde (in der Regel auch mit Foto sowie Fuß- oder Handabdruck bzw. Haarlocke).

Nach § 7 Absatz 2 der o. g. Landesverordnung können auch Totgeborene unter 1.000 g Geburtsgewicht und Fehlgeborene zur Bestattung zugelassen werden. Zum Nachweis einer Fehlgeburt ist dem Friedhofsträger eine formlose ärztliche Bestätigung vorzulegen. Das Muster liegt als Anlage diesen Regelungen bei.

7. Beisetzung

Die betroffenen Kinder werden in einem Kindersarg in unserer Prosektur zunächst gesammelt und gemeinschaftlich mit 4 - 5 Kindern beigesetzt. Das Verfahren ist zwischen dem Krankenhaus und der Friedhofsverwaltung abgestimmt worden. Es handelt sich in der Regel um eine Gemeinschaftsbeisetzung im Jahr.

Die Eltern werden entsprechend ihren Wünschen (siehe Formblatt) über den Beisetzungstermin informiert und können daran teilnehmen.

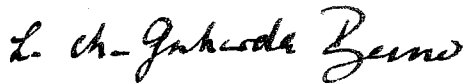
Die geistliche Begleitung wird von den Krankenhausseelsorgern vorgenommen. Vor der Friedhofskapelle findet eine Aussegnung und anschließend an der Grabstätte die Beisetzung statt. Es ist den Krankenhausseelsorgern unbenommen, auch einen Gottesdienst/eine Gedenkfeier vor der Aussegnung/Beisetzung in der Krankenhauskapelle vorzunehmen.

8. Informationsveranstaltung für alle Ärzte und Hebammen der Frauenklinik

Alle Ärzte und Hebammen der Frauenklinik sollen über die o. g. Regelungen zum Umgang mit Fehl- und Totgeburten in einer Dienstbesprechung informiert werden.

9. Sonstige Hilfen

- a) Auf die besondere Notwendigkeit der seelsorgerischen Betreuung der betroffenen Eltern wird besonders hingewiesen. Beide Krankenhausseelsorger haben in besonderem Maße an der Erarbeitung dieser Grundsätze und Einzelregelungen mitgearbeitet und nehmen die seelsorgerischen Aufgaben im Rahmen dieser Thematik wahr.
- b) Die Leitende Hebamme des Krankenhauses hat zudem die Herausgabe einer Broschüre für die Eltern vorgeschlagen. Die Arbeitsgruppe hat diesen Vorschlag ausdrücklich begrüßt.
- c) Neben den o. g. Regelungen sollen auch besondere Hilfen für die Eltern angeboten werden (Adressen und Vermittlung an Selbsthilfegruppen usw.).
- d) Verwiesen wird auf die vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz herausgegebenen Arbeitshilfe 109 „Eltern trauern um ihr totes neugeborenes Kind - Hinweise zur seelsorglichen Begleitung -“.
- e) Darüber hinaus wird verwiesen auf eine Empfehlung des Vorstandes des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e. V. vom 14.11.1986 „Über den Umgang mit Tot- und Fehlgeburten“. Diese Empfehlung wird zur Zeit vom KKVD überarbeitet und wird demnächst in aktualisierter Fassung vorliegen.



Sr. M. Gerharda Biener
Pflegedirektorin



Lothar Obst
Kaufm. Direktor

Anlagen

Reinbek, 01. Oktober 2001 lo-bm

**Ergänzung der
„Regelungen über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten
im
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift“**

Die derzeitigen „Regelungen über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift“ werden aufgrund des einvernehmlichen Ergebnisses der Dienstbesprechung vom 27. September 2001 wie folgt ergänzt:

1. Abschied durch die Eltern

Um den Eltern Gelegenheit zu geben, von ihrem toten Kind Abschied zu nehmen, wird das Kind in das sogenannte „Moses-Körbchen“ gebettet.

Das „Moses-Körbchen“ wird von der Leitenden Hebamme verwahrt.

2. Transport vom St. Adolf-Stift zum Marienkrankenhaus Hamburg

a) Bestattungspflichtige Kinder

Der Transport von bestattungspflichtigen Kindern zur Obduktion zum Pathologischen Institut des Marienkrankenhauses Hamburg und von dort wieder zurück zum St. Adolf-Stift, Reinbek, wird aus Pietätsgründen durch das St. Adolf-Stift beauftragt. Das St. Adolf-Stift arbeitet zu diesem Zweck ausschließlich mit dem Bestattungsinstitut Holger Rosemann, Reinbek, zusammen.

b) Nicht bestattungspflichtige Kinder

aa) Erkennbare Kinder

Ist das verstorbene Kind aufgrund der gesetzlichen Gewichtsgrenze nicht bestattungspflichtig, gleichsam aber im Sinne des selbst ausgewählten Kriteriums „als Kind sichtbar erkennbar“, so erfolgt der Transport vom St. Adolf-Stift zum Marienkrankenhaus und nach der Untersuchung von dort wieder zurück zum St. Adolf-Stift ausschließlich in dem vom St. Adolf-Stift hergestellten kleinen Sarg durch den Transportdienst des Marienkrankenhauses.

...

bb) Nicht erkennbare Kinder

Ist das Kind als solches nicht erkennbar, erfolgt der Transport vom St. Adolf-Stift zum Marienkrankenhaus in üblicher Weise. Und vom Marienkrankenhaus zurück zum St. Adolf-Stift ausschließlich in dem vom St. Adolf-Stift hergestellten kleinen Sarg.

Der Sarg wird in der Frauenklinik verwahrt.

3. Bestattung der Kinder

Zur weiteren Ausführung der Teilziffern 2 und 5 der obengenannten „Regelungen“ hat die Arbeitsgruppe am 27. September 2001 Folgendes detailliert festgelegt:

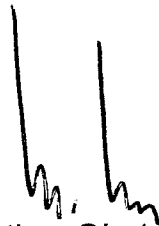
- a) Ist das „Kind sichtbar als Kind erkennbar“, erfolgt unabhängig der gesetzlichen Gewichtsgrenze in jedem Falle eine Bestattung durch das St. Adolf-Stift.
- b) Ist das Kind als solches nicht erkennbar, ergeben die Untersuchungen im Pathologischen Institut des Marienkrankenhauses aber fetales Gewebe, so wird dies im obengenannten Sarg zum St. Adolf-Stift zurücktransportiert und in jedem Falle beigesetzt.
- c) Ist das Kind als solches nicht erkennbar und stellt sich bei den Untersuchungen im Pathologischen Institut des Marienkrankenhauses ausschließlich placentares Gewebe (ohne fetales Gewebe) heraus, so wird auch dies in dem obengenannten Sarg dann zum St. Adolf-Stift zurücktransportiert und bestattet, wenn die Eltern zuvor eine Bestattung der Fehlgeburt gewünscht haben.
Ansonsten verbleibt das placentare Gewebe im Paraffin-Archiv des Marienkrankenhauses. Es gilt dann Teilziffer 5 b der ursprünglichen Regelungen.

Mit diesen Ergänzungen ist aufgrund der bisherigen Erfahrungen und Handhabungen in jedem Falle sichergestellt, dass alle fehl- und totgeborenen Kinder – unabhängig von den Grenzen der gesetzlichen Bestattungspflicht – durch das St. Adolf-Stift beerdigt werden.

