

## Inhaltsverzeichnis

1. Ethische Problematik bei der Behandlung extrem Frühgeborener .....	3
2. Ethische Betrachtung des Falls von Charlotte Lang.....	4
2.1 Der Fall Charlotte Lang.....	4
2.2 Ärztliche Leitlinie zur Frühgeburt .....	5
2.2.1 Ethische Grundlagen.....	6
2.2.2 Rechtliche Grundlagen.....	7
2.2.3 Empfehlungen zum Vorgehen .....	7
2.3 Die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress .....	8
2.3.1 Die Prinzipien Nicht-Schaden und Wohltun und die Abwägung zwischen Lebenserhaltung und aussichtsloser Therapie .....	8
2.3.2 Das Prinzip der Autonomie und die Frage nach dem Entscheidungsträger .....	12
2.3.3 Das Prinzip der Gerechtigkeit.....	16
2.4 Übersicht zu Handlungsmöglichkeiten .....	17
3. Gedanken zu einer weiteren Senkung der Behandlungsgrenze.....	19
4. Anhang.....	21
5. Quellen- und Literaturverzeichnis.....	22
6. Erklärung.....	24

# 1. Ethische Problematik bei der Behandlung extrem Frühgeborener

In den letzten Jahrzehnten haben medizinische Fortschritte dazu geführt, dass extrem Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm und weniger als 27 vollendeten Schwangerschaftswochen (SSW) behandelt werden können und überlebensfähig sind. Diese Behandlungsgrenze verschiebt sich derzeit immer weiter und liegt nun bei etwa 22 vollendeten SSW. Einige Kinder an dieser Untergrenze können gesund überleben, jedoch ein Großteil der so früh geborenen Kinder stirbt beziehungsweise überlebt nur mit starken physischen und psychischen Langzeitfolgen.<sup>1</sup> Angesichts dieser Risiken stellt sich die Frage, ob an dieser Grenze der Lebensfähigkeit das Leben erhalten werden soll, oder ob aufgrund der möglichen Behandlungsfolgen ein Sterbenlassen des Kindes ethisch zu rechtfertigen ist.

Diese Frage wird dadurch problematischer, dass das Kind unfähig ist, sich zu seinem Zustand selbst zu äußern und Therapieentscheidungen zu treffen. Deshalb ist der behandelnde Geburtshelfer oder Neonatologe mit einer ethisch schwierigen Entscheidungssituation konfrontiert: er muss, oft unter Zeitdruck und unter Einbezug der Eltern, darüber entscheiden, ob ein Kind behandelt werden soll und diese Entscheidung anschließend ethisch und juristisch tragen. Zusätzlich kann es vorkommen, dass ein Elternteil seiner Entscheidung widerspricht und so ein Konflikt entsteht.

In dieser Arbeit wird diese ethisch problematische Entscheidungssituation des Arztes und seine entsprechenden Handlungsmöglichkeiten dargestellt. Dafür wird in Kapitel 2 der Fall eines Mädchens betrachtet, das an der Grenze der Lebensfähigkeit zur Welt kam. Diese Einzelfallbetrachtung ist wichtig, da jeder Fall extremer Frühgeburt individuellen Einflüssen unterliegt wie zum Beispiel Reifegrad, Geschlecht und Versorgungsmöglichkeiten. Im Anschluss zum Fall werden die ärztliche Leitlinie zur Frühgeburt und die vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress dargestellt und auf den Fall angewandt. Die zu klärenden Fragen sind dabei wann das

---

<sup>1</sup> Vgl. Loewenich 2003, S. 1265.

Leben eines extrem Frühgeborenen erhalten werden muss, wer die Entscheidungen zur Therapie übernimmt und welche Therapie für das Frühgeborene ethisch angemessen ist. Zudem werden Aspekte zur Gerechtigkeit einer Therapie abgewogen. Aus dieser ethischen Betrachtung heraus kann anschließend eine Übersicht zu Handlungsmöglichkeiten im Fall erstellt werden.

## **2. Ethische Betrachtung des Falls von Charlotte Lang**

### **2.1 Der Fall Charlotte Lang**

Charlotte kam am 13. Juni 2007 in der SSW 22+4<sup>2</sup> im Krankenhaus Köln-Holweide zur Welt. Bei der Geburt wog sie 460 Gramm, war 28 cm groß und war „übersät von blauroten Hämatomen“<sup>3</sup>. Da sie noch nicht 23+0 SSW erreicht hatte, weigerte sich das Personal des Klinikums, sie zu behandeln. Folglich habe es weder intensivmedizinische Maßnahmen zur Lebenserhaltung noch palliative<sup>4</sup> Maßnahmen ergriffen: Charlotte ist nicht abgenabelt, ihre Luftröhre nicht abgesaugt worden und sie hat keine Wärmemöglichkeit erhalten. Sie starb nach 54 Minuten.<sup>5</sup>

In dem Fall kollidierte die Entscheidung des Krankenhauses mit der Ansicht der Eltern für eine Lebenserhaltung. Die Mutter hatte das Klinikum gewählt, da es ein Perinatalzentrum Level 1<sup>6</sup> besitzt und somit speziell für die Versorgung eines extrem Frühgeborenen ausgestattet ist. Allerdings wusste sie zunächst nichts von der Behandlungsgrenze des Krankenhauses. In der Klinik sei ihr von einer Ärztin eine Abtreibung angeboten worden<sup>7</sup>, worauf die Mutter „entsetzt“<sup>8</sup> reagiert habe. Sie hoffte, trotz geplatzter Fruchtblase

---

<sup>2</sup> „22 + 4“ ist die abgekürzte Schreibweise für „22. Schwangerschaftswoche und vierter Schwangerschaftstag“.

<sup>3</sup> Schmid: „Zum Sterben geboren“. Spiegel-online Artikel zum Fall Charlotte, S. 1.

<sup>4</sup> schmerzenslindernde und sterbebegleitende

<sup>5</sup> Vgl. Schmid: „Zum Sterben geboren“. Spiegel-online Artikel zum Fall Charlotte, S. 1.

<sup>6</sup> Perinatalzentren sind Einrichtungen zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen. Es gibt Perinatalzentren Level 1 und 2, wobei Level 1 der höchsten Stufe entspricht und dort auch Patienten mit dem höchsten Risiko versorgt werden.

