

Angelika Walser

# Kein Leben um jeden Preis

**Die Grenze der Lebensfähigkeit von Frühgeborenen hat sich in immer frühere Schwangerschaftswochen verschoben. Das ist nicht nur ein medizinischer Fortschritt, sondern stellt ÄrztInnen und Eltern auch vor schwierige Entscheidungen.**

● Nimmt man – bildlich gesprochen – die Frage nach dem ethisch verantwortlichen Umgang mit frühgeborenen Kindern unter die Lupe, so stellt sich sehr bald heraus, dass in einem zunächst eher klein erscheinenden Problem alle wesentlichen ethischen Fragen entdeckt werden können, die unsere Gesellschaft derzeit bewegen: Die Frage nach aktiver, passiver und indirekter Euthanasie, der Umgang mit Behinderten, die Frage nach der Definition von Lebensqualität und auch die Frage nach der Ressourcenverteilung in unserem Gesundheitssystem. Es wäre vermessen, all diese schwierigen Probleme auf einen Schlag lösen zu wollen. Sie aber zu identifizieren und hier und da einen Antwortversuch zu riskieren, ist Anliegen der folgenden Ausführungen. Weil jede Ethik auf anthropologischen Voraussetzungen beruht, ist es notwendig, diese Voraussetzungen offen zu legen: Ich gehe vom christlichen Menschenbild theologischer Ethik aus<sup>1</sup>, das den Menschen grundsätzlich als

ein jeweils ganz individuelles Geschöpf Gottes begreift, das wesentlich in Beziehung zu anderen steht, dessen Körperlichkeit und Geschichtlichkeit auch seine Endlichkeit mit einschließt, das offen für die Dimension der Transzendenz ist und das Verantwortung für sein Handeln trägt. Was bedeutet diese Verantwortung nun konkret im Umgang mit Frühgeborenen?

## Medizinische Fakten

● Die Geschichte der Neonatologie ist zunächst einmal eine Erfolgsgeschichte: Die Sterblichkeit von Neu- und Frühgeborenen ist seit den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts bis heute kontinuierlich gesunken: Nach wie vor sind es aber die sehr kleinen Frühgeborenen, die Medizinerinnen sowie Pflegenden Kopfzerbrechen bereiten. Ihr Anteil von etwa 7-8 % an allen Geburten hat sich trotz aller Vorsorgeuntersuchungen und medizintechnischer Fortschritte bis heute nicht senken lassen.<sup>2</sup>

Als Frühgeburt im eigentlichen Sinn sind alle Neugeborene über der 22. Schwangerschaftswoche (SSW) und unter vollendeter 37. SSW zu verstehen. Neugeborene unter 1500g Geburtsgewicht werden als »sehr kleines Früh-

geborenes« bezeichnet (VLBW=very low birth-weight infant), Neugeborene unter Geburtsgewicht 1000g als »extrem kleines Frühgeborenes« (ELBW=extremely low birth weight infant).

Noch in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts hätte man einem Baby unter der 30. SSW kaum eine Überlebenschance gegeben. Heute liegt die Grauzone der Lebensfähigkeit ungefähr zwischen der 23. und der 26. SSW, ja es ist sogar beschrieben worden, dass Frühgeborene schon in der 22. SSW überleben. Im Bewusstsein, dass internationale Studien erhebliche Unterschiede bezüglich der Mortalitätsrate bei Frühgeborenen aufweisen, seien hier zur Orientierung folgende aktuelle Zahlen genannt: Bei vollendeter 22. SSW beträgt die Überlebensrate 1%, in der 23. SSW steigt sie auf 11%, in der 24. SSW auf 26% und in der 25. SSW auf 44%.<sup>3</sup> Die Autorinnen der hier zitierten Studie erhoben darüber hinaus, wie viele dieser frühgeborenen Kinder im Alter von sechs Jahren keinen Befund für neurologische Störungen aufwiesen: Von denjenigen, die in der 22. SSW geboren wurden, waren es 0 %, d.h. alle waren von neurologischen Störungen betroffen. Auch bei den in der 23. SSW Geborenen sind nur 1% ohne neurologische Störung, bei den in der 24. SSW Geborenen 3% und bei den in der 25. SSW Geborenen 8%. Überleben wird also um einen hohen Preis erkaufte: Der Anteil schwerer Behinderungen bei Frühgeburten ist hoch und wird eindeutig höher je mehr die Grenze der Lebensfähigkeit nach vorne verschoben wird. Solches Zahlenmaterial bietet Anstoß zu ethischem Nachdenken.

