

Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie

EDITORIAL

Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen der medizinischen Indikation: Psychosoziale Beratung und medizinische Begleitung

Wie nähert man sich einem so komplexen Thema wie der Beendigung von Schwangerschaften im Rahmen der medizinischen Indikation, gegebenenfalls auch nach dem ersten Trimenon?

Was tun, wenn die pränatale Diagnostik tatsächlich einen auffälligen Befund ergibt? Oder wenn der gesundheitliche Zustand der Mutter durch ein Fortbestehen der Schwangerschaft gefährdet ist?

Das Thema erhitze die Gemüter und berührt ethische Konflikte, die auch Berater*innen und Ärzt*innen in der psychosozialen und medizini-

schen Betreuung herausfordern. Zumal die Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik sich laufend erweitern.

Die Kosten des Nicht-invasiven Pränatal-Tests (NIPT) sollen in Zukunft laut Entscheidung des GBA vom 19. September 2019 in Einzelfällen und innerhalb enger Grenzen (Abklärung von Risikoschwangerschaften) von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Der NIPT kann Risiken und Komplikationen, wie sie bei invasiven Methoden, beispielsweise bei Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenuntersuchung gegeben sind, verringern. Aber werden durch die langwierigen Abklärungsprozesse die Abbrüche nach dem ersten Trimenon zunehmen?

Mit diesem Schwerpunkt versuchen wir, die bestehende Versorgungssituation zu beleuchten, damit Beteiligte auf Veränderungen adäquat reagieren können.

Werdende Eltern hoffen bei pränataler Diagnostik meist auf die Bestätigung von Normalität. Doch Schwangere und ihre Partner*innen müssen schon vor den pränatal diagnostischen Untersuchungen darüber aufgeklärt werden, dass ein auffälliges >>

SCHWERPUNKT: SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE IM RAHMEN DER MEDIZINISCHEN INDIKATION

Editorial	Seite 1
Spätabbruch der Schwangerschaft	Seite 2

Schwangerschaftsabbruch bei Fehlbildungen und Erkrankungen des erwarteten Kindes	Seite 8
Fragen an eine Klinikärztin – Interview	Seite 16
Weiterführende Links	Seite 19

Ergebnis sie vor eine hoch komplexe Konfliktsituation stellen kann. Daraus erwächst ein beklemmender Spannungsbogen.

In solchen Konfliktsituationen wollen die Schwangeren sich gut versorgt fühlen. Sie erwarten eine ergebnisoffene Beratung und eine sichere medizinische Behandlung. Dafür brauchen sie und gegebenenfalls ihre Partner*innen ein kompetentes Team, das sie berät und begleitet. Und das im Bedarfsfall auch bereit ist, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen.

Auch die beteiligten Ärzt*innen und Beraterin*innen dürfen nicht daran zerbrechen, dass sie mit hoch komplexen Entscheidungen und belastenden Eingriffen allein gelassen werden.

Es ist schwierig und zeitaufwändig, einen auffälligen Befund hinreichend abzuklären und zu sichern. Es ist schwierig, eine medizinisch valide Einschätzung der Prognose abzugeben. Es ist schwierig, einen „Standard of Procedure“ festzulegen – weil jeder Fall individuell und damit einzigartig ist. Es ist schwierig, eine Klinik zu finden, die bereit ist, die Schwangere aufzunehmen und einen Abbruch vorzunehmen. Diese Probleme sind Alltag in der psychosozialen und medizinischen Beratung.

Wir hoffen, dass die Bestandsaufnahme in diesem Schwerpunkt unseren Leser*innen Orientierung bietet und dazu beiträgt, die enormen Herausforderungen zu erkennen und darauf zu reagieren. ■

SCHWERPUNKT

Spätabbruch der Schwangerschaft

Dr. Christa Wewetzer

„Vorsicht mit moralischen Wertungen den Frauen und Paaren gegenüber, aber auch dem medizinischen Team gegenüber, das sich in dieser Situation nicht wegdrückt, sondern den Frauen in einer absoluten Not- und Ausnahmesituation hilft.“¹

Eine einheitliche medizinische oder juristische Definition des Begriffes „Spätabbruch“ gibt es nicht. In der Regel handelt es sich um Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation, also von Schwangerschaften ab der 13. Schwangerschaftswoche (SSW) nach Empfängnis (p.c.). Eine weitere Zäsur stellt die potenzielle extrauterine Lebensfähigkeit, ab etwa der 22. bis 24. SSW p.c. dar. Im Jahr 2018 wurden in Deutschland von insgesamt 100.968 erfassten Schwangerschaftsabbrüchen 2.163 Abbrüche zwischen der 12. und 21. SSW und 655 in der 22. SSW und später durchgeführt.²

Späte Schwangerschaftsabbrüche sind eine besondere emotionale Belastung: für die Schwangere, da die Schwangerschaft meistens gewünscht ist und bereits eine enge Beziehung zwischen Mutter und Kind besteht, sowie für das beteiligte ärztliche, Geburtshilfe- und Pflege-Personal, insbesondere wenn mit einer potenziellen extrauterinen Lebensfähigkeit des Feten gerechnet werden muss. Dann kommt ein Kind zur Welt, das eigentlich nicht gewollt wird. In diesem Fall steht die Ärztin oder der Arzt vor der Entscheidung, dieses Kind intensivmedizinisch zu behandeln oder es in Erwartung eines früh eintretenden Todes palliativmedizinisch zu versorgen und sterben zu lassen.

Um dieses Dilemma zu vermeiden, wird häufig der Fötus vor dem Einleiten der Geburt getötet. Diese

Praxis des Fetozids ist für alle Beteiligten außerordentlich emotional belastend und ethisch umstritten. Für die Schwangere verstärkt ihre Entscheidung, das Leben ihres ungeborenen Kindes aktiv beenden zu lassen, einen ohnehin krisenhaften Konflikt. Für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegenden ergeben sich besondere Probleme dadurch, dass sich intuitiv das Tötungsverbot für ein ungeborenes Kind nicht von dem für ein geborenes unterscheidet. Daher sind, wie zum Beispiel Befragungen in der Schweiz und Erfahrungen in Deutschland belegen, viele Kliniken nicht bereit, Abbrüche in einem Spätstadium der Schwangerschaft durchzuführen.³ Die Folge ist, dass sich diese Fälle auf wenige Kliniken und das dort beschäftigte Fachpersonal konzentrieren. Finden die Frauen keine Klinik in ihrer Nähe, lassen sie den Abbruch unter Umständen im Ausland vornehmen.

Im Folgenden sollen einige Aspekte der Entscheidungsdilemmata näher in den Blick genommen werden.

Einfluss der PND

Die Pränatalmedizin bietet zunehmend bessere Möglichkeiten an, den Embryo beziehungsweise Feten im Mutterleib zu untersuchen. Ein wachsendes Angebot der Pränataldiagnostik (PND) kommt dem Wunsch vieler Schwangerer entgegen zu erfahren, „ob ihr Kind gesund ist“. So ergab eine Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2006, dass etwa 70 Prozent der Frauen über die im Mutterpass vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen hinaus eine Fehlbildungsdiagnostik in Anspruch nahmen, ohne dass ein erhöhtes Risiko vorlag. Weiterhin ist durch den zunehmenden Altersdurchschnitt der Schwangeren mit einer wachsenden Inanspruchnahme vorgeburtlicher Untersuchungen zu rechnen.

Das Problem der Spätabbrüche entsteht, wenn sich an einen auffälligen Befund weitergehende, langwierige Untersuchungen anschließen. Des Weiteren entwickeln sich schwerwiegende Entwicklungs-

störungen oft erst im Verlauf der zweiten Schwangerschaftshälfte, die entsprechend spät diagnostiziert werden. In einigen Fällen ist nicht auszuschließen, dass den Ärztinnen und Ärzten, die die ersten Untersuchungen durchführen, die nötige Qualifikation fehlt und sie eine Entwicklungsstörung übersehen, die erst von spezialisierten Pränatalmedizinerinnen und -medizinern erkannt wird. Weiterhin können Auffälligkeiten der Fetalentwicklung größeren Veränderungen unterliegen und nicht zu allen pränatalen Befunden sichere Prognosen abgegeben werden. Eine Beratung der beteiligten Fachärztinnen und -ärzte kann sich bei unsicheren Prognosen über die 22. SSW hinaus erstrecken.⁴

Therapie- und existenzbezogene PND

Bei der Zielsetzung einer PND kann zwischen therapiebezogener und existenzbezogener PND unterschieden werden.⁵ Eine therapiebezogene PND kann dazu dienen, Entwicklungsstörungen bereits vor der Geburt zu erkennen, um Erkrankungen zu identifizieren, die intrauterin oder unmittelbar nach der Geburt behandelt werden können. Die PND dient somit nicht mehr ausschließlich der Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch, sondern liefert Erkenntnisse, die Behandlungsoptionen zur Heilung oder Linderung einer fetalen, krankheitsrelevanten Entwicklungsstörung eröffnen.⁶ Für die Eltern und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist damit die Hoffnung verbunden, geistige und körperliche Entwicklungsstörungen des Kindes durch eine fetale beziehungsweise frühzeitige Therapie weitgehend zu vermeiden. Ein zumeist interdisziplinäres fachärztliches Team hat die oftmals schwierige Aufgabe zu entscheiden, ob die vorliegende Auffälligkeit des Fetus einer aussichtsreichen Therapie zugänglich ist.⁷

Eine existenzbezogene PND richtet sich auf die Entscheidung zur Fortsetzung oder Beendigung der Schwangerschaft. Werden schwerste krankheitsrelevante Merkmale erkannt, fließen sie zumeist in die Entscheidung, eine Schwangerschaft abbrechen, ein.