<sup>7</sup> Abtreibungen sind in Deutschland bei medizinischer Indikation vor der 24. SSW legal durchführbar.

<sup>8</sup> Schmid: „Zum Sterben geboren“. Spiegel-online Artikel zum Fall Charlotte, S. 2.

23+0 SSW zu erreichen. Auch eine Hebamme habe den Eltern mitgeteilt, dass „ihr Kind zu unreif sei, da könne [...] [das Behandlungsteam] nichts machen. Besser die Eltern verabschieden sich von ihm“.<sup>9</sup> Dies beeinflusste die Mutter stark: in ihrem „geburtshilflichen Krankenblatt“ wurde festgehalten, dass sie viel geweint habe und sehr traurig sei.

Sowohl für sie als auch für Charlottes Vater spielten die Existenz und Lebenserhaltung ihrer Tochter eine wichtigere Rolle als ihre Überlebenschance. Die Mutter äußerte: „Ich wusste, dass die Chancen denkbar schlecht sind, aber ich wollte unser Kind nicht aufgeben. Ich habe sie doch die ganze Zeit über in mir gespürt“<sup>10</sup>, und der Vater sagte: „Wir spürten, wie sich unser Kind bewegte [...] und sollten uns damit abfinden, dass unsere Tochter sterben würde“.<sup>11</sup> Der Vater kritisierte zudem das Vorgehen der Ärzte nach „starren Zeitvorgaben“<sup>12</sup>. Letztlich verklagte die Mutter einen Arzt, die Hebamme und das Krankenhaus wegen „fehlerhafter geburtshilflicher Behandlung“.<sup>13</sup>

Im Kern besteht der ethische Konflikt zwischen den Eltern und dem Behandlungsteam aus der Frage, ob Charlottes Leben erhalten werden sollte oder nicht. Zudem bescheinigte ein Oberarzt einer anderen Klinik, dass die Aufklärung der Eltern und die Dokumentation darüber „mangelhaft“ war.<sup>14</sup> Im Folgenden soll deshalb geklärt werden, ob das Handeln der Ärzte ethisch betrachtet falsch war. Dabei soll auch der Frage nachgegangen werden, ob den Eltern ein Mitentscheidungsrecht hätte zukommen sollen.

## 2.2 Ärztliche Leitlinie zur Frühgeburt

Leitlinien sind Empfehlungen, die Ärzten dabei helfen sollen, Entscheidungen zu treffen und in der klinischen Praxis umzusetzen. In der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesell-

---

<sup>9</sup> Schmid: „Zum Sterben geboren“. Spiegel-online Artikel zum Fall Charlotte, S. 2.

<sup>10</sup> ebd., S.2.

<sup>11</sup> ebd., S.2.

<sup>12</sup> ebd., S.2.

<sup>13</sup> Schmid: „Zum Sterben geboren“. Spiegel-online Artikel zum Fall Charlotte, S. 2-3.

<sup>14</sup> ebd., S.3.

schaften (AWMF) zur Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit werden Empfehlungen zu Entscheidungen über Lebenserhaltung und Wiederbelebung vor, während und nach der Geburt gegeben.<sup>15</sup>

### **2.2.1 Ethische Grundlagen**

Die Lebenserhaltung extrem Frühgeborener fällt in den Grenzbereich der Intensivmedizin. Durch intensivmedizinische Maßnahmen wird in manchen Fällen ein kurz- oder langfristiges Überleben medizinisch ermöglicht, doch dieses Überleben kann mit sehr schlimmen langfristigen Folgen verbunden sein, die durch die Unreife des Kindes entstehen. Deshalb muss sich die ethische Beurteilung mit einer Abwägung der Lebenserhaltung gegen die Vermeidung einer aussichtslosen Therapie beschäftigen.

Lebenserhaltende Maßnahmen müssen immer dann ergriffen werden, wenn eine Lebenschance besteht, Risiken alleine können einen Verzicht auf Lebenserhaltung nicht rechtfertigen. Die Abwägung über die Lebenserhaltung ist Aufgabe des Arztes. Er sollte seine Entscheidungen nach dem besten Interesse des Kindes treffen und sich dabei von seinen eigenen Werten distanzieren. Der Behandlungsausgang bei extrem Frühgeborenen kann mit zunehmender Unreife weniger abgeschätzt werden. Vor allem bei Kindern zwischen 22+0 und 24+0 SSW kann keine eindeutige Behandlungsgrenze gezogen werden.

Die Eltern besitzen aufgrund ihres elterlichen Sorgerechts und der besonderen Beziehung zu ihrem Kind das Recht, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder sie abzulehnen. Um dieses Recht ausüben zu können, müssen sie durch den Arzt ausreichend aufgeklärt worden sein und ihre Entscheidung mit ihm beraten. Ohne diese Aufklärung und Beratung sind sie in ihrer Entscheidungsautonomie eingeschränkt, da sie sich bei und nach der Geburt eines Frühchens in einer schweren Belastungssituation

---

<sup>15</sup> Vgl. AWMF-Leitlinie zur Frühgeburt (2007). Der Inhalt des Kapitels 2.2. inklusive der Unterkapitel ist beinahe vollständig aus dieser Quelle indirekt zitiert. Das Ende des indirekten Zitats wird deshalb nur am Ende des jeweiligen Unterkapitels angegeben.

befinden. Deshalb wird eine Begleitung für sie empfohlen, zum Beispiel in Form von psychologischer Hilfe.<sup>16</sup>

### **2.2.2 Rechtliche Grundlagen**

Bei der Abwägung zwischen Lebenserhaltung und aussichtsloser Behandlung existiert ein rechtliches Spannungsfeld: zum einen schützt Artikel 2 (2) des Grundgesetzes (GG) jedes Leben unabhängig von den jeweiligen Lebenschancen<sup>17</sup>, zum anderen gibt es keine rechtliche Verpflichtung, erlöschendes Leben um jeden Preis zu erhalten. Die Pflicht des Arztes, Leben zu erhalten, wird in Bezug auf die Behandlung extrem Frühgeborener durch drei Situationen begrenzt: eine erfolgreiche Behandlung ist unmöglich, die Therapie ist für den Patienten unzumutbar oder sie verstößt gegen die Menschenwürde.