### Problemidentifizierung

- Die Tatsache, dass sich die Grenze der Lebensfähigkeit von Frühgeborenen in immer frühere Schwangerschaftswochen verschoben

hat, hat u.a. die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Leitlinien veranlasst: Sie zieht die Grenze der Lebensfähigkeit um die 22. Schwangerschaftswoche. Vor der 22. SSW seien Kinder nicht lebensfähig, Frühgeburten nach der 22. bis 23+6. SSW seien in 50% überlebensfähig, 20-30% davon hätten aber schwere geistige und körperliche Behinderungen. Grundsätzlich plädiert die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe dafür, »lebenserhaltende Maßnahmen [...] zu ergreifen, wenn für das Kind auch nur eine kleine Chance zum Leben besteht.«<sup>4</sup> Diese sehr frühe Grenzziehung der Lebensfähigkeit schon in der 22. SSW ist allerdings umstritten. Auch die Beurteilung der Überlebenschancen ist im Vergleich mit anderen Studien auffallend optimistisch (vgl. die oben

### »Genügt bloßes Überleben?«

genannte Studie von Vohr/Allen). Andere Gesellschaften wie die Swiss Society of Neonatology setzen die Lebensfähigkeit erst um die 24. SSW an. Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde zieht die Grenze ebenfalls bei der 22. SSW, weist aber auf die hohe Mortalitäts- und Morbiditätsrate hin.

Bei allem Respekt vor dem Versuch, in der Grauzone des beginnenden Lebens Leitlinien zu ziehen und dabei MedizinerInnen und PflegerInnen praktische Orientierungshilfen zu geben, zeigen sich doch die für das Thema »Frühgeborene an der Grenze zur Lebensfähigkeit« typischen ethischen Probleme. Zugespitzt geht es grundsätzlich um die Frage: Genügt bloßes Überleben? Lautet die Antwort Ja, sind alle nur irgend möglichen Maßnahmen ab dem Zeitpunkt zu ergreifen, wo medizinisch auch nur der Hauch einer Chance zu überleben besteht. Verneint man diese Frage aber, so landet man irgendwann unweigerlich mitten in der Debatte um Lebens-

qualität. Mit ihr beginnt der große Ermessensspielraum, in dem gesunde Menschen (ÄrztInnen, Eltern, Pflegende, die Gesellschaft) aus ihrer Sicht über die Lebensqualität von Behinderten urteilen. Noch dazu handelt es sich um Frühgeborene, die – im Gegensatz zu erwachsenen Behinderten – weder ihren Willen kundtun noch ihre Ansicht über Lebensqualität äußern

»Suche nach dem  
mutmaßlichen Willen des  
winzigen Patienten«

können. Es beginnt daher, rechtlich und medizinisch gesehen, die Suche nach dem mutmaßlichen Willen, nach der mutmaßlichen Autonomie des winzigen Patienten an der Schwelle zwischen Tod und Leben. Zugegeben, diese Darstellung ist bewusst überspitzt, um das grundsätzliche ethische Problem herauszuarbeiten. In der Wirklichkeit des medizinischen Alltags liegt zwischen diesen beiden extremen Antworten ein Bereich, in dem gewissenhaftes ethisches Nachdenken und ständige Kommunikation zwischen verschiedenen Personengruppen und Disziplinen unumgänglich sind.

Im Folgenden möchte ich die anfallenden ethischen Probleme identifizieren und einige Antwortversuche wagen. Ich unterscheide dabei zwischen dem ethischen Nachdenken vor Ort, also in einer Klinik oder in einem perinatologischen Zentrum, und dem ethischen Nachdenken, das in unserer Gesellschaft geschieht. Selbstverständlich ist beides eng miteinander verwoben: Medizinethische Überlegungen sind stark vom gesellschaftlichen Kontext geprägt, in dem sie stattfinden. Dennoch gibt es gerade bei diesem Thema auch Probleme, die eindeutig nicht in der Klinik gelöst werden können, sondern der gesellschaftlichen Diskussion bedürfen.

