

## 16.8 Vermeidbare Fehler in der Betreuung

Wegen der Relevanz und gleichzeitig der Häufigkeit, in der sich Patientinnen im Kontext von Pränataldiagnostik und mit Schwangerschaftsabbrüchen unsensibel behandelt fühlen und den daraus eventuell entstehenden längerfristigen psychischen Folgen sollen an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich einige Fehler in der Betreuung betroffener Patientinnen dargestellt werden, die allesamt vermeidbar sind, wenn die genannten Grundsätze Beachtung finden.

### Fehler im Kontext der Entscheidungsfindung

- Zulassen einer zu raschen Entscheidung in der ersten Schockreaktion bzw. Tendenz, dem Druck der Patientin in dieser Situation nachzugeben – in der Absicht ihr akutes Leid zu mindern
- in der Schocksituation Bahnung in Richtung Schwangerschaftsabbruch („Haben Sie schon mal über einen Schwangerschaftsabbruch nachgedacht?“)
- Vorwegnahme der Entscheidung durch nicht neutrale Beratungshaltung („Das ist auch humaner für das Kind.“ „Das werden Sie nicht schaffen.“)
- „Automatismus“ bei der Planung eines Schwangerschaftsabbruchs (nach der Diagnosestellung sofort Griff zum Telefon, um ein Bett für den Abbruch zu reservieren)
- Nichtansprechen der Möglichkeit, bei infauster Prognose das Kind auszutragen (Möglichkeit der Trauer/Bewältigung schon während der verbleibenden Schwangerschaft)

### Fehler in der peripartalen Betreuung

- „unnötiges Leid“ und schmerzliche Konfrontation ersparen wollen (z. B. das Kind nach der Geburt nicht zeigen)
- der Mutter wegen notwendiger medizinischer Maßnahmen (z. B. Kürettage) bzw. organisatorischer Schwierigkeiten nicht zu ermöglichen, ein kurzfristig überlebendes Kind noch bei sich zu behalten und beim Sterben zu begleiten
- Herunterspielen des Verlustes („Sie werden bald wieder schwanger.“ „Besser so als ein behindertes Kind.“)
- Diktat der richtigen Trauer (hinsichtlich Dauer, Intensität)
- Partner oder Geschwisterkinder nicht zu beachten
- die Geburt in ihrer Bedeutung für die Frau nicht wahrnehmen, weil es kein lebendes Kind gibt

Gerade in der **Geburtssituation** kommt dem Verhalten des Geburtshelfers und der Hebammen eine ganz besondere Bedeutung zu. Selbst bei entsprechender Vorbereitung wird die Mutter in der Regel Angst davor haben, ihr Kind anzusehen; sie wird Entstellungen oder ein monströses Aussehen erwarten. Dabei sind die Phantasien in der Regel schlimmer als die Realität. Der Geburtshelfer kann diese Situation erleichtern, indem er nach dem Austreten des Kindes etwas Positives sagt („Die hat aber ein süßes Gesicht ...“), selbst wenn darüber hinaus Entstellungen vorhanden sind. Mütter, die eine solche Situation durchmachen mussten, berichten hinterher, wie hilfreich und entängstigend solche Äußerungen waren. Betroffene Mütter sagen im Übrigen auch, dass sie ihr Kind trotz Behinderungen oder Entstellungen schön fanden („Das eigene Kind ist immer das schönste der Welt.“); insofern ist das Ansehen des Kindes in der Regel eher entlastend. Entscheidet sich die Frau dagegen, kann das beispielsweise dazu führen, dass sie jede Nacht von dem Kind träumt, „aber das Kind hat kein Ge-

sicht“ (Beispiel aus der eigenen klinischen Erfahrung).

Auch die Würdigung des Geburtserlebens ist für betroffene Frauen von Bedeutung – auch sie möchten danach gefragt werden, wie es ihnen dabei ergangen ist und darüber sprechen.

## 16.9 Besondere Betreuungsaspekte bei vorbestehender psychischer Störung

Das Ergebnis eines pathologischen pränataldiagnostischen Befundes kann nicht nur psychische Störungen auslösen – von einfachen Belastungsreaktionen bis hin zu länger andauernden und schweren Störungen – vorbestehende psychische Störungen können unter Umständen den Umgang mit einer betroffenen Frau verkomplizieren. Leidet sie bereits zuvor an einer psychischen Störung (z. B. einer Depression oder einer Angststörung), dann sind das Aspekte, die man bei der Betreuung der Patientin zu berücksichtigen hat. Einerseits kann eine solche Störung durch den Schock, der oft mit der Pränataldiagnose verbunden ist, verschlechtert werden; aber auch das erneute Auftreten einer Krankheitsphase ist möglich. Befindet sich eine Patientin in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung, könnte es sinnvoll sein, die Patientin zu ermutigen, sich ganz aktuell mit dem behandelnden Arzt oder der Psychotherapeutin in Verbindung zu setzen. Diese kennen die Patientin und ihre Vulnerabilität am besten und können über die psychosoziale und pränatalmedizinische Beratung hinaus die Patientin mitbetreuen. Die Kenntnis über solche in der Vorgeschichte bestehenden psychischen Störungen kann deshalb relevant sein, um auftretende Symptome, Verhaltens- und Reaktionsweisen etc. richtig einordnen zu können. Von Bedeutung ist dabei eine orientierende Kenntnis der wichtigsten psychischen Störungen (s. S. 291).

