

Leonardo - Wissenschaft und mehr
Sendedatum: 21. November 2007

Schwerpunkt: Wenn die Wiege leer bleibt

Ursachen und Folgen einer Fehlgeburt

von Beate Weides

Sprecherin: Auf dem Tisch liegt eine Schachtel, beinahe so groß wie ein Schuhkarton. Das Umschlagpapier ist mit Engelchen bedruckt. Ursula Wagner zögert einen Augenblick, bevor sie den Deckel abnimmt, ganz langsam, als müsse sie sich erst wappnen für das, was sie im Innern der Schachtel erwartet.

O-Ton:

„Also erst mal sind da die Holzbuchstaben, die ich für die Tür, die Kinderzimmertür schon bestellt hatte. Die haben wir in die Innenseite des Kästchens geklebt.“

Sprecherin: Ursula Wagners Lebensgefährte Rolf Schönau sitzt ebenfalls am Tisch und starrt auf die Buchstaben, die zusammengesetzt den Namen LUISA bilden:

O-Ton:

„Ich war eigentlich immer gespannt darauf, was es wird und wie es wird. Ich hatte mich schon so gefreut, mit dem Kinderwagen durch Köln zu fahren und die Kleine zu zeigen, das ist meine Tochter. Ja, das war dann wohl – nix.“

Sprecherin: Ursula Wagner greift in die Schachtel und hebt einen Briefumschlag heraus. Vorsichtig, als enthielte er etwas sehr zerbrechliches, zieht sie eine aufklappbare Karte heraus. Vom Krankenhaus.

O-Ton:

„Drauf geschrieben steht ihr Name: Luisa Wagner, geboren am 30.“

November 2006 um 20 Uhr 49, sie wog zur Zeit ihrer Geburt 2450 Gramm , war 49 Zentimeter groß. Kopfumfang 34 cm. Darunter befindet sich ein Hand- und ein Fußabdruck unserer Tochter.“

Sprecherin: Klingt beinahe nach einer ganz normalen Geburtsanzeige: ein kräftiges Kind, gut gebaut. Alles dran. Und doch: Luisa starb schon im Mutterleib, bevor Ursula Wagner sie zur Welt brachte. Es war am ersten Tag ihres Schwangerschaftsurlaubs, erzählt die Kölnerin und muss dann erst einmal schlucken, um die Tränen zurückzuhalten. Morgens beim Aufstehen fiel ihr auf, dass das Kind sich nicht bewegte. Die Hebamme des Geburtsvorbereitungskurses schickte sie am selben Tag noch zur Kontrolluntersuchung. Weil sie selbst den Herzton nicht fand, rief die Hebamme den Oberarzt. Bestimmt zehn, fünfzehn Minuten sei der stumm mit dem Scanner ihren Bauch rauf und runter gefahren, so Ursula Wagner. Ihr erschien es wie eine Ewigkeit:

O-Ton:

„Ich guckte ihn an und sah diese zusammengepressten Lippen, den ernsten Blick und konnte auch geradeaus auf einen Monitor für die Patienten schauen und hörte nichts. Ich hörte einfach nichts! Und irgendwann fragte ich: „Was ist denn los?“ Und dann sagte er: „Tut mir leid, ihr Kind lebt nicht mehr.““

Sprecherin: Was der 37-jährigen so kurz vor dem errechneten Geburtstermin widerfuhr, kommt sicher selten vor. Die Ärzte sprechen von einem intra-uterinen Fruchttod oder Absterben der Leibesfrucht. Einen umgangssprachlichen Begriff gibt es gar nicht, solche Fälle werden auch heute noch oft tabuisiert, meint der Gynäkologe Dr. Yves Garnier, Chefarzt der städtischen Frauenklinik in Osnabrück. Viel häufiger kommt es zu Fehlgeburten. Aufgrund der unterschiedlichen Ursachen unterscheiden die Ärzte zwischen frühen und späten Fehlgeburten. Die frühen Fehlgeburten bis zur 12. Schwangerschaftswoche haben meist genetische Ursachen. Sie machen immerhin 11 bis 15 Prozent aller Schwangerschaften in Deutschland aus. Bei späten Fehlgeburten fehlen genaue Statistiken, die Mediziner befürchten aber, dass sie zunehmen. Denn Frauen sind heute älter, wenn sie das erste Kind bekommen. Und es kommt häufiger zu Mehrlingsschwangerschaften, weil