Falls die Eltern eine Entscheidung verweigern, kann der Arzt ein Familiengericht einschalten. Des Weiteren wird eine Verlegung in ein Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe empfohlen.<sup>18</sup>

### **2.2.3 Empfehlungen zum Vorgehen**

Unabhängig von der Reife des Kindes gelten allgemeine Empfehlungen zum Vorgehen. Im Perinatalzentrum müssen die Eltern gemeinsam von einem Geburtshelfer und einem Neonatologen über Vorteile und Risiken verschiedener Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt werden. Die Eltern sollen vor ihrer Entscheidung eine Bedenkzeit erhalten, sowie das Angebot weiterer Gespräche. Die Ergebnisse der Beratung müssen den ethischen und rechtlichen Grundlagen der Leitlinie entsprechen und sind zu dokumentieren. Zusätzlich gelten Hinweise zum speziellen, medizinischen Vorgehen bei Frühgeborenen zwischen 22+0 und 23+6 SSW.<sup>19</sup> In jedem Einzelfall sollte die Entscheidung über Maßnahmen im Konsens mit den Eltern getroffen werden. In dieser Zeitspanne steigen die Überlebenschancen stetig

---

<sup>16</sup> Vgl. ebd., S. 1-2.

<sup>17</sup> Vgl. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art. 2

<sup>18</sup> Vgl. AWMF-Leitlinie zur Frühgeburt (2007), S. 2-4.

<sup>19</sup> Zu deren Kategorie auch Charlotte gehört.

bis auf ca. 50% an; 20-30% der Überlebenden leiden jedoch an gesundheitlichen Folgeschäden, durch die sie ein Leben lang auf Hilfe durch andere Personen angewiesen sind.<sup>20</sup> Diese Angaben lassen aber keine Schlüsse auf individuelle Lebenschancen zu, da sie sich auf eine Gruppe beziehen, innerhalb derer sich die Reifegrade und somit die Überlebenschancen stark unterscheiden.<sup>21</sup>

## **2.3 Die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress**

Die vier Prinzipien Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit von Beauchamp und Childress<sup>22</sup> sind der verbreitetste Ansatz, um medizinische Entscheidungen abzuwägen und zu treffen. Im Folgenden sollen diese Prinzipien erläutert und auf Charlottes Fall angewandt werden, um die Fragen zu klären: Hätte Charlottes Lebenserhaltung ihrem besten Interesse entsprochen? Wäre sie gerecht gewesen? Welches Mitentscheidungsrecht hatten die Eltern? Dabei werden die Prinzipien Nicht-Schaden und Wohltun aufgrund ihrer engen Verknüpfung gemeinsam behandelt.<sup>23</sup>

### **2.3.1 Die Prinzipien Nicht-Schaden und Wohltun und die Abwägung zwischen Lebenserhaltung und aussichtsloser Therapie**

Das Prinzip Nicht-Schaden (*nonmaleficence*) lautet: „One ought not to inflict evil or harm.“<sup>24</sup> Beauchamp und Childress spezifizieren dieses Prinzip mit zusätzlichen Regeln, wie zum Beispiel „do not kill“, „do not cause pain or suffering“ und „do not deprive others of the goods of life“.<sup>25</sup> Nicht-Schaden drückt also ein negatives Handlungsverbot aus. Das Prinzip Wohltun (*beneficence*) unterscheidet sich von Nicht-Schaden darin, dass es positive Handlungsforderungen ausdrückt.<sup>26</sup> Es besagt: „One ought to prevent evil

---

<sup>20</sup> Vgl. AWMF-Leitlinie zur Frühgeburt (2007), S. 4.

<sup>21</sup> So besitzen etwa Frühgeborene mit 22+1 SSW eine höhere Sterberate als Frühgeborene mit 23+6 SSW. Vgl. Loewenich 2003, S. 1266.

<sup>22</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009.

<sup>23</sup> Zudem werden sie vor dem Prinzip der Autonomie betrachtet, da das für diese Arbeit günstig ist. Diese Entscheidung ist unproblematisch, da das Autonomieprinzip keine Priorität besitzt. Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 99.

<sup>24</sup> ebd., S. 151.

<sup>25</sup> ebd., S. 153.

<sup>26</sup> Vgl. ebd., S. 199.

or harm“, „One ought to remove evil or harm“ und „One ought to do or promote good“.<sup>27</sup> In der Regel besitzen Verpflichtungen des Nicht-Schadens eine höhere Bindungskraft als Verpflichtungen des Wohltuns, da sie spezifische Verbote darstellen.<sup>28</sup>

Intensivmedizinische Behandlungen führen zu Belastungen, wie zum Beispiel der Anschluss an eine Maschine, und verletzen damit das Prinzip Nicht-Schaden. Garantiert eine Therapie jedoch eine Steigerung des Wohlbefindens, die größer ist als der Schaden durch die Therapie, erfüllt die Therapie sowohl das Prinzip des Wohltuns, als auch das des Nicht-Schadens. Bei einer aussichtslosen Therapie hingegen würden die Schäden durch die Therapie das Maß des erreichbaren Wohls überschreiten und das Prinzip Nicht-Schaden wäre verletzt. Daher ist ein zentraler Aspekt der ärztlichen Leitlinie die Abwägung der Lebenserhaltung gegen das Vermeiden einer vermutlich aussichtslosen Therapie.

Dieses Vermeiden steht auch im besten Interesse des Frühgeborenen.<sup>29</sup> Damit der Arzt dieses beste Interesse des Kindes berücksichtigen kann, muss er den größten Nutzen innerhalb der vorhandenen Behandlungsoptionen ermitteln, indem er die Interessen des Patienten bei jeder Option bedenkt und die medizinischen Risiken und Kosten abwägt.<sup>30</sup> Er führt also eine *risk-benefit analysis*<sup>31</sup> beziehungsweise eine Nutzen-Lasten-Einschätzung<sup>32</sup> durch.