Ethisch relevant ist die Frage, nach welchen Maßstäben die Schwere einer Erkrankung oder Behinderung beurteilt und wodurch „Zumutbarkeit“ bestimmt wird. Konflikthaft sind insbesondere diejenigen Fälle, bei denen die ärztliche Einschätzung der Schwere einer Erkrankung und den Therapiemöglichkeiten von derjenigen der Schwangeren beziehungsweise des Paares abweicht. Einerseits besteht ärztlicherseits die Verpflichtung, ungeborenes Leben zu schützen. Liegt nach ärztlicher Begutachtung beim Fetus eine weniger schwerwiegende, möglicherweise behandelbare Erkrankung vor, sind Arzt oder Ärztin nicht verpflichtet, eine medizinische Indikation zu stellen. Andererseits kann die Schwangere ihre Zustimmung zu einer fetalen Therapie verweigern beziehungsweise die Schwangerschaft abbrechen lassen, wenn sie plausibel darstellen kann, dass sie durch die Betreuung eines aus ihrer Sicht schwer behinderten Kindes körperlich und psychisch überfordert ist. In diesen Fällen wird die Schwangere häufig an andere Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Kliniken verwiesen.

Rechtliche Aspekte zum Schwangerschaftskonflikt

Ein Schwangerschaftsabbruch ist mit dem Töten des ungeborenen Kindes verbunden und daher verboten (§ 218 StGB). Der Schutz des ungeborenen Lebens wird hier dem des geborenen gleichgesetzt. Die Gesetzgebung und die gesellschaftlich weitgehend akzeptierte Praxis im Umgang mit Schwangerschaftskonflikten lassen die Schlussfolgerung zu, dass dem ungeborenen Kind zwar ein gewisser Schutz zugesprochen wird, dieser jedoch verschiedenen Abwägungen zugänglich ist. Die Gesetzgebung erkennt an, dass sich durch eine soziale Notlage (§ 218a Abs.1 StGB) und durch eine schwerwiegende Schädigung des Kindes Gesundheitsgefahren für die Frau (§ 218a Abs.2 StGB) ergeben und einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen können.

Dem Ermessen der Schwangeren sind jedoch Grenzen gesetzt. Sie sind abhängig von der Schwangerschaftsdauer, also dem Entwicklungs-

stand des ungeborenen Kindes. Bei einem gewünschten Abbruch bis zur 12. SSW besteht eine Pflicht zur psychosozialen Beratung. Die den Abbruch durchführenden Ärztinnen und Ärzte haben sich jedoch von den Gründen der Frau leiten zu lassen, insbesondere von denen, deren Beurteilung außerhalb ihrer medizinischen Kompetenz liegen.

Ab der 13. SSW ist eine medizinische Indikation erforderlich. Anlass für einen späten Abbruch sind in den meisten Fällen positive Befunde bei einer PND. Bei letzterem obliegt es der Ärztin /dem Arzt, aufgrund der eigenen fachlichen Kompetenz zu erkennen, ob durch die Geburt des Kindes eine schwere Beeinträchtigung der Gesundheit der Frau entstehen könnte.

De facto spiegeln sich in den unterschiedlichen strafrechtlichen Regelungen Abstufungen des Lebensschutzes wider. Im Zusammenhang mit der politischen Debatte zur Abschaffung von embryopathischen Indikationen führte der Medizinrechtler Hans-Georg Koch an, dass der Maßstab für den Schutz des Ungeborenen umso strenger sein werde, je mehr die Schwangerschaft sich ihrem Ende nähert. Das heißt, mit Fortschreiten der Schwangerschaft steigen für alle Beteiligten die rechtlichen und ethischen Begründungspflichten bei einem Schwangerschaftsabbruch.

Schwerwiegende Entscheidungen

Wird die Schwangerschaft ab etwa der 22. SSW p.c. durch Einleiten einer Geburt beendet, verstirbt das Kind bei Vorliegen schwerster Entwicklungsstörungen in der Regel während des Geburtsvorgangs. Es muss jedoch auch in Betracht gezogen werden, dass das Kind lebend zur Welt kommt. Wird erwartet, dass das Neugeborene kurzfristig nach der Geburt stirbt, entscheiden sich Schwangere beziehungsweise Paare in einigen Fällen nicht für einen Abbruch, sondern zum Austragen der Schwangerschaft. Es erleichtert ihnen, die Schwangerschaft emotional zu beenden und von dem Kind Abschied zu nehmen. Das setzt voraus, dass das Neugebo-

rene palliativ versorgt wird und die Mutter beziehungsweise die Eltern intensiv betreut werden. So hat beispielsweise das Perinatalzentrum der Berliner Charité als Alternative zum Schwangerschaftsabbruch ein Konzept zur „palliativen Geburt“ entwickelt.⁸ Wesentlicher Bestandteil dieses Konzepts ist die umfassende multidisziplinäre Beratung und psychologische Betreuung der Familie während der Schwangerschaft, der Geburt und danach.

Versorgungspflichten bei lebensfähigen Frühgeburten

In den vergangenen Jahrzehnten hat die PND vor allem durch die Weiterentwicklung der Ultraschall-diagnostik große Fortschritte gemacht, in dem eine fetale Fehlbildung oder Krankheit eingehender untersucht werden kann. Es können dennoch Unwägbarkeiten bei der Prognose über den individuellen Krankheitsverlauf und damit der Therapieplanung bestehen bleiben.

Wie schwierig eine Einschätzung sein kann, zeigt der Fall „Oldenburger Baby“, der vor rund zwanzig Jahren öffentlich diskutiert wurde und Anstoß gab für eine breite gesellschaftliche Diskussion der Spätabbruch-Problematik. Bei einer Frau wurde in der 26. SSW ein Abbruch nach medizinischer Indikation durchgeführt. Nach der Diagnose einer Trisomie 21 befand sich die Schwangere in einem desolaten psychischen Zustand und hatte mit Suizid gedroht, sollte ihr der Abbruch verweigert werden. Der diensthabende Arzt leitete eine vorzeitige Geburt ein. Doch trotz pränatal diagnostizierter schwerwiegender Behinderungen und Fehlbildungen kam das Kind wider Erwarten lebend zur Welt, anstatt wie erwartet während der Wehen zu versterben. In der Annahme des baldigen Todes wurde es in eine Decke gewickelt und beobachtet. Als es nach neun Stunden immer noch Lebenszeichen gab, verlegte man es auf die neonatologische Intensivstation. Zu den angeborenen Behinderungen kamen weitere, durch verspätete medizinische Behandlung entstandene, hinzu. Der Arzt wurde wegen unterlassener Hilfeleistung zu einer Geldstrafe verurteilt. Tim lebte 21 Jahre bei Pflegeeltern.⁹

Der Gesundheitszustand von Neugeborenen kann sich kurzfristig ändern. Das führt dazu, dass zunächst die Überlebenschancen beurteilt werden muss. Entsprechend der Einschätzung wird unter Umständen eine intensivmedizinische Versorgung begonnen. Die Behandlung muss jedoch immer wieder darauf hin überprüft werden, ob sie wirksam oder noch sinnvoll ist. Das bezieht auch die Entscheidung eines Behandlungsabbruchs mit ein. In diesen Situationen werden die beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger, aber auch die Paare vor komplexe Entscheidungen gestellt. In solchen Fällen wird das Vorgehen meistens in interdisziplinären Teams und nicht zuletzt mit den Eltern besprochen. Handlungsleitend dabei sind Fragen wie: Welche Schmerzen, Leiden oder seelische Belastungen des Kindes gehen mit einer Fortsetzung der Therapie einher? Welchen zukünftigen Nutzen wird das Kind von der Behandlung haben? Wird es lebenslang weitere intensive medizinische Versorgung benötigen? Wird es ein zufriedenes Leben führen können? Medizinische Fachgesellschaften haben Leitlinien zum Vorgehen bei der Behandlung von Frühgeburten entwickelt.¹⁰