## 16.10 Notwendigkeit gezielter psychosomatischer Intervention

Immer wieder werden sich Patientinnen vorstellen, bei denen sich eine psychosomatische Problematik im Zusammenhang mit durchgeführten pränataldiagnostischen Untersuchungen, Frühgeburtlichkeit, mit einem Schwangerschaftsabbruch oder auch einer Mehrlingsreduktion entwickelt hat, die behandlungsbedürftig ist. Dies kann beispielsweise eine ausgeprägte, chronifizierte bzw. pathologische Trauer sein (die Trauer ergreift das gesamte Leben, sie verstärkt sich mit der Zeit statt abzuklingen, es beginnt eine immer größere Fokussierung auf diese Trauer etc.), aber auch eine Traumatisierung durch die Aufklärung oder die technischen Abläufe der Geburt oder andere nicht bewältigte Aspekte. Einige relevante Problemkonstellationen werden in den folgenden Punkten mit Fallbeispielen und Beispielen der Intervention dargestellt.

### Überwertige, chronifizierte Trauer

#### Zweites Kind als Ersatz

Frau X sucht Hilfe bei zunehmenden Ängsten in ihrer zweiten Schwangerschaft (35. SSW). Ihr erstes Kind sei in der 24. SSW geboren und zwei Wochen später verstorben. Das sei jetzt zwei Jahre her. Sie trauere immer noch um das erste Kind, wisse gar nicht, ob sie das 2. jetzt so annehmen könnte. Sie habe damals viele Bilder gemacht und hat auch immer zwei Fotos dabei, die sie sofort herzeigt. Zu Hause habe sie in jedem Raum Fotos von der verstorbenen Tochter, alles hätte so schön sein können, wenn sie überlebt hätte. Sie überlege, ob das jetzt erwartete Mädchen zumindest als Zweitnamen den Namen ihrer verstorbenen Tochter erhält, so lebe sie ein Stück in ihr weiter.

**Intervention**

Mit Frau X werden mehrere Gesprächstermine vereinbart, in denen die Auswirkungen und das Verharren in der Trauer um die erste Tochter genauer betrachtet werden. Frau X wird deutlich, dass sie sich durch die Trauer von „den Lebenden“ entfernt hat. Es gibt Schwierigkeiten in der Partnerschaft, und auch der Freundeskreis hat sich zurückgezogen.

Gemeinsam kann erarbeitet werden, dass ein symbolischer Abschluss des akuten Trauerns (sie darf über den Tod natürlich weiterhin traurig sein) für sie sinnvoll ist. Noch kurz vor der Geburt der zweiten Tochter legt Frau X ein Fotoalbum an, in das alle Fotos eingeklebt werden, die gerahmten Fotos aus den Zimmern eingeschlossen, sowie die zwei Fotos aus ihrem Kalender, den sie mit sich führt. Das Album kommt in das Regal der anderen Alben und erhält keinen Sonderplatz. Auch die Taufkerze wird hinter den Büchern verstaut und soll nur zu besonderen Anlässen, zum Beispiel am Todestag der Tochter herausgeholt werden.

Auch nach der Geburt der zweiten Tochter, die nicht den Namen der verstorbenen Schwester erhält, nimmt Frau X Gespräche noch für ein halbes Jahr wahr. Erst dann ist sie sicher, die lebende Tochter ganz individuell und nicht als „Ersatz“ annehmen zu können.

Der Ehemann nimmt ebenfalls an zwei Gesprächen teil und erfährt, dass er die Trauer nicht komplett blockieren darf, aber mit darauf achten soll, dass sie im „richtigen Rahmen“ statt findet.

**Nicht gelungener Abschied vom Kind****Kind zurück aus der Pathologie**

Frau X ruft verzweifelt an, sie müsse unbedingt ihr Kind nochmals sehen, ob die Psychologin ihr dabei helfen könne. Das Kind sei schon obduziert und in der Pathologie, aber sie wolle es nochmals betrachten dürfen. Vor dem Schwangerschaftsabbruch in der 26. SSW wegen Triso-

mie 18 drei Wochen zuvor sei sie nicht sicher gewesen, ob sie ihren Sohn ansehen will. Nach der Entbindung habe sie ihn dann doch in die Arme genommen. Nach 20 Minuten sei sie zur Ausschabung in den OP gefahren worden und als sie zurückkam, war ihr Sohn schon weg. Sie habe sich nicht getraut noch mal nach ihm zu fragen. Das bereue sie jetzt.

