

Wichtige Aspekte der Beratung bei Schwangerschaftsabbruch

Auf die wichtigsten Beratungsaspekte für den Fall, dass die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch getroffen wurde – das heißt, dass sowohl die medizinische Indikation aus ärztlicher Sicht bescheinigt wurde, als auch die betroffene Frau sich zum Schwangerschaftsabbruch entschieden hat – soll im Folgenden eingegangen werden. Naturgemäß kann diese Liste nicht vollständig sein und die einzelnen Themen werden in den verschiedenen Beratungssituationen vielleicht auch eine unterschiedliche Bedeutung haben:

- Emotionale Stabilisierung
- Vorbereitung auf die bevorstehende Geburt
- Das besondere Problem des Fetozids
- Abschied vom Kind
- Dem Kind einen Platz in der Familie geben
- Geschwisterkinder einbeziehen
- Das soziale Umfeld informieren
- Bestattung als Teil des Abschieds: rechtliche Bestimmungen und Bestattungsmöglichkeiten
- Hinweis auf Literatur, Selbsthilfegruppen und ggf. Psychotherapeuten (s. auch Literatur und Internetadressen)

Emotionale Stabilisierung

Mit dem Betreten der Klinik, in der der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden soll, kommen Selbstvorwürfe, Scham und das Gefühl, vom Leben gestraft worden zu sein, nicht selten noch einmal stark an die Oberfläche. Das Selbstwertgefühl ist oft tief erschüttert. Die Frauen können nur schwer dazu stehen, dass sie sich der Belastung mit einem kranken bzw. behinderten Kind nicht gewachsen fühlen, dass sie sich so „egoistisch“ entschieden haben. Mütterliche Gefühle treten in Widerstreit mit der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. Der Verlust des Kindes wird rational als Verlust eines Teils des eigenen Ichs erlebt. Wichtig hierbei: Auch eine schwangere Frau, die sich zum Schwangerschaftsabbruch entscheidet, ist eine werdende Mutter mit mütterlichen Gefühlen für ihr Kind, die mit einbezogen werden müssen und nicht einfach ignoriert werden können, weder von der Betroffenen noch von den sie begleitenden Menschen. In der Beratung kann es hilfreich sein, verschiedene innere Anteile noch einmal bewusst herauszustellen:

- Die Seite der Frau, die sich zum Abbruch entschieden hat, was bedeutet, die eigene Begrenztheit wahrzunehmen.
- Die mütterliche Seite, die am Verlust des Kindes leidet und es eigentlich beschützen möchte.

Indem die Beraterin den Kontakt und Dialog zwischen beiden Seiten unterstützt, können die Gründe für die Entscheidung nochmals bewusst vergegenwärtigt werden.

Wenn auch selten hat solch eine Reflexion der Entscheidung auch schon dazu geführt, dass eine Frau, konfrontiert mit der konkreten Umsetzung ihrer Entscheidung, ihre Situation neu eingeschätzt und die Klinik wieder verlassen hat, da sie sich nun dazu in der Lage sah, sich den Belastungen mit einem behinderten Kind auszusetzen. Gleichzeitig kann die Frau ihre mütterliche Seite einbringen und dadurch z.B. bewusst den Abschied gestalten. Die Erfahrung zeigt, dass sich keine Frau wirklich gegen ihr Kind entscheidet, sondern eher für ihre Belastungsgrenzen. Und sie benötigt zu diesem Zeitpunkt eine Hilfestellung, wie sie ihre mütterlichen Gefühle mit in den Prozess einbeziehen kann, d.h. sie nicht verleugnen muss. Eine bewusste Geburtsplanung und Abschiedsgestaltung kann dies ebenso fördern wie der Dialog mit dem ungeborenen Kind als imaginäre „Gestalt“. Die Frau kann sich selbst erlauben, nicht perfekt zu sein (wie auch ihr Kind nicht perfekt ist), und sie fühlt sich selbst nicht alleingelassen in ihrer Angst und ihrem Schmerz. Das ist wichtig, weil die Betroffenen Trauer oft nur schwer zulassen können, wenn sie sich für den Tod des Kindes mitverantwortlich fühlen. Wichtig: Auch zu diesem Zeitpunkt sollte die Beraterin die Möglichkeit einer akuten Belastungsreaktion (s. Kap. 11) mit einbeziehen.