Auch wenn die Überlebenschancen von Frühgeborenen verbessert werden, gibt es nach wie vor Grenzen bei der Behandlung extrem früh geborener Kinder. Sie behalten teilweise schwere Behinderungen zurück, haben schlechte Überlebenschancen. Aus Sicht der Bundesärztekammer sind weniger schwere Behinderungen kein Grund, lebenserhaltende Therapien vorzuenthalten oder eine Behandlung abzubrechen. Eine passive Sterbehilfe bei Neugeborenen ist ausschließlich bei schwersten Beeinträchtigungen gerechtfertigt, bei denen keine Aussicht auf Heilung bestehen, oder bei extrem unreifen Frühgeborenen, deren Sterben mit hoher Sicherheit abzusehen ist. Ärztinnen oder Ärzte können in diesen Fällen eine Behandlung nach „hinreichender Diagnostik und in Einvernehmen mit den Eltern“ abbrechen.¹¹

Fetozid

Um die geschilderten, durch die Geburt eines ungewollten Kindes entstehenden schwierigen Entscheidungen zu vermeiden, kann vor Einleiten der Geburt ein Fetozid durchgeführt werden. Dabei injiziert ein spezialisierter Arzt oder eine spezialisierte Ärztin unter Ultraschallkontrolle Kaliumchlorid, meistens in das Herz des Kindes, was zum alsbaldigen Herzstillstand führt. Um sicher zu gehen, dass der Fötus keine Schmerzen verspürt, werden manchmal über die Schwangere Schmerzmittel gegeben. Anschließend wird der Abbruch durchgeführt.

In Deutschland wurden im Jahr 2018 vom Statistischen Bundesamt 612 Fetozide ausgewiesen, davon 549 stationär.¹² Bei einem Gewicht oberhalb von 500 Gramm wird das Kind standesamtlich als Totgeburt erfasst. Im Auftrag der zuständigen Staatsanwaltschaft erfolgt eine rechtsmedizinische Leichenschau mit Ausstellung eines Totenscheins, wobei „nicht-natürlicher Tod“ anzugeben ist. Zahlreiche Kliniken orientieren sich in dem Verfahren am „Kieler Modell“.¹³ Danach ist grundsätzlich eine psychologische Betreuung der schwangeren Frau sicherzustellen. Daneben ist folgendes Vorgehen einzuhalten: Erhebung der medizinischen Befunde einschließlich der PND, Gespräche mit der Schwangeren beziehungsweise dem Paar zur Indikationsstellung nach §218a Abs. 2 StGB, Begründung für die medizinische Methode des Abbruchs, Einleitung notwendiger Schritte nach dem Abbruch wie Leichenschau und Fürsorge für die Mutter. Eine ausführliche Dokumentation des Verfahrens soll Entscheidungskriterien und -prozesse nachvollziehbar darstellen und so den verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten Rechtssicherheit bieten.

Doch der ethische Konflikt bei einem Fetozid geht über den rechtlichen Aspekt hinaus. Ein medizinisch beziehungsweise medizinisch-sozial indizierter Abbruch hat das Ziel, aktuellen und künftigen körperlichen und seelischen Schaden von der Frau abzuwenden. Der Tod des ungeborenen Kindes ist dabei eine unvermeidliche Folge. Bei einem Fetozid

wird der Tod durch einen direkten Eingriff bewirkt, um das Ziel des Abbruchs zu erreichen. Einerseits soll die Gesundheit der Frau wesentlich in die medizinische Indikationsstellung einbezogen werden. Andererseits haben die Indikation stellenden Ärztinnen und Ärzte mit zunehmender Dauer der Schwangerschaft den Schutzanspruch des ungeborenen Kindes zu vertreten.

Weigerungsrecht

Ein Schwangerschaftsabbruch kann im Widerspruch stehen zu individuellen religiösen, philosophischen oder politischen Überzeugungen. In diesem Fall können Beteiligte ihre Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen verweigern, es sei denn, es besteht eine nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung der Schwangeren (§ 12 SchKG).

Das Weigerungsrecht kann von einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb von Kliniken oder niedergelassenen Behandlungsteams in Anspruch genommen werden. Es weigern sich jedoch auch Kliniken, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, wenn diese ihrem Leitbild beziehungsweise dem der Trägerorganisation widersprechen.

In Bezug auf das ethische Kriterium der Autonomie treffen hier zwei konkurrierende Ansprüche aufeinander: der Respekt vor der Autonomie der Frau und der Respekt vor der moralischen Integrität des medizinischen Personals. Die Achtung der Autonomie einer Person beinhaltet die Anerkennung des Rechts, bestimmte Positionen zu vertreten, Entscheidungen zu treffen und gemäß ihrem Wertesystem zu handeln. Bei der Entscheidung, einen Abbruch durchzuführen oder ihn zu verweigern, spielt die Position zum Status des Embryos beziehungsweise Feten eine wesentliche Rolle.

Für diejenigen, die dem ungeborenen Kind einen absoluten Schutzstatus zusprechen, besitzt es bereits im frühesten Entwicklungsstadium die gleiche Würde wie ein geborenes Kind. Mit dieser

Position ist ein Schwangerschaftsabbruch auf Grund einer sozialen Notlage oder einer medizinisch-sozialen Indikation unvereinbar.

Mit der medizinisch-sozialen Indikation ist die Möglichkeit geschaffen, den moralischen Anspruch des ungeborenen Kindes auf Lebensschutz mit dem Anspruch der Frau auf Schutz ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit in Abwägung zu bringen. Das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren findet seinen Ausdruck in ihrer Freiheit, über medizinische Eingriffe in ihren Körper selbst zu entscheiden. Dieses beinhaltet ethisch – und nach ärztlicher Aufklärung, Information und schließlich medizinischer Indikation rechtlich legitimiert – die Entscheidung zum Abbruch einer Schwangerschaft. Um dieses Recht durchzusetzen, sind entsprechende medizinische Versorgungseinrichtungen vorzuhalten.

Das Weigerungsrecht wird international intensiv und kontrovers diskutiert. Für Befürwortende stellt das Weigerungsrecht die moralische Integrität einer Person sicher. Kritische Stimmen sehen in dem Weigerungsrecht eine Verletzung der moralischen ärztlichen und pflegerischen Behandlungspflicht und des Versorgungsauftrags. Es stehe im Widerspruch zum Recht der Patientin – hier der Schwangeren – auf medizinische Versorgung und Hilfe in ihrer Notlage. Die persönliche Moral habe somit Vorrang vor der professionellen Verantwortung gegenüber der Patientin. Zudem würden Frauen in der Gesundheitsversorgung diskriminiert, da nur sie von der Weigerung betroffen seien. Darüber hinaus könne die Weigerung zur Stigmatisierung der Schwangeren und der Behandelnden beitragen.¹⁴

Weiterhin wird diskutiert, wie die Versorgungssicherheit der Schwangeren gewährleistet werden kann, wenn die Zahl der Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Kliniken, die Spätabbrüche durchführen, ständig sinkt. Eine Übersichtsstudie über zahlreiche nationale Verfahren im Umgang mit dem Weigerungsrecht kommt zu dem Ergebnis, dass in

Nationen, in denen ein legaler Schwangerschaftsabbruch möglich ist, Frauen relativ gesichert Einrichtungen finden, die den Abbruch durchführen. Es kann allerdings zu lokalen Versorgungsengpässen kommen, die zudem unübersichtlich sind, da das Weigerungsrecht von Einzelnen in Anspruch genommen wird.¹⁵ Weiterhin ist sicherzustellen, dass diejenigen vor einer emotionalen Überforderung geschützt werden, die zusätzliche Abbrüche durchführen.

Verfahrensweisen für die klinische Praxis

Der Umgang mit Spätabbrüchen steht nicht selten im Zusammenhang mit dem Leitbild einer Klinik oder Organisation. Lehnen Ärztinnen, Ärzte oder Hebammen Spätabbrüche grundsätzlich ab, werden sie bevorzugt in einer Klinik mit konfessioneller Trägerschaft arbeiten.

Konflikte gibt es häufig in stationären oder ambulanten Einrichtungen, die Abbrüche nach Begutachtung individueller Fälle durchführen. Wenn dort eine medizinische Indikation mit der persönlichen Werthaltung unvereinbar zu sein scheint, ist sie nicht immer für alle Beteiligten nachvollziehbar. Zudem kann die Zahl der Spätabbrüche die psychische Belastbarkeit der Beteiligten übersteigen. Im Wesentlichen werden das Tötungsverbot und das professionelle Selbstverständnis sowie das Berufsethos „Nicht schaden, Gutes bewirken“ in Bezug auf das ungeborene Kind verletzt. Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte, aber auch die weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben dann das Gefühl, ihren eigenen moralischen Werthaltungen nicht gerecht werden zu können. Für die Institutionen stellt sich die Aufgabe, sich diesen Konflikten verantwortungsvoll zu stellen.