**Intervention**

Nach Rücksprache mit dem Pathologen wird Frau X umfassend über den Zustand ihres Kindes informiert, da dieses nicht mehr warm und rosig ist nach der Obduktion. In Begleitung ihrer Mutter kann sie von dem gut eingewickelten Baby in der Krankenhauskapelle in Ruhe Abschied nehmen. Zudem erhält Frau X die Fotos sowie den Fußabdruck, die nach der Geburt von ihrem Kind gemacht wurden und in der Patientenakte verblieben sind.

Frau X wird ein Jahr später erneut schwanger und lässt sich psychosomatisch mitbetreuen. Sie bringt am Termin ein gesundes Mädchen zur Welt.

**Totgeburt  
am Termin ohne Abschied**

Frau X kommt zur Mitbetreuung in ihrer zweiten Schwangerschaft in der 31. SSW aufgrund zunehmender Ängste und innerer Anspannung. Vor acht Jahren habe sie eine unkomplizierte Schwangerschaft gehabt, bis dann fünf Tage nach dem errechneten Geburtstermin keine Herztöne mehr feststellbar waren. In der Klinik habe sie sich sehr schlecht betreut gefühlt, keiner habe ihr geraten, ihr Kind anzuschauen, noch es in die Arme zu nehmen. Sie habe zwei Jahre lang Alpträume gehabt, sich gar nicht vorstellen können, erneut schwanger zu werden. Sie habe panische Angst, das gleiche noch mal zu erleben. Sie wisse, dass mit Totgeburten heute anders umgegangen wird. Sie hätte sich

so gewünscht, ihre Tochter gesehen zu haben, das sei ein Moment den man niemals nachholen könne.

### Intervention

Die traumatischen Erlebnisse der Totgeburt werden mit Frau X nochmals detailliert durchgesprochen. Die Bilder der Tochter, die sie sich in der Phantasie gemacht hat, werden in den Erzählungen sehr lebendig. Durch enge geburtshilfliche Überwachung können die Ängste von Frau X vorübergehend reduziert werden.

Zwei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin steigern sich die Ängste so stark, dass in Absprache mit den Geburtshelfern und Kinderärzten die Geburt eingeleitet wird. Sie bringt eine gesunde Tochter zur Welt.

## Trotz Beratung kein Abschied vom Kind

### Die Entscheidung liegt bei den Eltern

Frau X erhält in der 21. SSW ihrer zweiten Schwangerschaft die Diagnose einer fetalen Trisomie 21. Sie und ihr Mann sind entschieden, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Zunächst mit Frau X alleine wird die Möglichkeit des Abschiednehmens vom Kind besprochen. Im nächsten gemeinsamen Gespräch mit dem Ehepaar zeigt sich Herr X empört über diese Thematisierung. Das habe seine Frau und ihn nur aufgewühlt, es sei doch noch kein vollständiges Kind, sie wollten die ganze Sache nur schnell hinter sich bringen und wollten weder etwas von Namensgebung, Segnung oder Beerdigung hören.

### Intervention

Dem Ehepaar wird in Ruhe erklärt, dass die Entscheidung des Vorgehens ganz bei Ihnen liege, dass man aber über diese weitreichenden Dinge nur fundiert entscheiden könne, wenn man alle Informationen habe. Die Mitteilung der Erfahrungen in der Betreuung von Paaren in ähnlichen Situationen, die vom Abschiednehmen profitiert haben, gehöre also genauso zur Aufklärung dazu wie die ärztliche Aufklärung über bestimmte Risiken des Schwangerschaftsabbruchs. Zum Ende des Gesprächs bleibt das Paar bei seiner Entscheidung, das Kind nicht ansehen zu wollen noch ihm einen Namen zu geben; beide können aber auch akzeptieren, dass ein anderes Vorgehen anderen Betroffenen eventuell hilfreich sein kann.

## Literatur und Links

### Weiterführende Literatur

Rohde A, Wooten C. Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2007.

### Literatur für Patientinnen

Künzer-Riebel B, Gottfried L. Nur ein Hauch von Leben. Lahr: Kaufmann-Verlag 2002.

Lothrop H. Gute Hoffnung – jähes Ende. Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit. Begleitung und neue Hoffnung für Eltern. München: Kösel 2004.

Schäfer K. Ein Stern, der nicht leuchten konnte. Ein Buch für Eltern, deren Kind früh starb. Freiburg: Herder 2005.