## Ethisch verantwortete Entscheidungen vor Ort

- Zunächst einmal hat – wie bei jedem medizinischen Handeln – der Patient/die Patientin im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Bemühens zu stehen. Es besteht im deutschsprachigen Raum in offiziellen ethischen, rechtlichen und medizinischen Veröffentlichungen nach wie vor ein Konsens darüber, dass ein frühgeborenes Kind als Person zu achten ist. Es hat – wie Kinder und überhaupt Menschen jeden Alters – das Recht zu leben. MedizinerInnen haben daher grundsätzlich dem ärztlichen Gebot der Lebenserhaltung zu folgen und zunächst einmal alles zu tun, was das Überleben des Kindes fördert.

Leitlinien wie die oben schon genannten stellen eine gewisse Orientierungshilfe dar. Sie können aber, wenn der kleine Patient wirklich im Mittelpunkt stehen soll, nur einen Rahmen vorgeben, der nicht davon entlasten kann, jedes einzelne Frühgeborene individuell zu beurteilen. Erstens einmal ist – rein medizinisch gesehen – die

»frühgeborenes Kind  
als Person achten«

Berechnung des postmenstruellen Alters, des sog. Gestationsalters, oft ungenau. Zweitens sind Frühgeborene gleichen Alters unterschiedlich entwickelt. Will man den kleinen Patienten also wirklich in den Mittelpunkt stellen, ist nicht nur die Anzahl der Schwangerschaftswochen, sondern jeder Einzelfall genau zu betrachten. Hier ist die Vitalität des Neugeborenen ein wichtiger Indikator: Welche Lebensäußerungen zeigt das Kind? Gibt es erkennbare Lebenszeichen von sich, die von seinem Lebenswillen zeugen? In der Akutsituation, wo schnell entschieden werden muss, wird jedes noch so kleine Anzeichen

von Leben Anlass zu maximaler medizinischer Intervention sein, wird im Zweifel für das Leben des Patienten entschieden. Das ist verständlich und ethisch richtig. Außerdem kann auf diese Art und Weise häufig Zeit gewonnen werden, um mehr Überblick über die Situation zu gewinnen und Überlegungen anzustellen, wie weiter vorzugehen ist.

Wenn aber erkennbare Lebenszeichen nachlassen, wenn immer mehr und schwerwiegendere Komplikationen auftreten, sind Ärzte nicht dazu verpflichtet, Leben um jeden Preis zu erhalten. Aus Respekt vor der Person des kleinen Patienten und in der Annahme, dass kein sterbender Mensch – auch kein frühgeborenes Baby – leiden will, können Ärzte angesichts eines begonnenen Sterbeprozesses intensivmedizinische Maßnahmen wie Beatmung einstellen (passive Euthanasie). Die Sorge für dieses kleine Leben, die immer auch Respekt vor seiner angenommenen Autonomie im Sinne einer Selbstbestimmung bedeutet, verpflichtet MedizinerInnen und Pflegende außerdem dazu, alle Möglichkeiten der palliativen Care – medizinische Maßnahmen ebenso pflegerische und allgemein menschliche Zuwendung, v.a. auch durch die Eltern –

### »dem Kind unnötige Qualen ersparen«

auszuschöpfen, um dem Kind unnötige Qualen zu ersparen. Das schließt auch ein, dass gegebenenfalls Medikamente zur Schmerzbekämpfung und Angstminimierung gegeben werden müssen, die als Nebenwirkung eine Atemdepression bis hin zum Atemstillstand bewirken können. Dies in Kauf zu nehmen, ist ethisch gesehen legitim. Das Ziel dabei ist ja keinesfalls eine aktive Tötung, sondern es geht darum, Leiden und Schmerzen des sterbenden Kindes zu mindern (indirekte Euthanasie).

