

INTERPROFESSIONELLE FACHTAGUNG
PERINATALER KINDSTOD

IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN
PERINATALER PALLIATIVE CARE
UND SPÄTEM
SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Wie Eltern und deren Kind begleiten nach belastender
vorgeburtlicher Diagnostik?

26. Oktober 2023 in Brugg
www.fachtagung-kindsverlust.ch



Workshop 1

Der späte Schwangerschaftsabbruch – Rechtliche, medizinische und ethische Betrachtungen

Frau Prof. Dr. med. Tanja Krones, Leitende Ärztin klinische Ethik, Geschäftsführerin Klinisches Ethikkomitee Universitätsspital Zürich

Frau lic. iur. Christine Boldi, Rechtsanwältin und Notarin, LL.M., Dozentin, Expertin im Gesundheits- und Tarifrecht

Präsentation Christine Boldi. 26.10.2023

swisslegal

Programm des Workshops

- Begrüssung (Krones)
- Kurzes Vorstellen des Workshop-Ablaufs (Boldi)
- Der späte Schwangerschaftsabbruch – rechtliche Betrachtungen (Boldi)
- Der späte Schwangerschaftsabbruch - medizinische und ethische Betrachtungen (Krones)
- Diskussion von 4 Fällen (in Kleingruppen)
- Diskussion der 4 Fälle (im Plenum)
- Handlungsempfehlungen für den Dialog am Schluss zur Essenz der Tagung und neuen Horizonten: an die einzelnen Professionen, an die Elternberatungen, an die Politik – also de lege ferenda (im Plenum)



**lic. iur. Christine Boldi, Rechtsanwältin und Notarin, LL.M., Dozentin,
Expertin im Gesundheits- und Tarifrecht**

Workshop 1

Der späte Schwangerschaftsabbruch – rechtliche Betrachtungen

Präsentation Christine Boldi. 26.10.2023

swisslegal

Christine Boldi

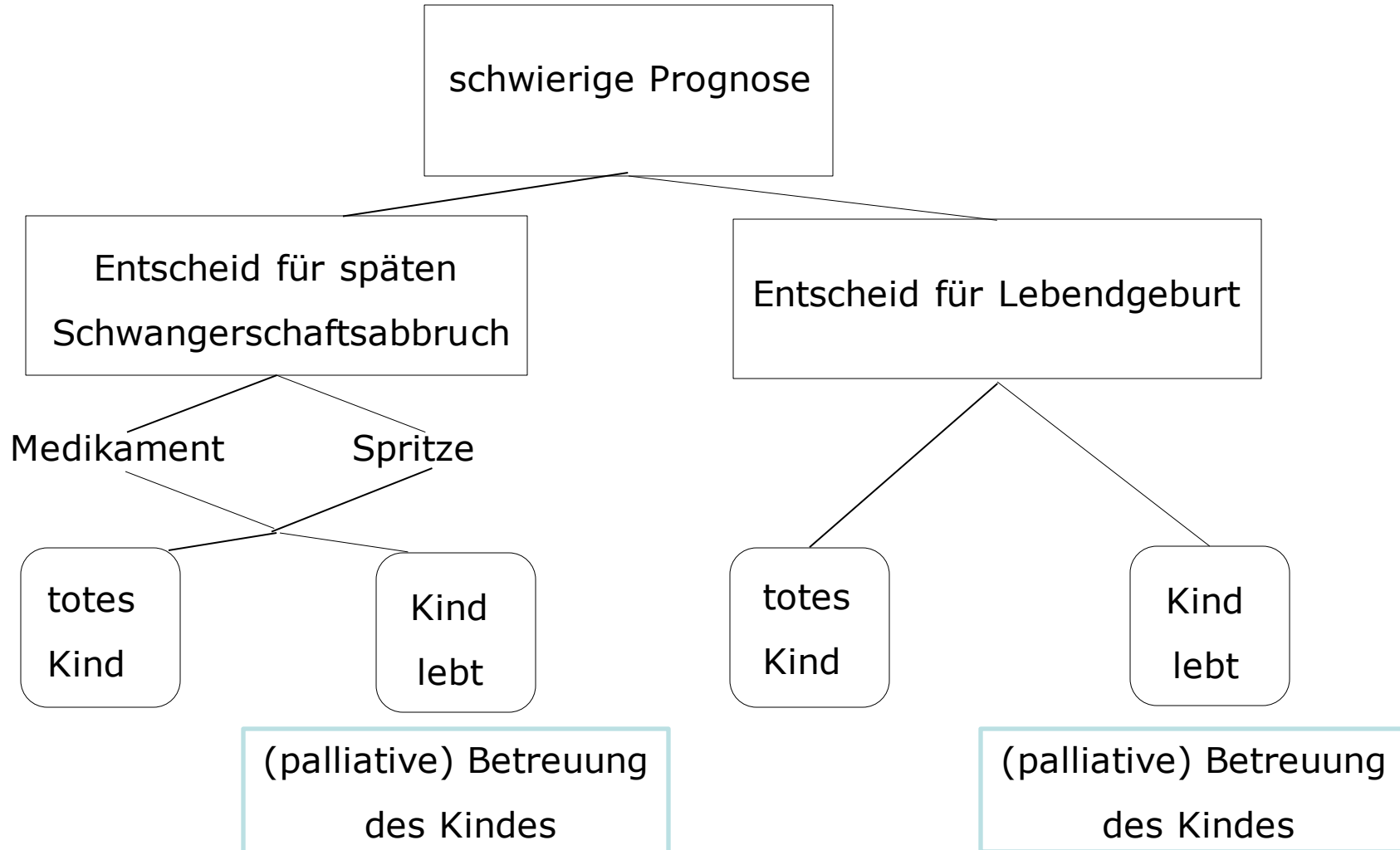
- Studium Universität Basel
- Anwältin und Notarin Kanton Basel-Stadt
- Masterdiplom LL.M. in internationalem Wirtschaftsrecht am Europainstitut Zürich, Universität Zürich
- Partnerin bei SwissLegal; Führen des Kompetenzzentrums Gesundheit von SwissLegal; Expertin im Gesundheits- und Tarifrecht
- Rechtskonsulentin diverser Leistungserbringerverbände, u.a. Schweizerischer Hebammenverband
- Professionelle (Tarif-)Verhandlerin
- Ausarbeiten und Begleiten von Gesetzesvorlagen inklusive Lobbying bis zur Inkraftsetzung
- Gutachter- und Dozententätigkeiten

Mein Credo:

**Der gesunde Menschenverstand
kann helfen, auch oder erst recht
in schwierigen (Entscheid-)
Situationen.**

Oder (hier) etwa nicht?

Heutige Fragestellungen



Massgebliche Grundrechte der schweizerischen Bundesverfassung

Art. 7 Bundesverfassung: Menschenwürde

«Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.»

Art. 10 Bundesverfassung: Recht auf Leben und persönliche Freiheit

«¹ Jeder Mensch hat das Recht auf Leben. Die Todesstrafe ist verboten.

² Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit.

³ ...»

Wichtige rechtliche (Abgrenzungs-)Fragen und Diskussionen

- Wann beginnt «präinatales Leben» (Embryo) im rechtlichen Sinn?
- Wie wird die Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs in der Schweiz gerechtfertigt?
- Wann beginnt das geschützte Rechtsgut «Leben des Menschen» im rechtlichen Sinn?
- Wann endet «Leben des Menschen» im rechtlichen Sinn?
- Was ist erlaubte Sterbehilfe?
- Was ist unerlaubte Sterbehilfe?

Wichtige rechtliche (Abgrenzungs-)Fragen und Diskussionen

- Was ist der Unterschied zwischen palliativer Intervention und Sterbehilfe?
- Wann ist unterlassene Hilfeleistung strafbar?
- Wann muss allenfalls die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde beigezogen werden respektive muss diese intervenieren?

Strafrechtliche Bestimmungen beeinflussen die Entscheidungen rund um den (späten) Schwangerschaftsabbruch

- Es gibt im schweizerischen Strafgesetzbuch etwa 200 Straftatbestände.
- Es gibt im Bereich «strafbare Handlungen gegen Leib und Leben» 23 Straftatbestände.
- Von den 23 Straftatbeständen befassen sich 4 Straftatbestände mit der Kindestötung der Mutter während der Geburt respektive erlaubtem und unerlaubtem Schwangerschaftsabbruch, also rechnerisch rund 17%, das sind recht viele...

Massgebliche Strafbestimmungen

Art. 116 Strafgesetzbuch: Kindestötung

«Tötet eine Mutter ihr Kind während der Geburt oder solange sie unter dem Einfluss des Geburtsvorganges steht, so wird sie mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.»

Massgebliche Strafbestimmungen

Art. 118 Strafgesetzbuch: Schwangerschaftsabbruch. Strafbarer Schwangerschaftsabbruch

«¹ Wer eine Schwangerschaft mit Einwilligung der schwangeren Frau abbricht oder eine schwangere Frau zum Abbruch der Schwangerschaft anstiftet oder ihr dabei hilft, ohne dass die Voraussetzungen nach Artikel 119 erfüllt sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

² Wer eine Schwangerschaft ohne Einwilligung der schwangeren Frau abbricht, wird mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren bestraft.

³ Die Frau, die ihre Schwangerschaft nach Ablauf der zwölften Woche seit Beginn der letzten Periode abbricht, abbrechen lässt oder sich in anderer Weise am Abbruch beteiligt, ohne dass die Voraussetzungen nach Artikel 119 Absatz 1 erfüllt sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

⁴ In den Fällen der Absätze 1 und 3 tritt die Verjährung in drei Jahren ein.»

Massgebliche Strafbestimmungen

Art. 119 Strafgesetzbuch: Straffloser Schwangerschaftsabbruch

«1 Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.

2 Der Abbruch einer Schwangerschaft ist ebenfalls straflos, wenn er innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode auf schriftliches Verlangen der schwangeren Frau, die geltend macht, sie befinde sich in einer Notlage, durch eine zur Berufsausübung zugelassene Ärztin oder einen zur Berufsausübung zugelassenen Arzt vorgenommen wird. Die Ärztin oder der Arzt hat persönlich mit der Frau vorher ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu beraten.

3 Ist die Frau nicht urteilsfähig, so ist die Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihres gesetzlichen Vertreters erforderlich.

4 Die Kantone bezeichnen die Praxen und Spitäler, welche die Voraussetzungen für eine fachgerechte Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und für eine eingehende Beratung erfüllen.

5 Ein Schwangerschaftsabbruch wird zu statistischen Zwecken der zuständigen Gesundheitsbehörde gemeldet, wobei die Anonymität der betroffenen Frau gewährleistet wird und das Arztgeheimnis zu wahren ist.»

