

Zum Wohle der Mutter?

Wenn eine Schwangerschaft im fortgeschrittenen Stadium abgebrochen werden muss, geben Ärzte und Hebammen vor, wie die Tötung des Fötus und seine Geburt ablaufen. Die Frauen haben kaum eine Wahl.

Von Eva Schläfer



Eine Schwangerschaft kann eine besonders beglückende Phase im Leben einer Frau sein. Eine Schwangerschaft kann aber auch in einer emotionalen Katastrophe enden: wenn sich herausstellt, dass das Kind im Bauch so schwer krank ist, dass es gar nicht, nur kurz oder nur stark eingeschränkt lebensfähig wäre. Wird eine solche Diagnose nach der zwölften Woche gestellt, kommt auf die Frau ein Spätabbruch zu. Bis zur 22. Schwangerschaftswoche wird dafür die Geburt eingeleitet; der Fötus ist noch nicht ausreichend entwickelt, als dass er sie überleben würde.

Ab der 22. Schwangerschaftswoche trifft es die Eltern noch einmal härter. Sie müssen dann bewusst entscheiden, ihr Kind im Mutterbauch töten zu lassen, da ab diesem Zeitpunkt die Wahrscheinlichkeit sprunghaft ansteigt, dass das Kind die Geburt übersteht und lebensfähig ist. Geschieht dies, sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, das Leben zu erhalten, sofern nicht vorher eine palliative Versorgung des Frühgeborenen festgelegt wurde. Wie groß die Erschütterung ist, die der Entschluss zu einem sogenannten „Fetozid“ mit sich bringt, zeigen die Erzählungen von Menschen, die ihn treffen mussten. Es habe sich angefühlt, als verhängte sie das Todesurteil über ihr eigenes Kind, sagt eine Betroffene.

Viele Frauen fahren gut mit den Empfehlungen, die die Ärzte rund um einen Fetozid aussprechen. Und doch wirft der Umgang von Medizinern und Hebammen mit Eltern und speziell Müttern in dieser psychisch extrem belastenden Zeit Fragen auf. Konkret geht es um zwei Punkte: die Umstände des Eingriffs selbst sowie die Geburt des toten Kindes. Und wer genau darüber entscheidet.

In Deutschland geraten jedes Jahr ein paar hundert Paare in diese Situation. Die eine Stelle, die ihre Zahl erfasst, gibt es nicht. Prof. Ekkehard Schleußner, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin und Direktor der Klinik für Geburtsmedizin am Universitätsklinikum Jena, spricht von rund 300. Laut Abrechnungsdaten der Krankenkassen gab es im Jahr 2021 539 Fetozide. Und das Statistische Bundesamt meldet für den selben Zeitraum 728 Abbrüche nach der 22. Woche.

Bei einem Fetozid wird durch die Bauchdecke der Schwangeren eine

Kaliumspritze in die Nabelvene oder direkt in das Herz des Kindes geführt; es stirbt innerhalb von Sekunden. Ein solcher Spätabbruch ist straffrei, wenn die schwere Fehlbildung des ungeborenen Kindes die Schwangere so sehr beeinträchtigt, dass sie eine ausgeprägte Schädigung ihrer eigenen körperlichen und seelischen Gesundheit nur durch den Abbruch abzuwenden vermag.

Die Tötung des Fötus geschieht in aller Regel ohne eine Sedierung der Mutter. Zumindest dem medizinischen Laien erscheint der Gedanke, Frauen in dieser Ausnahmesituation anzubieten, den Eingriff nicht bei vollem Bewusstsein miterleben zu müssen, nicht weit hergeholt. Jeder, der heutzutage zur Darmspiegelung geht, kann sich für den Dämmerzustand während der Untersuchung entscheiden. Ärzte, die regelmäßig Fetozide vornehmen, reagieren auf die entsprechende Frage jedoch fast irritiert. Prof. Holger Stepan, Perinatalmediziner vom Universitätsklinikum Leipzig, ist der Ansicht, die Mutter sollte bei Bewusstsein sein, wenn der Fetozid vorgenommen wird. „Kurzfristig mag es vielleicht als gute Idee erscheinen, wenn die Frauen nichts mitbekommen. Aber ich bin skeptisch, wie die Verarbeitung funktionieren soll, wenn der Eingriff etwas dauerhaft Unbekanntes bleibt und man sich Fragen wie ‚Hat mein Kind sich noch bewegt, hat mein Kind gelitten?‘ nicht selbst beantworten kann“, sagt Stepan.

Prof. Annegret Geipel, die am Uniklinikum Bonn die Abteilung Pränatale Medizin leitet, formuliert es ähnlich. Auch sie findet eine Sedierung problematisch. Eine wache, ansprechbare Patientin vor sich zu haben sei wichtig – auch aus rechtlicher Sicht. Sie hat einzelne Frauen erlebt, die im Nachgang zu einem Fetozid sagten, sie hätten sich dazu gedrängt gefühlt.