In Kliniken, die PND anbieten und Spätabbrüche durchführen, wird häufig präventiv ein Leitfaden entwickelt, der beispielhaft den konkreten Ablauf von einer auffälligen PND bis hin zur Trauerbegleitung der Eltern sicherstellen soll und der von allen Beteiligten mitgetragen werden kann. Beteiligte Fachkräfte betonen, wie hilfreich interdisziplinär



und multiprofessionell entwickelte Leitlinien sind, an denen neben den fachärztlichen Disziplinen auch die Geburtshilfe, die Pflege sowie Mitarbeitende aus Psychologie und Seelsorge mitgewirkt haben.¹⁶

Neben den im Gendiagnostikgesetz vorgesehenen fachärztlichen Konsilen etablieren manche Kliniken weitere interdisziplinäre Beratungsverfahren, in denen fachlich und ethisch unterschiedliche Positionen offengelegt und diskutiert werden können. Das sind ethische Fallbesprechungen oder Ethik-Konsile unter Beteiligung von Personen mit psychologischer, pflegerischer, geburtshilflicher und seelsorgerlicher Fachkompetenz oder/und interdisziplinäre Fallbesprechungen mit Beteiligung der psychosozialen Beratung und Einbeziehung der Schwangeren/des Paares.¹⁷ Diese ausführlichen und zum Teil sehr zeitaufwändigen Beratungsverfahren sollen es ermöglichen, medizinische, rechtliche und ethische Aspekte eines konkreten Falles möglichst umfassend zu sichten. Sie unterstützen die entscheidenden Ärztinnen und Ärzte in einer komplexen medizinischen, psychologischen und ethischen Gemengelage bei der Entscheidungsfindung. Darüber hinaus tragen sie dazu bei, dass der Entscheidungsprozess transparent und die ärztliche Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch nachvollziehbar wird.

Dabei darf nicht erwartet werden, Konsens unter den Beteiligten oder unter allen Mitarbeitenden einer Klinik über eine „gute“ oder „richtige“ Lösung herstellen zu können. Denn bei einer Entscheidung im Schwangerschaftskonflikt geht es immer um die Abwägung von Interessen zweier Leben. Dieses Dilemma gilt es auszuhalten und zu akzeptieren. Wie Erfahrungen zeigen, wird zwar die Ethikberatung als Verfahren grundsätzlich von allen Beteiligten als hilfreich empfunden.¹⁸ Dennoch führen individuelle Werthaltungen und moralische Bewertungen mitunter dazu, dass einzelne Fachkräfte an der Beratung nicht unmittelbar beteiligt sein möchten.¹⁹

Ausblick

Auf gesellschaftlicher Ebene werden die Möglichkeiten der PND allgemein als Fortschritt akzeptiert. Die ethischen Dilemmata als Folge wachsender medizinisch-technischer Diagnostik sollen hingegen möglichst auf privater, individueller Ebene – auf dem Aktionsfeld der Beratung – gelöst werden. Auch die Verantwortung – als Ausdruck der Autonomie infolge eines medizinischen Wissenszuwachses auf Seiten der Patientinnen und Patienten – wird auf die individuelle Ebene verlagert: zu den Schwangeren beziehungsweise Paaren.

Es ist jedoch eine Fehleinschätzung, von einer Entlastung der eingebundenen Professionen auszugehen. Wie sich am Beispiel der nicht-invasiven DNA-Diagnostik („Präna-Test“) zeigt, entwickelt sich die medizinisch-diagnostische Technik weiter und mit ihr die Komplexität der Folgenproblematik. Damit wächst der Bedarf an qualifizierter Beratung. Das grundsätzliche ethische Dilemma eines Schwangerschaftsabbruchs kann sie zwar nicht lösen. Aber Beratung kann zur Klärung einer komplexen Problematik und einer auch in Zukunft tragfähigen Entscheidung beitragen. Das gilt für die psychosoziale Beratung von Schwangeren beziehungsweise Paaren ebenso wie für ärztliche und interdisziplinäre Beratung im klinischen Kontext. ■

Dr. Christa Wewetzer ist Diplom-Biologin und promovierte in Public Health. Sie ist Autorin mehrerer Fachbücher und Beiträge zu ethischen Fragen der Pränataldiagnostik. Sie war als wissenschaftliche Referentin am Zentrum für Gesundheitsethik, Hannover, zuständig für Fragen der Human-genetik, Fortpflanzungsmedizin und Embryonenforschung

Literatur:

1 Die WELT „Beim Spätabbruch zählt nur die Gesundheit der Frau.“ www.welt.de/gesundheit/article158381728/Beim-Spaetabbruch-zaehlt-nur-die-Gesundheit-der-Frau.html

2 Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/?l=240:36944242D>

3 Nationale Kommission im Bereich der Humanmedizin, NEK, Stellungnahme 30/2bi018, Seite 9.

- 4 A. Luttkus (2017) Anspruch der Pränataldiagnostik in einem klinischen Setting. Erfahrungen aus Ostfalen. In: Cremer/Wewetzer (Hg.): Pränatale Diagnostik. Beratungspraxis aus medizinischer, psychosozialer und ethischer Sicht. Seiten 51–68. Campus Verlag.
- 5 C. Woopen (2001) Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. Bd.50, Seiten 695–703. https://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/2580/1/50.20019_2_43336.pdf_new.pdf
- 6 Zur Prognoseabschätzung s.: D. Singer (2012) Bundesgesundheitsblatt Bd.55, Seiten 568–575. https://www.researchgate.net/profile/Dominique_Singer/publication/221970338_Langzeitüberleben_von_Fruhgeborenen/links/0ddec52cb0f200dc60000000/Langzeitüberleben-von-Fruhgeborenen.pdf
- 7 A. Diemert u.a. (2012) Möglichkeiten und Grenzen der intrauterinen Chirurgie. Deutsches Ärzteblatt. Bd. 109(3), Seiten 603–608.
- 8 https://neonatologie.charite.de/ueber_die_klinik/palliativteam/
- 9 www.welt.de/vermischtes/article186713150/Oldenburger-Baby-Tim-mit-21-Jahren-gestorben.html
- 10 AWMF Frühgeborene an der Grenze zur Lebensfähigkeit. – Leitlinien-Register Nr. 024/019. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/024-019.html
- 11 Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt Bd. 108(7), Seite A348. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf
- 12 Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019. <http://www.gbe-bund.de/gbe10/!?!=240:36944242D>
- 13 R. Dettmeyer u.a. (2017) Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischer Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB – Daten aus der Praxis des „Gießener Modell“. Geburtshilfe Frauenheilkd. Bd. 77(04), Seiten 352–357. <https://thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0043-103461?articleLanguage=de>
- 14 C. Fiala, J. Arthur (2017) There is no defence for ‘Conscientious objection’ in reproductive health Care. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Bd. 216, Seiten 254–258. [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(17\)30357-3/pdf](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(17)30357-3/pdf). Siehe ebenso: W. Chavkin u.a.(2013) Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare. A white paper to examining prevalence, health consequences and policy responses. .I International Journal of Gynecology & Obstetrics Bd.123(3), Seiten S41–S56.
- 15 Profamilia (2017) Schwangerschaftsabbruch. Fakten und Hintergründe. Frankfurt. www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Schwangerschaftsabbruch/Hintergrund-Schwangerschaftsabbruch.pdf. Sowie: Nationale Kommission im Bereich der Humanmedizin, NEK, Stellungnahme 30/2bi018, Seite 9.
- 16 R.P. Möritz (2017). In: Cremer/Wewetzer (2017): Pränatale Diagnostik Seiten 81–94.

SCHWERPUNKT

Im Rahmen der Medizinischen Indikation: Der Schwangerschaftsabbruch bei Fehlbildungen und Erkrankungen des erwarteten Kindes

Dr. med. Helmut Heilbronner

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge können erhöhte Risiken für eine Chromosomenstörung oder für Fehlbildungen beim Kind festgestellt werden. Bei einem kleinen Teil der Fälle werden durch weiterführende Untersuchungen pathologische Befunde beim erwarteten Kind diagnostiziert.

Im Schock über einen solchen Befund, der ihre „gute Hoffnung“ jäh zerstört, erwägen viele betroffene Frauen, die Schwangerschaft im Rahmen der Medizinischen Indikation sofort abzubrechen – oft auch Frauen, für die ein Schwangerschaftsabbruch zuvor undenkbar war. In dieser extrem belastenden Situation gilt es, den Druck durch einfühlsame Begleitung zu verringern und Raum für Klärung und Entwicklung einer Perspektive zu schaffen.

Im Jahr 2016 wurden in Deutschland ca. 4 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen der Medizinischen Indikation durchgeführt.

Bei schätzungsweise zwei Dritteln der Fälle lag eine Erkrankung oder Fehlbildung des Kindes vor, in den restlichen Fällen Erkrankungen der Schwangeren selbst. Genaue Zahlen existieren nicht, da die jeweiligen Indikationen statistisch nicht erfasst werden.

