

Mechtild Eling

# Grenzerfahrung als Kinderärztin

**Tod vor, bei und kurz nach der Geburt betrifft auch ÄrztInnen. Die Kinderärztin Mechtild Eling erzählt und reflektiert Erfahrungen, die sie in Westeuropa, Südafrika und vor allem in Palästina gesammelt hat.**

- Während meiner Ausbildung zur Kinderärztin in Deutschland und in der Schweiz, später im Einsatz in der Entwicklungshilfe – ein Jahr in Südafrika und 26 Jahre in Bethlehem in Palästina – stand ich oft vor einem toten Früh- oder Neugeborenen. In diesem Moment war ich als Ärztin belastet durch den vorausgehenden Kampf um das Leben des Kindes. Ich kam dabei immer wieder neu an meine Grenze als Ärztin, früher oder später je nach der Situation im Land und im Hospital. Es tauchte die Frage auf, was kann ich für das Kind tun, was soll ich tun, was darf ich tun? Muss ich alle mir zur Verfügung stehenden Mittel einsetzen, um das Leben dieses Kindes, zu dem es doch geboren wurde, zu ermöglichen? Bin ich als Ärztin nur ein Glied in einer Kette von Bestimmungen, die mich binden? Oder habe ich nicht die besondere Aufgabe und das Charisma der Unterscheidung und im Gewissen die letzte Entscheidung? Vor dem toten Kind fühlte ich meine Ohnmacht. Lag das Leben des Kindes wirklich in meinen Händen? Woher

kann ich den Maßstab für mein Handeln nehmen? Wie kann ich als Arzt »gut dastehen« vor dem gerade unter meiner Hand verstorbenen Kind?

Es bestand dabei die Gefahr, nur um sich selbst zu kreisen – vor und nach dem Tod des Kindes. Was macht mich frei für eine gute Entscheidung? Wie bekomme ich dieses tote Kind und die Not seiner Eltern in den Blick? Was macht mich fähig, den Eltern und dem Personal beizustehen? Ich möchte dazu von meinen Erfahrungen berichten.

## Das sterbende Kind im Blick?

- In Erinnerung sind mir die vielen Aktivitäten zur Rettung eines Kindes geblieben. Als junge Ärztin wollte ich alles getan haben, was ich gelernt hatte und was der Chef von mir erwartete. Ich hatte Angst, einen Fehler zu machen. Dazu kam der Kampf mit den Apparaturen: Immer wieder funktionierte etwas nicht – der Blutgasanalysator, der Respirator. Das sterbende Kind kam nicht voll in meinen Blick. Mir bleibt lebendig, wie ich eine 550 Gramm schwere Frühgeburt ruhig habe sterben lassen. Die vielen Aktionen hätten zu der Zeit keinen Erfolg gehabt;

sie hätten das Kind zusätzlich belastet und unsere ganze Aufmerksamkeit auf die Apparaturen gerichtet, d.h. auf uns und nicht auf das Kind, das unseren menschlichen Beistand brauchte. Es war eine bewusste Entscheidung. Ich wurde von der Chefärztin sehr zurechtgewiesen. Man stand unter dem Druck, ja nichts zu unterlassen, damit später von der Familie keine Anklage kommen konnte. Diese Sorge hinderte uns oft, verantwortungsvoll eine gute Entscheidung zu fällen zum Besten des Kindes und seiner Eltern. Nach dem »Zwischenfall« gab es kein Gespräch mit den Ärzten und dem Pflegepersonal, um zu klären, wie wir vorzugehen hatten in solchen Fällen und warum. Hatte ich eine Grenze überschritten, die zu überschreiten mir als Arzt, als Mensch nicht zusteht? Oder bin ich als Ärztin aufgerufen, die Würde gerade auch dieser Kleinen in meinem Tun deutlich zu machen.

Was wirklich Grenzüberschreitung ist, wurde mir sehr deutlich, als kürzlich eine Kollegin berichtete, wie in ihrem Spital in Frankreich den Kleinen, die keine Lebenschance haben, eine Spritze gegeben wird, um ihr Leiden – wie man sagt – zu verkürzen. Es schockierte sie, wie ÄrztInnen so ohne Bedenken handelten. Sie konnte wenigstens in einzelnen Fällen erreichen, dass diese Kinder im Arm ihrer Mütter ruhig und geborgen sterben konnten.