Die Aussage, dass an Geipels Klinik eine Sedierung nicht möglich sei, erhielt auch eine Frau aus Norddeutschland, die im Jahr 2022 ein schwer krankes Kind in ihrem Bauch hatte und für eine Zweitmeinung in das auf Fehlbildungen und Probleme in der Schwangerschaft spezialisierte Zentrum nach Bonn gekommen war. Sie jedoch konnte sich nicht vorstellen, dass ihr Kind und sie das Einführen der Spritze bewusst miterleben – vor allem nachdem es zuvor bei einer Fruchtwasserpunktion wild gestrampelt und

sich ihrer Wahrnehmung nach aufgeregt hatte. Bei einer Sedierung der Schwangeren wird das Kind, das über die Nabelschnur mit dem Kreislauf der Mutter verbunden ist, automatisch mit in einen Dämmermodus versetzt. Unter anderem wegen der fehlenden Wahlfreiheit ließ die Frau den Fetozid in Bonn dann nicht vornehmen und hatte Glück: Als sie ihre Sorge in der Klinik an ihrem Heimatort äußerte, bot ihr die behandelnde Ärztin eine Sedierung an, wohl auch, da sie einander persönlich kannten. Ein solches Vorgehen scheint aber die absolute Ausnahme zu sein.

Dass es besser für sie gewesen wäre, den Eingriff mitzerleben, glaubt die 34-jährige auch fast ein Jahr später nicht. Gleichzeitig ist klar: Jede Betroffene erlebt das anders. Eine Frau, die 2016 einen Fetozid hatte, bekam in einer Berliner Klinik ebenfalls keine Sedierung angeboten – hätte sie sich aber auch nicht gewünscht. „Es waren meine und unsere letzten Momente mit unserer Tochter“, sagt sie. „Und da wir so wenige Momente hatten, wollte ich mir diesen nicht nehmen lassen.“

Bei der Geburt des toten Kindes zeigt sich eine vergleichbare Problematik. Es soll, so lautet die generelle Empfehlung, auf natürlichem Weg, also vaginal, auf die Welt kommen – was für alle Babys gilt, die im Mutterleib versterben, ob spontan oder herbeigeführt. Gar nicht wenige der betroffenen Frauen wünschen sich jedoch einen Kaiserschnitt. Sie wollen, dass der Alptrau, in dem sie sich befinden, rasch vorbei ist. Sie wollen nicht viele Stunden, manchmal drei, vier, bis zu fünf Tage warten müssen, bis das Kind letztendlich da ist. Werdende Mütter gesunder Babys können mittlerweile in gar nicht wenigen Kliniken in Deutschland einen Wunschkaiserschnitt „bestellen“ – obwohl ihr Stresslevel vor der Geburt in aller Regel deutlich geringer sein dürfte als das von „Stillgebärenden“, wie sie im Englischen genannt werden.

In den USA gibt es – im Gegensatz zu Deutschland – eine Leitlinie zu Stillgeburten. Darin wird zwar auch zur natürlichen Geburt geraten, doch ihr ist auch zu entnehmen, dass die Methode und der Zeitpunkt der Entbindung auch von den Präferenzen der Mutter abhängig gemacht werden sollten.

Wissenschaftlich eindeutig belegt ist: Die natürliche Geburt birgt weniger Risiko für die Mutter, die im Fall eines toten Kindes ja die einzige Person ist, deren Gesundheit berücksichtigt werden muss. Das Mortalitätsrisiko der Mutter ist bei einem Kaiserschnitt gering, aber eindeutig höher als bei einer vaginalen Geburt. Zudem erleichtert diese künftige Schwangerschaft, da die Gebärmutter keinen Schnitt und damit keine Vernarbung erfährt.

Was aber nicht belegt ist: der positive Einfluss der natürlichen Geburt auf die Verarbeitung des Verlusttraumas. Trotzdem berufen sich Gynäkologen regelmäßig auch auf dieses Argument. Sie sagen, das tote Kind durch den natürlichen Geburtskanal zu pressen begünstige den Abschied. Ekkehard Schleußner vom Uniklinikum Jena spricht zum Beispiel von fehlgeleiteter Trauerarbeit, wenn dem System Versagen vorgeworfen werde, weil es die Option eines Kaiserschnitts nicht gibt. „Das ist ein Fluchreflex, den ich auch verstehen kann“, sagt er. Aber „schnell weg mit allem“ bedeute nicht, dass man dann alles schnell verarbeite.

Auch Holger Stepan vom Uniklinikum Leipzig lehnt den Kaiserschnitt im Falle eines Fetozids ab. Es sei nicht hilfreich, wenn der Frau das Kind unter Vollnarkose entfernt werde und der Bauch auf einmal weg sei. Es habe sich gezeigt, dass es hilft, wenn die Frau das Ende ihrer Schwangerschaft beteiligt miterlebe, das Kind im Arm halte, sich bewusst verabschiede.