Massgebliche Strafbestimmungen

Art. 120 Strafgesetzbuch: Übertretungen durch Ärztinnen oder Ärzte

«¹ Mit Busse wird die Ärztin oder der Arzt bestraft, die oder der eine Schwangerschaft in Anwendung von Artikel 119 Absatz 2 abbricht und es unterlässt, vor dem Eingriff:

- a. von der schwangeren Frau ein schriftliches Gesuch zu verlangen;
- b. persönlich mit der schwangeren Frau ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu beraten, sie über die gesundheitlichen Risiken des Eingriffs zu informieren und ihr gegen Unterschrift einen Leitfaden auszuhändigen, welcher enthält:
 1. ein Verzeichnis der kostenlos zur Verfügung stehenden Beratungsstellen,
 2. ein Verzeichnis von Vereinen und Stellen, welche moralische und materielle Hilfe anbieten, und
 3. Auskunft über die Möglichkeit, das geborene Kind zur Adoption freizugeben;
- c. sich persönlich zu vergewissern, dass eine schwangere Frau unter 16 Jahren sich an eine für Jugendliche spezialisierte Beratungsstelle gewandt hat.

² Ebenso wird die Ärztin oder der Arzt bestraft, die oder der es unterlässt, gemäss Artikel 119 Absatz 5 einen Schwangerschaftsabbruch der zuständigen Gesundheitsbehörde zu melden.»

Zivilrechtliche Haftungsfragen beeinflussen die Entscheidungen rund um den (späten) Schwangerschaftsabbruch

- Saubere Dossierführung, Protokollierung, schriftliche Einwilligungen einholen
- Zivilrechtliche Haftung von Selbstständigen (Arzt haftet auch für seine Angestellten gemäss Art. 101 OR)
- Zivilrechtliche Haftung von Spitälern für ihre Angestellten
- Schadenersatzforderung basierend auf Art. 41 ff. OR (ausservertragliches Haftpflichtrecht), z.B. pränatale Verletzung mit Schadensfolgen nach der Geburt
- Schadenersatzforderungen basierend auf Auftragsrecht nach Art. 398 Abs. 1 i.V.m. Art. 97 Abs. 1 OR)

Zivilrechtliche Haftungsfragen beeinflussen die Entscheidungen rund um den (späten) Schwangerschaftsabbruch

- Fluch und Segen der pränatalen Diagnostik
- Oldenburger Baby Tim (*6.7.1997, +4.1.2019)
- «Wrongful birth»

Verständnis schaffen / «lobbyieren» / Gesetzgebung beeinflussen

Eigene Tätigkeit sichtbar machen:

- Im privaten und beruflichen Umfeld anhand von Beispielen berichten, auch von Erlebnissen mit Ihren PatientInnen und den Eltern und den überweisenden ÄrztInnen.
- Persönliches Gespräch suchen: ganz offiziell oder inoffiziell.
- Geeignete Informationen auf Social Media verbreiten (X, Instagram, LinkedIn, Facebook, TikTok etc.).
- Informationsveranstaltungen durchführen (wie heute).
- Medienmitteilungen verfassen.
- Medienkonferenzen durchführen.

Take home message



Danke für **Ihre Aufmerksamkeit**



swisslegal

Spätabbruch, Fetozyd oder Palliation

Medizinische und ethische Betrachtungen

Tanja Krones , Universität und Universitätsspital Zürich

Und jedem Anfang wohnt
ein Zauber inne....





y (26) brachte ihre Tochter tot zur Welt - und zeigt Fotos der kostbaren gemeinsamen Momente auf Facebook.

- Kurzer Refresher: was ist Ethik?
- Entscheidungen bei schwer kranken
Neugeborenen
 - Spätabbruch
 - Perinatale Sterbebegleitung

Kurzer Refresher: Was ist Ethik?





**Manche haben zur Ethik und Wissenschaft dasselbe
Verhältnis wie ein Betrunkener zu einer Laterne:**

Sie suchen Halt, nicht Erleuchtung

In der Ethik geht es um menschliches **Handeln** und **Entscheidungen unter Unsicherheit in komplexen Problem- und/oder Dilemmasituationen**

Klinische Ethik

Bestmögliche ethisch begründete Entscheidungskriterien,
Entscheidungsprozess

Umsetzung, Aushalten, wenn möglich gemeinsames Tragen und Kritische Evaluation von Entscheidungen Verantwortungsübernahme bei der Frage:

WAS SOLLEN WIR TUN?

„man kann nicht nicht entscheiden“;

„Vorsicht mit Aussagen wie: das ist ganz klar; das müssen wir tun!“

2 zentrale Fragen-auch im Notfall

1. Was sind unsere zentralen (Therapie)-Ziele?
(inkl. aller Alternativen)

2. Was will die Patient:in?

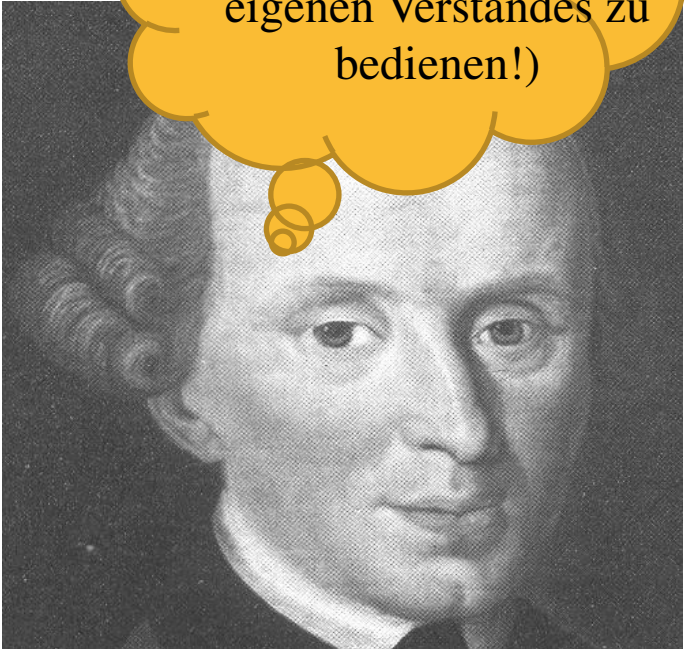
- Frage bei jeder Form von Behandlung, Aufklärung und Massnahmenfestlegung zur Beantwortung der klinisch-ethischen Frage
 - **„Was sollen wir tun“?**
 - Vorsicht mit der Aussage «Das müssen wir tun»
 - 1) man «muss» selten
 - 2) Unterscheidung von Können, Sollen und Müssen

Medizinische Ethik heute (eigentlich)

Salus aegroti suprema lex
Voluntas aegroti suprema lex



Doctor
knows best!

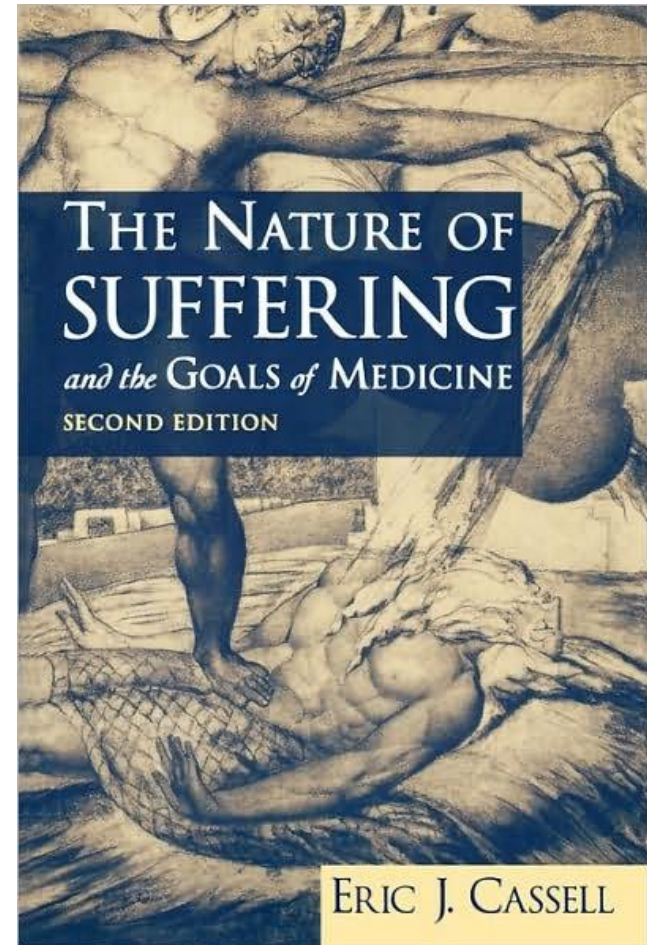


Sapere aude! (Habe
Mut, dich deines
eigenen Verstandes zu
bedienen!)

Ziele der Medizin

- 1) Vorzeitigen Tod vermeiden
- 2) Krankheit vorbeugen
- 3) Kranke betreuen
- 4) Leid lindern

=> Lebens- und Sterbensqualität



Nutzen für Patient:innen

Medizinische Wirksamkeit

Klinischer Effekt bzgl. bestimmter Parameter

Ärztliches Fachurteil über *Effektivität*

Notwendig, aber nicht hinreichend für Nutzen

Nutzen ← Entscheidend für Behandlung

Für Patient:innen *erstrebenswertes* Behandlungsziel

Werturteil der Patient:innen

• Nutzlosigkeit „Medical futility“

- Klinisch-ethisch breite und zunehmend kritischere Diskussion um den Begriff der Futility (auch der „Indikation“)

Häufigste zitierte Definition : Schneiderman et al (1990/2011):

- a) empirical data suggest a less than 1% chance of success
- b) it merely preserves permanent unconsciousness
- c) it fails to end total dependence on intensive medical care

Aber....Gilt das auch für





Was ist und wer definiert das
«Beste Interesse»
eines neugeborenen Kindes

?

Stellvertretende Entscheidungen



Ausser:
Externe (medizinische) Evaluation
Nutzen>>>>>Schaden



Elterliche Verantwortung
für «best interests»

Elterliches (Abwehr)
Recht

Ja aber....



Einwand: 'Eltern können nicht entscheiden!'

Kindeswohl in der
Neonatalogie

Rellensmann

Kindeswohl im
Alltag

Kindeswohl in
Grenzsituationen –
Ethik

Wer soll
entscheiden?

Eltern
Einwände

Wie entscheiden?