Um festzustellen, ob Charlottes Intensivtherapie aussichtslos gewesen wäre, müssen Nutzen und Lasten, die bei ihr aufgetreten sind oder hätten auftreten können, gegeneinander abgewogen werden. Mögliche Nutzen einer Therapie sind ein Gewinn an Lebensfreude und sozialen Beziehungsmöglichkeiten<sup>33</sup>, sowie die Möglichkeit des Lebens an sich. Lasten können Langzeit-Einschränkungen (Cerebralparese), immense Schmerzen und

---

<sup>27</sup> ebd., S. 151.

<sup>28</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 150.

<sup>29</sup> Siehe Kap. 2.2.1.

<sup>30</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 138.

<sup>31</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 224.

<sup>32</sup> Vgl. Kind 2001, S.747; Schöne-Seifert 2007, S.66.

<sup>33</sup> Vgl. Kind 2001, S. 747.



weitere Belastungen (Infektionen, monate- bis jahrelange Intensivbehandlung) sein, die als Folgen der Therapie auftreten.<sup>34</sup>

Zur Bestimmung der Wahrscheinlichkeit, mit der solche Nutzen und Lasten bei Charlotte aufgetreten wären, eignet sich das online-Tool der NICHD<sup>35</sup> zu „Extremely Preterm Birth Outcome Data“ als Hilfe. In das Tool werden spezifische Eigenschaften eines Kindes eingegeben: Gestationsalter, Geburtsgewicht, Geburt als Ein- oder Mehrling, sowie die Information, ob der Mutter innerhalb sieben Tagen vor der Geburt Corticosteroiden verabreicht wurden.<sup>36</sup> Darauf basierend wird eine Statistik mit einer geschätzten Überlebens-, Krankheits- und Sterberate errechnet<sup>37</sup>.

In der NICHD-Statistik mit den bekannten Daten zu Charlotte Lang beträgt die Überlebensrate ohne Annahme einer Steroid-Verabreichung 3%, wobei nur 1% aller Kinder ohne erhebliche Morbidität<sup>38</sup> überleben. Die Mortalitätsrate liegt bei 97%, die kombinierte Rate für Mortalität oder erhebliche Morbidität beträgt je nach Ausmaß der Morbidität 98% oder 99%. Bei einer zusätzlichen maschinellen Beatmung würde die Überlebensrate um 10% steigen, die Rate für das Überleben ohne moderater Morbidität jedoch nur um 3% (siehe Tabelle 1).

---

<sup>34</sup> Vgl. ebd., S. 747.

<sup>35</sup> Eunice Kennedy Shriver **National Institute of Child Health and Human Development**.

<sup>36</sup> Einmalige Corticosteroid-Behandlung von Frauen mit Risiko einer Frühgeburt unterstützt die Lungenreifung des Kindes. Die Wirkung hält nicht länger als sieben Tage an.

<sup>37</sup> Schätzungen basieren auf standardisierten Bewertungen von Behandlungsausgängen nach 18 bis 22 Monaten von Säuglingen, die 1998-2003 in NRN-Zentren geboren wurden, 22-25 Wochen alt waren und 401-1000 Gramm wogen.

<sup>38</sup> Morbidität drückt aus, mit welcher Häufigkeit eine Krankheit in einer bestimmten Menschengruppe auftritt.

Tabelle 1:

Geht man von einer Steroid-Verabreichung aus, so beträgt die Überlebensrate ohne Morbidität und ohne maschinelle Beatmung 2%, mit Beatmung 7% (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2:

Based on the following characteristics:  
 Gestational Age (*Best Obstetric Estimate in Completed Weeks*):22 weeks  
 Birth Weight:460 grams  
 Sex:Female  
 Singleton Birth:Yes  
 Antenatal Corticosteroids:Yes  
 Estimated outcomes\* for infants in the NRN sample are as follows:

Outcomes	Outcomes for All Infants	Outcomes for Mechanically Ventilated Infants
Survival	7%	21%
Survival Without Profound Neurodevelopmental Impairment	4%	12%
Survival Without Moderate to Severe Neurodevelopmental Impairment	2%	7%
Death	93%	79%
Death or Profound Neurodevelopmental Impairment	96%	88%
Death or Moderate to Severe Neurodevelopmental Impairment	98%	93%

Überträgt man die Statistik auf die Nutzen-Lasten-Einschätzung, so über-

Based on the following characteristics:  
 Gestational Age (*Best Obstetric Estimate in Completed Weeks*):22 weeks  
 Birth Weight:460 grams  
 Sex:Female  
 Singleton Birth:Yes  
 Antenatal Corticosteroids:No  
 Estimated outcomes\* for infants in the NRN sample are as follows:

Outcomes	Outcomes for All Infants	Outcomes for Mechanically Ventilated Infants
Survival	3%	13%
Survival Without Profound Neurodevelopmental Impairment	2%	7%
Survival Without Moderate to Severe Neurodevelopmental Impairment	1%	4%
Death	97%	87%
Death or Profound Neurodevelopmental Impairment	98%	93%
Death or Moderate to Severe Neurodevelopmental Impairment	99%	96%

wiegen mit großer Wahrscheinlichkeit die Lasten einer Behandlung. Daraus ist jedoch nicht direkt ableitbar, dass auch bei Charlotte die Lasten überwiegen hätten und ihre Behandlung somit aussichtslos gewesen wäre. Denn bei einer maschinellen Beatmung ohne Steroiden-Verabreichung würde 1% aller Kinder ohne Morbidität überleben. Bei diesen Kindern, zu denen Charlotte theoretisch hätte zählen können, würde der Nutzen überwiegen.

Die Fallbeschreibung liefert jedoch einen Hinweis darauf, dass Charlotte nicht in die Kategorie gesunder Überlebender gefallen wäre. Es wird erwähnt, dass ihr Körper von blauroten Hämatomen „übersät“<sup>39</sup> war. Hämatome am ganzen Körper weisen auf innere Blutungen hin, auch im Gehirn, und sind ein Zeichen für eine hohe Mortalität.<sup>40</sup>

Deshalb wäre Charlottes Lebenserhaltung wahrscheinlich mit immensen Lasten verbunden gewesen, ohne dass die Therapie erfolgreich gewesen wäre und Charlottes Wohl maximiert hätte. Die Therapie wäre durch das Wohltunsprinzip nicht gerechtfertigt gewesen: sie hätte weder Gutes gefördert noch Schäden beseitigt, sondern Charlottes Leiden nur verlängert.