sich immer mehr Frauen mit Hormonen behandeln lassen, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Für späte Fehlgeburten und für viele der 60.000 Frühgeburten im Jahr gelten aus der Scheide aufsteigende Infektionen als eine Hauptursache. Der Berliner Gynäkologe Prof. Erich Saling:

O-Ton:

„Einfach deshalb, weil der Organismus der Frau, wenn sie überhaupt schwanger wird, ja umgestellt wird. Und durch diese hormonelle Umstellung ist die Bereitschaft, die Neigung, Infektionen sich anzusiedeln zu lassen, größer. Das ist ja auch so bekannt z. B. bei Frauen, die die Pille einnehmen, da ist ja auch eine hormonelle Änderung, und die haben viel häufiger Pilzbefall, nicht und so ist es grundsätzlich, dass bei Schwangeren Infektionen, welcher Art sie auch sind, sich leichter ausbreiten und häufiger ausbreiten.“

Sprecherin: Im Idealfall ist das Scheidenmilieu sauer, der entsprechende PH-Wert niedrig. Wenn er über 4,4 steigt, ist das ein Hinweis darauf, dass entweder bereits eine Infektion vorhanden ist oder aber die Keime allerbeste Voraussetzungen haben, die Oberhand zu gewinnen. Deshalb empfiehlt Prof. Erich Saling schon seit den 1980er Jahren, dass schwangere Frauen zweimal in der Woche den PH-Wert in der Scheide selbst messen. Ende der 90er Jahre zahlten in einem Pilotversuch ein halbes Jahr lang die gesetzlichen Krankenkassen im Bundesland Thüringen allen Schwangeren die eigens dafür entwickelten Testhandschuhe mit integriertem Teststreifen. Gegenüber dem Halbjahr zuvor halbierte sich die Zahl der Frühgeburten beinahe, versichert Salings Kollege Prof. Udo Hoyme aus Erfurt. Gerade wird ein weiterer Modellversuch von vier Ersatzkassen in Bayern, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen ausgewertet. (Ergebnisse liegen Donnerstag vor, falls ich sie kriege, füge ich noch einen Satz ein) Dass es solange dauern würde, bis sich eine so simple Idee durchsetzt, findet der inzwischen 81jährige und immer noch sehr aktive Saling bedauerlich.

O-Ton:

„Und das Thema, über das wir sprechen, ist ja sogar, und das ist deshalb besonders frustrierend, eines der aktuellsten und der dringendsten überhaupt

in der Perinatalmedizin, weil zunehmend Kinder zu früh geboren werden, andererseits man weiß, dass ein großer Teil dieser Kinder, und zwar der sehr Kleinen, der Winzlinge, bleibende Schäden haben, und zwar zu einem Drittel, und andererseits die Methoden, das Programm ja zur Verfügung stehen. Und das ist ja eine Diskrepanz, und das enttäuscht ja noch besonders.“

Sprecherin: Auch in den Frauenarztpraxen wird die Scheidenflüssigkeit nicht immer regelmäßig untersucht, meint Dr. Yves Garnier.