Beschlossen von der Arbeitsgruppe am 27. September 2001.



Sr. M. Gerharda Biener
Pflegedirektorin


Lothar Obst
Kfm. Direktor



FRÜHSTART INS LEBEN

Report

Wunderge in High-tech-Brutkästen: Dank des medizinischen Fortschritts stiegen die Chancen für „Frühchen“. Doch Säugen und Rühren blieben oft jahrelang



Die kleinen Körper sind so zerbrechlich, dass sie nur in einer künstlichen Umgebung überleben können. Die ersten Wochen ihres Lebens verbringen sie in einem Brutkasten, in dem sie von Ärzten und Pflegekräften umsorgt werden. Die Chancen, dass sie überleben, sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Dank der medizinischen Fortschritte sind heute mehr Frühgeborene am Leben, als noch vor einigen Jahren. Doch das Leben nach dem Austritt aus dem Brutkasten ist oft noch sehr schwierig. Die Kinder müssen oft viel Unterstützung bekommen, um zu überleben. Sie müssen oft viel Zeit im Krankenhaus verbringen, bevor sie nach Hause gehen können. Die Eltern müssen oft viel Geduld und Liebe aufbringen, um ihre Kinder zu versorgen. Die ersten Monate ihres Lebens sind oft sehr anstrengend für die Eltern. Die Kinder müssen oft viel Aufmerksamkeit bekommen, um zu überleben. Die Eltern müssen oft viel Zeit damit verbringen, die Kinder zu versorgen. Die ersten Monate ihres Lebens sind oft sehr anstrengend für die Eltern. Die Kinder müssen oft viel Aufmerksamkeit bekommen, um zu überleben. Die Eltern müssen oft viel Zeit damit verbringen, die Kinder zu versorgen.



„Manchmal wächst ich im Inkubator und verliere mich“, sagt ein Frühchen. „Ich bin noch so klein, aber ich will schon alles wissen.“

Wenn das Leben mit dem Tod beginnt

Würdiger Umgang mit Fehl- und Totgeburten

In den Jahren 1998 und 1999 haben Zeitungsberichte über den Umgang mit Tot- und Fehlgeburten, für die es keine Bestattungspflicht gibt, die bundesdeutsche Öffentlichkeit erschreckt. Damit ist durch die verfassungsmäßig zwar nicht vorgesehene, aber dennoch eminent wichtige „vierte Gewalt im Staate“, die Presse, ein Problem ins gesellschaftliche Bewusstsein gerückt, das bis dahin weitgehend verdrängt und tabuisiert wurde. Laut Statistischem Bundesamt wurden 1996 in Deutschland rund 4000 Kinder tot geboren. Nach Schätzungen von Ärzten endet jede dritte Schwangerschaft vorzeitig durch eine Fehlgeburt. Zehn Prozent aller Schwangerschaften führen zu so genannten Früh Fehlgeburten mit einer Größe des Kindes von rund 12 cm und einem Gewicht von etwa 45 Gramm. Was geschah bisher mit diesen Kindern, so müssen wir uns als Krankenhäuser auch selbstkritisch fragen. Führen wir in der finanzpolitischen Diskussion um Gesundheitsreformen, Budgets und Pflegesätze zunehmend ethische Gesichtspunkte ins Feld, so gilt es, unser eigenes Tun vor selbst gesteckten ethi-

schen Horizonten zu überprüfen. Wenn wir uns in innerer und äußerer Überzeugung treu bleiben wollen, so können wir nur dort ansetzen, wo es um den Schutz der Schwächsten geht. Schließlich zeigt sich der Kernbestand ethischer Verwurzelung einer Gesellschaft allein darin, wie diese mit ihrem schwächsten Glied umgeht. Die Wirklichkeit hingegen sah brutal aus: Im Juli 1998 deckte das ARD-Magazin „Report“ auf, dass in Berlin von 1981 bis 1997 Föten unter 1000 Gramm als Abfall zusammen mit Klinikmüll zu Granulat vermahlen und verbrannt worden waren. Die Schlacke war als Material für die Abdeckung von Deponien sowie für den Straßenbau verkauft worden. Die „rühmlichen“ Einlassungen des Entsorgungs-Gesellschafters („Ein hervorragendes Ding. Das Verfahren hat mein Vater entwickelt, wir sind total stolz darauf.“) halten keinerlei ethischem Kodex des Gesundheitswesens, geschweige denn den christlichen Leitlinien der rund 900 konfessionellen Krankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland



Lothar Obst,
Krankenhaus Reinbek,
St. Adolf-Stift

➤ *In einer Zeit hoch gepriesener Marketingstrategien, modernistischer Selbstdarstellungen und neuer Ausrichtungen auf Kundengerechtigkeit und Dienstleistungsmentalitäten führt eine nachdenkliche Stimme zu den menschlichen Kernbedürfnissen der Patienten zurück. Wenn das Leben mit dem Tod beginnt, greift Betroffenheit und Sprachlosigkeit um sich, bricht persönliche Lebensplanung ein und droht gesellschaftliche Verdrängung. Jährlich werden in Deutschland rund 4000 Kinder tot geboren. Sollten sich die Krankenhäuser diesen Nöten nicht mehr widmen als in der Vergangenheit?*

stand. Vielmehr ist es angebracht, nach würdigen Formen des Umgangs mit Fehl- und Totgeburten zu suchen sowie begleitende Betreuungshilfe für betroffene Eltern anzubieten. Im folgenden sollen den Krankenhäusern deshalb praktische Umsetzungshilfen aufgezeigt werden.

Gesetzliche Grundlagen

Die Beurkundungs- und Bestattungspflichten für fehl- bzw. totgeborene Kinder regeln das Personenstandsgesetz (PStG), die Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) sowie die jeweiligen Landesverordnungen der Sozialministerien. Nach § 16 des Personenstandsgesetzes muss dem bezirklich zuständigen Standesbeamten die Geburt eines ►

Wie schnell ist Ihr Röntgenarchiv?

Mit dem neuen ZIPPEL Farbcodierungssystem kann es noch schneller werden. Wir bieten computergestützte Aktenverwaltung und Fachberatung um Ihr Röntgenarchiv schneller sicherer und kostengünstiger zu organisieren.

Fordern Sie noch heute INFOMATERIAL an.

ZIPPEL

Mühlweg 31 · 90518 Altdorf · Tel. (09187) 95 44 -0
FAX (09187) 95 44 -60



Das Krankenhaus sollte Eltern von Tot- und Fehlgeburten eine Grabstelle als Ort der Trauer anbieten. Die hier gezeigte Grabstätte befindet sich auf dem Friedhof in Mölln.

Foto: Obst

Kindes binnen einer Woche angezeigt werden. Ist das Kind tot geboren oder in der Geburt verstorben, so muss die Anzeige spätestens am folgenden Werktag erstattet werden. Nach § 29 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) wird zwischen Lebendgeburten, Totgeburten und Fehlgeburten unterschieden:

Eine Lebendgeburt, für die die allgemeinen Bestimmungen des Personenstandsgesetzes über die Anzeige und die Eintragung von Geburten gelten, liegt vor, wenn bei dem Kinde nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Hat sich keines dieser Merkmale des Lebens gezeigt, beträgt das Gewicht der Leibesfrucht jedoch mindestens 500 Gramm, so gilt sie im Sinne des Gesetzes als ein totgeborenes oder in der Geburt verstorbene Kind.