Nach Beauchamp und Childress besteht im Fall einer aussichtslosen oder sinnlosen Therapie (*futile treatment*), bei der die Lasten der Therapie den Nutzen überwiegen und ein Erfolg statistisch sehr niedrig ist, eine Verpflichtung, das Kind nicht zu behandeln.<sup>41</sup> Auch in der ärztlichen Leitlinie besteht für den Arzt keine Pflicht zur Lebenserhaltung, wenn eine Therapie unmöglich oder aussichtslos ist.<sup>42</sup> Die Behandlung wäre in dem Fall womöglich unmenschlich oder grausam<sup>43</sup> und würde sowohl gegen das beste Interesse des Kindes, als auch gegen die Menschenwürde verstoßen.

### **2.3.2 Das Prinzip der Autonomie und die Frage nach dem Entscheidungsträger**

Nachdem festgestellt wurde, dass eine Intensivtherapie vermutlich Charlottes bestes Interesse verletzt hätte, kann als nächstes die Frage behandelt werden, ob Charlottes Eltern aus prinzipienethischer Sicht ein Mitentscheidungsrecht zur Behandlung hatten, das die Ärzte nicht beachtetten.

Extrem Frühgeborene können nicht autonom handeln, da sie nicht die Fähigkeit besitzen, bewusste Entscheidungen zu treffen (*agency*), die für Autonomie vorausgesetzt wird.<sup>44</sup> Deshalb darf ein Familienmitglied, Arzt oder

---

<sup>39</sup> Siehe Kap. 2.1.

<sup>40</sup> Vgl. Nimmervoll: Online-Artikel „Aktuelles zur intraventrikulären Blutung des Frühgeborenen“, S.1.

<sup>41</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 167.

<sup>42</sup> Siehe Kap. 2.2.2.

<sup>43</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 167.

<sup>44</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 100 und S. 105.

Krankenhaus bei ihnen die Entscheidungsrolle übernehmen.<sup>45</sup> In der ärztlichen Leitlinie sind sowohl der Arzt als auch die Eltern Entscheidungsträger und treffen ihre Entscheidung im Konsens.<sup>46</sup> Damit die Eltern jedoch über die Behandlung ihres Kindes mitentscheiden können, müssen sie die Voraussetzungen eines stellvertretenden Entscheidungsträgers erfüllen.

Beauchamp und Childress nennen vier Voraussetzungen: die Kompetenz, überlegte Entscheidung zu treffen (*competence*), ein adäquater Wissens- und Informationsstand, emotionale Stabilität und eine Bindung an das beste Interesse des inkompetenten Patienten.<sup>47</sup> Diese Kriterien können nun auf Charlottes Eltern angewandt werden, um festzustellen, ob sie ein Mitentscheidungsrecht hatten.

Eine Person ist dann kompetent, wenn sie fähig ist, einen Behandlungsvorgang zu verstehen, hinsichtlich der Vor- und Nachteile dieser Behandlung reflektieren kann und schließlich eine Entscheidung vor dem Hintergrund dieser Überlegungen trifft.<sup>48</sup> Eine Entscheidung, die nicht auf rationaler Basis getroffen wurde und keine Risiken und Nutzen abwägt, gilt somit als inkompetent.<sup>49</sup> Es existieren keine Informationen über Charlottes Eltern, die auf eine grundsätzliche Unfähigkeit, Informationen zu verstehen, hinweisen<sup>50</sup>. Hingegen gibt es Hinweise darauf, dass die Mutter über Vor- und Nachteile reflektiert hatte: sie „wusste, dass die Chancen denkbar schlecht sind, aber [sie] wollte [Charlotte] nicht aufgeben. [Sie] habe sie doch die ganze Zeit über in [ihr] gespürt“<sup>51</sup>, lautet es in der Fallbeschreibung. Zwar war sich die Mutter der niedrigen Überlebenschancen ihrer Tochter bewusst, doch ihre Vor-Nachteil-Reflektion bildete nicht die Basis ihrer Entscheidung. Sie wünschte sich Charlottes Überleben, weil sie Nähe zu ihr verspürte. Auch der Vater sagte „Wir spürten, wie sich unser Kind bewegte [...] und sollten uns damit abfinden, dass unsere Tochter sterben würde“.<sup>52</sup> Die Begründung beider Eltern erscheint emotional und deutet nicht auf eine

---

<sup>45</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 135.

<sup>46</sup> Siehe Kap. 2.2.3.

<sup>47</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 187.

<sup>48</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 114.

<sup>49</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S.115.

<sup>50</sup> Wie beispielsweise eine mentale Einschränkung.

<sup>51</sup> Siehe Kap. 2.1.

<sup>52</sup> Ebd.

rationale Basis hin. Dadurch ist die Kompetenz der Eltern womöglich fragwürdig.

Das zweite Kriterium des adäquaten Wissensstands setzt voraus, dass die Eltern die wesentlichen Informationen zu Therapiemöglichkeiten und deren Erfolgsaussichten kannten. Aus der Fallschilderung können nur wenige Informationen gezogen werden, die auf den Informationsstand der Eltern hinweisen. Es wird genannt, dass die Hebamme die Eltern vor der Unreife des Kindes warnte und eine Ärztin der Mutter eine Abtreibung vorschlug. Es ist aber auch bekannt, dass ein Arzt die Aufklärung der Eltern und die Dokumentation darüber als „mangelhaft“ bewertete.<sup>53</sup> Bei dieser Bewertung bleibt unklar, welche Informationen den Eltern mitgeteilt wurden und auf welche Art. Mangelhaft könnte sowohl bedeuten, dass zu wenige Informationen vermittelt wurden, als auch unwesentliche Informationen, oder dass die Protokollierung nicht ausreichend auf die Aufklärungsinhalte schließen ließ. Jedoch wird deutlich, dass der Wissensstand der Eltern nach ärztlicher Meinung nicht genügte. Deshalb erfüllten die Eltern das zweite Kriterium nicht ausreichend, zumindest aus der ärztlichen Perspektive.