„Die Beratung hat uns erst die Möglichkeit gegeben, alle Aspekte einer Schwangerschaftsunterbrechung im Vorfeld abzuschätzen. Die Vorbereitung war sehr wichtig, ebenso wie die Begleitung. – Wir hatten Glück im Unglück.“ (Studienteilnehmerin)

Vorbereitung auf die bevorstehende Geburt

Die Vorbereitung auf den Schwangerschaftsabbruch (nach der 12. SSW) beinhaltet die Vorbereitung auf eine Geburt, mit der untrennbar der Tod des Kindes verbunden ist. In der Beratung ist ein sensibles Herangehen an dieses Thema wichtig. Denn die betroffenen Frauen bzw. Paare sind erst einmal schockiert darüber, dass ihnen nach all den Schwierigkeiten nicht wenigstens das erspart bleibt und nicht „einfach“ eine Ausschabung oder ein Kaiserschnitt durchgeführt werden kann. Die Gründe hierfür (um das gesundheitliche Risiko für die Mutter gering zu halten, kürzerer Klinikaufenthalt, Geburt als Teil des Abschiedsprozesses) und der Ablauf sowie Möglichkeiten der Schmerzentlastung können ergänzend zur ärztlichen Beratung nacheinander angesprochen werden. Soweit möglich kann eine solche Besprechung auch unter Hinzuziehung einer fachkundigen Hebamme erörtert werden.

Das offene Ansprechen schmerzlicher Aspekte, hierzu gehören auch Themen wie Abschied und Beerdigung, von Seiten der Beraterin hilft der Frau, sich auf den bevorstehenden Prozess psychisch und emotional vorzubereiten. Die Einstellung,

die Betroffene durch Zurückhalten von Informationen möglichst wenig zu belasten, ist hier eher kontraindiziert. Früher oder später muss sie sich der Situation stellen und ist daher besser auf das vorbereitet, was auf sie zukommt.

Fallbeispiel

Für kurze Zeit waren wir eine Familie

Frau X. ist 41 Jahre alt und in der 30. SSW, als sie die infauste fetale Diagnose Trisomie 13 erfährt. Es ist die dritte Schwangerschaft, zwei Fehlgeburten waren vorausgegangen. Frau X. und ihr Mann sind völlig verzweifelt, sie können sich nicht vorstellen, die Schwangerschaft mit diesem Wissen bis zum Ende auszutragen und wünschen eine Einleitung. Zunächst sind sie schockiert, dass kein Kaiserschnitt durchgeführt werden kann und Frau X. *„durch eine normale Geburt muss“*. Auch kommt ihnen der Gedanke, das Kind anzusehen und zu verabschieden, *„gruselig“* vor. Nach eingehender Beratung entscheidet das Paar, nach der Geburt in Anwesenheit der Eltern von Frau X. das Kind in Empfang zu nehmen und bis zu seinem Tod in den Armen zu halten. Es findet eine Nottaufe mit der Klinikpfarrerin statt. Das Kind wird im Familiengrab beigesetzt.

Herr und Frau X. kommen zu einem Nachgespräch in die Beratung, bedanken sich und formulieren: *„Für zwei Stunden waren wir eine Familie, das kann uns keiner mehr nehmen. Neben der Trauer empfinden wir große Dankbarkeit und Glück, unsere kleine Tochter begleitet zu haben.“*

Besonders belastend erleben die Frauen die **Zeit zwischen der Einleitung durch Wehen auslösende Mittel und der Entbindung selbst**, während sich nach der Geburt oft ein Gefühl der Erleichterung einstellt. In der Regel haben sie noch keinen Geburtsvorbereitungskurs absolviert. Besonders Erstgebärende stehen also vor einer ihnen unbekanntem Situation, der sie sich völlig ausgeliefert fühlen. Das Angebot der Klinik, dass der Partner seine schwangere Frau während des Klinikaufenthaltes begleiten kann, d.h. das auch bei „normalen“ Kassenpatienten ein Einzelzimmer mit Zusatzbett als Familienzimmer zur Verfügung steht, ist eine große Entlastung für die Betroffenen. Kann der Partner die Schwangere nicht begleiten, sollte die Möglichkeit bestehen, eine andere vertraute Person zur Unterstützung an ihrer Seite zu haben. Genau wie bei einer Geburt „mit glücklichem Ausgang“ ist auch eine vorzeitige Einleitung bei einem Schwangerschaftsabbruch ein sehr persönlicher Prozess. Eine vertraute Person an der Seite erleichtert die Wartezeit und vermittelt eine etwas entspanntere Atmosphäre.