Hat sich keines dieser genannten Merkmale des Lebens gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Dann wird sie in den Perso-

gabe der Leibesfrucht war bis zum 30. Juni 1979 die Körpergröße des fehl- bzw. totgeborenen Kindes maßgeblich. Und genau hierin konkretisiert sich jede ethische Vorgabe eines Krankenhauses, die sich ansonsten in der Abstrahierung der gesetzlichen Gewichtsangabe zu verlieren droht:

1979 wurde statt der Größe des Kindes von mindestens 35 cm das Gewicht der Leibesfrucht von mindestens 1000 Gramm eingeführt. Im Ergebnis bedeutet dies: Eine gesetzliche Gewichtsangabe von 1000 Gramm ist kaum hinreichend konkret vorstellbar, wohingegen sich nach allgemeiner Lebenserfahrung sich jedermann von einer Größe des Kindes von 35

cm (bei normaler Geburt nach der 40. Schwangerschaftswoche zwischen 45 und 52 cm) ein hinreichend konkretes Bild machen kann. Inso-

weit ist die neue gesetzliche Ausrichtung nach der Gewichtsangabe eher weniger fassbar. Wir müssen uns als Krankenhäuser darüber im Klaren sein, dass es sich bei den fehl- bzw. totgeborenen Kin-

nenstands-büchern nicht beurkundet. Durch Artikel 1 Nr. 1 der 13. Personenstands-Änderungsverordnung wurde das Geburtsgewicht der zwingend von den Standesämtern zu beurkundenden Kinder mit Wirkung vom 1. April 1994 von vormals 1000 Gramm auf 500 Gramm herabgesetzt. Statt der Gewichtsang-

den, für die es bisher keine gesetzliche Bestattungspflicht gibt, um Menschen handelt, die ca. 35 bis 40 cm groß sein können.

Eine Leibesfrucht von 1000 Gramm Geburtsgewicht befindet sich in der Regel in der 28. Schwangerschaftswoche (= 6. Monat) und ist etwa 40 cm groß. Eine Leibesfrucht von 500 Gramm Geburtsgewicht ist in der 24. Schwangerschaftswoche (= 5. Monat) und hat eine Größe von 18 bis 23 cm.

Selbst die so genannten „Frühföhlgeburten“, mit denen rund 10 Prozent aller Schwangerschaften enden, haben immer noch ein Gewicht von rund 45 Gramm und eine Größe von rund 12 cm.

Nach alledem ist wohl eines unmissverständlich klar: **Es handelt sich von Anfang an um konkret feststell- und für jedermann erkennbares menschliches Leben.**

Nach dieser Einordnung kann es für ein ethisch verpflichtetes Krankenhaus keinen anderen Weg geben, als konkrete Hilfestellungen für die betroffenen Eltern anzubieten und eine würdige Bestattung des verstorbenen Kindes zu ermöglichen.

Verordnungen der Länder

Während das Personenstandsgesetz und die dazu erlassene Ausführungsverordnung als Bundesrecht lediglich die Anzeige und die Eintragung der

Geburten beim zuständigen Standesbeamten regeln, fallen die Vorschriften über das Bestattungswesen in die Zuständigkeit der Länder. Sie regeln

Das Gewicht ist Ausschlaggebend

die Bestattungspflichten bzw. Ausnahmen davon durch eigene Landesgesetze oder Verordnungen auf Grund der Landesgesundheitsdienst-Gesetze.

Nachdem das Bundesministerium des Innern 1994 auf der Grundlage einer Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz und entsprechenden Empfehlungen der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) die personenstandsrechtliche Definition von Tot- und Fehlgeburten in der 13. Personenstandsänderungsverordnung neu festgesetzt hatte (Reduzierung der Gewichtsgrenze von 1000 Gramm auf 500 Gramm), waren mit diesen personenstandsrechtlichen Änderun-

Länder zuständig für das Bestattungswesen

gen und Pflichten gegenüber den Standesämtern nicht zwingend auch automatische Änderungen des Bestattungsrechtes der Bundesländer verbunden. Die Länder haben daher zur Zeit sehr unterschiedliche Regelungen über die Bestattungspflichten. Bis zu den Aufsehen erregenden Artikeln im Sommer 1998 wurden bis auf eine große Anzahl von konfessionellen Krankenhäusern tot geborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrüchte mit einem Gewicht unter 1000 Gramm wie Körperteile und Organe behandelt und demzufolge juristisch als sogenannter „ethischer Abfall“ der Abfallgruppe E gemäß dem „Merkblatt über die Vermeidung und die Entsorgung von Abfällen aus öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens“ über Krankenhaussondermüll-Entsorgungsgesellschaften abtransportiert und in der Regel verbrannt.

Die einschlägige schleswig-holsteinische Landesverordnung vom 30. November 1995

(GVOBl. Schl.-Hol., Nr. 19, S. 395 ff) übernimmt zwar die Legaldefinitionen der Lebendgeborenen, Totgeborenen und Fehlgeborenen aus der Personenstands-Ausführungsverordnung, schränkt aber die Bestattungspflicht ein. So besteht eine zwingende Bestattungspflicht lediglich für alle Lebendgeborenen unabhängig des Gewichtes der Leibesfrucht, bei Totgeborenen aber erst ab einem Gewicht von

1000 Gramm. Keine gesetzliche Bestattungspflicht besteht hingegen bei Totgeborenen mit mindestens 500 bis 1000 Gramm sowie überhaupt nicht bei Fehlgeborenen. Jedoch können auf Wunsch eines Elternteils auch Totgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm

und Fehlgeborene zur Bestattung zugelassen werden. Zum Nachweis einer Fehlgeburt ist dem Friedhofsträger eine formlose ärztliche Bestätigung vorzulegen.

Angesichts des Umstandes, dass es sich bei den nicht zwingend zu bestattenden Fehl- und Totgeburten um Kinder bis zu einer Größe von fast 40 cm handelt, die in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche (5. bis 6. Monat) versterben, kann eine rein juristische Betrachtung dieses Lebenssachverhaltes nicht überzeugen. Vielmehr sind die Krankenhäuser aufgefordert, ihre Position zu diesem Thema im Rahmen interner Leitliniendiskussionen selbst zu finden und betroffenen Elternpaaren Hilfen anzubieten.

Leitliniendiskussionen

Für konfessionelle Krankenhäuser ist das christliche Menschenbild Grundlage und Maßstab ihres Handelns. Nach Gottes Ebenbild geschaffen, hat jeder Mensch eine unantastbare Würde und einen besonderen Wert. Dies gilt

für alle Menschen unabhängig von ihrem religiösen Bekenntnis, ihrer Weltanschauung, ihrer Rasse, Herkunft und sozialen Stellung. Auch Alter, Krankheit und Behinderung können den Wert und die Würde des Menschen nicht beeinträchtigen. Das Krankenhaus ist der Würde des kranken Menschen verpflichtet.