Gesetzliche Vorschriften – Rückblick

In der BRD wurde in den 1970er Jahren bei der Reform des § 218 – neben der Medizinischen Indikation bei Erkrankung der Schwangeren – die Straffreiheit des Abbruchs im Rahmen einer „embryopathischen Indikation“ geregelt, also bei Erkrankungen des Kindes. Dafür wurde eine zeitliche Begrenzung bis zum Ende der 24. Schwangerschaftswoche (SSW) festgelegt, zusätzlich die Indikationsstellung durch eine/n Ärzt*in, die Pflichtinformation über eine unabhängige psychosoziale Beratung und eine Wartezeit von drei Tagen bis zum Abbruch der Schwangerschaft.

In der DDR schloss die Medizinische Indikation eine embryopathische Indikation mit ein.

Nach der Wiedervereinigung war eine neue, gemeinsame gesetzliche Regelung notwendig, sie trat 1995 in Kraft. Auf Druck der Kirchen und der Behindertenverbände, die in einer gesonderten embryopathischen Indikation eine Diskriminierung sahen, wurde diese abgeschafft und unter die Medizinische Indikation subsumiert. Hierbei wurde in Kauf genommen oder übersehen, dass damit auch die zeitliche Begrenzung bis zum Ende der 24. SSW, die Verpflichtung zur Aufklärung über das Angebot einer freiwilligen psychosozialen Beratung und die dreitägige Wartezeit vor dem Abbruch entfielen. Im Jahr 2010 wurde dies durch die Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz und durch die Vorschriften im Gendiagnostikgesetz korrigiert.

Heutige Situation

Im Gendiagnostikgesetz ist festgelegt, welche Anforderungen bei einer genetischen Diagnostik einzuhalten sind: Arztvorbehalt; Aufklärung; Einwilligung und Widerrufsrecht; Mitteilung der Untersuchungsergebnisse durch entsprechend qualifizierte Ärzt*innen; pränatale Untersuchung nicht auf Erkrankungen, die erst nach dem 18. Lebensjahr ausbrechen; Befundmitteilung.

Im Schwangerschaftskonfliktgesetz wurde bezüglich der pränatalen Diagnostik eingefügt, dass

- die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Informationsmaterial zum Leben mit einem geistig/körperlich behinderten Kind erstellt,
- ein Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung besteht
- Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Behindertenverbänden ausgehändigt werden müssen.

Es wurden außerdem Vorschriften zur Befundmitteilung eingefügt, zur ergebnisoffenen Beratung und zur anschließenden dreitägigen Wartezeit.

Im Jahr 2005 wurde vom pro familia Bundesverband eine sehr lesenswerte Darstellung der Probleme des Spätabbruchs von Helga Seyler publiziert. Diese wird hier um die Änderungen durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz und das Gendiagnostikgesetz aus dem Jahr 2010 ergänzt und erweitert.

Die „Medizinische Indikation“

In Absatz 2 des §218a im Strafgesetzbuch lautet der Text:

„Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Damit ist der Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Medizinischen Indikation nicht strafbar und die Kosten werden von den Krankenkassen getragen.

Die Indikationsstellung stützt sich vor allem darauf, dass sich aus der zukünftigen Betreuung eines betroffenen Kindes eine schwerwiegende Belastung für den seelischen Gesundheitszustand der Schwangeren ergeben würde. Somit liegt die Begründung für einen Schwangerschaftsabbruch nicht in der diskutierten Fehlbildung oder Behinderung des erwarteten Kindes, sondern allein in der sich daraus ergebenden Belastung der Schwangeren.

Diskutiert werden muss aber auch, ob ein Austragen des Kindes mit anschließender Adoptionsfreigabe für die Schwangere in Frage kommt. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die leiblichen Eltern unterhaltspflichtig bleiben, wenn eine Adoption nicht zustande kommt. Wächst das Kind in einer Pflegefamilie auf, können für die leiblichen Eltern erhebliche Unterhaltszahlungen entstehen.

Prinzipiell kann eine Bescheinigung über das Vorliegen einer Medizinischen Indikation durch jede Ärzt*in bescheinigt werden; allerdings müssen die Vorgaben des Schwangerschaftskonfliktgesetzes eingehalten werden.

Alle beteiligten Berater*innen müssen die Schwangere neutral und ergebnisoffen beraten.

Ablauf des Verfahrens

Vor Beginn einer pränatalen Diagnostik muss die Schwangere dieser zustimmen. Dafür muss sie aufgeklärt werden über

- die Risiken der Untersuchung und gegebenenfalls eines Eingriffs
- deren möglichen Ergebnisse
- die sich daraus ergebenden Entscheidungsprobleme.

Bei genetischen Untersuchungen (NIPT, Fruchtwasseruntersuchung, CVS, DNA-Untersuchungen) muss die Aufklärung durch eine/n entsprechend qualifizierte/n Ärzt*in erfolgen. Diese/r Ärzt*in muss die Schwangere auch über das Ergebnis infor-

mieren und gegebenenfalls andere Fachärzt*innen zur Beratung beiziehen.

Oft wird es so gehandhabt, dass die untersuchenden Ärzt*innen die Schwangere nach der Befundmitteilung zur Beratung an Humangenetiker*innen überweisen. Auch diese werden je nach Krankheitsbild weitere ärztliche Fachdisziplinen (Kinderneurologie, Kinderchirurgie, Herzchirurgie usw.) zur Beratung beiziehen.

Im Rahmen dieser Gespräche soll eine psychosoziale Beratung, zum Beispiel bei einer pro familia Beratungsstelle, angeraten werden. Idealerweise wird dieser Beratungstermin mit Zustimmung und in Anwesenheit der Schwangeren direkt, gegebenenfalls telefonisch, vereinbart.

Dieser Beratungskontakt ist auch für die weitere psychosoziale Begleitung der Frauen wichtig; unabhängig davon, ob es um eine Trauerbegleitung nach Schwangerschaftsabbruch geht oder um die Begleitung bei der Geburt eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen oder Erkrankungen oder um die palliative Sterbebegleitung des Kindes.

Eine Indikationsbescheinigung kann frühestens nach Ablauf von drei Tagen nach dem Beratungsgespräch ausgestellt werden. Diese dreitägige Wartefrist entfällt nur, wenn unmittelbar Gefahr für das Leben der Mutter besteht.

Erfahrungsgemäß ist für dieses Verfahren meist eine Woche Zeit ab Mitteilung eines pathologischen Befundes einzuplanen. Bei der Entwicklung dieses aufwändigen Beratungsverfahrens war es das Ziel der Gesetzgeber*in, dafür Sorge zu tragen, dass Schwangere keine unüberlegten Entscheidungen für einen Abbruch fällen.

Allgemeine und besondere Aspekte der ärztlichen Beratung im Rahmen der Pränatalen Diagnostik

Zunächst ist voranzuschicken, dass bei den Beratungen zumeist die Ehemänner oder Partner anwesend sind. Sie können sich in ihren Befürchtungen und Ängsten in besonderer Weise einbringen und die Entscheidungen der Schwangeren stark beeinflussen.

Bei der Aufklärung über die beim Feten vorliegende Erkrankung müssen der Befund, das klinische Erscheinungsbild, die Prognose und die therapeutischen Möglichkeiten neutral dargestellt werden. Prinzipiell können auch mögliche seltene Komplikationen und schwierige Krankheitsverläufe nicht verschwiegen werden. Es ist oft schwer, ängstlichen Paaren ein realistisches Bild bezüglich der Häufigkeit solch seltener Komplikationen zu vermitteln.

Von Seiten der Berater*innen soll die Beratung vor und nach pränataler Diagnostik ergebnisoffen und neutral sein. Sie sollen die Schwangere also weder bewusst noch unbewusst bei ihrer Entscheidung für das Austragen der Schwangerschaft oder für einen Schwangerschaftsabbruch beeinflussen.

Dies kann nur gelingen, wenn die Berater*innen ihre eigenen Einstellungen zuvor reflektieren. Denn Arzt*innen haben beispielsweise oft prägende Erfahrungen mit leichten oder besonders schweren Verläufen gemacht, die sie in der Beratung beeinflussen könnten.

Zudem sollen die beratenden Arzt*innen – unabhängig von den manchmal übersteigerten Ängsten der Paare – beurteilen, ob die erwartete Erkrankung des Kindes mit einer „schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren“ einhergeht. Hierbei ist es wichtig, die Ängste und Sorgen der werdenden Eltern ernst zu nehmen und sie realistisch mit der ärztlichen Einschätzung abzugleichen.

Selten erfordern besondere Probleme (zum Beispiel Befunde, die bezüglich ihrer Bedeutung und Prognose nicht sicher zu beurteilen sind, wie zum Beispiel eine große Omphalozele in der Frühschwangerschaft) mehrere Beratungsgespräche und das Einholen einer Zweitmeinung.