Eine aktive Tötung durch eine körperfremde Substanz (aktive Euthanasie) ist bei Frühgeborenen – wie bei Erwachsenen – sowohl in Deutschland als auch in Österreich rechtlich und ethisch absolut verboten. Auch eine zu erwartende schwere Behinderung, die mit dem Leben vereinbar ist, kann keine Rechtfertigung für aktive Tötung sein, stellt sie doch eine klare Diskriminierung behinderter Menschen dar, denen auf diese Weise von vornherein das Recht auf Leben abgesprochen wird. Ebenso wenig ist es ethisch gerechtfertigt, bei einer zu erwartenden

### »aktive Tötung absolut verboten«

schweren Behinderung, die mit dem Leben vereinbar ist, von vornherein jegliche ärztliche Maßnahmen zu unterlassen. Hier hat der Schutz des menschlichen Lebens – und zwar jedes menschlichen Lebens – Vorrang vor anders lautenden persönlichen Überzeugungen des Arztes. Solche grundsätzlichen Grenzziehungen sind aus Respekt vor der Menschenwürde behinderter Menschen wichtig und richtig. Sie lassen Medizern und Medizinerinnen dennoch vernünftigerweise einen Ermessensspielraum, wenn es darum geht, einem frühgeborenen Kind mit schwerer Behinderung und schlechter Prognose ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Die Entscheidungen in diesem Ermessensspielraum kann kein Arzt und keine Ärztin alleine treffen. Er/sie braucht dazu den Dialog in einem Team, dem auch Pflegende, PsychologInnen, EthikerInnen und SeelsorgerInnen angehören. Es sind vor allem anthropologische Hintergründe, auf deren Basis medizinethische Entscheidungen gefällt werden. Eine ausdrückliche und intensive Reflexion auf das eigene Menschenbild und hier insbesondere auf das ganz persönliche Verhältnis zu Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod ist für in medizinischen Kon-

fliktfeldern stehende Menschen unumgänglich. Wer einmal die Grenzen seines eigenen Handelns zu akzeptieren gelernt hat, verfällt keinem technologischen Machbarkeitswahn. Wer einmal darüber nachgedacht und diskutiert hat, was das Wort Lebensqualität bedeutet, gewinnt Einsicht in die Begrenztheit des eigenen Urteils. Wer bei diesen grundsätzlichen Fragen zu einer eigenen Haltung gefunden hat, kann sie auch den Eltern kommunizieren, ohne sie zum Dogma zu machen. Sinnvollerweise sollten diese möglichst von Anfang an – d.h. schon vor der Geburt – verständliche Information erhalten und in den laufenden Entscheidungsprozess miteinbezogen werden. Gerade bei der Frühgeborenenproblematik ist die Bringschuld der Ärzteschaft bei der Kommunikation besonders hoch: Komplexe Apparatemedizin und schwierige Entscheidungen mit für medizinische Laien kaum absehbaren

### »Bringschuld der Ärzteschaft bei der Kommunikation«

Folgen machen Angst und verursachen ein Gefühl der Hilflosigkeit. Die Freude über das Baby, dessen Aussehen sich seine Eltern ja schon ausgemalt haben, weicht dem Schock der rauen Wirklichkeit. Die schönen Träume sind geplatzt. Eltern tragen hier eine große Verantwortung für das Wohl ihres Kindes. Besonders bei der Entscheidung, ob sie ihr Kind gehen lassen müssen, weil es sonst nur mehr leidet, sind professionelle Begleitung und eine Entlastung durch das betreuende Team unbedingt erforderlich. Für beide – für das Kind und seine Eltern – ist die Gestaltung des frühen Abschieds wichtig. Körperliche Nähe und Zärtlichkeit sind für sterbende Menschen am Anfang und am Ende ihres Lebens oft weit wichtiger als medizinische Aktivitäten. Noch einmal: Das Wohl des kleinen Patienten muss im Mittelpunkt ärztlicher und pflegerischer

Sorge stehen. Daraus folgt, dass im Extremfall auch gegen den Willen der Eltern gehandelt werden muss, wenn es dem Wohl des Kindes dient.

Wenn das Kind aber überlebt, kommen unter Umständen viele neue Probleme auf die Eltern zu: Auf welche Behinderungen müssen sie sich einstellen? In welchem sozialen Umfeld lebt die Familie? Wer wird sie mitsamt dem behinderten Kind weiter begleiten? Solche Fragen müssen in langen und schwierigen Gesprächen mit PsychologInnen, SeelsorgerInnen und MedizinerInnen bedacht werden.