Zwei Varianten

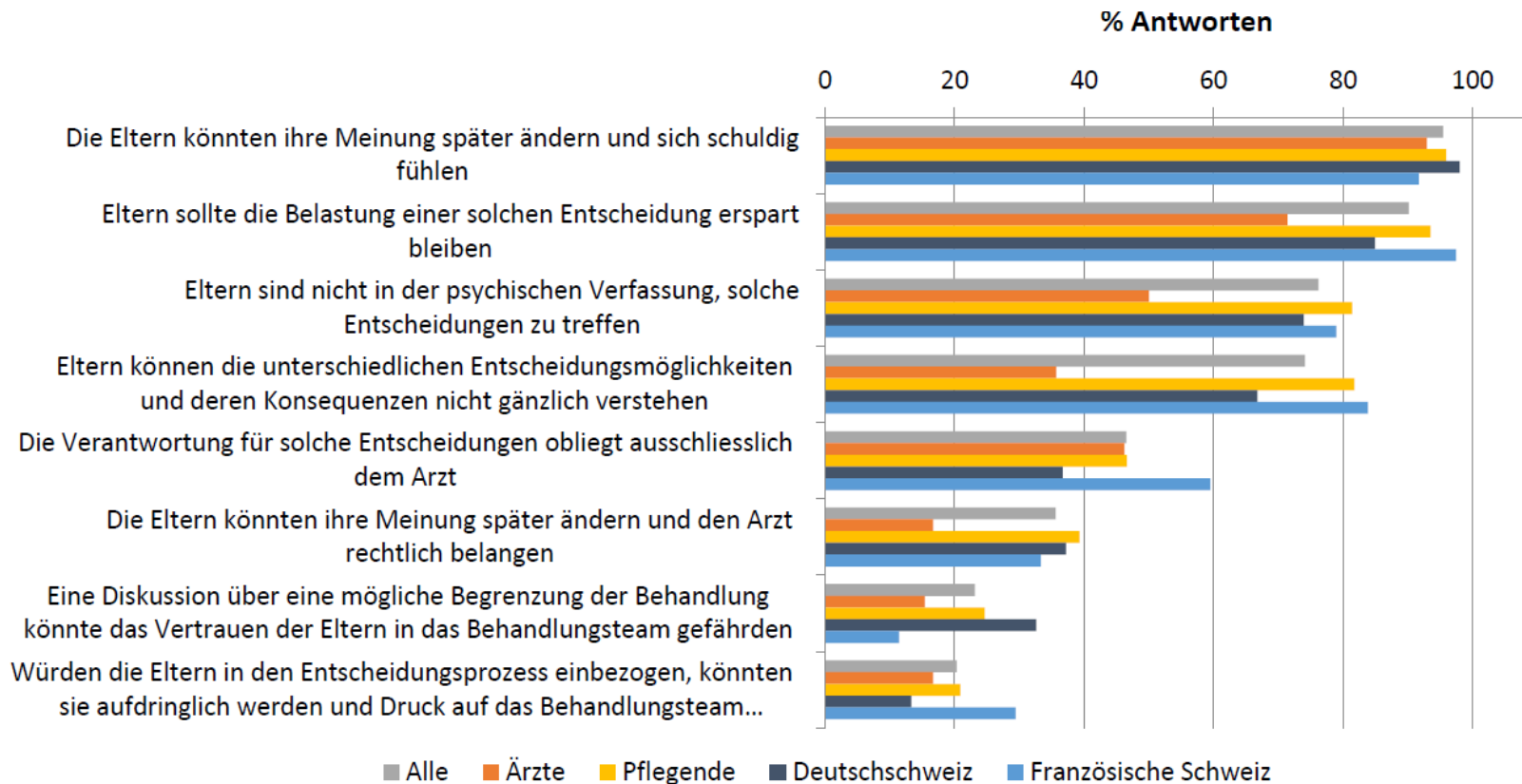
- 1 Die Eltern können nicht richtig entscheiden
⇒ Schaden für das Kind.
- 2 Es ist Eltern nicht zuzumuten an einer Entscheidung
beteiligt zu sein.
⇒ Schaden für die Eltern.

Regular Article

Attitudes towards decisions about extremely premature infants differed between Swiss linguistic regions in population-based study

Manya J. Hendriks, Sabine D. Klein, Hans Ulrich Bucher, Ruth Baumann-Hölzle, Jürg C. Streuli, Jean-Claude Fauchère ✉

First published: 23 November 2016 | <https://doi.org/10.1111/apa.13680> | Citations: 8



Ist das Behandlungsteam ?

Objektiver?



Weniger emotional?

(und, falls ja:
sind Emotionen grundsätzlich
schlecht für gute
Entscheidungen?)

Mehr Erfahrung?

(und, wenn ja:
welche genau?)

Surgeons finding even the very young feel pain More premature babies now getting painkillers.

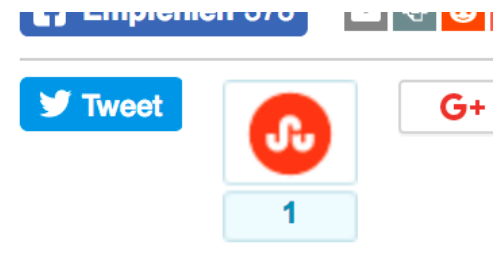
October 28, 1991 | By Los Angeles Times

On Feb. 9, 1985, a Maryland housewife gave birth to a baby 3 1/2 months early. Jeffrey Lawson weighed only 1 pound, 11 1/2 ounces, and was 12 3/4 inches long. To survive, the boy needed surgery to tie off an unwanted blood vessel near his heart.

It was an operation often performed on premature babies with underdeveloped cardiovascular-pulmonary systems. Several procedures were done at once.

Jeffrey survived only five weeks after his surgery, which left his parents, Jill and James Lawson, devastated. But the couple was horrified when they learned months later that none of the surgical procedures had been performed under analgesia.

Instead of narcotics -- or even mild pain relievers -- the baby had received only pancuronium, a powerful paralytic drug that stopped all his voluntary muscular movement but did nothing to ease his suffering.



Regular Article

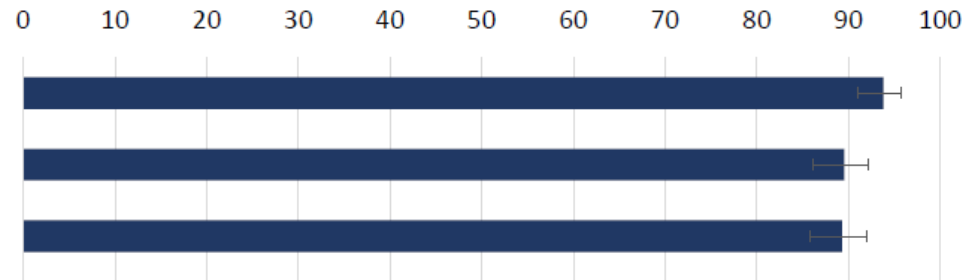
Attitudes towards decisions about extremely premature infants differed between Swiss linguistic regions in population-based study

Manya J. Hendriks, Sabine D. Klein, Hans Ulrich Bucher, Ruth Baumann-Hölzle, Jürg C. Streuli, Jean-Claude Fauchère ✉

First published: 23 November 2016 | <https://doi.org/10.1111/apa.13680> | Citations: 8

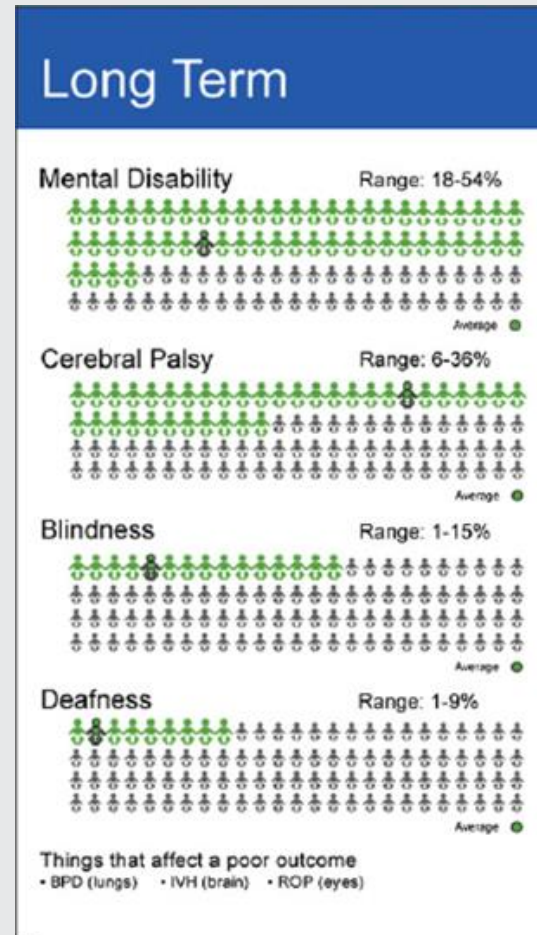
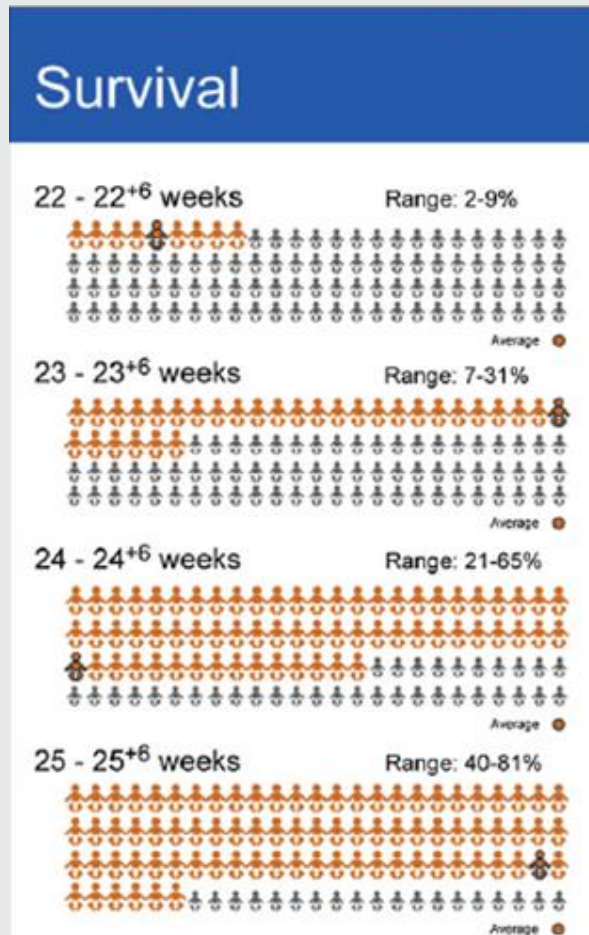
*Wie wichtig erscheint Ihnen jedes der folgenden **Probleme bei der Entscheidung**, die intensivmedizinische Behandlung eines extrem Frühgeborenen zu begrenzen oder nicht zu begrenzen?*

% Antworten 'wichtig' und 'sehr wichtig'



«Indikation» («Utility»)
und
«Keine Indikation» («Futility»)

- a) empirical data suggest a less than 1% chance of success
- b) it merely preserves permanent unconsciousness
- c) it fails to end total dependence on intensive medical care



© Gallen & Kirazliani, CHOP 2011

things that alter survival:

ital

ARTICLE

The Best-Interest Standard Is Not Applied for Neonatal Resuscitation Decisions

Annie Janvier, MD^a, Isabelle Leblanc, MD^b, Keith James Barrington, MB, ChB^a

Departments of ^aPediatrics and ^bFamily Medicine, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

