

## **Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation**

Dr. med. Ulrike Schöneck

Der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik eines erkrankten/behinderten/beeinträchtigten Feten stellt die Beendigung eines unlösbaren Konflikts dar. Er überfordert werdende Eltern und Ärzte (Entscheidung über Leben oder Tod) und bedarf klarer Vorgaben und Richtlinien, wie zu verfahren ist.

Meines Wissens sind nahezu alle Abbrüche nach medizinischer Indikation Abbrüche nach vorheriger Pränataldiagnostik und fallen somit unter „Abwendung einer schwerwiegenden seelischen Beeinträchtigung der Schwangeren“. Nur in Ausnahmefällen ist ein Schwangerschaftsabbruch notwendig, um eine Lebensgefahr oder schwere körperliche gesundheitliche Beeinträchtigung der werdenden Mutter abzuwenden.

Bei diesen Schwangerschaftsabbrüchen sind Erkrankungen, die zu einem schwer oder schwerst behinderten/erkrankten/beeinträchtigten Kind führen, oder Erkrankungen mit unklarer Prognose für das Kind (vor allem bezüglich dessen geistiger Entwicklung) besonders konfliktreich.

Letale Erkrankungen (Erkrankungen, die mit dem späteren Leben des Kindes nicht vereinbar sind) können als schicksalhaft erlebt werden: diese Kinder versterben häufig während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder Tage bis Wochen danach.

Ein Schwangerschaftsabbruch erscheint in solchen Fällen gerechtfertigt, wenn auch die Schwangere durchaus darin bestärkt werden kann, das Ungeborene weiter auszutragen und sich auf einen Abschied von ihm vorzubereiten.

Mein Anliegen ist die Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen, besonders von Abbrüchen nach Eintritt der Lebensfähigkeit eines Feten (mit den jüngsten Fortschritten intensivmedizinischer Betreuungsmöglichkeiten Frühestgeborener schon ab 22.

Schwangerschaftswoche (SSW) p.m. oder ab 20. SSW p.c.).

Dies lässt sich nicht mit Verboten, Fristenregelung oder der Beschränkung des Zugangs zur Pränataldiagnostik erreichen.

Die Erfahrung zeigt, dass durch qualifizierte Ultraschalldiagnostik - von in Pränataler Diagnostik ausgebildeten Ärzten - in der 13.SSW („frühe Fehlbildungsdiagnostik“) und in der 22-22.SSW („Feindiagnostik“/ „Organscreening“) späte Schwangerschaftsabbrüche deutlich in ihrer Häufigkeit abnehmen. Ein entsprechendes Angebot sollte allen Schwangeren ohne Indikation oder Altersbegrenzung im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien zur Verfügung stehen. Nach Aufklärung und Beratung über sich daraus ergebende mögliche Konsequenzen sollten die Schwangeren selbstbestimmt entscheiden können, ob sie dieses Angebot wahrnehmen möchten.

Im folgenden stelle ich wesentliche Punkte, die meiner Meinung nach Beachtung finden sollten, im Einzelnen dar:

### 1.) Zeitdruck, 3 Tage Bedenkzeit

Bei der Mitteilung eines schwerwiegenden Befundes nach Pränataldiagnostik entsteht bei den werdenden Eltern ein Zeitdruck, der der Situation nicht angemessen ist. Er begründet sich in der verständlichen Schockreaktion der werdenden Eltern auf eine solche Botschaft und wird häufig von betreuenden Ärzten, Therapeuten und Beratern übernommen. Es ist jedoch so, dass durch schnelles Handeln weder dem Ungeborenen geholfen werden kann - das ja schon länger erkrankt ist und an dessen Zustand zunächst nichts verbessert oder geändert werden kann – noch den Eltern.

Die Bereitschaft aller Beteiligten ein behindertes/erkranktes/beeinträchtigttes Kind anzunehmen, braucht Zeit um zu wachsen zu können, einfühlsame Gespräche, Beratung von Experten, wie das postnatale Leben des betreffenden Kindes im besten oder schlechtesten Fall aussehen könnte, welche Belastung das für die Familie und insbesondere der Mutter in Zukunft bedeuten wird, welche konkreten Hilfen zur Verfügung stehen u. vieles mehr.