Daher stellen sich in Sonderheit konfessionelle Krankenhäuser in ihren Leitlinien der Würde des werdenden

und des sterbenden Menschen und wollen das menschliche Leben in allen seinen Phasen schützen und fördern. Diese ethische Bindung führt zu konkreten Ausgestaltungen,

denn auch dem Umgang mit sterbenden und verstorbenen Patienten muss sich das Krankenhaus widmen. „Dem Leib des Verstorbenen bringen wir Ehrfurcht entgegen“, ist die zentrale ethische Aussage, die weit über die juristischen Grenzen des Personenstandsgesetzes, der ▶

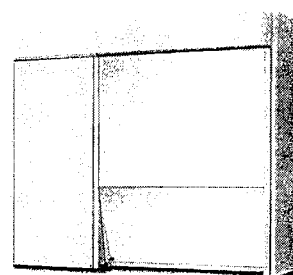
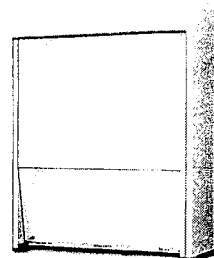


Krankenhäuser sollten betroffenen Eltern Hilfe anbieten

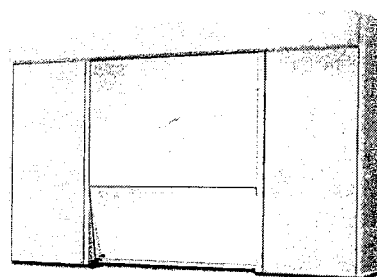
TRAMIRO

Spiegelschrank-Systeme by Tripel

Tripel Systeme AG, Sommerstrasse 37
CH-8580 Amriswil
Internet: www.tripel.ch



Diese Schweizer Produkte sollten Sie sich genauer ansehen



Der funktionale Spiegelschrank mit teilweise kippbarem Spiegel

Unsere Kontaktadresse in Deutschland:

TRIPEL SYSTEME AG
Esterndorf 16, D-83629 Weyarn
Telefon: 08063 80 82 07
Telefax: 08063 65 61

Ausführungsverordnung der Länder-Gesundheitsdienst-Gesetze und ihrer Verwaltungsvorschriften hinausgeht. Das Krankenhaus sollte deshalb konkret weitergehen als der normative Handlungsrahmen des Staates zu tun aufgibt und den gesetzlich eingeräumten Freiraum nutzen und ausgestalten. Es braucht dafür eine verantwortlich gewählte und unter den Beteiligten konsensfähige Definition des eigenen Handlungsrahmens.

Krankenhausindividueller Handlungsrahmen

Sinnvoll erscheint die Bildung einer Arbeitsgruppe, der angehören sollten:

- Krankenhausdirektorium
- Gynäkologen
- Hebammen
- Schwestern und Pfleger der Wöchnerinnenstation
- Seelsorger und Sozialarbeiter
- Leitung des Instituts für Pathologie.

Entscheidend ist die Übereinstimmung der Beteiligten in ihrer Grundauffassung über das „Leben von Anfang an“ sowie in dem übergeordneten Ziel, Fehl- und Totgeburten in würdiger Form auf einem Friedhof zu bestatten und damit zu verhindern, dass es durch gegebenenfalls fehlende Regelungen zu einer „Entsorgung“ über Krankenhaussonderabfälle kommen könnte. Damit wird deutlich: Ethische Fragestellungen prägen den Charakter eines Krankenhauses derart, dass sie als Wesensgehalt der Trägerschaft von der Krankenhausleitung nicht delegierbar sind. Ethik ist nicht per Geschäftsverteilungsplan auf andere übertragbar. Hier sind die Mitglieder der Krankenhausleitung in persona gefordert.

Wenn die gesetzlichen Abgrenzungskriterien zur Bestattungspflicht un-

zureichend sind und nicht überzeugen können, so bedarf es einer konsensfähigen „Krankenhaussprache“. Kriterium für eine freiwillige Bestattung ohne gesetzliche Pflicht sollte die Erkennbarkeit des Kindes sein. **Soweit die Leibesfrucht sichtbar als Kind erkennbar ist, liegt ein klares Kriterium für eine freiwillige Bestattung vor.** Auf die Verständigung einer solchen Ausgangsnorm für die weitergehenden Handhabungen kommt es ganz entscheidend an.

Praktische Umsetzungshilfen

Jede Fehl- oder Totgeburt, gleich welchen Alters oder Gewichts, stellt für die Betroffenen eine extreme Belastungs- und Krisensituation dar, auf die einfühlsam und kompetent eingegangen werden muss. Die ersten Gesprächspartner für die Betroffenen sind die unmittelbar am Geschehen beteiligten Ärzte, Schwestern, Pfleger und Hebammen. Sie sollten sich interdisziplinär gemeinsam auf solche Situationen vorbereiten mit dem Ziel, den Eltern Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln.

Umgang mit Eltern und Angehörigen

- Unterbringung der Patientin im Einbettzimmer (möglichst nicht im Bereich der Wöchnerinnen, Übernachtungsmöglichkeiten für den Partner oder eine andere Vertrauens-

person vorsehen)

- Angebot von Gesprächen (weiterführende Hilfsangebote, Gesprächskreise trauernder Eltern, Selbsthilfegruppen)
- Trauerphasen (Möglichkeit vorbeireiten, das tote Kind anzuschauen,

im Arm zu halten, auf Namensgebung aufmerksam machen, Zeit nehmen, Angebote wiederholen)

- Hinweise auf Bestattungsmöglichkeiten (Eltern haben in jedem Fall ein Bestattungsrecht, Wünsche der Eltern aktenkundig machen, Muster-Formblatt anlegen)
- Krankenhausseelsorge und Sozialarbei-

ter einschalten

- Elternmappe anlegen: Foto des Kindes, Haarlocke, Namensbändchen, Fuß- und Handabdrücke des Kindes, Kontaktadressen zu Selbsthilfegruppen, Literaturhinweise.

Umgang mit toten Föten in der Prosektur/Pathologie

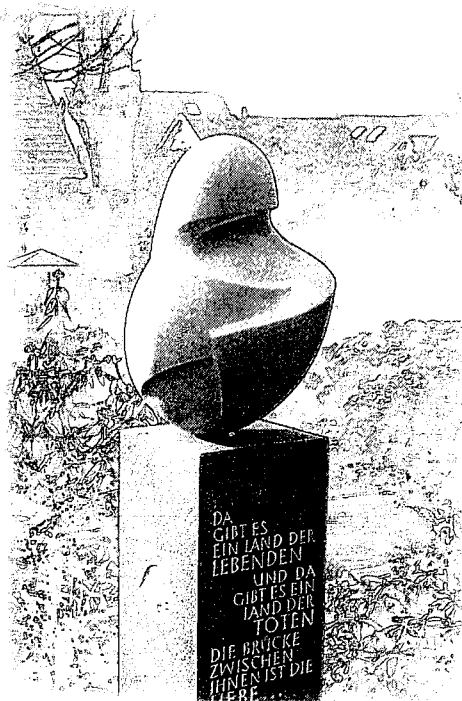
- Tote Föten werden bis zum Termin einer Sammelbestattung in der Prosektur/Pathologie aufbewahrt (z. B. Kindersarg)
- Information über den Beisetzungstermin an die Eltern geben (Muster-Formblatt anlegen)

Zusammenarbeit mit einer externen Pathologie

- Schriftliche Vereinbarung mit der Pathologie treffen (intern/extern); die Vereinbarung muss den Transport bzw. Rücktransport von der Pathologie regeln (getrennt vom übrigen Material, würdiger Transport z. B. in einem „Moses-Körbchen“)
- Bei Fehlgeburten bedarf es keiner Zustimmung für die Untersuchung in der Pathologie
- Handhabung im Paraffin-Archiv klären und regeln
- Sicherstellung des Rücktransportes von der Pathologie zum Krankenhaus.