Zu der dritten Voraussetzung, der emotionalen Stabilität, liefert der Fall mehr Informationen: Es wird erwähnt, dass die Mutter „sehr traurig“ und „entsetzt“ war, „viel geweint“ hatte, und dass die Eltern ein „traumatische[s] Erlebnis der eigenen Hilflosigkeit“ verspürten.<sup>54</sup> Diese Schilderungen deuten darauf hin, dass die Eltern wahrscheinlich emotional instabil und nicht ausgeglichen waren. Somit ist diese dritte Voraussetzung vermutlich nicht erfüllt.

Damit die letzte Voraussetzung der Bindung an das Interesse des Patienten erfüllt ist, müssen die Eltern nach Charlottes bestem Interesse entschieden haben. Im vorhergehenden Kapitel wurde dargelegt, dass es Charlottes bestem Interesse entsprochen hätte, nicht behandelt zu werden, da die Therapie vermutlich aussichtslos gewesen wäre.<sup>55</sup> Die Entscheidung der Eltern

---

<sup>53</sup> Siehe Kap. 2.1.

<sup>54</sup> Ebd.

<sup>55</sup> Siehe Kap. 2.3.1.

für eine Lebenserhaltung ist daher Charlottes Interesse gegensätzlich. Somit entschieden die Eltern aufgrund ihrer eigenen Interessen und Wünschen, anstatt an das Interesse der Tochter gebunden zu sein. Deshalb erfüllten sie auch nicht die vierte Voraussetzung.

Da die Eltern keine der Voraussetzungen eines Stellvertreters vollständig erfüllten, stellt sich die Frage, ob eine Entscheidung der Eltern übergangen werden und der Arzt alleine entscheiden sollte. Es gibt jedoch Gründe, die gegen solch eine alleinige Entscheidung des Arztes sprechen, selbst wenn die Eltern als Stellvertreter des Kindes ungeeignet sind. Zum einen sind die Eltern von der Behandlungsentscheidung viel stärker betroffen als der Arzt, da sie die Konsequenzen der Entscheidung ein Leben lang tragen müssen.<sup>56</sup> Zum anderen wird angenommen, dass die Eltern eine besondere Beziehung zum Kind besitzen, die der Arzt nicht hat.<sup>57</sup>

Da die Eltern dennoch vor der Geburt eines extrem Frühgeborenen oft emotional überfordert sind und nur schwer die Aspekte ihrer weitreichenden Überlegungen abwägen können<sup>58</sup>, liegt das Primat der Entscheidung in der ärztlichen Leitlinie bei dem Behandelnden.<sup>59</sup> Dieser kann auch Sachkompetenzen und Erfahrungen in die Entscheidung einbringen, über die die Eltern nicht verfügen, die aber die bestmögliche Entscheidung garantieren sollen.<sup>60</sup>

Zusammenfassend ist es zwar wichtig, den Eltern ein Mitentscheidungsrecht über die Behandlung ihres Kindes zu geben, da sie deren Konsequenzen tragen müssen. Sobald die Interessen der Eltern jedoch dem besten Interesse und somit dem Wohl des Kindes widersprechen, ist der Arzt prinzipienethisch verpflichtet, den Willen der Eltern zu übergehen, um die Prinzipien Nicht-Schaden und Wohltun zu wahren. Diese Situation lag voraussichtlich auch bei Charlotte vor, weshalb den Eltern nach Beauchamp und Childress kein Mitentscheidungsrecht zukäme.

---

<sup>56</sup> Vgl. Kind 2001, S. 746. Eine Konsequenz wäre z.B. eine lebenslange Pflege, wie sie in Kap. 2.2.3 angesprochen wird.

<sup>57</sup> Siehe Kap. 2.2.1.

<sup>58</sup> Vgl. Hentschel 2010, S. 480.

<sup>59</sup> Vgl. Hentschel 2010, S. 476.

<sup>60</sup> Vgl. Kind 2001, S. 746.

### 2.3.3 Das Prinzip der Gerechtigkeit

In den Kapiteln zu Nicht-Schaden, Wohltun und der Autonomie wurden die Fragen geklärt, ob eine intensivmedizinische Therapie bei Charlotte ethisch gerechtfertigt wäre und ob die Eltern über die Therapie hätten mitentscheiden dürfen. Bei dem letzten Prinzip, dem Prinzip der Gerechtigkeit, stellt sich die zusätzliche Frage, ob Charlottes Therapie aus gesellschaftlicher Sicht gerecht gewesen wäre, unabhängig davon, ob sie ihr wohlgetan oder geschadet hätte.

Intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten sind stets begrenzt, da sie Geld kosten oder begrenzt vorhandene Geräte benötigen. Bei dem Prinzip der Gerechtigkeit geht es darum, wie diese begrenzt verfügbaren medizinischen Ressourcen gerecht auf Patienten in der Gesellschaft aufgeteilt werden können (*distributive justice*).<sup>61</sup>

Beauchamp und Childress schlagen vier Faktoren zur Rationierung von Ressourcen vor. Diese Faktoren sind Anhängerschaft (*constituency*), wissenschaftlicher Fortschritt (*progress of science*), Erfolgsaussichten (*prospect of success*) und medizinischer Nutzwert (*medical utility*)<sup>62</sup>, wobei Anhängerschaft ein soziales Kriterium ist, das in diesem Kontext irrelevant ist. Am Relevantesten sind die zwei eng verknüpften Faktoren Erfolgsaussichten und medizinischer Nutzwert. Nach dem Faktor der Erfolgsaussichten sollen begrenzte medizinische Ressourcen nur an Patienten verteilt werden, die eine angemessene Chance auf Therapienutzen besitzen; andererseits werden Ressourcen verschwendet.<sup>63</sup> Bei dem Faktor des medizinischen Nutzwerts geht es darum zu bedenken, wie groß die Bedürftigkeit des Patienten hinsichtlich einer Intensivtherapie ist. Diese beiden Faktoren treten miteinander in Konflikt, wenn ein Patient eine hohe Bedürftigkeit besitzt, seine Therapie aber nur niedrige Erfolgchancen vermuten lässt. In diesem Fall hat die Effizienz der Behandlung und die Maximierung der Anzahl geretteter Leben Vorrang gegenüber der Bedürftigkeit.<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 241.

<sup>62</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 275.

<sup>63</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 276.

<sup>64</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 277.