### Gesellschaftliche Fragen

- Es gibt viele offene ethische Fragen, die nicht in der Klinik geklärt werden können, weil sie der gesamtgesellschaftlichen Diskussion bedürfen. Hier ist in allererster Linie die Frage zu klären, ob es sinnvoll ist, die Grenze der Lebensfähigkeit immer weiter nach vorne zu verschieben. Meines Erachtens ist diese Frage klar mit Nein zu beantworten, und zwar aus folgenden Gründen: Medizinisch gesehen stößt die Verschiebung der Lebensfähigkeit nach vorne bereits an ihre Grenzen. Ethisch gesehen ist ein rein physisches Überleben kein Wert in sich. Das

### »Leben ist zwar ein fundamentales, aber kein höchstes Gut.«

gilt für Frühgeborene genauso wie für alte und sterbende Menschen. Auch christliche/katholische Ethik verlangt kein rein physisches Überleben um jeden Preis und hält bei ihren Stellungnahmen zur passiven und indirekten Euthanasie ein Sterben-Lassen für ethisch verantwortlich. Leben ist zwar ein fundamentales, aber kein höchstes Gut. Ein Zwang zur Lebensverlängerung, nur weil dies vielleicht medizintechnisch

machbar wäre, ist aus ethischer Sicht nicht zu rechtfertigen. Hier geht es um die Sorge für die Würde eines kleinen Menschen, der noch nicht selbst über sein Leben entscheiden kann und dessen kurzes Leben nicht nur aus Leiden bestehen soll. Bisher deuten alle Fakten daraufhin, dass die Verschiebung der Lebensfähigkeit nach vorne nur immer weitere medizinische und ethische Probleme produziert, die kaum lösbar scheinen. Es kann kein Ziel sein, schwere Behinderungen in Kauf zu nehmen, um die Überlebensrate zu steigern. Ich halte daher bei allem Forscherdrang und medizintechnischem Ehrgeiz Zurückhaltung für angebracht.

Nicht zuletzt stellt sich ethisch gesehen auch die Frage, wie in der ohnehin schon prekären Lage der Gesundheitssysteme verantwortlich mit knappen finanziellen Ressourcen umzugehen ist. Dabei möchte ich allerdings davor warnen, bei der Argumentation verschiedene Patientengruppen gegeneinander auszuspielen, also beispielsweise Frühgeborene gegen alte Menschen. Sehr schnell landet man dabei in von utilitaristischen Überlegungen geleiteten Debatten über den angeblichen Lebenswert des einen oder des anderen Lebens. Die Ressourcenfrage steht ja bereits jetzt schon – direkt ausgesprochen oder unausgesprochen – im Hintergrund für die Forderung nach aktiver Euthanasie.) Doch muss es ein Nachdenken darüber geben, welche Maßnahmen gerade im Falle des einsetzenden Sterbeprozesses zu ergreifen sind und auf welche verzichtet werden kann – und das bei allen Patientengruppen. Wie gesagt: Solche Fragen können nicht allein von Ärzteschaft und Angehörigen des Pflegestandes geklärt werden. Sie bedürfen der offenen gesamtgesellschaftlichen und politischen Diskussion. Voraussetzung ist dabei die Enttabuisierung des Todes, die gerade bei Neugeborenen schwierig sein dürfte.

An beiden Enden des Lebens, am Anfang wie am Ende, steht die berechtigte Forderung nach Wahrung der Lebensqualität. So dehnbar und so umstritten dieser Begriff in den einzelnen medizinethischen Konfliktfeldern auch ist und so oft er in der gesellschaftlichen Euthanasiedebatte leider auch zur Diskriminierung von Behinderten missbraucht wird, denen genau diese Lebensqualität von den Gesunden gerne abgesprochen wird, so lässt er sich doch gerade bei der Frage nach den Frühgeborenen relativ gut inhaltlich füllen: Lebensqualität ist für frühgeborene Kinder – ob sie nun gerade zu leben beginnen oder bereits wieder zu leben aufhören – in allererster Linie durch menschliche und pflegerische Zuwendung, durch die Sorge und Zärtlichkeit von Eltern, PflegerInnen und ÄrztInnen zu erreichen. Diese Erkenntnis hat in den letzten Jahren zu einem Rückgang invasiver Maßnahmen und zur zunehmenden Anwendung der »sanft-