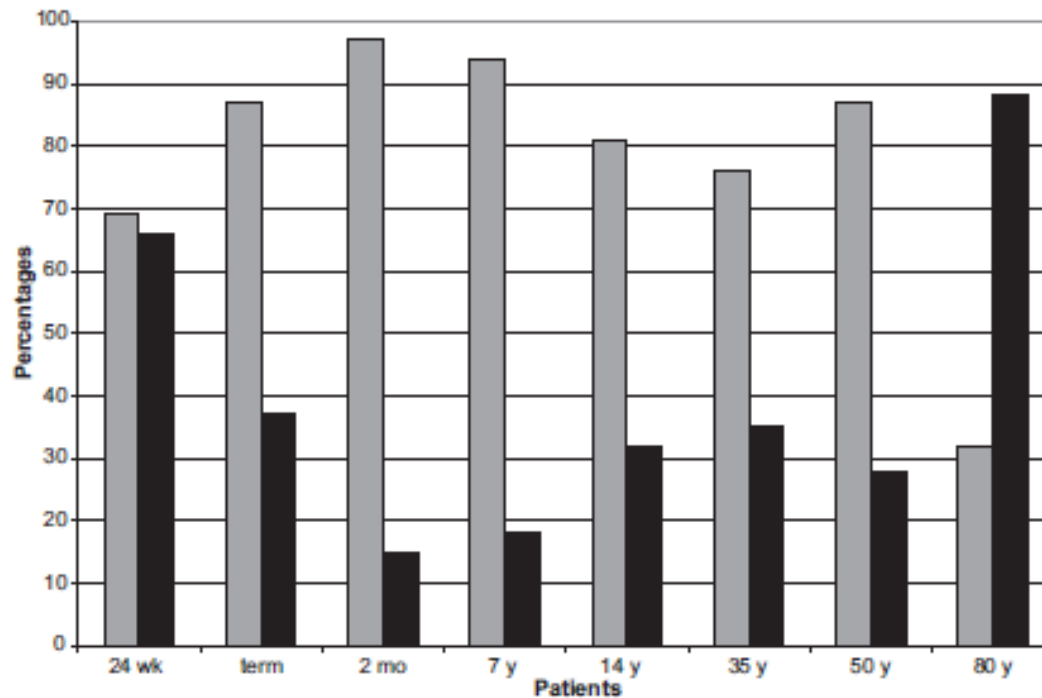
The authors have indicated they have no financial relationships relevant to this article to disclose.

PEDIATRICS Volume 121, Number 5, May 2008

963

FIGURE 1

Percentage of respondents who thought it was in a patient's best interest to be resuscitated and transferred to intensive care (gray bars) and the percentage of those who would accept withholding care from the same patients (black bars).



Die «Grauzone»



Das beste Interesse des Kindes

Belastung >
Nutzen

Ungewiss, ob Belastung oder Nutzen
überwiegen

Nutzen >
Belastung

Lebenserhaltenden Massnahmen

unvernünftig

experimentell

optional

zwingend

Elterliche Autorität

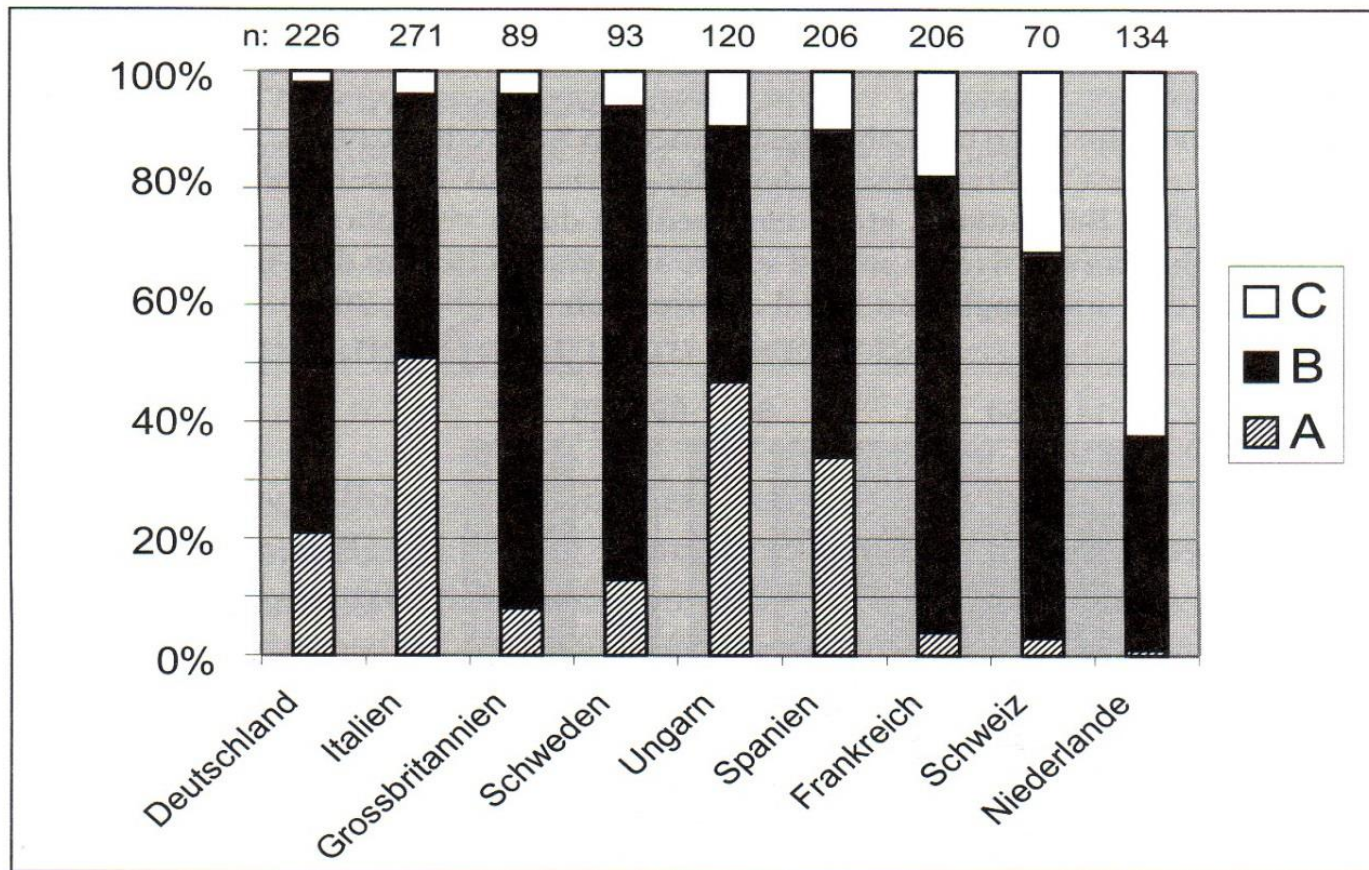


Abb. 6. Haltung der Ärzte bei extrem Frühgeborenen, Ergebnisse einer europäischen Umfrage. Antworten aus 9 Ländern zu einem hypothetischen Fall: Eine schwangere Frau wird mit 24 0/7 Schwangerschaftswochen mit Wehen eingeliefert. Es ist kein fetaler Stress nachweisbar und das Gewicht des Kindes wird auf 560 g geschätzt. Bei der Geburt beträgt der 1-Minuten Apgar-Wert 1, d.h. das Kind zeigt keine Lebenszeichen ausser einer langsamen Herzstätigkeit. Würden Sie? A) Das Kind reanimieren und intensiv behandeln, ohne dass ein späterer Therapieabbruch möglich ist. B) Das Kind reanimieren und intensiv behandeln und diese später, wenn Komplikationen auftreten, wieder abbrechen. C) Das Kind nicht reanimieren, sondern palliativ betreuen. (Rebagliato, 2000)

Table 2. Guidelines for Forgoing Life-Sustaining Treatment and Involving Family Members in the Decision.

Parameter	US ¹	Germany ²	Switzerland ³
Absolute threshold of no life-sustaining treatment (physicians' decision only)	Not given any more Reference to the Nuffield Council on Bioethics (22 0/7 weeks)	22 0/7 weeks Not absolute, "as a rule no resuscitation"	23 0/7 to 23 6/7 weeks Palliative care as a rule, parents' wishes included if positive prognostic factors prevail
Involvement of parents regarding life-sustaining treatment	From the very beginning	22 0/7 to 23 6/7 weeks Involvement of parents' views	24 0/7 to 24 6/7 weeks Parents' wishes included and evaluated
Absolute threshold of life-sustaining treatment (physicians' decision only)	Not given any more Reference to the Nuffield Council on Bioethics (24 0/7 weeks), parents still involved	24 0/7 weeks Best interest of the child	25 0/7 to 25 6/7 weeks Parents' wishes included if negative prognostic factors are prevalent

1. Ratton *et al.* (2009); 2. AWMF (2007); 3. Berger *et al.* (2011).



Medical Futility
A Cross-National Study

edited by
Alireza Bagheri
Foreword by
Daniel Callahan

Imperial College Press

«Die Grenzen der Grauzone sind nicht klar oder universell. Die Grenzen wurden unterschiedlich von unterschiedlichen Leuten gesetzt»

D'Angio u Mercurio 2008. zit in Steurer/Berger 2013



In our opinion, guidelines that are **just based on gestational age** make **decision making easier for physicians, not for parents**. We hope, that in the future, parents can collaborate in writing position statements about counselling before a premature birth. You are the medical **experts of prematurity**. We are the **experts** when it comes to the **lives of our children** and our **families**. For doctors, these discussions are routine. For us, these conversations **change our lives forever**.

Staub et al, Acta Paediatrica 2014



Autonomiebefähigung als heutiges
Primat der Fürsorge
Vertrauen
Beziehungsethik

The New Era of Informed Consent Getting to a Reasonable Parents Standard Through Shared Decision Making

Gemeinsame Empfehlung der

Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin,
Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin,
Akademie für Ethik in der Medizin,
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

unter Mitwirkung
des Deutschen Hebammenverbandes und
des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind“.

Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit

2. Ethische Aspekte

Sind lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen nicht (mehr) indiziert, weil sie aussichtslos (“futile“) sind oder der Sterbeprozess begonnen hat, kommt den Ärzten die Aufgabe zu, dies mit den Eltern einfühlsam, aber eindeutig zu besprechen.^{5, 9-12} Zur Leidensminderung des Kindes kommt als weitere Aufgabe die Begleitung der Eltern hinzu, die mit dem Tod ihres Kindes ein Leben lang zurechtkommen müssen. Sterbebegleitung bezieht sich in dieser Situation auf Kind und Eltern.