Nach diesen beiden Faktoren wäre eine intensivmedizinische Behandlung Charlottes ungerecht, da sie aufgrund Charlottes niedriger Lebenschancen ineffizient wäre und Ressourcen verschwenden würde. Eine Intensivtherapie in ihrem Fall würde also sowohl die Prinzipien Nicht-Schaden und Wohltun, als auch das Prinzip Gerechtigkeit verletzen.

Bei anderen extrem Frühgeborenen mit einer höheren Überlebenschance als Charlotte könnte der forschungsorientierte<sup>65</sup> Faktor des wissenschaftlichen Fortschritts jedoch ein Grund für eine Intensivtherapie sein. Denn eine intensivmedizinische Behandlung ermöglicht die Sammlung von Daten und die Verbesserung des medizinischen Knowhows. Bei mehr behandelten Kindern würden Statistiken, Diagnosen und Prognosen, die aufgrund der niedrigen Zahl behandelter Frühgeborener sehr unsicher sind<sup>66</sup>, also möglicherweise verlässlicher werden.

## **2.4 Übersicht zu Handlungsmöglichkeiten**

Aus der ethischen Betrachtung des Falls lassen sich zusammenfassend verschiedene Handlungsmöglichkeiten zusammenstellen, für die sich die Behandelnden in Charlottes Fall hätten entscheiden können.

Ausgangspunkt jeder dieser Handlungsmöglichkeiten sollte die ideale Aufklärung der Eltern vor der Geburt des Kindes sein, um in dem Sinne der ärztlichen Leitlinie im Konsens mit ihnen eine tragfähige Entscheidung treffen zu können. Eine perfekte Aufklärung ist zwar unmöglich, da die Eltern niemals vollständig informiert sein können,<sup>67</sup> aber es existieren mehrere Möglichkeiten, mit denen man die Aufklärung der Eltern hätte optimieren können.

Zunächst kann eine möglichst gute Kommunikation aufgebaut werden, indem der Arzt den Eltern häufige Nachfragen ermöglicht und in bestimmten Abständen erneut das Gespräch sucht. Dadurch kann er sowohl sicherstellen, dass relevante Informationen zu Prognosen und Handlungsmöglichkeiten verstanden wurden, als auch neu aufgekommene Fragen klären.<sup>68</sup>

---

<sup>65</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 276.

<sup>66</sup> Vgl. Hentschel 2010, S. 478.

<sup>67</sup> Vgl. Beauchamp/Childress 2009, S. 128.

<sup>68</sup> Siehe Kap. 2.2.3; vgl. Hentschel 2010, S. 480.



Solch eine intensive Kommunikation hätte Charlottes hochemotionalen Eltern helfen können, Informationen klarer zu verstehen und anschließend auch über die Behandlung mitentscheiden zu können. Ein psychologischer Beistand hätte ihre emotionale Stabilität zusätzlich fördern können.<sup>69</sup> Auch die Anwesenheit anderer Eltern extrem frühgeborener Kinder als Ratgeber bei der Aufklärung hätte den Eltern helfen können, zu einem realistischeren Bild von Chancen und Risiken zu kommen.<sup>70</sup>

Insgesamt empfiehlt es sich, Aufklärungsinhalte und Entscheidungen für alle Beteiligten sofort in Stichworten zu protokollieren, am Ende des Gesprächs zusammenzufassen und nochmals laut vorzulesen, da die Eltern und der Aufklärende die Gesprächsinhalte ansonsten unterschiedlich verarbeiten.<sup>71</sup>

Nach der bestmöglichen Aufklärung wären der Arzt und Charlottes Eltern in der Lage gewesen, sich gemeinsam für eine von mehreren Handlungsmöglichkeiten zu entscheiden. Geht man davon aus, dass die Eltern auch nach der Aufklärung noch den Wunsch zur Lebenserhaltung besessen hätten, hätte der Arzt die Verlegung der Mutter in ein anderes Perinatalzentrum vorschlagen und begleiten können. Dadurch wäre der Wunsch der Eltern nicht mit der Richtlinie des Krankenhauses kollidiert. Nur einige Kilometer vom Krankenhaus Holweide befindet sich die Kölner Uni-Klinik, die sogar Kinder mit einem niedrigeren Reifegrad als Charlotte behandelt.<sup>72</sup> Die Verlegung der Mutter hätte also den Wunsch der Eltern zur Lebenserhaltung erfüllt.

Zwei weitere Handlungsmöglichkeiten ergeben sich je nachdem ob das Prinzip Wohltun oder Autonomie als wichtiger gewertet wird. Die erste dieser zwei Handlungsmöglichkeiten ist das tatsächliche Handeln im Fall. Dabei hatte das Behandlungsteam den Wunsch der Eltern zur Lebenserhaltung übergangen, um das Wohltun des Kindes zu garantieren. Aufgrund Charlottes hoher Mortalität, die sich die Behandelnden durch Anzeichen wie

---

<sup>69</sup> Siehe Kap. 2.2.1; vgl. Panagl 2002, S. 374.

<sup>70</sup> Vgl. Hentschel 2010, S. 476.

<sup>71</sup> Vgl. Hentschel 2010, S. 480.

<sup>72</sup> Vgl. Schmid: „Zum Sterben geboren“. Spiegel-online Artikel zum Fall Charlotte, S. 3.

die Hämatome vermutlich schnell ableiten konnten<sup>73</sup>, wurde weder eine Intensiv- noch eine palliative Therapie durchgeführt. Sinn davon war es nicht, die Eltern hilflos und alleine zu lassen, wie diese es empfanden, sondern Charlottes Sterbevorgang nicht durch eine Behandlung unnötig hinauszuzögern. Diese Handlungsmöglichkeit garantierte die Erfüllung der Prinzipien Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit. Das Mitentscheidungsrecht der Eltern, das sie laut ärztlicher Leitlinie besaßen, kam dabei nicht zur Geltung, da es diese Prinzipien verletzt hätte.