### »menschliche Zuwendung«

ten Pflege« geführt, wie sie beispielsweise die Wiener Ärztin Marina Markovich gefordert hat: Körper- und Hautkontakt zwischen Eltern und Kind können nachweislich Stress und Schmerzen des Frühgeborenen reduzieren, so manchen invasiven Eingriff ersparen und die Sterblichkeit senken. Die so genannte Känguruh-Methode beispielsweise, von Neonatologen in Kolumbien entwickelt, bei der Mütter ihre Frühgeborenen in Tüchern bei sich tragen, ist nicht nur eine medizinisch messbar erfolgreiche Maßnahme, sondern auch Ausdruck des Respekts vor einer kleinen Person, deren Leben von Anfang an von der Beziehung zu anderen Menschen, insbesondere zur Mutter, abhängt. Aus ethischer Sicht sind solche Maßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität von allen Frühgeborenen samt ihren Eltern daher zu begrüßen.

## Und der Glaube?

● Theologische Ethik argumentiert bei ethischen Einzelfragen nicht einfach mit irgendeinem angenommenen »Willen Gottes«, sondern sucht zunächst einmal nach begründeten und rational nachvollziehbaren Antworten. Dennoch meine ich, dass sie bei den hier angerissenen schwierigen ethischen Fragen auch christlichen Glauben ins Spiel bringen darf. Zwar können mit dem christlichen Glauben nicht einfach einzelne Normen im Umgang mit Frühgeborenen begründet werden. Doch kann Glaube bei allen Menschen, die mit Frühgeborenen betraut sind, sehr persönliche und individuelle Grundhaltungen formen, die weit über rein ethische Fragen hinausgehen und in den Bereich der Spiritualität reichen: So wird ein gläubiger Mensch Leben als ein Geschenk betrachten, das nicht erzwungen werden kann. Daraus kann selbstverständlich nicht der Schluss gezogen werden, dass fatalistisch auf jede medizinische Intervention zugunsten der Erhaltung von Leben zu verzichten ist. Doch schließt diese Grundhaltung gegenüber dem Leben einen gewissen Respekt mit ein: Respekt vor seiner Würde, Respekt aber auch vor den Grenzen des Lebens. Echte christliche Spi-

### Weiterführende Literatur:

Barbara Maier, Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele, Berlin/Heidelberg 2000.

<sup>1</sup> Vgl. Hans Rotter, Person und Ethik, Innsbruck 1993.

<sup>2</sup> Vgl. Peter Lemburg, Neonatologie, in: Wilhelm

Korff u.a. (Hg.), Lexikon der Bioethik Bd. 2., Gütersloh 1998, 756-758; 757.

<sup>3</sup> Betty R. Vohr/Marilee

Allen, Extreme Prematurity – The Continuing Dilemma, in: The New England Journal of Medicine No 1/Vol. 352

(2005) 71-72.

<sup>4</sup> Vgl. [www.dggg.de](http://www.dggg.de)

<sup>5</sup> So der Name einer Selbsthilfegruppe.

ritualität, die diesen Namen verdient, ist immer mit großem Realitätssinn verbunden und damit auch mit der Akzeptanz, dass Leben – oft unbegreiflich und oft auch tragisch – sein Ende findet. Dieser Realismus hilft, überzogene Erwartungen an die Medizin zu korrigieren.

Manchmal mag es nur ein »Hauch von Leben«<sup>5</sup> sein, doch ist auch ein frühgeborenes Kind, ob behindert oder nicht behindert, nach christlichem Menschenbild ein unendlich wertvolles Geschöpf Gottes mit einem Anspruch auf Lebensqualität und Zuwendung, die seiner Würde

### »nur ein Hauch von Leben«

entsprechen. Der so einfache wie eindrucksvolle Gedanke, dass jeder Mensch nach christlichem Glauben in Gottes Zärtlichkeit geborgen ist, kann vielleicht helfen, irgendwann mit dem Verlust eines frühgeborenen Kindes leben zu lernen. Die Tragik des Todes eines Kindes bleibt dennoch. Vielleicht aber bietet christlicher Glaube durch seine Vertreter und Vertreterinnen (hoffentlich) einen Raum, in dem Klage und Trauer möglich ist und in dem Rituale helfen, die Trauer um ein frühgeborenes, verstorbenes Kind irgendwann auszuhalten.