Zusammenarbeit mit dem örtlichen Friedhofsträger

- Erwerb einer Grabstelle durch das Krankenhaus. Bei kirchlichen Friedhofsträgern werden in der Regel größere aufgelassene vormalige Familiengrabstätten dem Krankenhaus auch kostenlos für die Bestattung der Kinder bereitgestellt.
- Sammelbestattungen (z. B. in einem Kindersarg)
- Einzelbestattungen (z. B. in einer Urnenkapsel)
- Gestaltung der Beerdigung (geistliche Begleitung, Gedenkgottesdienst, Angebote zur Trauerbegleitung, Aussegnung, Beisetzung)
- Grabstein (Stiftung oder Erwerb



durch das Krankenhaus und Gestaltung als Kindergrab. Die betreffende Grabstelle sollte als solche auch erkennbar sein, um Eltern und Angehörigen einen Ort der Trauer anbieten zu können.)

- Grabpflege (Friedhofsverwaltung oder Gärtnerei des Krankenhauses)
- Formlose ärztliche Bestätigung bei Fehlgeburten (z. B. § 7 Absatz 2 der schleswig-holsteinischen Landesverordnung, Muster-Bestätigung anlegen).

Führung der Krankenakten

Das Krankenhaus sollte folgende Unterlagen als Muster anlegen:

- Formblatt über die Hinweise auf Bestattungsmöglichkeiten, Beisetzungstermine und Wünsche der Eltern
- Elternmappe zur Erinnerung an das Kind (z. B. mit einem Foto, Haarlocke, Namensbändchen, Fuß- und Handabdrücke)
- Ärztliche Bestätigung für den örtlichen Friedhofsträger bei Fehlgeburten.

Jeweils eine Ausfertigung kommt in die Krankenakte bzw. einen gesonderten Sammelordner.

Schulung des Krankenhauspersonals

- Fortbildungen und Supervisionsangebote
- Interdisziplinäre Gruppen (z. B. bestehend aus Gynäkologen, Hebammen, Pflegekräften, Krankenhausseelsorger, Pathologe, Krankenhausdirektorium)
- Herausgabe von schriftlichen Regelung über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten
- Träger- bzw. Leistungsentscheidung des Krankenhauses (nicht delegierbar)
- Dienstrechtliche Verbindlichkeit der Regelungen (Zusatzvereinbarung zum bestehenden Dienstvertrag).

Schlussbetrachtung

Die medizinischen Fortschritte, auch in der pädiatrischen Intensivbehandlung, sind enorm. Heute helfen Hochfrequenz-Oszillationsbeatmungen, Detektoren zur Blutgasanalyse, spezielle Magensonden und haarfeine Venenkatheter auch extremen „Frühchen“ bei ihrem riskanten vorzeitigen Start ins Leben. Martin* wog nur ganze 886 Gramm, Thomas* kam

schon in der 25. Woche und war bei 904 Gramm gerade einmal 33 cm groß. Stephanie* wog nur 980 Gramm. Und selbst das kleine Würmchen Jasmin* mit 360 Gramm konnte sich nach den kritischen Phasen Dank ärztlicher Kunst der Pädiater und technischer Hochleistungsmedizin normal entwickeln. Hätte es

„...die Spuren verlören sich schließlich völlig“

Gründlichkeit in den Personenstandsbüchern der zuständigen Standesämter stünden, ihren Eltern aber ein Ort der Trauer fehlte. Und Jasmins Spuren verlören sich schließlich völlig. Vor diesem Hintergrund wird bei einer Anwendung der abstrakten Rechtsvorschriften auf den konkreten Lebensvorgang der Handlungsbedarf deutlich, dem sich die Krankenhäuser stellen müssen und den sie mit verhältnismäßig geringem Aufwand und Engagement auch schnell lösen können. ■

das Schicksal böser mit ihnen gemeint, würde eine absurde Gesetzeslage dazu führen, dass sie zwar ganz und gar mit deutscher

Unternehmensberatung

Attraktive Patientenverpflegung – noch bezahlbar?

Die Ansprüche Ihrer Patienten an die Verpflegung wachsen ständig. Gleichzeitig steigt Ihr Kostendruck in allen Bereichen. Auch die Küche rückt in das Blickfeld möglicher Einsparungen. Darüber hinaus zwingen die neuen Richtlinien der EU zu strikterer Einhaltung von Hygiene im Umgang mit Speisen.

Für diese Probleme kennen wir Lösungen. Denn wir sind auf die Beratung und Planung von Patientenverpflegung spezialisiert. Selbst wenn Ihnen dies jetzt als kostspielige Pflichtübung erscheint, könnte es bald Ihr Leistungsvorsprung sein. Ob Systemoptimierung oder Neukonzeption: nutzen Sie unser Know-how!

ALTENBURG
Unternehmensberatung

Beratung - Innenarchitektur - Küchenplanung

Barmer Straße 28 40545 Düsseldorf

Telefon: 0211/55 94 50 Telefax: 0211/55 94 555 www.altenburg-gmbh.de

Lothar Obst
Vorsitzender der VKD-Landesgruppe
Schleswig-Holstein
Kaufm. Direktor Krankenhaus Reinbek
St. Adolf-Stift
Hamburger Str. 41
21465 Reinbek

*alle Namen geändert

Eine Ausarbeitung mit praktischen Formblätter, Elternmappe, ärztliche Bestätigung, Zusatzvereinbarungen usw. kann beim Verfasser kostenlos angefordert werden.

Literatur:

- „Eltern trauern um ihr totes neugeborenes Kind“ (hrsg.: Deutsche Bischofskonferenz, Bonn, April 1993)
- „Gute Hoffnung – Jähes Ende“ (hrsg.: Vereinigte Evangelisch-Lutherische Kirche Deutschlands, VELKD, Hannover 1999)
- „Tot- und Fehlgeburten im Krankenhaus“; (hrsg.: Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V., Freiburg, November 1999)
- „Richtlinien der katholischen Krankenhäuser im Erzbistum Hamburg für den Umgang mit Fehl- und Totgeburten“ (hrsg.: Diözesan-Fach-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser im Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e. V. 1999/2000)

Katholischer
Krankenhausverband
Deutschlands e. V.

Krankendienst

Der Trauer Raum geben



Tot- und Fehlgeburten im Krankenhaus

*Zeitschrift für
katholische
Krankenhäuser,
Sozialstationen und
Rehaeinrichtungen*

74. Jahrgang

April 2001

mbertus Verlag, Freiburg i. Br.

ISSN 0023-4486



Wenn das Leben mit dem Tod beginnt

Der würdige Umgang mit Tot- und Fehlgeburten

Lothar Obst

In einer Zeit hochgepriesener Marketingstrategien und neuer Ausrichtungen auf Kundengerechtigkeit und Dienstleistungsmentalitäten führt eine nachdenkliche Stimme zu den menschlichen Kernbedürfnissen der Patienten zurück. Wenn das Leben mit dem Tod beginnt, greift Betroffenheit und Sprachlosigkeit um sich, bricht persönliche Lebensplanung ein und droht gesellschaftliche Verdrängung. Krankenhäuser sind gut beraten, sich mit diesen Nöten intensiver als in der Vergangenheit zu befassen.