Bei ungünstiger oder zweifelhafter Prognose lassen sich Aussagen zur Aussichtslosigkeit medizinischer Maßnahmen, zu ihrem Nutzen und Schaden nur unter Einbezug des elterlichen Wertehorizonts treffen, auf dessen Grundlage die Eltern das Wohl des Kindes definieren.¹ Eltern wiederum können ihre Entscheidung über die Zustimmung oder Ablehnung der vorgeschlagenen medizinischen Maßnahmen nur treffen, wenn sie ermessen können, welche Belastungen auf das Kind zukommen könnten und mit welcher Lebensqualität zu rechnen wäre. Es gehört in dieser Situation zur Aufgabe des Arztes, sich darüber so genau wie möglich – d.h. in Kenntnis international publizierter Daten sowie lokaler Ergebnisse – zu informieren und die Prognose den Eltern in der gebotenen Anschaulichkeit zu kommunizieren. Zur

Veranschaulichung können vorbereitete Unterlagen (“decision aids“) hilfreich sein,^{14, 15} die sowohl für Entscheidungen in der Schwangerschaft als auch in Bezug auf die Behandlung extrem frühgeborener Kinder entwickelt wurden.¹⁶⁻¹⁹ Der Dialog zwischen Ärzten und Eltern, in dem die Sachkompetenz bei den Ärzten, die Wertekompetenz vornehmlich bei den Eltern angesiedelt ist, bildet das Kernstück einer gemeinsam erarbeiteten und getragenen Entscheidung (“shared decision making“).²⁰⁻²²

Ethische Abwägungen **in** der Schwangerschaft



Deutsches Ärzteblatt

40

Die Zeitschrift der Ärzteschaft

Gegründet 1872

Ausgabe C

6. Oktober 2006



Spätabbrüche

Der Wunsch nach dem
perfekten Kind

Christa Wewetzer, Thela Wernstedt (Hg.)

Spätabbruch der Schwangerschaft

Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts

Nr. 2 | 2019

pro familia medizin
der familienplanungsrundbrief

Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie

EDITORIAL

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

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

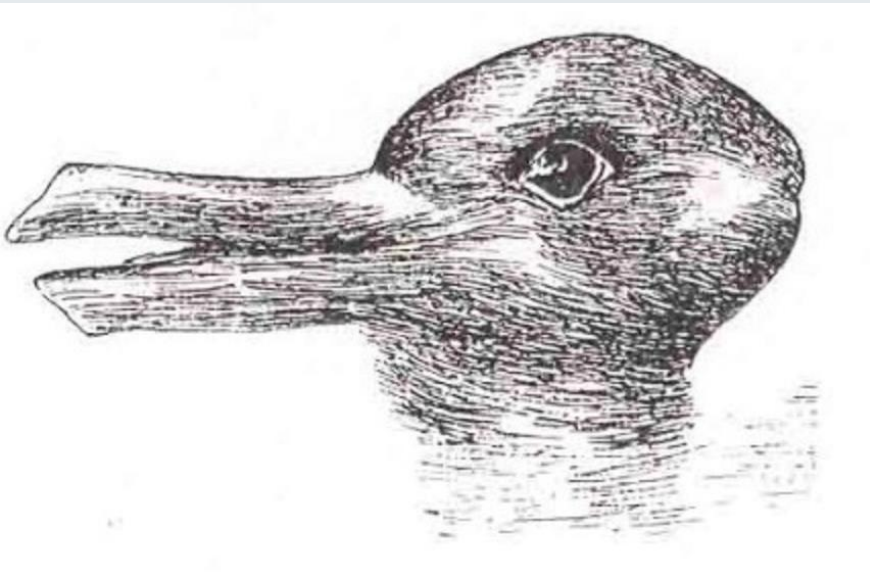
Nationale Ethikkommission
im Bereich der Humanmedizin NEK

Zur Praxis des Abbruchs im späteren
Verlauf der Schwangerschaft –
Ethische Erwägungen und Empfehlungen

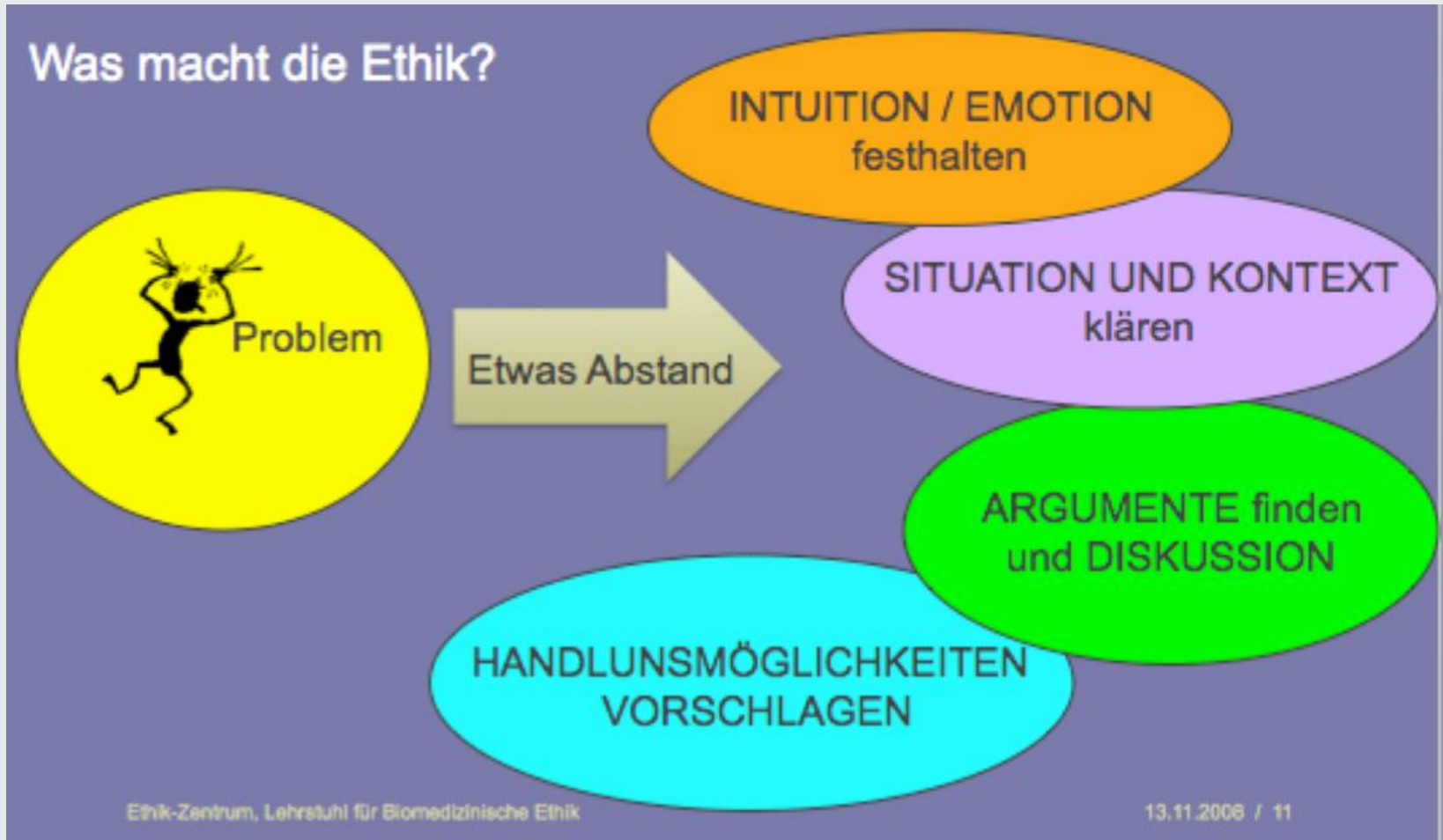
Stellungnahme Nr. 30/2018
Bern, 13. Dezember 2018



Perspektivenwechsel und Diskurs/Verfahrensethik als wichtige „ethische Skills“



ISAH: Ein Reflexiver Zugang zu ethisch schwierigen Fragen



Dear Dre Krones

I am writing in English as I don't speak German I am afraid

This message is written with consentment of the patient. I have assessed a lady of 23y who got pregnant while recovering from an acute psychotic episode for which she was treated in psychiatric hospital. The conceiver is not a couple partner and she did not want to have a baby. She is at the moment capable of informed consent and requests a termination of pregnancy. She is 25 weeks pregnant

Would you know which obstetrician in Switzerland would agree to get involved with this request Knowing that the psychological distress of being pregnant is intense and swiss law does not set a limit in time for the termination

I thank you in advance for your reply, I do not know of any centre that would consider this situation

Yours sincerely





Was sind Ihre ersten Intuitionen?





Erfahrungen mit Pränataldiagnostik

162 Paare mit bekanntem genetischen Risiko

versus

149 gematchte Paare ohne bekanntes genetisches Risiko

58 qualitative Interviews mit Paaren, Vertretern von Behindertenverbänden



Sozialer Druck in zwei Richtungen: PND anzuwenden.....

F: Das haben wir schon gesagt gekriegt, ja hätte man das denn nicht verhindern können –das haben wir gesagt gekriegt. Von ner Frau eines katholischen Religionslehrers, möchte ich jetzt zu Protokoll geben, ja, ähm

M: Also es wird auch öfter schon gefragt, ja, hätte man denn nichts dann sehen können?

I: Und meinen sie geht das in irgendeine Richtung, diese Beeinflussung?

M: Ich denke mal eher zur Abtreibung, weil die Verwandtschaft das nicht will das das Kind so geboren wird.

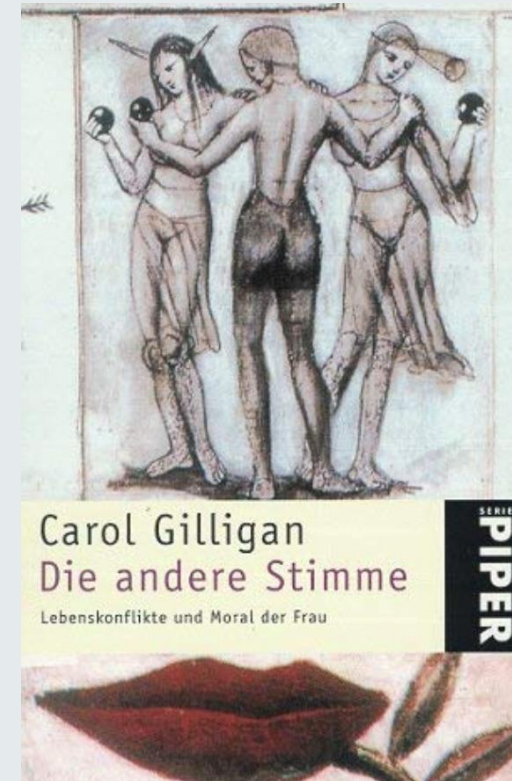
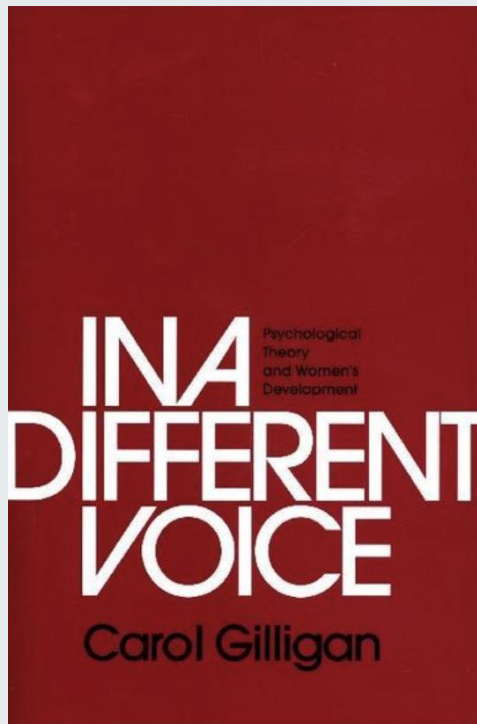
...und nicht anzuwenden

