

Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde

Fachärztin für Humangenetik, Psychotherapie  
**Berghäuser Str. 295, 45659 Recklinghausen**  
LADR, MVZ Recklinghausen

Recklinghausen, den 08.04.2011

**MEDICA-Kongress** in Düsseldorf

Messegelände Düsseldorf, **Mittwochvormittag, 16.11.2011.**

Der Veranstaltungsraum wird im endgültigen Programm der MEDICA, das im September erscheinen und u.a. im Deutschen Ärzteblatt abgedruckt werden wird, angegeben. Für Messebesucher ist die Teilnahme am Seminar kostenlos.

**„Der späte Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation –  
eine interdisziplinäre Herausforderung“**

... aus frauenärztlicher Sicht. Dr. med. Alexander Ast

... aus humangenetischer Sicht. Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde

... aus christlich-seelsorgerlicher Sicht. Klaus Bombosch und Thomas Rücker

Daten der Referenten:

Dr. med. Alexander Ast, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Chefarzt  
der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, [ast@evk-ge.de](mailto:ast@evk-ge.de)

Klaus Bombosch, Pfarrer, ev. Klinikseelsorger, [bombosch@evk-ge.de](mailto:bombosch@evk-ge.de)

Thomas Rücker, Pastoralreferent, kath. Klinikseelsorger, [thomrueck@web.de](mailto:thomrueck@web.de)

Gemeinsame Adresse:

Evangelische Kliniken Gelsenkirchen, Munckelstr. 27, 45879 Gelsenkirchen,  
[www.meinediakonie.de/evk/](http://www.meinediakonie.de/evk/)

Prof. Dr. med. Elisabeth Gödde, Fachärztin für Humangenetik, Psychotherapie  
[info@ihre-humangenetikerin.de](mailto:info@ihre-humangenetikerin.de)

LADR, MVZ Recklinghausen, Berghäuser Str. 295, [www.ihre-humangenetikerin.de](http://www.ihre-humangenetikerin.de)

**Chefarzt Dr. med. Alexander Ast**  
**Facharzt für Frauenheilkunde**

**Der späte Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation –  
eine indisziplinäre Herausforderung ...**

**...aus Sicht des Frauenarztes.**

Schwangerschaftsabbrüche sind weltweit in fast allen Kulturen und seit Bestehen der dokumentierten Menschheitsgeschichte beschrieben.

In Deutschland werden ca. 15% der Schwangerschaften abgebrochen.

Von diesen Schwangerschaftsabbrüchen werden etwa 98% der Abbrüche in den ersten 12 Schwangerschaftswochen (post conceptionem), bzw. 14 Schwangerschaftswochen (post menstruationem) vorgenommen. Innerhalb dieser Zeitspanne sind Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland durch Ärzte, nach einer vorherigen Beratung der Schwangeren, nicht strafbar (§218a, Abs. 1 StGB, sogenannte „Fristenregelung“).

Der späte Schwangerschaftsabbruch betrifft das fetale Alter jenseits der 14. Schwangerschaftswoche (p.m.). Dies betrifft etwa 2% aller Abbrüche oder in Absolutzahlen ausgedrückt: ca. 2300 Abbrüche jährlich in Deutschland.

Ab der ca. 22. Schwangerschaftswoche kann es bei Spätabbrüchen vorkommen, dass ein Kind lebend geboren wird oder sogar überlebt. Durch den sogenannten Fetozid (absichtliches Töten eines oder mehrerer Feten im Mutterleib) kann eine Lebendgeburt verhindert werden. In Deutschland werden jährlich ca. 250 Abbrüche durch einen Fetozid in diesem fortgeschrittenen Schwangerschaftswochen vorgenommen.

Die Spätabbrüche sind bei erheblicher Gesundheitsgefährdung für die Mutter nicht strafbar (§218a, Abs. 2 StGB), die sogenannten fötale (embryopathische) Indikation wurde bereits 1995 aus dem Strafgesetzbuch gestrichen.

In der Folge bedeutet dies heute, dass ein später Schwangerschaftsabbruch aufgrund der medizinischen Indikation zulässig ist, wenn die körperliche und/oder seelische Gesundheit der Schwangeren durch ein (behindertes) Kind in unzumutbarer Weise beeinträchtigt würde.

Diese fetalen Fehlbildungen, chromosomalen Auffälligkeiten oder andere Anomalien im Verlauf der Schwangerschaft werden in der Regel in der sogenannten Pränataldiagnostik (Ultraschalluntersuchung, Fruchtwasseruntersuchung, etc.) festgestellt.

Der Vortrag soll fetale Diagnosen aufzeigen, durch welche werdende Mütter in obige Situation kommen könnten.

Der Schwerpunkt hierbei wird der Diagnostik und dem anschließenden weiteren Vorgehen aus Sicht des Frauenarztes gewidmet. Dies natürlich unter Berücksichtigung des rechtlichen sowie interdisziplinären Rahmens und der individuellen Situation der werdenden, besorgten Mutter.

**April 2011**

**Der späte Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation –  
eine interdisziplinäre Herausforderung ...**

**... aus humangenetischer Sicht.**

Um genetische Untersuchungen beim Embryo bzw. Feten durchzuführen, müssen Zellen aus der Gebärmutter (Chorionzotten, Fruchtwasser, fetales Blut) gewonnen werden. Diese Eingriffe sind nicht ohne Risiko, sie werden nach präziser Indikationsstellung durchgeführt. Anlaß sind häufig auffällige Befunde, z.B. bei den Ultraschalluntersuchungen.