O-Ton:

„Leider muss man ehrlicherweise sagen, ist das in den letzten Jahren so ein bisschen verloren gegangen. Viele, auch junge Kollegen, sind gar nicht mehr vertraut damit, regelmäßig Abstriche zu entnehmen vom Muttermund und diese auch unterm Mikroskop zu untersuchen. Man ist häufig so ein bisschen laborgläubig und macht Untersuchungen im Labor, aber hier gibt es ganz einfache Methoden, einen Abstrich nehmen und da kann der Frauenarzt sehr viel schon entnehmen.“

Sprecherin: Wenn die Frauen selbst alle drei Tage den PH-Wert messen, können Infektionen so früh erkannt werden, dass sie noch leicht mit harmlosen Milchsäurebakterien zu bekämpfen sind, so Erich Saling. Befinde sich die Infektion bereits in einem fortgeschrittenen Stadium, müssten leider oft Antibiotika eingesetzt werden. Bei Ursula Wagner waren weder Antibiotika noch sonst irgendwelche besonderen Medikamente oder Maßnahmen notwendig.

O-Ton:

„Ich hatte eine hervorragende Schwangerschaft. Es war alles perfekt, ich hatte keine Probleme. Weder Übelkeit zu Beginn, noch sonstige Beschwerden. Ich hatte nichts. Es war alles hervorragend. Und eine Woche davor hatte ich noch eine Doppler-Untersuchung und ein CTG, und es war alles unauffällig.“

Sprecherin: Umso geschockter war die werdende Mutter, als sie erfuhr, was mit ihrer Tochter passiert war.

O-Ton:

„Ich sagte natürlich als allererstes: Ich möchte einen Kaiserschnitt. Ich möchte, dass das Kind rausgeholt wird. Es war für mich undenkbar, das Kind auch noch gebären zu müssen. Das war mein erster Gedanke, diese panische Angst, o Gott, muss ich mein Kind jetzt auch noch normal zur Welt bringen. Was einem ja völlig abwegig vorkommt, das kann man sich gar nicht vorstellen.“

Sprecherin: Die Ärzte schickten das verstörte Paar erst einmal nach Hause, rieten aber zur stillen Geburt. Ursula Wagner willigte schließlich ein – und ist heute froh darüber. Zärtlich streicht sie über die zwei Fotografien, die das Klinikpersonal neben dem Fuß- und Handabdruck ihrer Tochter auf die Geburtskarte geklebt sind.

O-Ton:

„Die Hebamme hat die Kleine genommen, hat sie in Tücher eingewickelt und hat nur das Gesichtchen freigelassen. Dann hat sie sich ans Ende des Bettes gestellt und hat mir meine Tochter gezeigt, und zwar nur das Gesichtchen und sagte: Schauen Sie mal, nur das Gesichtchen, wollen Sie Ihre Tochter mal sehen? Weil ich ja Angst davor hatte, ich wusste ja nicht, was auf mich zukommt. Und da sah ich mein kleines Kind, nur das Gesichtchen und nicht den ganzen Körper, damit ich mich nicht erschrecke. Und ich konnte sie sofort in den Arm nehmen. Das ist das Wichtigste überhaupt. Ich hab die Kleine in den Arm bekommen und ich hab sie mir angeschaut, ich hab sie befühlt, ihre Nase, ihre Händchen.“

Sprecherin: Auch für den Vater war das ein sehr intensiver Moment:

O-Ton:

„Das war eine gute Entscheidung. Wir konnten uns wirklich von unserer Tochter verabschieden. Ich hab mich wohl gefühlt. Wir waren richtig stolze Eltern, als wir das Kind im Arm hatten, und das würde ich auch jedem empfehlen, das so zu machen.“

Sprecherin: Die Psychologin und Psychotherapeutin Dr. Bettina Dorn vom Endokrinologikum Hamburg erlebt diese Reaktion bei den meisten Paaren, die so etwas durchmachen:

O-Ton:

„Sie gucken nach Ähnlichkeiten, wem sieht es ähnlich, wie ganz normale Eltern, die ein gesundes Kind bekommen, Die sind genauso neugierig und sie sind irgendwo stolz, dieses Kind in die Familie aufzunehmen, gleichzeitig natürlich unendlich traurig, es direkt wieder verabschieden zu müssen und wieder hergeben zu müssen. Trotzdem ist das häufig sehr, sehr anrührend zu sehen, welche positiven Gefühle dabei eben auch erlebt werden. Und das sollte man nicht nehmen durch übereilte Reaktionen.“

Sprecherin: Ursula Wagner kennt heute Mütter, die es zutiefst bedauern, ihr totes Kind nicht wenigstens einmal im Arm gehalten zu haben. Beinahe hätte sie sich selbst auch um dieses Erlebnis gebracht, das sie heute nicht mehr missen will. Immer wieder kommt sie auf diesen Punkt zurück:

O-Ton:

„ Wenn man in dieser Situation ist, dann muss man da durchgeführt werden als Frau oder auch als Paar. Man ist selber überhaupt nicht in der Lage, die richtigen Entscheidungen zu treffen, weil man psychisch völlig daneben ist. Man muss durch diese Situation gelenkt werden. Und das können einfach nur die Ärzte, die Hebammen und die Seelsorger. Und ich weiß, dass im Elisabeth-Krankenhaus das auch nicht selbstverständlich war bis vor ein paar Jahren, da hat die Seelsorgerin auch sehr viel sich eingesetzt, dass das heute so gemacht wird. . Und ganz früher wurden der Mutter die Kinder entrissen und ganz schnell entsorgt. Man wollte ja die Mutter nicht noch mit einem toten Kind konfrontieren.“

Sprecherin: In den ersten Monaten hat Ursula Wagner fast täglich die Fotos angeschaut, auf denen sie und ihr Lebensgefährte ihr totes Kind im Arm halten.

O-Ton:

„Ich werde jedes Mal traurig, aber ich bin trotzdem gleichzeitig glücklich, weil ich an diesen Moment denke, als wir die Kleine im Arm hatten. Und es ist uns eine sehr große Hilfe, dass wir diese Fotos haben. Es ist alles, was uns geblieben ist von unserer Tochter.“

Sprecherin: Außer einem Strampelanzug und Spielzeug enthält die Schachtel noch ein dickes Bündel ärztlicher Papiere. Die Frage nach der Ursache für den Tod der

kleinen Luisa führte zu einer regelrechten Ärzteodyssee: Von plötzlichem Kindstod im Mutterleib, von einer akuten Plazenta-Insuffizienz war da die Rede. Jedenfalls konnte der Mutterkuchen plötzlich das Kind nicht mehr versorgen. Schlimm für die Eltern war das Wissen, dass Luisa, nachdem sie über die Nabelschnur keinen Sauerstoff aus dem Blut der Mutter mehr bekam, selbst zu atmen versucht hatte. Man fand Fruchtwasser in der Lunge. Immer wieder, auch jetzt im Gespräch, geht Ursula Wagner fast zwanghaft in Gedanken die Zeit vor Luisas Tod durch. Es quält sie, dass sie nichts davon gemerkt hat, dass ihre Tochter keine Luft mehr bekam.

O-Ton:

„Müssen Sie sich vorstellen, sonntags back ich noch Plätzchen und dienstags ist sie gestorben. Wann fing das an, das Sterben? Ich persönlich habe keinen Todeskampf bemerkt. Also man stellt sich das ja so vor, wenn ein Kind im Mutterleib auf einmal keine Luft mehr bekommt, am Ersticken ist, dass es anfängt zu strampeln oder so. Aber das war nicht der Fall. Ich habe nichts gemerkt. Was auch wieder zu Schuldgefühlen geführt hat. Warum habe ich nicht gemerkt, dass es der Kleinen nicht gut geht. Ich habe nichts gemerkt. Es war alles wie immer.“