Die Bereitschaft, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, scheint häufig sofort gegeben zu sein, entspringt meiner Erfahrung nach oft dem Wunsch, die Schwangerschaft und damit die Behinderung des Kindes ungeschehen zu machen.

Zur seelischen Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs bei einem zuvor gewünschten Kind bedarf es ebenfalls ausreichender Zeit zur Entscheidungsfindung, Abwägung des Entschlusses, Entlastung der Eltern durch Mittragen des Entschlusses von professionellen Helfern/Ärzten/Psychotherapeuten und einer Vorbereitung auf den Ablauf des Abbruchs. Diese Zeit kann nach erfolgtem Abbruch nicht mehr nachgeholt werden und ist zur Abwendung einer späteren Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren wichtig, besonders auch im Hinblick auf spätere glückvollere Ausgänge einer Schwangerschaft.

Deshalb ist die Einhaltung einer Mindestfrist von 3 Tagen Bedenkzeit erforderlich.

### 2.)Beratung

Auf die Notwendigkeit einer ergebnisoffenen vorausgehenden umfassenden Beratung vor und nach Pränataldiagnostik wird an verschiedenen Stellen hinreichend hingewiesen. Mir ist wichtig, zu betonen, dass nach auffälliger Pränataldiagnostik die Eltern bei der Entscheidung sowohl zum Schwangerschaftsabbruch als auch zum Austragen der Schwangerschaft gleichermaßen Akzeptanz und beratende und begleitende Hilfe benötigen und verdienen.

### 3.) Einrichtung einer interdisziplinären Kommission

Als sehr hilfreich sehe ich die Einrichtung einer interdisziplinären Kommission aus den Fachrichtungen Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Humangenetik, Psychiatrie, Psychotherapie.

Die Hinzuziehung dieser Kommission (je nach Fall in unterschiedlicher Besetzung) hat sich nach bisherigen klinischen Erfahrungen als sinnvoll erwiesen.

Bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der 22.SSW, bei denen ein Fetoizid durchgeführt wird, sollte sie verpflichtend sein und die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch sollte von dieser Kommission gestellt werden.

### 4.) Fetoizid

Der Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation umfasst 2 grundsätzlich unterschiedliche Fristen: nicht lebensfähige Feten der 15-22. SSW p.m. und lebensfähige Feten, frühestens nach der 22. SSW p.m..

Bei nicht lebensfähigen Feten kann ein Schwangerschaftsabbruch durch eine vorzeitige Geburtseinleitung durchgeführt werden, in deren Verlauf der Fetus stirbt.

Bei lebensfähigen Feten sollte ein Fetoizid durchgeführt werden, und zwar

- zum Schutz beteiligter Klinikärzte, Geburtshelfer/Neonatologen, denn es ist unzumutbar, die beteiligten Ärzte/Klinikpersonal dem Dilemma auszusetzen, ein lebensfähiges Frühgeborenes intensivmedizinisch versorgen zu können / oder müssen, dessen Tötung vorgesehen war
- um das Abbruchbegehren der Schwangeren, das die Tötung des Ungeborenen vorsieht, erfüllen zu können

Ob dem Ungeborenen damit möglichst wenig Leiden (durch den Schwangerschaftsabbruch) zugefügt wird, ist aus meiner Sicht fragwürdig

Ethisch, moralisch, rechtlich stellt die 22.SSW(p.m./p.c.) eine Zäsur bei der Frage eines Schwangerschaftsabbruchs dar (Fristenlösung). Faktisch besteht meiner Meinung nach kein wesentlicher Unterschied: es geht jeweils um die Tötung eines Ungeborenen unter der Voraussetzung der medizinischen Indikation.

### 5.) Statistische Erfassung

An der Notwendigkeit der statistischen Erfassung aller Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation und einer detaillierten Dokumentation besteht meiner Einschätzung nach kein Zweifel.

Berlin, den 08.02.2005