In Afrika, im Homeland der Zulus, fand ich eine total andere Situation vor: Die Zulus waren ein Volk zweiter Klasse, abgesondert, ohne Rechte. Ich stand allein vor den sterbenden Kindern,

### »Trauer, aber keine Verzweiflung«

ohne Hilfsmittel. Niemand sagte mir, was zu tun war, es drohte kein Gericht. Dieses Volk war »vertraut« mit dem Tod, gerade auch mit dem Tod der Kinder. Die Verstorbenen wurden bei den Ahnen in der Mitte der Hütten einer Fami-

lie begraben. So waren sie weiter gegenwärtig. Es gab Trauer, aber keine Verzweiflung. Es war kein lautes Drama, man wurde still. Man spürte mit den Zulus zusammen das Geheimnis des Todes. Da war Glaube an etwas Größeres, Umfassendes; doch da war Dunkelheit, etwas Drückendes, keine Freude. Es drängte mich, diesen sterbenden und toten Kindern das Zeichen des Kreuzes zu schenken.

### Im Kontext Palästina

- Eine sehr ähnliche Situation fand ich in Bethlehem vor. Die Palästinenser standen unter dem Druck der Besetzung, sie hatten keine Bewegungsfreiheit, die medizinische Versorgung war und ist noch weiterhin völlig unzureichend. Nach einigen Jahren bekamen wir das erste Beatmungsgerät. Es war erschreckend zu sehen, wie einige junge Kollegen es einsetzten: Neugeborene, die keine Lebenschance hatten, die schon durch längeren Sauerstoffmangel geschädigt waren, wurden an das Gerät gehängt. Die Ärzte stellten damit sich selbst in den Vordergrund, sie wollten etwas darstellen und sonnten sich in der großen Bewunderung des Personals. Es ging oft nicht um das Kind, das klinisch tot

### »Es ging oft nicht um das Kind.«

war. Die Eltern schöpften Hoffnung, die trügerisch war. Ihr Schmerz war umso größer, als ich bald das Gerät abhängen musste, da die wichtigen Zentren beim Kind ihre Tätigkeit nicht wieder aufnahmen. Hier wurde der Tod des Kindes nicht mehr geachtet; man zeigte keine Ehrfurcht.

Oft brauchte ein Neugeborenes spezielle Untersuchungen, eine Intensivstation oder einen operativen Eingriff; eine Verlegung in ein israelisches Spital in Jerusalem war oft aus politischen,

aber auch finanziellen Gründen nicht möglich. Bei größeren Spannungen, besonders während der Besetzung von Bethlehem, konnte sogar eine Verlegung innerhalb von Bethlehem unmöglich sein. Darf ich auf diesem Hintergrund anders handeln, die Wiederbelebungsversuche begrenzen? Wer wird sich um ein behindertes Kind sorgen in dieser Gesellschaft? Es gab keine qualifizierten Heime, keine Sonderschulen. Wieweit soll ich mich einsetzen für ein Kind mit schweren Missbildungen? Welche Operationen können wir uns finanziell leisten? Sind nicht andere Aufgaben an der Basis wichtiger? (Viele Familien hatten ja nicht das tägliche Brot). Wie komme ich zu einer klaren Entscheidung angesichts des sterbenden Kindes? Wenn wir keine weiteren Eingriffe veranlassten und das Kind starb, löste der Anblick des toten Kindes Schuldgefühle aus.

Ein besonderes Problem waren in Bethlehem die behinderten Kinder. Oft wurde ein Neugeborenes mit schweren Missbildungen von einem Familienmitglied gebracht. Man lud das

### »Druck der Familie«

kleine Bündel ab und verschwand. Manchmal bekannte sich die Mutter zu dem Kind und litt mit dem sterbenden Kind, aber auch unter der Härte der weiteren Familie. Nicht nur die Familie, auch die Schwestern und Ärzte zeigten oft diese Härte gegenüber anormalen Neugeborenen. Sie setzten sich für diese »hoffnungslosen Fälle« nicht ein; ein »lebensunwertes Leben«. Es ist nur eine Belastung. Wie soll es in dieser Zeit und in dieser Gesellschaft überleben? Wer soll für das Kind sorgen? So bedeckte ein Kollege ein Neugeborenes mit einer schweren, angeborenen, das Kind entstellenden Hauterkrankung mit einem weißen Tuch und wollte es so sterben lassen. Doch einige Schwestern ließen sich rühren durch das Weinen des Kindes, das ganz normal

einfach Hunger hatte, und sie freuten sich über die Ermutigung, das ihnen Mögliche für das Kind zu tun, auch wenn das Kind in Kürze sterben würde. Es war ein Lernprozess für alle, ihrer inneren Stimme zu folgen, die ihnen deutlich zeigte, dass jedes Leben von Gott geschaffen ist und daher seinen Wert hat und unsere Zuwendung fordert. Die Schwestern waren sehr berührt, wenn solch ein missgebildetes Kind starb. Sie hatten es oft mehr geliebt, gerade weil es von der Familie nicht angenommen war. Das Bewusstmachen des Wertes jeden Lebens war mir gerade in den letzten Jahren wichtig, da ein Menschenleben im Heiligen Land so wenig zählte und das gerade in Bethlehem, wo Gott Mensch wurde.