F: Also ich mein, wenn man ethisch denkt, ist das natürlich grundsätzlich besser, wenn man das Kind kriegt, und dann versucht, das Kind gesund zu bekommen. Ich hab von einer Frau gelesen, die wusste genau, das ihr Kind stirbt, das es nur eine Stunde hat. Die hats ausgetragen und hat das in ihrer Familie im kleinen Kreis beerdigt, find ich ganz toll, find ich super, das man dem Kind die Chance gegeben hat- Ich könnte das nicht- wenn man das von der Seite betrachtet, dann müsste man alle Kinder bekommen, und wenn der liebe Gott meint, dass er sie zu sich nimmt, dann soll er sie holen. Aber wenn man, wenn man, damit muss man auch klarkommen, ne-

I: Hm. Für Sie wär das nichts gewesen-

F: Ne. Ich bin damit sehr gut klar gekommen, ich hab das zweite Kind abgetrieben, das war nicht schön, aber ich wusste genau, das ist die richtige Entscheidung. Ganz schlimm wars für mich, ähm, die Einleitung war da gewesen, meine Schwägerin und meine Schwiegermutter kamen ans Krankenbett, und haben mir die größten Vorhaltungen- die Wehen fingen an , wirklich, ich wollte auch meinen Mann nicht dabei haben, ich wollte keinen dabei haben, ich habs keinem gesagt, ich hab gesagt, bitte, erzähl keinem was, ich will jetzt einfach nur mein Kind, ich will ins Krankenhaus, ich will darüber nicht nachdenken, und ja- wie´s so kam, irgendwie haben sie´s erfahren, sie kamen nach X gefahren und haben mir die – ich kann das nicht beschreiben, die größten Vorhaltungen gemacht, ich habe zwei Jahre nicht mit ihnen gesprochen.

Geht es allein um Rechte und Interessen? Die „andere Stimme“ bei Schwangerschaftskonflikten



Heute aktueller denn je...



Zu den Auswirkungen der Roe vs. Wade Entscheidung zählte, dass viele Frauen die Moralität des „Engels im Haus“ in Frage stellten, diese Ikone des 19. Jahrhunderts von femininer Güte, unsterblich gemacht durch den Dichter Coventry Patmore: die Frau, die nur für andere spricht und handelt.(...) Die Stimme dieses Engels war die Stimme des Viktorianisches Mannes, der durch den Körper der Frau sprach. Es war Virginia Woolf's Erkenntnis, dass sie diesen Engel erwürgen muss, wenn sie beginnen wollte, darüber zu schreiben, dass Frauen falsche weibliche Stimmen verstummen lassen müssen, um für sich selbst zu sprechen.

Übergang vom selbstlosen Gutsein zur Transparenz, zu
Deliberation von Eigen- und Fremdverantwortung
Sandra, 29, katholische
Krankenschwester, bereits ein Kind zur
Adoption freigegeben, die zweite Schwangerschaft abgebrochen

Ich habe immer gedacht, Abtreibung ist ein nettes Wort für Mord. Aber- es ist nicht dasselbe. Das Kind zu behalten war aus ganz vielen Gründen nicht möglich. Psychologisch war es nicht möglich, dass ich noch ein Adoption durchleben könnte. Es brauchte ungefähr viereinhalb Jahre, bis ich wieder die Dinge einigermaßen in der Reihe hatte. Es gab einfach keinen Weg, noch mal da durch zu gehen. Ich hab das auch nicht für mich selbst gemacht. Ich tat es für meine Eltern. Ich tat es, weil es mir der Arzt gesagt hat- aber ich hatte bis vor kurzen nicht herausbekommen, dass ich es auch für mich selbst tat. Ich musste mich hinsetzen und mir sagen-Nein, ich möchte nicht den Weg einer Mutter gehen.

Diskussion von Rechten und Gerechtigkeit auch im feministischen Diskurs um Schwangerschaftskonflikte

Kann es jemals, unter irgend welchen Umständen moralisch sein, eine Frau zu zwingen, ein Kind gegen ihren Willen zu bekommen?

E. Willis, zit. In Tong 1997

8. Zusammenfassung und Empfehlungen

Allgemeines

Die Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft gestaltet sich heute in den verschiedenen Kliniken der Schweiz sehr unterschiedlich. Diese Situation ist unbefriedigend im Hinblick auf die Gleichbehandlung, die Versorgungssicherheit, die gerechte Aufgaben- und Ressourcenverteilung, die Unterstützung der Ärzte- und Pflegeteams sowie eine gute klinische Praxis.

z.B. Methode des späte(re)n
Schwangerschaftsabbruchs

Medikamentöse Einleitung , Section,
Fetozid, Palliative Geburt

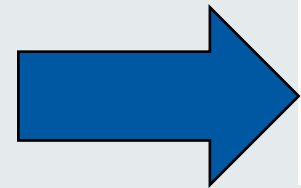
Oder D & E ...

Selection criteria: Randomised trials comparing any surgical to any medical method of inducing abortion at ≥ 13 weeks' gestation were included.

Data collection and analysis: We assessed the validity of each study using the methods suggested in the Cochrane Handbook. Investigators were contacted as needed to provide additional information regarding trial conduct or outcomes. Two reviewers abstracted the data. Odds ratios and 95% confidence intervals were calculated for dichotomous variables using RevMan 4.2. The trials did not have uniform interventions, therefore, we were unable to combine them into a meta-analysis.

Main results: Two studies met criteria for this review. One compared dilation and evacuation (D&E) to intra-amniotic instillation of prostaglandin F(2) (alpha). The second study compared D&E to induction with mifepristone and misoprostol. Compared with prostaglandin instillation, the combined incidence of minor complications was lower with D&E (OR 0.17, 95% CI 0.04-0.65) as was the total number of minor and major complications (OR 0.12, 95% CI 0.03-0.46). The number of women experiencing adverse events was also lower with D&E than with mifepristone and misoprostol (OR 0.06, 95% CI 0.01-0.76). Although women treated with mifepristone and misoprostol reported significantly more pain than those undergoing D&E, efficacy and acceptability were the same in both groups. In both trials, fewer subjects randomised to D&E required overnight hospitalisation.

Authors' conclusions: Dilation and evacuation is superior to instillation of prostaglandin F(2) (alpha). The current evidence also appears to favour D&E over mifepristone and misoprostol, however larger randomised trials are needed.



8. Zusammenfassung und Empfehlungen

Methoden des Abbruchs

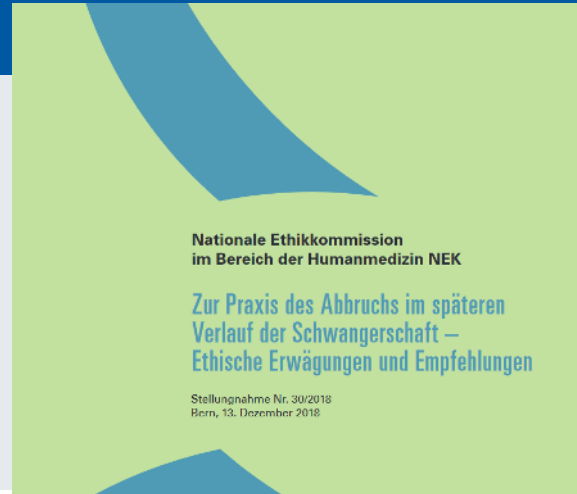
Insgesamt ist aus ethischer Sicht zu fordern, dass eine offenerere Diskussion über die vorhandene Evidenz zu Risiken, Nutzen und Schaden hinsichtlich verschiedener Methoden des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft angestossen würde. Falls sich unterschiedliche Methoden als angemessen und zumutbar erweisen, müssen schwangere Frauen zwischen verschiedenen Abbruchmethoden wählen können.

Die NEK empfiehlt:

- Dass sich die zuständigen Fachgesellschaften für die Gewinnung evidenzbasierter Daten einsetzen, indem sie die Forschung und Qualitätssicherung zu allen dargestellten Optionen (inklusive der palliativen Geburt, der medizinischen und pflegerischen Versorgung und den verschiedenen Methoden des Abbruchs bei weit fortgeschrittener Schwangerschaft) fördern.

Begleitung und Betreuung

Ein Abbruch in der fortgeschrittenen Schwangerschaft stellt für die Frau, das Paar und die beteiligten Personen eine besonders belastende Erfahrung dar.



Vor der medikamentösen Einleitung der Geburt kann ein Fetozid durchgeführt werden. Wie häufig dies in der Schweiz vorkommt, ist jedoch unklar. Fetozide werden statistisch nicht erfasst, es gibt also keine offiziellen Zahlen dazu. Während in anderen Ländern zum Teil Richtlinien existieren, denen zufolge ein Fetozid bei Abbrüchen ab einer bestimmten Schwangerschaftswoche durchgeführt werden soll, gibt es

in der Schweiz keine diesbezüglichen Empfehlungen. Die Studie von APAC-Schweiz hat gezeigt, dass nur gerade 11 Schweizer Spitäler in Ausnahmefällen einen Fetozid praktizieren. Die NEK-Umfrage hat ergeben, dass in 9 von 22 (41%) Schweizer Kliniken unter gewissen Umständen ein Fetozid durchgeführt wird. Einer rechtswissenschaftlichen Dissertation aus dem Jahr 2014 zufolge werden Fetozide in der Schweiz generell nur mit grosser Zurückhaltung vorgenommen (Tschuor-Naydowski 2014, 44). Gemäss Tanner werden in der Schweiz nach der 24. Schwangerschaftswoche keine Abbrüche und vorangehende Fetozide durchgeführt (2011, 92); dieser Befund konnte in den Gesprächen mit Fachpersonen indes nicht bestätigt werden. Ob in einer Klinik ein Fetozid angeboten bzw. durchgeführt wird, hängt massgeblich von der persönlichen Einstellung der zuständigen Ärztinnen und Ärzte ab. [Search documents and files](#) mit Fachpersonen zeigen. Für Ärztinnen und Ärzte kann es im Erleben einen deutlichen Unterschied machen, ob sie einen Fetozid durchführen oder mit Medikamenten einen Abbruch einleiten (Tanner 2011, 109). Jedenfalls unterscheidet sich die Abbruchpraxis in den verschiedenen Kliniken der Schweiz mit Blick auf die Durchführung des Fetozides stark. Insgesamt ist festzustellen, dass einzelne grosse Zentrumskliniken aufgrund von Zuweisungen von Frauen aus den umliegenden Regionen überproportional viele Fetozide durchführen, was zu einer erheblichen Belastung der dort zuständigen Fachpersonen führt (vgl. Harringer 2018).