Am Ende des Entscheidungsprozesses wird man den Ängsten und Befürchtungen des Paares besonderes Gewicht beimessen. Eine schwierige Situation kann entstehen, wenn die Paare, zum Beispiel auf Grund differierender moralischer Einstellungen, zu keiner gemeinsamen Entscheidung kommen können. Ausschlaggebend ist natürlich die Entscheidung der Schwangeren.

Einige Paare entscheiden sich – auch und gerade bei sehr schwerwiegenden Krankheitsbildern des Kindes – nicht zum Abbruch der Schwangerschaft. Selbst dann nicht, wenn es zum intrauterinen Fruchttod kommen kann. Oder wenn nicht mit dem längerfristigen Überleben des Kindes nach der Geburt zu rechnen ist – zum Beispiel bei Trisomie 13 oder 18 mit schwerem Herzfehler und erheblicher, früher Wachstumsretardierung oder thanatophorer Dysplasie. Diese Paare wollen den natürlichen Verlauf abwarten und wünschen sich eine palliative Begleitung beim Sterben des Kindes nach seiner Geburt. Dieses Vorgehen muss mit den Eltern ebenso wie der Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs besprochen werden.

Allen Paaren muss am Ende des Gesprächs deutlich gemacht werden, dass die Aussagen über eine diagnostizierte Erkrankung des erwarteten Kindes nicht ausschließen, dass bei ihm auch andere, nicht mit den angewandten Untersuchungstechniken erkennbare Krankheiten vorliegen können.

Die an den Untersuchungen und Beratungen beteiligten Arzt*innen müssen bei der Betreuung in einem engen Verbund arbeiten. Durch feste Absprachen sollten in die Pränatale Diagnostik auch niedergelassene Arzt*innen und Kliniken ein-

gebunden sein, die den Schwangerschaftsabbruch nach Indikationsstellung durchführen.

Sinnvoll ist es, hierfür Qualitätszirkel zu etablieren, bei denen sich alle Beteiligten regelmäßig treffen, um die Kooperation zu verbessern und besonders problematische Fälle zu diskutieren. Solche Qualitätszirkel sind an einigen Orten schon seit Jahren etabliert, wie etwa in Stuttgart, wo seit zehn Jahren ein vom Sozialministerium des Landes geförderter interprofessioneller Qualitätszirkel als „Informations- und Vernetzungsstelle Pränataldiagnostik“ arbeitet.

Da die den Abbruch durchführenden Ärzt*innen/Kliniken zu einer eigenständigen Prüfung der Indikationsstellung verpflichtet sind, sollten sie von den beratenden Ärzt*innen möglichst nicht weisungsabhängig sein.

Alle ärztlichen Beratungen müssen von den Ärzt*innen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften schriftlich dokumentiert werden. Der Bericht zum Beratungsgespräch zum Schwangerschaftsabbruch und die vorgeschriebenen Aufklärungsinformationen der BZgA müssen der Schwangeren gegen Unterschrift ausgehändigt werden. Diese gesetzlichen Vorschriften müssen unbedingt eingehalten und in den Patientinnenakten aufbewahrt werden, denn es ist damit zu rechnen, dass es gelegentlich – zum Beispiel nach Anzeigen von Abbruchsgegner*innen – zu staatsanwaltlichen Ermittlungen kommen kann.

Methodik des Schwangerschaftsabbruchs nach Pränataler Diagnostik

Der Verlauf der Pränatalen Diagnostik führt dazu, dass der Schwangerschaftsabbruch zumeist nach der 12. Embryonalwoche durchgeführt wird. Weiterhin führt die fehlende zeitliche Begrenzung dazu, dass auch Abbrüche bei prinzipiell lebensfähigem Kind jenseits der vollendeten der 21. SSW durchgeführt werden.

In Deutschland werden von den Ärzt*innen – je nach medizinischer Situation und persönlicher Erfahrung – unterschiedliche Methoden angewandt :

1. Instrumentelle Absaugung in Vollnarkose, gegebenenfalls mit voran gehendem Priming durch Prostaglandine oder nach Einlegen von quellenenden Laminarstiften über Nacht. Diese Methode kann auch ambulant durchgeführt werden und wird von einigen Ärzt*innen bis zur 16. Woche p.c. angewandt.
2. Einleitung der Ausstoßung des Feten mit anschließender Ausschabung nach vorangehender (manchmal mehrtägiger) Prostaglandinegabe (vaginal oder oral), hierfür ist in der Regel ein stationärer Aufenthalt der Patientin notwendig.
3. Primär medikamentöser Abbruch durch ambulante Mifegyne®-Gabe und stationäre oder ambulante Einleitung der Ausstoßung durch Prostaglandine und anschließende Ausschabung bei unvollständig ausgestoßener Plazenta.

Ärztlicherseits besteht Konsens darüber, dass bei Schwangerschaftsabbrüchen jenseits der vollendeten 20. Woche p.c. ein Fetozid vorangehen sollte, um die Geburt eines Kindes mit Lebenszeichen zu vermeiden. Dieser Eingriff stellt eine besondere psychische und auch moralische Belastung für die Schwangere, ihren Partner, die den Eingriff durchführenden Ärzt*innen und die mitwirkenden medizinischen Mitarbeiter*innen dar.

Nicht alle Kliniken, die Spätabbrüche durchführen, sind bereit, einen Fetozid anzubieten. Dies führt dazu, dass Überweisungen an die wenigen Kliniken, die Fetozide durchführen, zunehmen. Diese Kliniken sind daher überlastet und fühlen sich als überörtliche Dienstleister für die Durchführung eines Fetozids missbraucht. Sie fordern, nachvollziehbarerweise, dass diese Aufgabe, die im Rahmen der

medizinischen Indikation geleistet werden muss, auch von weiteren Kliniken verbindlich übernommen wird.

Der medikamentös eingeleitete Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne® scheint sich in den letzten Jahren in Deutschland bei Spätabbrüchen vermehrt durchzusetzen, da diese Methode für die Frauen schonender ist. Allerdings scheint es bei dieser Methode auch schon in der 16. bis 20. Woche p.c. zur Ausstoßung eines Fetus zu kommen, bei dem Lebenszeichen (Pulsationen der Nabelschnur, einzelne Atemzüge) zu beobachten sind. In diesen Fällen muss eine Lebendgeburt dokumentiert werden. Hierdurch kann es zu erheblichen Irritationen der Paare und des begleitenden medizinischen Personals kommen.

Es ist daher sinnvoll zu prüfen, ab welchem Zeitpunkt beim Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Medizinischen Indikation ein Fetozid durchgeführt werden sollte. Oder ob ein früherer Zeitpunkt zu empfehlen ist, gerade weil dafür keine allgemein verbindlichen Regeln erstellt werden können.

Die Begrifflichkeiten lassen sich wie folgt definieren :

Frühabort:	vor der 12. SSW p.m.
Spätabort:	nach der 12. SSW p.m., unter 500 g Geburtsgewicht
Totgeborenes:	ab 500 g Geburtsgewicht, ohne Lebenszeichen
Frühgeborenes	vor der 37. SSW p.m. mit Lebenszeichen oder Totgeborenes ab 500 g Geburtsgewicht
Reifgeborenes	ab der 37. SSW p.m. unabhängig von Gewicht oder Zustand:

Nach den AWMF-Leitlinien „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“

- ... besteht für Feten, die vor der 22. SSW p.m. geboren werden, bis auf Einzelfälle keine reelle Möglichkeit, diese am Leben zu halten. Diesbezügliche medizinische Maßnahmen sind daher in der Regel als aussichtslos einzustufen.

- ... können Frühgeborene, die ab der 22. SSW p.m. geboren werden, mit zum Teil erheblicher Morbidität überleben, ohne dass Aussagen zum Langzeitverlauf möglich sind. Eine primär auf Lebensverlängerung dieser Kinder zielende Behandlung soll nur auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern und nach ausführlicher interdisziplinärer Beratung im vollen Bewusstsein der hohen Risiken erfolgen. Den Eltern sind die Möglichkeiten einer palliativen Therapie zu erläutern.
- ... steigt in der 24. SSW p.m. die Überlebenschance behandelter Frühgeborener in spezialisierten Zentren auf über 50 Prozent an. Hierbei muss natürlich bedacht werden, dass sich diese Angaben auf Frühgeborene beziehen, bei denen keine angeborenen Fehlbildungen und Erkrankungen vorliegen.

Sinnvoll erscheint es vor diesem Hintergrund, schon ab dem Beginn der 21. SSW p.m. einen Fetozid vor dem Schwangerschaftsabbruch in Erwägung zu ziehen.

Kommt es beim Abbruch bis zur 20. SSW zum Nachweis von Lebenszeichen und liegt somit eine Lebendgeburt vor, so sollte erwogen werden, das Kind bei seinem Sterben in den Räumlichkeiten der Geburtsklinik zusammen mit den Eltern palliativ zu begleiten.