Genetische Untersuchungen sind aufwändig und können bis zu drei Wochen dauern. Die Wartezeit auf den genetischen Befund ist für die Schwangere und ihre Familie ein Ausnahmezustand und auch eine besondere Lebenserfahrung: Wer hilft uns? Wer versteht uns? Wer steht uns bei? Können wir das überhaupt schaffen? Wollen wir das überhaupt?

Je nach Befund kann seine Bedeutung reichen von „keine Lebenschance außerhalb des Mutterleibs“ über „Leben mit - möglicherweise erheblichen – Behinderungen“ für das Kind und seine Familie bis zu „so ganz genau kann die Bedeutung nicht eingeschätzt werden“. Zu den in dieser Situation möglichen Konsequenzen gehört auch der Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation.

Die Entscheidungsfindung nach vorgeburtlicher Diagnose einer schwerwiegenden genetisch (mit-)bedingten Störung ist für die Schwangere und ihre Familie eine zentrale Aufgabe in ihrer Lebens- und Familienplanung. Solche lebenswichtigen Entscheidungen brauchen Zeit, sie müssen reifen, verschiedene Szenarien angedacht und angefühlt werden. Es gibt keine objektiven Kriterien für die „richtige“ Entscheidung, jede Information kann wichtig sein, damit nicht eines Tages der Gedanke „... wenn wir das vorher gewusst hätten!“ auftaucht.

Auch wenn –insbesondere bei infauster Prognose- die Schwangere im ersten Schreck am liebsten „heute noch“ den Abbruch einleiten möchte, ist ein besonnenes Vorgehen indiziert. Umfangreiche Beratungsangebote sind inzwischen auch gesetzlich verankert: Seit 01.01.2010 gilt das revidierte Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG), seit 01.02.2010 das Gendiagnostikgesetz, (GenDG). Kompetente Beratungsangebote finden sich z.B. bei [www.leona-ev.de](http://www.leona-ev.de), [www.down-syndrom.org](http://www.down-syndrom.org), [www.kindernetzwerk.de](http://www.kindernetzwerk.de), [www.vpah.de](http://www.vpah.de).

Da der genetische Befund bei eindeutigen Ultraschallbefunden zur Indikationsstellung für den Abbruch nicht zwingend notwendig ist, wird die Möglichkeit zur vorgeburtlichen genetischen Diagnostik nicht immer genutzt. Dabei ist ein eindeutiger genetischer Befund ein wichtiges Kriterium zur Beurteilung des Wiederholungsrisikos, sodaß eine genetische Diagnostik in allen Fällen angestrebt werden sollte. Dies im Rahmen der Beratungen behutsam anzusprechen ist für Berater dann selbstverständlich, wenn sie verinnerlicht haben, dass die Betreuung im Rahmen eines medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs erst dann erfolgreich abgeschlossen ist, wenn Kinderwunsch für die Patientin wieder zu einer mögliche Zukunftsperspektive geworden ist.

**Pfarrer Klaus Bombosch, evangelischer Krankenhauseelsorger  
Pastoralreferent Thomas Rücker, katholischer Krankenhauseelsorger**

**Der späte Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation –  
eine interdisziplinäre Herausforderung...**

**... aus seelsorgerlicher Sicht.**

**Seelsorgerliche Begleitung von Frauen und Paaren, die sich für einen späten  
Schwangerschaftsabbruch entschieden haben:**

- biographisches Erzählen - die erlebte Geschichte vom Zeitpunkt der Diagnosestellung und dem folgenden Entscheidungsprozess noch einmal erzählen: das Erleben als Krise begreifen
- Wahrnehmen von Ambivalenzen trotz getroffener Entscheidung: das Erleben von Hilflosigkeit und Ohnmacht zulassen
- Schuldfrage und Umgang mit Schuldgefühlen: die Vorstellung von eigener Unzulänglichkeit wegen geschädigtem Kind
- Schuldgefühle aufgrund der Entscheidung zum Spätabbruch: Übernahme von Verantwortung in einem Entscheidungsdilemma
- Sinnfrage: Warum hat uns das getroffen? - Deutungsversuch zur Bewältigung des Schicksals
- Wie wird die Entscheidung im sozialen Umfeld (Familie/Freundeskreis) thematisiert? Unterstützung - Tabuisierung – Partnerschaftskonflikt
- Abschiednehmen – Trauerarbeit
  - Abschied vom erhofften, gesunden Kind
  - Abschiednehmen von der erhofften Lebensperspektive als erweiterte Familie
  - Abschiednehmen vom realen, kranken Kind: Entscheidung, ob das Kind nach der Geburt angesehen wird oder nicht
  - den Tod des Kindes „begreifen“: Berühren und Halten des verstorbenen Kindes
- Angebot von religiösen wie nichtreligiösen Ritualen - Gebet, Segen, Kreuzzeichen, Namensgebung: Verbale und nonverbale Angebote zur Krisenbewältigung
- Angebote von religiösen wie nichtreligiösen Bildern – bildhafte Deutungsmöglichkeiten in der Krise:  
Sternenkinder – Wolke – Engel – Licht – Regenbogen – Schmetterling - Himmel
- Angebot für einen Ort der Trauer: Der Friedhof
  - gesetzliche Grundlagen in NRW
  - Einzel- oder Sammelbestattung:  
Individuell, nur im engsten familiären Kreis oder im Kreis von Mitbetroffenen
  - Trauerfeier als weitere Möglichkeit Abschied zu nehmen und loslassen zu können
  - Ort der Trauer – das Grabfeld der Sternenkinder
  - Möglichkeiten für weitere Trauerarbeit - Selbsthilfegruppen
  - Trauer zum Abschluss bringen – Entscheidung für eine neue Schwangerschaft