Merkmale der Schwangerschaftsabbruchstatistik	Berichtsjahr (absteigend)							
	➤ 1996	➤ 2000	➤ 2005	➤ 2010	➤ 2015	2020	2021	2022
Schwangerschaftsabbrüche insgesamt	130.899	134.609	124.023	110.431	99.237	99.948	94.596	103.927
☾ ... nach Familienstand								
Ledig	53.195	59.923	63.110	61.385	57.234	57.814	55.059	60.602
Verheiratet	68.524	66.062	54.257	43.588	37.659	38.286	35.961	39.656
Verwitwet	760	564	409	252	228	182	182	199
Geschieden	8.420	8.060	6.247	5.206	4.116	3.666	3.394	3.470
☾ ... nach Grund des Abbruchs								
Medizinische Indikation	4.818	3.630	3.177	3.077	3.879	3.809	3.903	3.924
Kriminologische Indikation	56	34	21	24	20	29	50	35
Beratungsregelung	126.025	130.945	120.825	107.330	95.338	96.110	90.643	99.968
☾ ... nach Art des Eingriffs								
Curettage	13.685	15.107	13.058	11.544	13.164	12.080	10.792	10.479
Vakuumaspiration	113.295	111.226	98.045	79.432	63.934	54.899	49.261	52.504
➤ Hysterotomie/Hysterektomie	52	17	22	11	12	2	2	1
Mifegyne/Mifepriston	-	4.120	10.177	16.074	18.502	28.943	30.564	36.729
Medikamentös / sonstige Arzneimittel	3.867	4.139	2.721	3.024	3.001	3.349	3.212	3.447
Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaft	-	-	-	33	77	50	61	50
Fetozid bei sonstigen Fällen	-	-	-	313	547	625	704	717
☾ ... nach Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft (ab 2010) <small>Info</small>								
unter 5 Wochen	.	.	.	7.896	6.629	8.642	8.869	10.173
5 Wochen bis unter 7 Wochen	.	.	.	33.380	28.880	32.555	31.051	34.106
7 Wochen bis unter 9 Wochen	.	.	.	39.132	35.954	34.146	31.738	34.928
9 Wochen bis unter 12 Wochen	.	.	.	27.444	24.979	21.731	19.852	21.607
12 Wochen bis unter 16 Wochen	.	.	.	1.145	1.060	1.115	1.220	1.174
16 Wochen bis unter 19 Wochen	.	.	.	570	617	663	706	698
19 Wochen bis unter 22 Wochen	.	.	.	402	484	448	432	501
22 Wochen und mehr	.	.	.	462	634	648	728	740



Oldenburger Baby



Als Oldenburger Baby wurde Tim bekannt, bei dem in der 25. Schwangerschaftswoche das Down-Syndrom diagnostiziert wurde. Seine Mutter ließ daraufhin eine Spätabtreibung durch frühzeitiges Einleiten der Geburt vornehmen. [Wikipedia](#)

Geboren: 6. Juli 1997, [Oldenburg, Deutschland](#)

Verstorben: 4. Januar 201

Kommentar

Kommentar I

„Niemand kann mir in meinem Dienst mein notärztliches Handeln verbieten“. So wird einer der involvierten Ärzte zitiert. Er hat recht. Er hat nicht recht, wenn er – was nicht erörtert wurde – meinen sollte, jeden Patienten um jeden Preis am Leben erhalten zu müssen. Im vorliegenden Fall war die Prognose äußerst sorgfältig erarbeitet worden und auch richtig: „wohl infaust“. Schon alleine der Befund eines hypoplastischen Linksherzens lässt auch heute noch daran zweifeln, ob eine lebenserhaltende Therapie (Norwood-Operationen mit der Option auf eine spätere Transplantation) erstrebenswert sei oder nicht, betrachtet man das, was auf das Kind und die Familie dabei zukommt. Das mag

Fall

Perinatale Sterbebegleitung eines schwerstbehinderten Kindes bei infauster Prognose der extrauterinen Lebensfähigkeit – Welchen Stellenwert hat der Elternwille im stationären Klinikalltag?

Frau A., Mitte zwanzig, Erstgebärende bei zweiter Schwangerschaft, verheiratet, anamnestisch bisher ohne Befund, wurde in der 24. Schwangerschaftswoche von ihrem behandelnden Gynäkologen an eine Hebamme zur vorbereitenden Trauerarbeit verwiesen. Vorausgegangen war eine interdisziplinäre Diagnostik: Nachdem sich in der 22. SSW während einer Routinekontrolle im Rahmen der Schwangerenvorsorge der Verdacht auf eine Fehlentwicklung mit möglichem Herzfehler ergeben hatte, wurde Frau A. zunächst an einen Kollegen mit Erfahrung in der Dopplersonographie überwiesen. Dort wurden eine Amniocentese und eine Chorionbiopsie sowie eine Cordocentese und eine Ultraschalluntersuchung zur Abklärung einer Missbildung durchgeführt.

Open Access

Research

BMJ Open Retrospective cohort study of all deaths among infants born between 22 and 27 completed weeks of gestation in Switzerland over a 3-year period

T M Berger,¹ M A Steurer,² H U Bucher,³ J C Fauchère,³ M Adams,³ R E Pfister,⁴ R Baumann-Hölzle,⁵ D Bassler,³ on behalf of the Swiss Neonatal End-of-Life Study Group

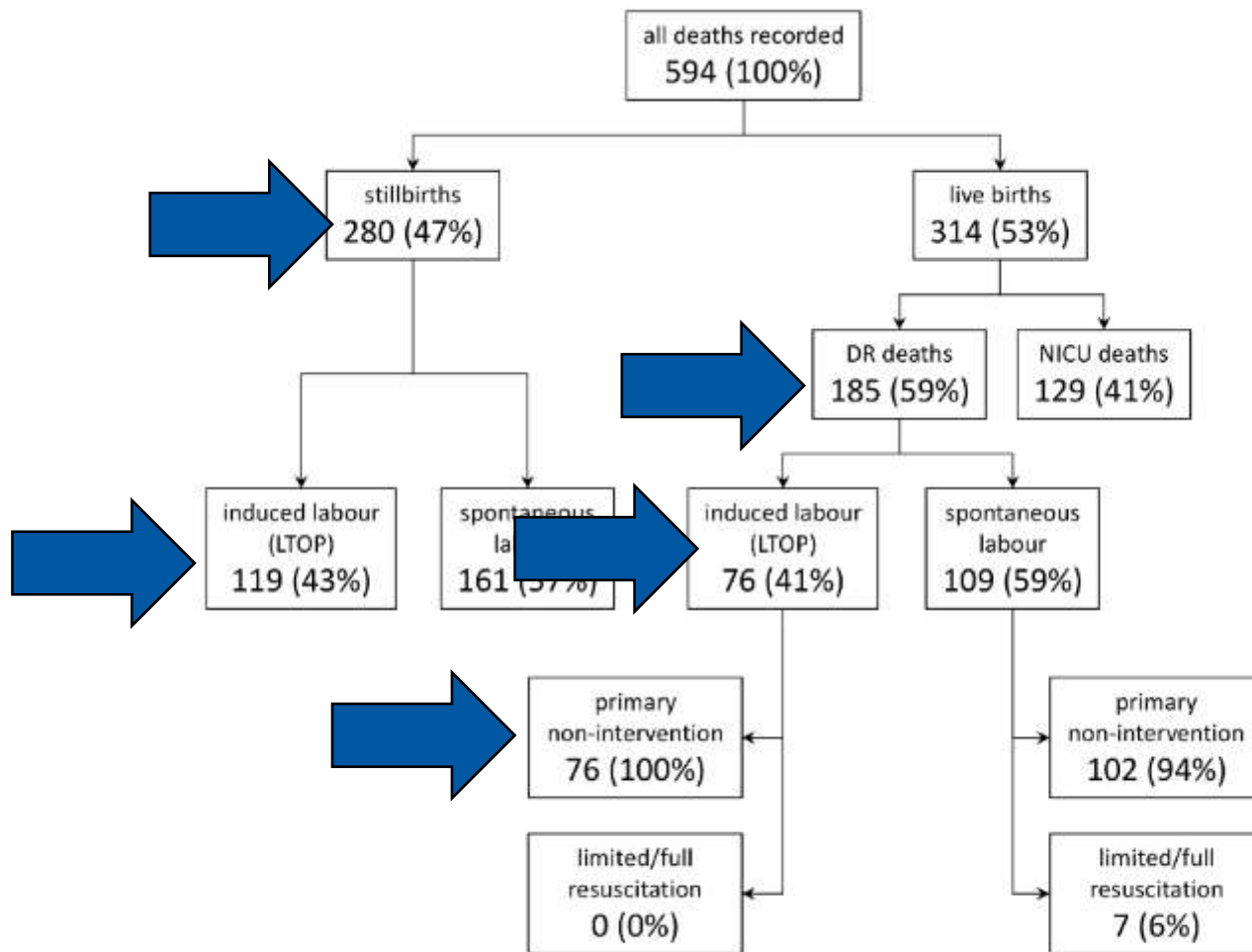


Figure 1 Overview of the study population (n=594). DR, delivery room; LTOP, late termination of pregnancy; NICU, neonatal intensive care unit.

Palliativversorgung im Kreißsaal

Palliative Care in the Delivery Room

Circumstances of NICU deaths

A total of 129 ELGANs died following NICU admission (22% of all deaths recorded). To analyse whether the degree of immaturity had an impact on the circumstances of death in the NICU, two groups of ELGANs were compared: infants with a GA <25 weeks (group 1) and infants with a GA ≥25 weeks (group 2).

For both groups, medical futility was the predominant reason given for end-of-life decision-making in the NICU (mentioned in 65% and 72% of group 1 and group 2 patients, respectively); quality-of-life considerations was the reason for ROC decisions in 33% and 26% of these patients (table 3).

Independent of their GA, most infants were on invasive respiratory support in the 3 days preceding death (>90%); however, at the time of death, the majority (≥85%) was extubated. The use of advanced life-sustaining therapies was comparable between the two groups. Cardiopulmonary resuscitation (CPR) within 12 hours of death was noted in 14 of the 129 patients who died in the NICU (7% and 13% in group 1 and group 2 infants, respectively). The use of morphine after ROC was common (>50%); benzodiazepines, on the other hand, were administered in ≤15% of dying infants (table 3).

medizin Berlin, Berlin

Circumstances of DR deaths

Overall, 465 (78%) of all deaths were recorded in the DR. Of these, 270 were born after spontaneous labour (161 (60%) stillborn and 109 (40%) live born) (figure 1). Regardless of GA, active perinatal interventions were used only in a minority of liveborn infants after spontaneous labour who later died in the DR. Failed resuscitation attempts were rare (n=7) (table 1). The remaining DR deaths (n=195) occurred in the context of late termination of pregnancy. Of these, 119 (61%) were stillborn and 76 (39%) were born alive and died following primary non-intervention (figure 1). In all DR deaths, the use of drugs for palliative care was either rare or, alternatively, poorly documented.