Gesellschaftliches Problembewusstsein

In den Jahren 1998 und 1999 haben Zeitungsberichte über den Umgang mit Tot- und Fehlgeburten, für die es keine Bestattungspflicht gibt, die bundesdeutsche Öffentlichkeit erschreckt. Damit ist durch die verfassungsmäßig zwar nicht vorgesehene, aber dennoch eminent wichtige „Vierte Gewalt im Staate“, die Presse, ein Problem ins gesellschaftliche Bewusstsein gerückt, das bis dahin weitgehend verdrängt und tabuisiert wurde. Laut Statistischem Bundesamt wurden 1996 in Deutschland rund 4000 Kinder tot geboren. Nach Schätzungen von Ärzten endet jede dritte Schwangerschaft vorzeitig durch eine Fehlgeburt. Zehn Prozent aller Schwangerschaften führen zu sogenannten Früh Fehlgeburten mit einer Größe des Kindes von rund 12 cm und einem Gewicht von etwa 45 Gramm. Was geschah bisher mit diesen Kindern, so müssen sich Krankenhäuser auch selbstkritisch fragen. Führt man in der finanzpolitischen Diskussion um Gesundheitsreformen, Budgets und Pflegesätze zunehmend ethische Gesichtspunkte ins Feld, so gilt es, das eigene Tun vor selbstgesteckten ethischen Horizonten zu überprüfen. Will man sich in innerer und äußerer Überzeugung treu bleiben, muss man dort ansetzen, wo es um den Schutz der Schwächsten geht. Schließlich zeigt sich der Kernbestand ethischer Verwurzelung einer Gesellschaft allein nur darin, wie diese mit ihrem schwächsten Glied umgeht.

Die Wirklichkeit hingegen sah brutal aus: Im Juli 1998 deckte das ARD-Magazin „Report“ auf, dass in Berlin von 1981 bis 1997 Föten unter 1000 Gramm als Abfall zusammen mit Klinikmüll zu Granulat vermahlen und verbrannt worden waren. Die Schlacke war als Material für die Abdeckung von Deponien sowie für den Straßenbau verkauft worden.

Die Einlassungen des Entsorgungs-Gesellschafters („Ein hervorragendes Ding. Das Verfahren hat mein Vater entwickelt, wir sind total stolz darauf.“) halten keinerlei ethischem Kodex des Gesundheitswesens, geschweige denn den christlichen Leitlinien der rund 900 konfessionellen Krankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland stand.

Vielmehr ist es angebracht, weniger stolz auf die Entwicklungen des Vaters zu sein und nach würdigen Formen des Umgangs mit Fehl- und Totgeburten zu suchen sowie begleitende Betreuungshilfe für betroffene Eltern anzubieten. Im folgenden sollen den Krankenhäusern deshalb praktische Umsetzungshilfen aufgezeigt werden.

Gesetzliche Grundlagen

Die Beurkundungs- und Bestattungspflichten für fehl- bzw. totgeborene Kinder regeln das Personenstandsgesetz (PStG), die Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) sowie die jeweiligen Landesverordnungen der Sozial-Ministerien.

Nach § 16 des Personenstandsgesetzes muss dem Bezirklich zuständigen Standesbeamten die Geburt eines Kindes binnen einer Woche angezeigt werden. Ist das Kind tot geboren oder in der Geburt verstorben, so muss die Anzeige spätestens am folgenden Werktag erstattet werden.

Nach § 29 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) wird zwischen Lebendgeburten, Totgeburten und Fehlgeburten unterschieden:

- Eine Lebendgeburt, für die die allgemeinen Bestimmungen des Personenstandsgesetzes über die Anzeige und die Eintragung von Geburten gelten, liegt vor, wenn bei dem Kinde nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.
- Hat sich keines dieser Merkmale des Lebens gezeigt, beträgt das Gewicht der Leibesfrucht jedoch mindestens 500 Gramm, so gilt sie im Sinne des Gesetzes als ein totgeborenes oder in der Geburt verstorbenes Kind.
- Hat sich keines dieser genannten Merkmale des Lebens gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Dann wird sie in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet.

Durch Artikel 1 Nr. 1 der 13. Personenstands-Änderungsverordnung wurde das Geburtsgewicht der zwingend von den Standesämtern zu beurkundenden Kinder mit Wirkung vom 1. April 1994 von vormals 1000 Gramm auf 500 Gramm herabgesetzt.

Statt der Gewichtsangabe der Leibesfrucht war bis zum 30. Juni 1979 die Körpergröße des fehl- bzw. totgeborenen Kindes maßgeblich. Und genau hierin konkretisiert sich jede ethische Vorgabe eines Krankenhauses, die sich ansonsten in der Abstrahierung der gesetzlichen Gewichtsangabe zu verlieren scheint: 1979 wurde statt der Größe des Kindes von mindestens 35 cm das Gewicht der Leibesfrucht von mindestens 1000 Gramm eingeführt. Die gesetzliche Gewichtsangabe von 1000 Gramm ist schwer konkret vorstellbar, wohingegen nach allgemeiner Lebenserfahrung sich jedermann von einer Größe des Kindes von 35 cm (bei normaler Geburt nach der 40. Schwangerschaftswoche zwischen 45 und 52 cm) ein hinreichend konkretes Bild machen kann. Insoweit ist die neue gesetzliche Ausrichtung nach der Gewichtsangabe eher weniger fassbar. Krankenhäuser müssen sich konkret darüber im klaren sein, dass es sich bei den fehl- bzw. totgeborenen Kindern, für die es bisher keine gesetzliche Bestattungspflicht gibt, um Menschen handelt, die etwa 35 bis 40 cm groß sein können.

Eine Leibesfrucht von 1000 Gramm Geburtsgewicht befindet sich in der Regel in der 28. Schwangerschaftswoche (= 6. Monat) und ist ca. 40 cm groß. Eine Leibesfrucht von 500 Gramm Geburtsgewicht ist in der 24. Schwangerschaftswoche (= 5. Monat) und hat eine Größe von 18 bis 23 cm. Selbst die sog. „Früh Fehlgeburten“, mit denen rund 10 Prozent aller Schwangerschaften enden, haben immer noch ein Gewicht von rund 45 Gramm und eine Größe von ungefähr 12 cm.

Nach alledem ist wohl eines unmissverständlich klar: Es handelt sich von Anfang an um konkret feststell- und für jedermann erkennbares menschliches Leben. Nach dieser Einordnung kann es für ein ethisch verpflichtetes Krankenhaus keinen anderen Weg geben, als konkrete Hilfestellungen für die betroffenen Eltern anzubieten und eine würdige Bestattung des verstorbenen Kindes zu ermöglichen.

Länder zuständig für das Bestattungswesen

Während das Personenstandsgesetz und die dazu erlassene Ausführungsverordnung als Bundesrecht lediglich die Anzeige und die Eintragung der Geburten beim zuständigen Standesbeamten regeln, fallen die Vorschriften über das Bestattungswesen in die Zuständigkeit der Länder. Sie regeln die Bestattungspflichten bzw. Ausnahmen davon durch eigene Landesgesetze oder Verordnungen aufgrund der Landesgesundheitsdienst-Gesetze.