Sollten sich die Eltern eines Kindes mit letaler Erkrankung zum weiteren Austragen entscheiden und kommt es dann zur Frühgeburt, so müssen der Ort und das weitere palliative Vorgehen mit den Eltern und der betreuenden neonatologischen Abteilung vorab besprochen werden.

Die im Vorfeld der Indikationsstellung eingebundenen psychosozialen Berater*innen können dem Paar eine Trauerbegleitung anbieten. Ja nach Region können sich die Paare auch an andere Stellen wenden. In Stuttgart bietet zum Beispiel der evangelische „Hospitalhof“ Gesprächsgruppen für betroffene Frauen und Männer zur „Trauer nach Schwangerschaftsabbruch“ an.

Bestattung

Die Beurkundung einer Geburt oder Totgeburt ist im Personenstandsgesetz und in der Personenstandsverordnung für die BRD geregelt; die Bestattung in den Bestattungsgesetzen der Bundesländer. Dort bestehen zwar ähnliche, aber doch auch unterschiedliche Regelungen.

Im Personenstandsgesetz ist die Unterscheidung zwischen einer Lebendgeburt, einer Totgeburt und einer Fehlgeburt festgelegt. Wenn eine Lebend- oder Totgeburt personenstandsrechtlich angezeigt wird, führt dies zum Anrecht auf Hebammenhilfe und gegebenenfalls Mutterschutz. Wird die Behörde nicht umgehend zum Tod des Kindes benachrichtigt, so erhält die Entbundene möglicherweise von verschiedenen Seiten Glückwunschscheine zur Geburt.

In Baden-Württemberg legt das Bestattungsgesetz in §30, Absatz 3, fest: „Jede aus einem Schwangerschaftsabbruch stammende Leibesfrucht (Ungeborenes) gilt als Fehlgeburt ...“. Wenn nicht mindestens ein Elternteil eine individuelle Bestattung (auf eigene Kosten) wünscht sind „sind Fehlgeburten und Ungeborene von den Einrichtungen unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten. Die Kosten hierfür trägt der Träger der Einrichtung.“

Diese Vorschrift gilt somit für alle „Leibesfrüchte“, unabhängig davon, ob es sich um Fehlgeburten, Tot- oder Lebendgeburten nach einem Schwangerschaftsabbruch handelt. Alle Frauenkliniken und Schwangerschaftsabbruch-Praxen beteiligen sich an der regionalen Sammlung von Fehlgeburten zur Feuerbestattung. Die Informationen zum Ort der „Sammelgrabstätte der Kleinsten der Kleinen“ und die jeweiligen Beisetzungstermine sollten den Frauen bei der Entlassung aus der Klinik beziehungsweise Praxis schriftlich mitgegeben werden.

Wenn Eltern ein Kind verlieren, ist nicht zwingend von Bedeutung, ob es sich um einen spontanen Spätabort, einen späten Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der medizinischen Indikation oder um

eine Totgeburt handelt. Wenn sie ein Kind verlieren, auf das sie sich gefreut haben, müssen sie die Gelegenheit erhalten, das Kind anzuschauen, um sich in einer für sie angemessenen Weise verabschieden zu können. Hierzu kann, wenn dies gewünscht wird, auch eine Betreuung durch die Klinikseelsorge einbezogen werden. ■

Endnoten:

1 Seyler, Helga: Schwangerschaftsabbrüche nach dem ersten Trimenon; pro familia Familienplanungsrundbrief, Nr. 13, Mai 2005.

2 Saling, E, Schreiber, M: Allgemeines zu Früh und Fehlgeburten, www.saling-institut.de/german/04infoph/01allg.html

3 AWMF- Leitlinien-Register Nr. 024/019: Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit, Letzte Überarbeitung 4/2014.

4 Initiative REGENBOGEN: „Glücklose Schwangerschaft“ e.V.; Länderspezifische Bestattungsgesetze (BstG); <http://initiative-regenbogen.de/bestattungsgesetze.html>

5 Personenstandsverordnung – PStV: § 31 Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt:

(1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.

(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn

1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder
2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde, im Übrigen als Fehlgeburt. Eine Fehlgeburt wird nicht im Personenstandsregister beurkundet.

zitiert nach: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz; Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes; www.bmjv.de/DE/Startseite/Startseite_node.html:

6 Bestattungsgesetz Baden-Württemberg: § 30, Absatz 2 und 3: www.landesrechtbw.de/jportal/?quelle=jlink&query=BestattG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-BestattGBWV12P31

SCHWERPUNKT

Fragen an eine Klinikärztin

Interview

Frau Dr. N*, Sie sind Oberärztin in der Gynäkologie einer größeren deutschen Klinik. Seit 2005 haben Sie Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbrüchen nach dem ersten Trimenon aufgrund auffälliger pränatal-diagnostischer Befunde. Sie haben seither sehr viele Frauen dabei begleitet. Warum möchten Sie als Expertin nicht namentlich genannt werden?

Insgesamt sehe ich gesellschaftlich sehr großen Raum für Kritik gegen Schwangerschaftsabbrüche. Gegen Schwangerschaftsabbrüche ganz allgemein. Mit zunehmendem Schwangerschaftsalter und möglicher Lebensfähigkeit des Feten wird das Thema nicht leichter. Da eine sachliche Debatte im aktuellen gesellschaftlichen Klima schwierig ist, möchte ich die Probleme für meine Klinik nicht vergrößern.

Können Sie uns die Problematik an einem konkreten Beispiel erläutern?

Wir haben zunehmend Patientinnen, die erst im zweiten Trimenon eine Schwangerschaftsunterbrechung wünschen. Vorher ist oft noch nicht klar, ob oder welche Schädigung oder Fehlbildung vorliegt. Nehmen wir folgenden Fall: Eine Frau wünscht eine Interruptio in der 21. Schwangerschaftswoche. Zugrunde liegt ein komplexer Herzfehler beim Fetus, der prinzipiell behandelbar und operabel wäre, jedoch mit eingeschränkter Belastbarkeit und möglicherweise auch verkürzter Lebensprognose einherginge.

Die Frau wurde von uns und von der Kinderklinikseite mehrfach gemeinsam aufgeklärt. Auch eine

Vorstellung an einem operativen Zentrum erfolgte. Letztendlich hatte sie sich gegen das Austragen der Schwangerschaft entschieden.

Sie bekam bei uns Mifegyne. Zwei Tage später hat sie das Kind geboren. Lebend. Der anwesende Assistenzarzt informierte die Kinderklinik. Glücklicherweise hat diese der Frau und dem Kind palliativmedizinisch beigegeben.

Stellen Sie sich das vor: Die Frau wurde weder in der psychosozialen Beratung, noch in unserer Klinik über die Möglichkeit einer Lebendgeburt aufgeklärt. Sie hatte weder ihren Arbeitgeber, noch Teile ihrer Familie über die Schwangerschaft informiert, denn sie befand sich schon seit der 13. SSW in Pränataldiagnostik. Doch bis aus dem anfänglichen Verdacht die endgültige Diagnose wurde, verging viel Zeit.

Sie hatte sich zwar für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden, doch wenn es sich um eine Lebendgeburt handelt, greifen – je nach Krankenkasse – Regelungen wie zum Beispiel Mutterschutz. Oder – je nach Bestattungsgesetz des Bundeslandes – besondere Bestattungsregeln. Im vorliegenden Fall wurden entsprechende bürokratische Verfahren aktiviert und der Arbeitgeber erfuhr von der Geburt. Der Wunsch der Frau nach Autonomie, Schutz und Diskretion war in keiner Weise gewahrt.

Für das kurz nach der Geburt verstorbene Kind hatten wir zunächst eine Bestattung in unserem Schmetterlingsgrab vorgesehen.

Was ist ein Schmetterlingsgrab?

Schmetterlingskinder heißen manchmal auch Sternenkinder oder Engelskinder. Immer geht es um Kinder, die früh, manchmal schon im Mutterleib, verstorben sind. Bei Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüchen oder auch (in einzelnen Bundesländern) bei Totgeburten besteht Bestattungspflicht und hierfür muss die Klinik (beziehungsweise Praxis) die Kosten tragen, wenn die Eltern keine individuelle Bestattung auf eigene Kosten

**Frau Dr. N ist der Redaktion persönlich bekannt. Wir folgen ihrem Wunsch nach Anonymität.*

wünschen. Diese Sammel-Grabstellen nennt man häufig „Schmetterlingsgrab“.

In dem geschilderten Fall musste die Mutter das verstorbene Kind jedoch abholen lassen, um es selbst zu bestatten. Denn per Definition handelte es sich um eine Lebendgeburt, weshalb das Kind laut Personenstandsgesetz zu bestatten war.

Es war schrecklich. Die Frau war so verzweifelt und völlig überfordert mit der Situation. Denn über die Möglichkeit einer Lebendgeburt und die damit verbundenen Konsequenzen war sie von keiner Seite aufgeklärt worden.

Stellen sich alle Fälle so oder ähnlich dar?