Das besondere Problem des Fetozids

Wird ein Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation zu einem Zeitpunkt geplant, an dem bereits eine prinzipielle Lebensfähigkeit des Kindes gegeben ist (etwa ab der 22. SSW), und handelt es sich nicht ganz sicher um eine Stö-

rung, die auf jeden Fall postnatal zum Tod des Kindes führen wird, dann wird vor der Geburtseinleitung ein Fetozid durchgeführt. Der Fetozid, im klinischen Alltag oft auch kurz als „FC“ bezeichnet, bedeutet die aktive Tötung des Kindes im Mutterleib. Dies kann durch eine Kaliumspritze in die Nabelschnur oder im Einzelfall direkt ins Herz geschehen. Dies auf dem Hintergrund, dass es in der Vergangenheit wiederholt Fälle gegeben hat, in denen ein versuchter Schwangerschaftsabbruch nicht zum „gewünschten Erfolg“ geführt hat, weil das Kind die Geburt überlebte. (Es gab eine lange Diskussion um das sogenannte „Oldenburger Baby“: Das Kind überlebte den Schwangerschaftsabbruch und wurde zunächst nicht versorgt. Der Gynäkologe wurde zu Unterhaltszahlungen verurteilt, weil er den Schwangerschaftsabbruch nicht ordnungsgemäß durchgeführt hatte – das Kind überlebte schließlich. Auch die später behandelnden Kinderärzte wurden wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt.)

Ein Fetozid bedeutet nicht nur für den durchführenden Arzt eine zusätzliche (nicht zuletzt psychische) Belastung, sondern insbesondere für die Schwangere bzw. ihren Partner eine extrem schwierige, manchmal sogar traumatische Erfahrung. Sie müssen dabei aktiv die Entscheidung treffen, ihr Kind töten zu lassen. Die Notwendigkeit eines Fetozids sollte in der ärztlichen Beratung vor dem Eingriff offen besprochen werden. Zusätzlich kann dies auch ein wichtiges Thema in der psychosozialen Beratung sein, damit die Eltern die Möglichkeit haben, über ihre gefühlsmäßigen Belastungen und Ambivalenzen zu sprechen. Eine klare Begrifflichkeit ist hierbei sinnvoll, auch wenn dies bei den Frauen und ihren Partnern eventuell ausgeprägte Gefühlsäußerungen hervorruft. („Können Sie sich vorstellen, wie es Ihnen später wohl mit dem Gefühl gehen wird, Ihr Kind getötet zu haben ...“) Für die spätere Bewältigung ist beides – sensible Konfrontation mit den Tatsachen und Zulassen der dazugehörigen Gefühle – hilfreich.

Abschied vom Kind

Bereits vor der Geburt sollte mit der Schwangeren und ihrem Partner besprochen werden, wie sie von ihrem Kind Abschied nehmen wollen. Denn sowohl aus Studien als auch aus vielen klinischen Erfahrungen ist bekannt, dass ein unklarer oder nicht vollzogener Abschied schwere psychische Schäden für die Frau haben kann und auch Folgeschwangerschaften erheblich belastet werden. Zum Abschiednehmen gehören z.B. das Ansehen des Kindes, die Namensgebung, Fotos, ggf. eine Segnung, dem Kind etwas Persönliches ins Grab mitgeben. Zudem sind Informationen über verschiedene Bestattungsmöglichkeiten von Bedeutung.

„Nach der Geburt war ich so vor den Kopf gestoßen, dass ich mein Kind weder in den Arm nehmen wollte, noch ansehen konnte. Doch jetzt, wo ich wieder Mut gefasst habe und den Schmerz verarbeite, ist da eine Lücke. Wenn ich meine Augen schliesse, ist eine Leere da, denn ich weiß nicht, wie meine Tochter ausgesehen hat.“
(Studienteilnehmerin)