Nachdem das Bundesministerium des Innern 1994 auf der Grundlage einer Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz und entsprechenden Empfehlungen der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) die personenstandsrechtliche Definition von Tot- und Fehlgeburten in der 13. Personenstandsänderungsverordnung neu festgesetzt hatte (Reduzierung der Gewichtsgrenze von 1000 Gramm auf 500 Gramm), waren mit diesen personenstandsrechtlichen Änderungen und Pflichten gegenüber den Standesämtern nicht zwingend auch automatische Änderungen des Bestattungsrechtes der Bundesländer verbunden. Die Länder haben daher zur Zeit sehr unterschiedliche Regelungen über die Bestattungspflichten. Bis zu den aufsehenerregenden Artikeln im Sommer 1998 wurden bis auf eine große Anzahl von konfessionellen Krankenhäusern totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrüchte mit einem Gewicht unter 1000 Gramm wie Körperteile und Organe behandelt und demzufolge juristisch als sogenannter „ethischer Abfall“ der Abfallgruppe E gemäß dem „Merkblatt über die Vermei-

dung und die Entsorgung von Abfällen aus öffentlichen und privaten Einrichtungen des Gesundheitswesens“ über Krankenhaussondermüll-Entsorgungsgesellschaften abtransportiert und in der Regel verbrannt.

Die einschlägige schleswig-holsteinische Landesverordnung vom 30. November 1995 (GVBl. Schl.-Hol., Nr. 19, S. 395 ff) übernimmt zwar die Legaldefinitionen der Lebendgeborenen, Totgeborenen und Fehlgeborenen aus der Personenstands-Ausführungsverordnung, schränkt aber die Bestattungspflicht ein. So besteht eine zwingende Bestattungspflicht lediglich für alle Lebendgeborenen unabhängig vom Gewicht der Leibesfrucht, bei Totgeborenen aber erst ab einem Gewicht von 1000 Gramm. Keine gesetzliche Bestattungspflicht besteht hingegen bei Totgeborenen mit mindestens 500 bis 1000 Gramm sowie überhaupt nicht bei Fehlgeborenen. Jedoch können auf Wunsch eines Elternteils auch Totgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm und Fehlgeborene zur Bestattung zugelassen werden. Zum Nachweis einer Fehlgeburt ist dem Friedhofsträger eine formlose ärztliche Bestätigung vorzulegen.

Wenn man bedenkt, dass es sich bei den nicht zwingend zu bestattenden Fehl- und Totgeburten um Kinder bis zu einer Größe von fast 40 cm handelt, die in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche (5. bis 6. Monat) versterben, überzeugt die rein juristische Betrachtung dieses Lebenssachverhaltes nicht. Vielmehr sind die Krankenhäuser aufgefordert, ihre Position zu diesem Thema im Rahmen interner Leitliniendiskussionen selbst zu finden und betroffenen Elternpaaren Hilfen anzubieten.

Freiräume gestalten

Für konfessionelle Krankenhäuser ist das christliche Menschenbild Grundlage und Maßstab ihres Handelns. Nach Gottes Ebenbild geschaffen, hat jeder Mensch eine unantastbare Würde und einen besonderen Wert. Dies gilt für alle Menschen unabhängig von ihrem religiösen Bekenntnis, ihrer Weltanschauung, ihrer Rasse, Herkunft und sozialen Stellung. Auch Alter, Krankheit und Behinderung können den Wert und die Würde des Menschen nicht beeinträchtigen. Das Krankenhaus ist der Würde des kranken Menschen verpflichtet.

Daher stellen sich konfessionelle Krankenhäuser in ihren Leitlinien der Würde des werdenden und des sterbenden Menschen und wollen das menschliche Leben in allen seinen Phasen schützen und fördern. Diese ethische Bindung führt zu konkreten Ausgestaltungen, denn auch dem Umgang mit sterbenden und verstorbenen Patienten muss sich das Krankenhaus stellen. „Dem Leib des Verstorbenen bringen wir Ehrfurcht entgegen“, ist die zen-

trale ethische Aussage, die weit über die juristischen Grenzen des Personenstandsgesetzes, der Ausführungsverordnung der Länder-Gesundheitsdienst-Gesetze und ihrer Verwaltungsvorschriften hinausragt. Das Krankenhaus sollte deshalb konkret weitergehen als der normative Handlungsrahmen des Staates zu tun aufgibt und den gesetzlich eingeräumten Freiraum nutzen und ausgestalten. Es braucht dafür eine verantwortlich gewählte und unter den Beteiligten konsensfähige Definition des eigenen Handlungsrahmens.

Handlungsrahmen definieren

Sinnvoll erscheint die Bildung einer Arbeitsgruppe, der Krankenhausdirektorium, Gynäkologen, Hebammen, Schwestern und Pfleger der Wöchnerinnenstation, Seelsorger und Sozialarbeiter und die Leitung des Instituts für Pathologie angehören sollten.

Entscheidend ist die Übereinstimmung der Beteiligten in ihrer Grundauffassung über das „Leben von Anfang an“ sowie in dem übergeordneten Ziel, Fehl- und Totgeburten in würdiger Form auf einem Friedhof zu bestatten und damit zu verhindern, dass es durch gegebenenfalls fehlende Regelungen zu einer „Entsorgung“ über Krankenhaussonderabfälle kommen könnte. Damit wird auch deutlich, dass ethische Fragestellungen den Charakter eines Krankenhauses derart prägen, dass sie als Wesensgehalt der Trägerschaft von der Krankenhausleitung eben gerade nicht delegierbar sind. Ethik ist nicht per Geschäftsverteilungsplan auf andere übertragbar. Hier sind die Mitglieder der Krankenhausleitung in persona gefordert.

Wenn die gesetzlichen Abgrenzungskriterien zur Bestattungspflicht unzureichend sind und nicht überzeugen können, so bedarf es einer konsensfähigen „Krankenhaus-Sprache“. Kriterium für eine freiwillige Bestattung ohne gesetzliche Pflicht sollte die Erkennbarkeit des Kindes sein. Soweit die Leibesfrucht sichtbar als Kind erkennbar ist, liegt ein klares Kriterium für eine freiwillige Bestattung vor. Auf die Verständigung einer solchen Ausgangsnorm für die weitergehenden Handhabungen kommt es ganz entscheidend an.

Wie Krankenhäuser helfen können

Jede Fehl- oder Totgeburt, gleich welchen Alters oder Gewichts, stellt für die Betroffenen eine extreme Belastungs- und Krisensituation dar, auf die einfühlsam und kompe-

tent eingegangen werden muss. Die ersten Gesprächspartner für die Betroffenen sind die unmittelbar am Geschehen beteiligten Ärzte, Schwestern, Pfleger und Hebammen. Sie sollten sich interdisziplinär gemeinsam auf solche Situationen vorbereiten mit dem Ziel, den Eltern Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln.

Die folgende Liste soll stichwortartig praktische Umsetzungshilfen für die Krankenhäuser bieten:

Umgang mit Eltern und Angehörigen

- Unterbringung der Patientin im Einbettzimmer (möglichst nicht im Bereich der Wöchnerinnen, Übernachtungsmöglichkeiten für den Partner oder eine andere Vertrauensperson vorsehen)
- Angebot von Gesprächen (weiterführende Hilfsangebote, Gesprächskreise trauernder Eltern, Selbsthilfegruppen)
- Trauerphasen (Möglichkeit vorbereiten, das tote Kind anzuschauen, im Arm zu halten, auf Namensgebung aufmerksam machen, Zeit nehmen, Angebote wiederholen)
- Hinweise auf Bestattungsmöglichkeiten (Eltern haben in jedem Fall ein Bestattungsrecht, Wünsche der Eltern aktenkundig machen, Muster-Formblatt anlegen)
- Krankenhausseelsorge und Sozialarbeiter einschalten
- Elternmappe anlegen:
 - Foto des Kindes, Haarlocke
 - Namensbändchen
 - Fuß- und Handabdrücke des Kindes
 - Kontaktadressen zu Selbsthilfegruppen
 - Literaturhinweise.