Annegret Geipel, die Pränatalmedizinerin aus Bonn, bestätigt, dass es keine Studie gibt, die belegt, dass eine natürliche Geburt die Verarbeitung unterstützt. Die Ärzte berufen sich also ausschließlich auf ihre Erfahrungen – und natürlich gibt es Frauen, die das genauso erleben. Eine Frau aus München, die im Jahr 2020 in der 23. Schwangerschaftswoche einen Fetozid vornehmen lassen musste, erzählt, als sie gelesen habe, dass sie das tote Kind auf natürlichem Weg zur Welt bringen muss, habe sie erst mal gesagt: „Nie im Leben habe ich eine normale Geburt.“ Doch schon direkt danach habe sie diese als eine heilsame Erfahrung wahrgenommen – schön und traurig zugleich. Auf der anderen Seite berichten Paare, nach dem Fetozid und der Entlassung von der Geburtsstation keinen Kontakt mehr zu den behandelnden Personen gehabt zu haben. Wenn dem so ist:

Woher stammen dann die Erfahrungen, auf die sich die Ärzte berufen?

In Bonn und Leipzig, wo im Vergleich zu anderen Kliniken regelmäßig Fetozide vorgenommen werden, werden die Patientinnen und ihre Partner gefragt, wie sie den Eingriff und die Geburt erlebt haben. Holger Stepan sagt, den Familien werde immer ein „Nachgespräch“ angeboten, die Nachfrage halte sich aber in Grenzen, da die meisten sich erst einmal Abstand wünschten. Oft jedoch bekämen sie noch Wochen oder Monate später schriftlich ein meist positives Feedback. Und auch Geipel berichtet, dass in Bonn vor der Entlassung ein kurzes Gespräch mit den Paaren durchgeführt wird.

Ein Überblicksaufsatz aus dem „Deutschen Ärzteblatt“, der die höchstgerichtliche Rechtsprechung und die medizinrechtliche Literatur zur Aufklärung und Einwilligung bei medizinischen Eingriffen zusammenfasst, weist der Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes, der Autonomie und der Entscheidungsfreiheit des Patienten einen eindeutigen Vorrang vor der medizinischen Auffassung des Arztes zu. Aus dem Selbstbestimmungsrecht folge, dass sich der Patient auch gegen die medizinische Vernunft entscheiden und ärztliche Eingriffe ablehnen könne. „Maßstab ist letztendlich der Wille des Patienten“, ist dort zu lesen.

Diesen Willen sehen Patientinnen aber nicht gewahrt, wenn die Option des Kaiserschnitts rund um den Fetozid zwar erwähnt, durch die Argumente zum Schutz ihrer Gesundheit aber im Prinzip nicht angeboten wird. Es sind dann nicht die Frauen, die eine freie Entscheidung über ihren Geburtsmodus treffen. Es sind die Gynäkologen.

Ein Mann, der mit seiner Partnerin die gemeinsame Entscheidung traf, das gemeinsame Kind in der 27. Schwangerschaftswoche abtreiben zu lassen, sagt: „Ich wusste keinen Grund, warum ein Gynäkologe besser wissen sollte als meine Frau, was das Richtige ist für sie.“ Seine Frau, die sich einen Kaiserschnitt gewünscht hätte, erhielt nach Eintreten der Wehen nur leichte Schmerzmittel, obwohl sie nach stärkeren verlangte. Die Hebamme habe diese mit Verweis darauf, dass Schmerzen hilfreich für den Abschied vom Kind seien, verweigert. Erst hieß es, mit einer regionalen Periduralanästhesie

(PDA) müsse noch gewartet werden, dann, nun sei es dafür zu spät – ein Vorgehen, das auch Frauen, die sich in einer „normalen“ Geburt befinden, immer wieder erleben und bemängeln. Dabei steht in der entsprechenden Leitlinie, der Zeitpunkt der Anästhesie sollte von der Gebärenden bestimmt werden. Ein definierter Geburtsfortschritt brauche nicht abgewartet zu werden, da nach aktuellem Kenntnisstand der Zeitpunkt der PDA weder einen objektiven Vor- noch einen Nachteil für den Geburtsverlauf bringe.

Das Paar empfand die Geburt, die etwa 72 Stunden nach dem Fetozid erfolgte, als traumatisierend. Es fühlte sich alleine gelassen. Im Kreißsaal dann erlebten sie im Angesicht ihres toten Mädchens „verordnete Verarbeitungsrituale“, die einem Schema F folgten und keine individuelle Betreuung vorsahen. Auch bei ihnen gab es seitdem keine Rückfrage der Klinik, wie sie das Erlebte verkräftet haben. Die Antwort wäre: schlecht. Zwölf Monate nach dem Fetozid kann das Paar sich nicht vorstellen, wieder schwanger zu werden.



„Leib & Seele“
im Podcast

Vom plötzlichen Herztod sind auch junge Menschen betroffen. Warum es für deren Familien wichtig sein kann, postum die konkrete Ursache zu erfahren, hören Sie unter: www.faz.net/podcasts/f-a-z-gesundheit-der-podcast