Im Prinzip ähneln sich die Fälle. Es kommt immer darauf an, in welchem Schwangerschaftsalter sich die Frau befindet. Je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist, desto schwieriger wird es, eine Klinik zu finden, die den Spätabbruch durchführt.

Bis zur 20. Schwangerschaftswoche führen noch einige Kliniken Abbrüche durch. Ab der 21. Woche wird es zunehmend schwieriger, entsprechende Kliniken zu finden, da es zu einer Lebendgeburt kommen kann – mit allen Konsequenzen.

Welche Konsequenzen meinen Sie?

Beispielsweise muss bei einer Lebendgeburt eines extrem frühgeborenen Kindes an der Grenze zur Lebensfähigkeit eine Kinderklinik eingebunden werden. Denn die primäre Aufgabe bei lebendgeborenen Kindern ist die Lebenserhaltung. Eine palliative Begleitung bei pränatal diagnostizierten lebensbegrenzenden Erkrankungen oder Fehlbildungen muss vorher gut abgesprochen werden, so dass therapeutische Interventionen unterblieben.

**Anmerkung der Redaktion: In einzelnen Bundesländern (zum Beispiel Baden-Württemberg) gibt es bezüglich eines Schwangerschaftsabbruchs nach Pränataler Diagnostik auch bei Geburten von Kindern mit Lebenszeichen – im Rahmen der Medizinischen Indikation abweichende Regelungen.*

Auch die psychosoziale Vorbereitung der Schwangeren, sich möglicherweise von einem lebendgeborenen Kind verabschieden zu müssen, muss bedacht werden.

Steht auf dem Totenschein „Lebendgeburt“ und „unnatürliche Todesursache“, muss die Klinik sich auf Kontakt zur Kriminalpolizei einrichten – und auf eine detaillierte Prüfung der Akten.

Erfolgt ein Eintrag ins Personenstandregister, werden die Krankenkasse und der Arbeitgeber informiert. Dabei ist gar nicht klar geregelt, ob in solchen Fällen der Mutterschutz greift.

Nicht zuletzt ist auch die Bestattungssituation bundesweit nicht einheitlich geregelt. Bei Fehlgeburten hat die Klinik die Bestattungspflicht, dann greifen Ländergesetze, die die Bestattung regeln. Bei lebendgeborenen Kindern gilt jedoch Bundesrecht und damit das Personenstandsgesetz, nach dem das Kind zu bestatten ist. Die Einzelheiten der Bestattung sind aber durch die Bestattungsgesetze der Bundesländer zum Teil erheblich unterschiedlich geregelt.

Einen Fetozid führen nur wenige Kliniken in Deutschland durch.

Warum ist ein Fetozid so problematisch?

Es finden sich ja schon innerhalb der Beratungsregelung immer weniger Ärztinnen und Ärzte, die eine Interruptio durchführen. Bei fortschreitendem Schwangerschaftsalter wird das nicht leichter.

Bei einem Fetozid wird der Fötus im Mutterleib getötet. Unter Ultraschallsicht wird mit einer Spritze durch die Bauchdecke meist Kaliumchlorid in die Plazentagefäße oder ins Herz des Fötus appliziert. Das führt zum Herzstillstand beim Fötus.

Das sind für die betroffenen Frauen und Paare also erhebliche Belastungen. Wir wollen noch einmal auf die ärztliche Seite schauen: welchen Herausforderungen begegnen Sie als Ärztin?



Ich stehe hinter der Pränataldiagnostik, bin aber betroffen vom Umgang mit Frauen, die sich für einen späten Abbruch entscheiden. Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen ist für mich schwer. Es wäre leichter, wenn wir mehr Kolleginnen und Kollegen hätten, auf die sich die Abbrüche verteilen.

Warum würde es helfen, wenn es mehr ÄrztInnen gäbe?

Die Verantwortung, einen Abbruch zu indizieren, ist sehr groß. Damit können einzelne Menschen schnell überfordert sein. Daher wünsche ich mir deutschlandweit so etwas wie „Fetal Boards“. Also Fachgruppen, die an klinische Ethikkomitees angeschlossen werden, und die die Verantwortung auf breitere Schultern legen können.

Außerdem müssen mehr Kliniken in die Abbrüche einbezogen werden. Es kann nicht sein, dass einige wenige Kliniken und Kreißsäle Fetozide und späte Abbrüche aus mehreren Bundesländern betreuen müssen. Die Ärztinnen und Ärzte, die Hebammen und das Pflegepersonal brauchen auch die Unterstützung aus dem psychosozialen und seelsorge-rischen Bereich.

Ich verstehe jeden, der einen späten Schwangerschaftsabbruch inakzeptabel findet. Aber ich finde es unethisch, wenn wir die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik zunehmend nutzen und diese teilweise auch von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird – aber niemand die Konsequenzen dieser Diagnostik tragen will.

Wir müssen davon ausgehen, dass der technische Fortschritt in der Pränataldiagnostik die Problematik verschärft: Je mehr Missbildungen, Krankheiten etc. sich diagnostizieren lassen, umso häufiger wird sich die Frage nach dem Umgang damit stellen. Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Ich denke, wir müssen uns auf ein deutschlandweites Vorgehen einigen. Wobei jede Klinik selbst überlegen wird, bis wohin sie mitgehen möchte. Aus meiner Sicht müssen ethische Klinikkomitees

in den Entscheidungsprozess mit eingebunden werden.

Es müssen sich auch mehr Kliniken bereit erklären, späte Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Fetozide dürfen nicht nur an vereinzelt, schwer zu findenden Standorten durchgeführt werden.

Da Kinder lebend zur Welt kommen können, wenn kein Fetozid voraus geht, bedarf es auch hier eines einheitlichen Vorgehens. Wo wird das Kind bestattet? Steht der Frau Mutterschutz zu? Es muss bundeseinheitliche Regelungen dazu geben.

Die Folgen der Gesetzeslücken und der allgemeinen Sprachlosigkeit bei dieser Thematik dürfen jedenfalls nicht weiterhin auf dem Rücken der Schwangeren und des Klinikpersonals ausgetragen werden. ■

WEITEREFÜHRENDE LINKS

NIPT in der GKV

Rund drei Jahre hat der Gemeinsame Bundesausschuss beraten, unter welchen Bedingungen der NIPT als Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) übernommen werden soll. Informationen zum Beschluss vom 19. September 2019: www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/810/

Aktuelle Datenlage aus dem Gießener Modell 2017

Am Gießener Universitätskrankenhaus wurden zwischen 2012 und 2016 die Daten zu 160 Abbrüchen nach der zwölften Schwangerschaftswoche ausgewertet. Informationen zur Studie finden sich unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5406231/>

Kieler Modell

Überlegungen zu einem standardisiertem Vorgehen bei Spätinterruptio und Fetozid entstanden unter der Bezeichnung „Kieler Modell“. Der Beitrag aus dem Ärzteblatt fasst juristische und gynäkologische Überlegungen zusammen: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/45055/Spaetinterruptio-und-Fetozid-das-Kieler-Modell-Juristische-und-gynaekologische-Ueberlegungen>

Internationale Übersicht zu juristischen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch

<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/europe.php#comparative>

Safe Abortion DAY 2019

In Lateinamerika und der Karibik war der 28. September schon über zwanzig Jahre ein Kampagnentag, bevor er 2011 weltweite Aufmerksamkeit im Rahmen der Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights-(SRHR)-Bewegung erfuhr. Näheres (auf Englisch) unter www.september28.org
Eine Übersicht zu Veranstaltungen in Deutschland zum 28. September 2019 findet sich unter www.sexuelle-selbstbestimmung.de/12258/auf-ruf-aktionswoche-2019

USA – Studie

Auch in den USA beschäftigen sich Fachleute mit Fragen zum Schwangerschaftsabbruch aus medizinisch-gesundheitlichen Gründen. Eine Umfrage von 2015 ergab, dass sich dem medizinischen Personal – und damit auch den betroffenen Schwangeren – erhebliche Hürden stellen. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25453584

USA – Ibis Reproductive Health

Die internationale IBIS-Initiative aus den USA hat auf ihren Internet-Seiten umfangreiches Material für Menschen in der Beratung zu „Later Abortion“ zusammengestellt. Dort werden aktuelle Studien verlinkt und eine angemessene Wortwahl diskutiert: <https://laterabortion.org/tools-advocates#Fact%20Sheets>

Impressum

Herausgeber

pro familia Bundesverband
Mainzer Landstraße 250–254
60326 Frankfurt am Main

Redaktion

Harriet Langanke, Köln
Dr. med. Daniela Wunderlich, Frankfurt am Main,
E-Mail: info@profamilia.de

www.profamilia.de/Publikationen

Erscheint dreimal im Jahr
© 2019 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



Für namentlich gekennzeichnete Beiträge liegt die inhaltliche Verantwortung bei der Verfasserin/dem Verfasser.