Umgang mit toten Föten in der Prosektur/Pathologie

- Tote Föten werden bis zum Termin einer Sammelbestattung in der Prosektur/Pathologie aufbewahrt (z. B. Kindersarg)
- Information über den Beisetzungstermin an die Eltern geben (Muster-Formblatt anlegen)

Zusammenarbeit mit einer externen Pathologie

- Schriftliche Vereinbarung mit der Pathologie treffen (intern/extern)
Die Vereinbarung muss den Transport bzw. Rücktransport von der Pathologie regeln (getrennt vom übrigen Material, würdiger Transport z. B. in einem „Moses-Körbchen“)
- Bei Fehlgeburten bedarf es keiner Zustimmung für die Untersuchung in der Pathologie
- Handhabung im Paraffin-Archiv klären und regeln

- Sicherstellung des Rücktransportes von der Pathologie zum Krankenhaus.

Zusammenarbeit mit dem örtlichen Friedhofsträger

- Erwerb einer Grabstelle durch das Krankenhaus. Bei kirchlichen Friedhofsträgern werden in der Regel größere aufgelassene vormalige Familiengrabstätten dem Krankenhaus auch kostenlos für die Bestattung der Kinder bereitgestellt.
- Sammelbestattungen (z. B. in einem Kindersarg)
- Einzelbestattungen (z. B. in einer Urnenkapsel)
- Gestaltung der Beerdigung (geistliche Begleitung, Gedenkgottesdienst, Angebote zur Trauerbegleitung, Aussegnung, Beisetzung)
- Grabstein (Stiftung oder Erwerb durch das Krankenhaus und Gestaltung als Kindergrab. Die betreffende Grabstelle sollte als solche auch erkennbar sein, um Eltern und Angehörigen einen Ort der Trauer anbieten zu können.)
- Grabpflege (Friedhofsverwaltung oder Gärtnerei des Krankenhauses)
- Formlose ärztliche Bestätigung bei Fehlgeburten (z. B. § 7 Absatz 2 der schleswig-holsteinischen Landesverordnung, Muster-Bestätigung anlegen).

Krankenakten führen

Das Krankenhaus sollte folgende Unterlagen als Muster anlegen:

- Formblatt über die Hinweise auf Bestattungsmöglichkeiten, Beisetzungstermine und Wünsche der Eltern
- Elternmappe zur Erinnerung an das Kind (z. B. mit einem Foto, Haarlocke, Namensbändchen, Fuß- und Handabdrücke)
- Ärztliche Bestätigung für den örtlichen Friedhofsträger bei Fehlgeburten.

Jeweils eine Ausfertigung kommt in die Krankenakte bzw. einen gesonderten Sammelordner.

Personal schulen

- Fortbildungen und Supervisionsangebote
- Interdisziplinäre Gruppen (z. B. bestehend aus Gynäkologen, Hebammen, Pflegekräften, Krankenhausseelsorger, Pathologe, Krankenhausdirektorium)
- Herausgabe von schriftlichen Regelungen über den Umgang mit Fehl- und Totgeburten
- Träger- bzw. Leitungsentscheidung des Krankenhauses (nicht delegierbar)
- Dienstrechtliche Verbindlichkeit der Regelungen (Zusatzvereinbarung zum bestehenden Dienstvertrag).

Von abstrakten Vorschriften zu konkreten Lebensvollzügen

Die medizinischen Fortschritte, auch in der pädiatrischen Intensivbehandlung, sind enorm. Heute helfen Hochfrequenz-Oszillationsbeatmungen, Detektoren zur Blutgasanalyse, spezielle Magensonden und haarfeine Venenkatheter auch extremen „Frühchen“ bei ihrem riskanten vorzeitigen Start ins Leben. Martin* wog nur ganze 886 Gramm, Thomas* kam schon in der 25. Woche und war bei 904 Gramm gerade einmal 33 cm groß. Stephanie* wog ganze 980 Gramm. Und selbst das kleine Würmchen Jasmin* mit ganzen 360 Gramm konnte sich nach den kritischen Phasen dank ärztlicher Kunst der Pädiater und technischer Hochleistungsmedizin normal entwickeln. Hätte es das Schicksal böser mit ihnen gemeint, würde eine absurde Gesetzeslage dazu führen, dass sie zwar ganz und gar mit deutscher Gründlichkeit in den Personenstandsbüchern der zuständigen Standesämter stünden, ihren Eltern aber ein Ort der Trauer fehlte. Und Jasmins Spuren verlören sich schließlich völlig. Vor diesem Hintergrund wird bei einer Anwendung der abstrakten Rechtsvorschriften auf den konkreten Lebensvorgang der Handlungsbedarf deutlich, dem sich die Krankenhäuser stellen müssen und den sie mit verhältnismäßig geringem Aufwand und Engagement auch schnell lösen können.

* alle Namen geändert

Literaturhinweise

- „Eltern trauern um ihr totes neugeborenes Kind“
(Hrsg.: Deutsche Bischofskonferenz, Bonn, April 1993)
- „Gute Hoffnung – Jähes Ende –“
(Hrsg.: Vereinigte Evangelisch-Lutherische Kirche Deutschlands, VELKD, Hannover 1999)
- „Tot- und Fehlgeburten im Krankenhaus“
(Hrsg.: Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V., Freiburg, November 1999)
- „Richtlinien der katholischen Krankenhäuser im Erzbistum Hamburg für den Umgang mit Fehl- und Totgeburten“
(Hrsg.: Diözesane Fach-Arbeitsgemeinschaft der katholischen Krankenhäuser im Caritasverband für das Erzbistum Hamburg e. V. 1999/2000)

Eine Ausarbeitung mit praktischen Formblättern, Elternmappe, ärztlicher Bestätigung, Zusatzvereinbarungen usw. kann beim Verfasser kostenlos angefordert werden.

Anschrift des Verfassers:

Lothar Obst, Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, Hamburger Str. 41, 21465 Reinbek, Tel. 040/72 80-37 02, Fax 040/72 80-22 46.

(Dieser Beitrag erschien bereits in ähnlicher Form in: Krankenhaus umschau, 69 (2000) Heft 6.)

9. Die Kosten für die Beisetzung (z. B. Kindersarg, Urne, Friedhofsgebühren usw.) tragen:

das Krankenhaus

☐

der Kreis

☐

die Stadt

☐

die Friedhofsverwaltung

☐

Sonstige

☐

, Kostenträger: _____

10. Sonstige wichtige Mitteilungen (z. B. Angebote über Selbsthilfegruppen für die Eltern, eigene krankenhausintern aufgestellte Regelungen bitte dem Fragebogen beifügen, psychosoziale Beratungsdienste des Krankenhauses usw.):

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

(Dienstliche Funktion)

Die Angaben auf diesem Fragebogen werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Eine Auswertung der Umfrage geschieht nur in anonymisierter Form.