Sprecherin: Sehr häufig schlagen sich Frauen nach einer Fehl- oder Totgeburt mit Schuldgefühlen herum. Haben sie sich falsch verhalten, zu schwer gehoben, falsch gelegen? In den allermeisten Fällen trifft sie aber überhaupt keine Schuld. Männer und Frauen gehen außerdem sehr unterschiedlich mit ihrer Trauer um, meint die Psychotherapeutin Dr. Bettina Dorn:

O-Ton:

„Frauen trauern sehr offensichtlich, sie sind traurig, sie weinen, sie zeigen ihre Emotionen deutlicher, möchten sich auch mit ihrem Partner austauschen, während Männer häufiger die Emotionen mehr mit sich selber ausmachen, sich auch zurückziehen, auch häufiger die Möglichkeit suchen, sich abzulenken, um ja vielleicht auch die Emotionen nicht so stark werden zu lassen, das kann durchaus zu Unterschieden führen und auch zu Konflikten und Spannungen in der Beziehung führen nach so einem Ereignis.“

Deshalb rät Bettina Dorn betroffenen Paaren, dass sich beide nicht nur aufeinander

stützen, sondern sich auch außerhalb der Beziehung bei Freund, Freundin oder einem nahen Angehörigen Hilfe suchen. Dr. Bettina Dorn wird gerade von den Müttern dann irgendwann mit der Frage konfrontiert, ob sie eine weitere Schwangerschaft wagen dürfen.

O-Ton:

„Ich denke mal, die sind dann soweit, wenn dieser Gedanke im Kopf wieder entsteht. Also wenn dieser Gedanke, ich möchte noch ein weiteres Kind, da ist, dann ist der auch zulässig. Solange nicht der Wunsch ist, irgendwie ein Kind komplett zu ersetzen. Aber es können eben diese sehr widerstrebenden Gefühle, immer noch zu trauern und gleichzeitig sich auf ein neues Kind zu freuen, können parallel existieren, das muss nicht hintereinander erfolgen.“

Sprecherin: Die Angst, dass wieder etwas schief geht, können Psychologen und Ärzte den Frauen kaum nehmen. Bei Ursula Wagner schließt der Pathologe, der ihr Kind obduziert hat, ein Wiederholungsrisiko aus. Bei anderen Frauen, die eine Fehlgeburt hatten, sind erneute Risiken durchaus vorhanden. 1 bis 2 Prozent aller Gebärenden erleben wiederholt Fehlgeburten. Für solche Patientinnen hat sich in Deutschland eine ziemlich drastische Vermeidungsstrategie bewährt, die mit einer Operation verbunden ist. Dabei wird der Muttermund zugenäht. Bereits in den 80er Jahren hat Prof. Erich Saling die Operation als erster in Deutschland durchgeführt. In einer auf zwei Jahre angelegten Kölner Studie mit 60 Frauen konnte Dr. Yves Garnier jüngst noch einmal zeigen, dass durch diese Maßnahme Fehl- und Frühgeburten vermieden werden. Richtig etabliert hat sie sich aber noch nicht.

Garnier:

O-Ton:

„Leider herrscht hier immer noch etwas Verwirrung. Häufig wird diese Methode, der frühe Muttermundverschluss, verwechselt mit einer Cerclage. Die Cerclage ist eine Operation, wo man ein kräftiges Band um den Gebärmutterhals legt. Und dies dient lediglich der Stabilisierung. Keime können hier dennoch weiter den Gebärmutterhals passieren und in die Fruchthöhle gelangen. Bei dem frühen totalen Muttermundverschluss ist dies nicht möglich durch den kompletten Verschluss. Wir betreiben da sehr viel Aufklärung in den letzten Jahren, aber leider gibt es hier insbesondere bei den niedergelassenen Frauenärzten Unklarheiten.“

Sprecherin: 15 bis 20 Kliniken bieten diese Operation in Deutschland mittlerweile an. Zu Komplikationen komme es sehr selten, wenn der Zeitpunkt richtig gewählt werde, so Dr. Yves Garnier:

O-Ton:

„Es wird dann gefährlich, wenn man es sehr spät macht. Beispielsweise eine Frau kommt mit geöffnetem Muttermund in der 21., 22. Woche, hier hat in der Regel die Infektion schon stattgefunden, hier hat eine schwere Entzündungsreaktion zu dem Auflösen des Gebärmutterhalses des Muttermundes geführt. Wenn man das jetzt zunäht, besteht die Gefahr, dass man einerseits Keime mit einnäht, dass es somit noch zu einer stärkeren Infektion der Frucht kommt oder aber dass man auch durch die Naht des Muttermundes einen Blasensprung auslöst, der dann auch unweigerlich zur Fehlgeburt oder zur extremen Frühgeburt führt.“

Sprecherin: Viele Frauen haben auch die Sorge, dass eine natürliche Geburt nach einem Muttermundverschluss nicht mehr möglich ist. Dr. Yves Garnier kann sie beruhigen:

O-Ton:

„Das ist nicht der Fall. Der Muttermund wird letztlich von innen aufgebraucht. Hier werden Stoffwechselprodukte freigesetzt, die natürlicherweise den Gebärdprozess begleiten, so dass man in der Regel unter der Geburt mit dem Finger oder mit einem kleinen Instrument den Muttermund dann ganz einfach öffnen kann, ohne dass eine Operation notwendig wird.“

Sprecherin: Gynäkologen in den USA interessieren sich gerade sehr für den Totalen Muttermundverschluss, der bisher fast nur in Deutschland durchgeführt wird. Hier blickt man auf amerikanische Kollegen, die einen Zusammenhang zwischen der Länge des Gebärmutterhalses und der Häufigkeit von Frühgeburten festgestellt haben. Prof. Erich Saling verspricht sich von der Zusammenarbeit ein Stufensystem bei der Vorsorge:

O-Ton:

„Man kann ja den Gebärmutterhals messen, und wenn der sich verkürzt, wenn der nur noch 15 Millimeter ist, normalerweise ist er über 30 Millimeter, wenn der verkürzt ist, dann hat jede zweite Frau eine Frühgeburt. Also diese Dinge sind gerade von den Amerikanern in dieser hochgezüchteten Forschung sehr schön gemacht worden. Und wir tun uns jetzt zusammen, d.h. wir kombinieren diese hochgezüchteten Dinge mit unseren praktischen, sehr einfachen und hoffen, dass wir auf diese Weise gute Fortschritte erzielen.“

Sprecherin: In den vergangenen 10 bis 20 Jahren wurde erheblicher Aufwand betrieben, um immer mehr Fehlgeburten in Frühgeburten zu verwandeln, also immer unreiferen Kindern das Überleben möglich zu machen. Viel zu wenig wurde getan, um Fehlgeburten, insbesondere mit hohem Risiko verbundene Frühgeburten, zu vermeiden – meint jedenfalls Prof. Erich Saling. Natürlich gibt es für Fehl- und Totgeburten noch viele andere mögliche Ursachen als Infektionen. Und nicht alles haben die Ärzte in der Hand, wie das Beispiel von Luisa Wagner zeigt. ((Dr. Yves Garnier:

O-Ton:

„Gegen solche schicksalhaften Verläufe gibt es leider nichts, was man da machen kann.“

Sprecherin: Ursula Wagner jedenfalls ist heute wieder im dritten Monat schwanger. Sie gilt jetzt als Risikoschwangere und wird jede Woche untersucht, zum Ende der Schwangerschaft jeden zweiten Tag. So unbeschwert wie bei der ersten Schwangerschaft ist sie jetzt nicht mehr, aber sie hofft doch, dass diesmal alles gut geht.

O-Ton:

„Wir möchten gern, dass Luisa ein kleines Geschwisterchen bekommt. Ich war bei Luisas Grab und ich hab sie um Erlaubnis gebeten für ein Geschwisterchen. Die ist jetzt unser kleiner Schutzengel Luisa.“