Das macht auch die folgende Begebenheit deutlich: Zu uns wurde eine Frühgeburt gebracht, zirka 1500 Gramm, allgemeine Zyanose, kein Lebenszeichen. Der Vater berichtete, dass die junge Frau vorzeitig Wehen hatte, die israelischen Soldaten ließen sie die Sperren nicht passieren, um eine Entbindungsklinik in Bethlehem zu erreichen. Die Familie kehrte um, das Kind

### »als Spital eine offene Tür haben«

wurde zu Hause entbunden. Da es Atemprobleme hatte, versuchten die Eltern erneut, nach Bethlehem zu kommen mit dem Kind. Sie konnten passieren; aber es war zu spät. Alle Wiederbelebungsversuche blieben ohne Erfolg. Die Gedanken aller MitarbeiterInnen im Spital waren konzentriert auf den politischen Hintergrund dieses Zwischenfalles. Die Not und Unterdrückung aller im Land wurden wieder deutlich. Doch der Vater war verstört, er sah im Augenblick nur das tote Kind. Die Trauer ließ die Wut über die Israelis in den Hintergrund treten. Es blieb die Ohnmacht. Den Vater mit dem toten Kind zu sehen, tat weh. Diese Not ermutigte uns

alle umso mehr, als Spital eine offene Tür zu haben, um so die Kette der Gewalt, wenigstens an dieser Stelle, zu durchbrechen.

Oft konnte ich nichts tun für ein sterbendes Neu- oder Frühgeborenes. Ich war einfach dem leidenden, oft »fragenden« Blick des Kindes ausgesetzt. In diesem Moment spitzte sich die heillose Situation im Heiligen Land zu in der Hilflosigkeit und Not dieses einen Kindes. Ich spürte in solchen Augenblicken die zerstörerische Gewalt des Bösen, die sich gerade an den Schwachen austobt und unübersehbar deutlich wird im Leid und Tod vieler Neugeborener, die gerettet werden könnten. Worte fand ich meist nicht für die dabeistehenden Schwestern, erst recht nicht für die Eltern. Es herrschten Schweigen und Trauer. Zusammen versuchten wir, es auszuhalten und nicht den Mut zu verlieren.

### Glaube gibt Hoffnung

- Wir hatten zu 90% muslimische Kinder. Die Trauer der Familie war laut und anhaltend. Aber man spürte doch oft den Glauben an ein Leben nach dem Tod: »Allah karim« – »Gott ist groß und gütig. Allah hat das Kind gegeben, er hat es genommen, Sein Name sei gepriesen.« Wenn das Kind so schwer starb, hörte ich oft aus dem Mund der muslimischen Angestellten: »Ya rabbi!« Sie riefen es mit aller orientalischen Inbrunst: »Mein Gott, hab Erbarmen.« Da konnte ich einstimmen.

Die Eltern der wenigen christlichen Kinder riefen oft ihren »abuna«. Der Priester spendete

dann dem Kind das Sakrament der Taufe, was gerade im orientalischen Ritus sehr feierlich und bewegend war und offensichtlich ein großer Trost für die Eltern. Auch alle Pflegekräfte respektierten dankbar und ergriffen dieses Zeichen, auch die Muslime.

Diese meist sehr einfachen Menschen, ob Muslime oder Christen oder auch die »heidnischen Zulus«, wussten um den Schöpfer-Gott, sahen sich als seine Geschöpfe, glaubten, dass Tod und Leben nicht in ihrer Hand lagen. Die

### »zuerst sich selbst als Geschöpf erfahren«

Hoffnung auf den Größeren hin gab ihnen die Kraft, den Tod der Kinder zu ertragen, aber auch den Mut, weiter zu leben. Ich denke, auch der Arzt/die Ärztin muss zuerst sich selbst als Geschöpf erfahren, um so den Mut zu einer klaren Entscheidung vor dem sterbenden Kind zu finden. Er/sie weiß dann um seine menschlichen und fachlichen Grenzen; er/sie wird sein/ihr Wissen demütig einsetzen können, dem zerbrechlichen Leben dienend. Nur so kann er/sie dann gelassen und mit den Eltern trauernd vor dem toten Kind aushalten.

Die Erfahrungen, gerade in Bethlehem, waren bedrückend und hätten mich sicher gelähmt ohne den Zufluchtsort in Jerusalem: Golgotha. Nur von dort kommt Licht in diese heillose Situation. Von hier aus konnte ich eher gelassen vor dem toten Kind stehen, auch die Trauer der Familie innerlich teilen und vielleicht Hoffnung vermitteln.