Bei der letzten Handlungsmöglichkeit hätte das Mitentscheidungsrecht der Eltern beachtet werden können und der Arzt hätte einer Lebenserhaltung zugestimmt. Direkt nach der Geburt wäre Charlotte dann von ihrer Mutter getrennt worden, um auf der Intensivstation behandelt zu werden. Ihr Zustand hätte sich auf der Intensivstation entweder verbessert, was aufgrund der Fallbeschreibung unwahrscheinlich erscheint, oder verschlechtert. Im zweiten Fall hätten die Ärzte die Eltern informiert, dass ihr Kind trotz versuchter Intensivbehandlung womöglich nicht lange überleben wird. Sowohl mit fortgeführter Intensivbehandlung als auch bei einem Umstieg auf Palliativmaßnahmen wäre Charlotte vermutlich nach einiger Zeit gestorben. Bei dieser Handlungsoption hätte Charlotte ihre kurze Lebenszeit jedoch getrennt von ihren Eltern verbracht anstatt in ihrer Nähe. Da die Eltern sich diese Nähe aber wünschten und Charlotte lebendig sehen wollten, hätte Charlottes Lebenserhaltung womöglich die Interessen der Eltern verletzt. Stattdessen lieferte ihnen die zweite Handlungsoption, die tatsächlich geschah, die Möglichkeit, eine kurze, liebevolle Phase des Kontaktes mit ihrem sterbenden Kind zu erleben.<sup>74</sup> Die Behandelnden hätten in dieser Situation lediglich einen Seelsorger hinzuziehen können, um den Eltern die mentale Verarbeitung der Trennung von ihrem Kind zu erleichtern.<sup>75</sup>

### **3. Gedanken zu einer weiteren Senkung der Behandlungsgrenze**

---

<sup>73</sup> Siehe Einschätzung des Gesundheitszustands in Kap. 2.3.1.

<sup>74</sup> Vgl. Kind 2001, S. 749.

<sup>75</sup> Vgl. ebd., S.749.

Genauso wie sich in den letzten Jahren die Behandlungsgrenze extrem Frühgeborener gesenkt hat, wird auch in der Zukunft die Behandlungsgrenze weiter sinken. Dies erscheint zunächst vorteilhaft, da irgendwann in der Zukunft Frühgeborene mit 22+0 SSW, die aktuell nur begrenzt lebensfähig sind, gesund überleben werden können.

Doch irgendwann wird womöglich keine Behandlungsgrenze mehr existieren und Kinder jedes Entwicklungsstands werden außerhalb des Mutterleibs überleben können. In einem solchen Fall würden neue ethische Fragen entstehen: Ist es zulässig, so sehr in den natürlichen biologischen Ablauf der Schwangerschaft einzugreifen, dass dieser vollständig verändert wird? Ist es zu rechtfertigen, ein Kind außerhalb des Mutterleibs zu behandeln, um dessen beste Behandlung zu garantieren, auch wenn es gegen das Interesse der Eltern verstößt?

Bis jetzt lag die Untergrenze der Behandlung dort, wo ein gewisser Prozentsatz an Kindern gesund überleben konnte. Für die Zukunft sollte die Sinnhaftigkeit dieser Grenzsetzung aber überdacht werden, und womöglich doch eine klare Behandlungsgrenze gezogen werden, wie dies im Klinikum Köln-Holweide der Fall ist.

## 4. Anhang

### **Tabelle 1 (siehe S.10)**

Über das online-Tool der NICHD selbst erstellte Statistik zur Überlebens-, Krankheits- und Sterberate von Charlotte Lang. Ohne Annahme einer Corticosteroid-Verabreichung. (Die bekannten Daten zu Charlotte Lang müssen vor Erstellung der Statistik selbst eingetragen werden.)

Unter: [https://www1.nichd.nih.gov/epbo-calculator/Pages/epbo\\_case.aspx](https://www1.nichd.nih.gov/epbo-calculator/Pages/epbo_case.aspx)

[Stand: 31.10.19]

### **Tabelle 2 (siehe S.11)**

Über das online-Tool der NICHD selbst erstellte Statistik zur Überlebens-, Krankheits- und Sterberate von Charlotte Lang. Mit Annahme einer Corticosteroid-Verabreichung.

Unter: [https://www1.nichd.nih.gov/epbo-calculator/Pages/epbo\\_case.aspx](https://www1.nichd.nih.gov/epbo-calculator/Pages/epbo_case.aspx)

[Stand: 31.10.19]

## **5. Quellen- und Literaturverzeichnis**

### **Bücher**

BEAUCHAMP, Tom / CHILDRESS, James: Principles of Biomedical Ethics. Oxford 72009.

SCHÖNE-SEIFERT, Bettina: Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart 2007.

### **Aufsätze aus Zeitschriften**

HENTSCHEL, Roland: Elternberatung und Erstversorgung vor dem Hintergrund der deutschsprachigen Leitlinien. In: Der Gynäkologe 43 (2010), S. 475-482.

KIND, Christian: Ethische Überlegungen als besondere Herausforderung für den Geburtshelfer und den Neonatologen. In: Der Gynäkologe 34 (2001), S. 744-750.

LOEWENICH, Volker von: Ethische Probleme bei Frühgeborenen. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 151 (2003), S. 1263-1269.

PANAGL, Agnes u.a.: Belastungen von Eltern auf neonatologischen Intensivstationen. Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 62 (2002), S. 369-375.

### **Internetquellen**

AWMF-Leitlinie zur Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes. Register Nr. 024/019 (gültig 2007-2014).

Unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/024-019.html>

[Stand: 05.04.2019]

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art. 2.

Unter: [http://www.gesetze-im-internet.de/gg/art\\_2.html](http://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_2.html) [Stand: 31.10.19]

NIMMERVOLL, Michaela u.a.: Aktuelles zur intraventrikulären Blutung des Frühgeborenen. Online-Artikel des Journals für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie (2019).

Unter: <https://www.kup.at/journals/summary/14501.html>

[Stand: 31.10.19]

SCHMID, Barbara: Zum Sterben geboren. Ein Spiegel-online Artikel zum Fall von Charlotte Lang (2011).

Unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/a-801509.html> [Stand: 05.04.2019]

## 6. Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die Seminararbeit ohne fremde Hilfe angefertigt und nur die im Literaturverzeichnis angeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinn-gemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Mir ist bekannt, dass bei Vorliegen eines Plagiats bzw. einer nicht selbstständigen Anfertigung die Voraussetzungen für die Zulassung zur Ab-iturprüfung gemäß GSO §56 und §75 (2) nicht erfüllt sind.

Ort/Datum

---

Unterschrift der Schülerin/des Schülers