Diagnose/Therapie

Hospitalisiert wegen kindl. Indikation. Kind mit Hydrops fetalis, Aszites und andere fetale Diagnosen. Diagnosen wurden erst vor ca. 10 Tagen gestellt. Vorher unauffällige SS. Genetik ausstehend, Neokonsil erfolgt.

Wichtige Angaben zur sozialen Situation

Paar in glücklicher Beziehung. Gut eingebettet sozial. Kinderwunsch, aktuell schwanger 30+6 SSW.

Aktuelles klinisch-ethisches Problem

Frau wünscht Fetozid, trotz ausstehender Genetik. Dringend empfohlen von ärztlicher Seite Genetik abzuwarten. Frau und Partner hatten sich Tage zu vor für maximal Therapie des Kindes ausgesprochen, d.h. Neuroprotektion und Lungenreife durchgeführt. Danach hat Frau Wehen entwickelt und Wehenhemmer gekriegt (aktuell immer noch unter i.v. Tokolyse). Frau ist psychisch sehr belastet (psychiatrisches Konsil erfolgt), kann nicht noch warten bis die Genetik hier sei um dann zu entscheiden. Gibt an, dass sie sich nicht vorstellen kann ein beeinträchtigtes Kind zu pflegen, kann sich nicht vorstellen das Kind in den Tod zu begleiten. Möchte den "einfachen" Weg wählen und den Fetozid, sodass ihr Kind nicht leiden soll nach der Geburt und so im Bauch versterben soll. Es wurde eine ambivalenz Beobachtet, zuerst soll alles fürs Kind getan werden, dann Fetozid, jedoch soll der Wehenhemmer nicht abgestellt werden. Hier entstehen Widersprüche. Frau fordert auch, dass die Ethik zusammen sitzen soll um ihren Fall zu beurteilen.

Frage:

Kann ein Fetozid aus ethischer Sicht verwehrt bleiben (rechtlich gesehen ist mir dies klar bzg. Straffreiheit), wenn Genetik noch ausstehend ist und Frau wirklich sehr belastet ist in dieser Situation und sie dies auch so äussert?

Bitte um Beurteilung der Situation. Vielen lieben Dank.

> [J Clin Ethics](#). 2018 Fall;29(3):227-236.

"I Would Do It All Over Again": Cherishing Time and the Absence of Regret in Continuing a Pregnancy after a Life-Limiting Diagnosis

Charlotte Wool ¹, Rana Limbo ², Erin M Denny-Koelsch ³

Affiliations + expand

PMID: 30226824

“ Cite

Abstract

Parents, after learning of a life-limiting fetal condition (LLFC), experience emotional distress and must consider options that impact the remainder of the pregnancy, their future lives, and family members. For those who continue, little is known about their long-term presence or absence of regret about their choice, the reasons for this feeling, or its impact on their life. The aim of this research was to examine the concept of decision regret in parents who opted to continue a pregnancy affected by an LLFC. The contextual factors, conditions, and consequences surrounding the presence or absence of regret were analyzed. Data were retrieved from a cross-sectional study using the Quality of Perinatal Palliative Care and Parental Satisfaction Instrument. Participants were parents (N = 405) who experienced a life-limiting prenatal diagnosis and opted to continue their pregnancy. Secondary data analysis examined qualitative responses (121/402) to an item addressing regret. Dimensional analysis was used to examine data, identifying context, conditions, and consequences associated with the presence or absence of regret. Absence of regret was articulated in 97.5 percent of participants. Parents valued the baby as a part of their family and had opportunities to love, hold, meet, and cherish their child. Participants treasured the time together before and after the birth. Although emotionally difficult, parents articulated an empowering, transformative experience that lingers over time.

Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study

P Hughes, P Turton, E Hopper, C D H Evans

Interpretation Our findings do not support good-practice guidelines, which state that failure to see and hold the dead child could have adverse effects on parents' mourning.

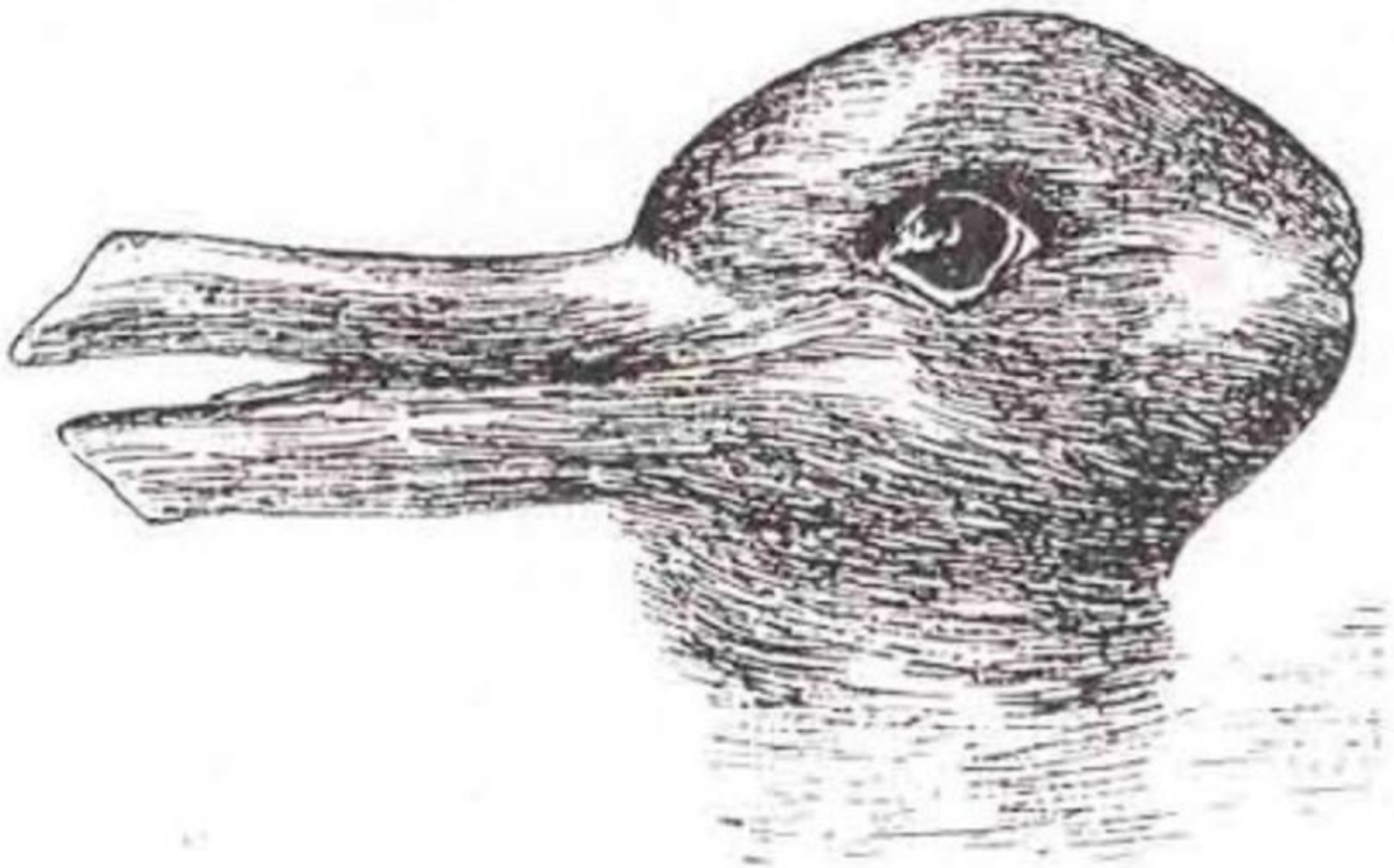
Lancet 2002; **360**: 114–18



**«Sie müssen entscheiden!»
sagt der Arzt für Pränataldiagnostik zu mir.**

**Uraufführung – 52. Berlinale
Perspektive deutsches Kino
10. Februar 2002**







**UniversitätsSpital
Zürich**

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



**UniversitätsSpital
Zürich**

14:58 4G

WhatsApp

SRF TV Audio



44:16

Yuri wurde nach seiner Geburt palliativ begleitet.

Privat

Audio & Podcasts > Input >

Das kurze Leben von Yuri: Palliative Care bei Neugeborenen

Rebecca und Daniel erfahren im achten Monat der Schwangerschaft, dass ihr Kind schwer krank ist.

AA srf.ch

66. Wettbewerb



JULIA JENTSCH EIN FILM VON ANNE ZOHRA BERRACHED BJARNE MÄDEL

24 WOCHEN

FSK ab 12 freigegeben

good!movies

Protokoll zur konstituierende Sitzung der S2k-Leitliniengruppe
„Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie“, 26.06.2023

Protokoll

Konstituierende Sitzung zur S2k-Leitlinie für die
„Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der
Peri- und Neonatologie“

26. Juni 2023, 18:30 - 19:30



Statt

**Schwarz-Weiß-
Deutungen**

⇒ **Ambivalenzen in allen Kinderwunschenentscheidungen**

Ambivalenzen

⇒ **Technik als Zwang und Ermöglichung**

⇒ **Bewertung von Behinderungen: Aggravation
Verharmlosung**

⇒ **Sozialer Druck- in zwei Richtungen**

⇒ **Liberalität gegenüber Entscheidungen direkt betroffener
Eltern**

Deutsches Ärzteblatt

40

Die Zeitschrift der Ärzteschaft

Gegründet 1872

Ausgabe C

6. Oktober 2006



Spätabbrüche

Nicht Der Wunsch nach dem
perfekten Kind

Fallsituationen

Strukturiert diskutieren



Was sind Ihre ersten Intuitionen?



Was macht die Ethik?



Fall 1: „Wie kann das nicht auffallen?“

Nach einer unauffälligen Schwangerschaft wird das erste Kind eines Paares mit deutlich syndromalen Aussehen geboren, zeigt initial deutlichen Dyscomfort und braucht Atemunterstützung und Schmerzmittel. Die Hauptverdachtsdiagnose ist eine Erkrankung mit einer Prognose von im Schnitt einem Monat, andere Diagnosen mit längerer Lebenszeit sind unwahrscheinlicher. Zur Sicherung der Diagnose wird eine Genetik abgenommen, das Ergebnis liegt in minimal einer, maximal 3 Wochen vor. Die Eltern sind im Schock. Im ersten Gespräch sucht der Vater nach Hoffnungszeichen und sieht eine leichte Besserung, die Mutter des Kindes sieht das Leiden, die Defizite im Vordergrund und fragt direkt nach Möglichkeiten, wie die Therapie beendet werden kann. Sie wird etwas von ihrem Mann gebremst und möchte drüber schlafen. Am nächsten Tag erfolgt ein weiteres Gespräch, in welchem die Eltern äussern, sie wollten Sterbehilfe in Anspruch nehmen. Zu dem Zeitpunkt erscheint das Kind schmerzkompenziert und braucht etwas weniger Atemunterstützung. Die Eltern werden darüber informiert, dass bei noch gegebener Restunsicherheit und der klinischen Situation aktuell keine Sterbehilfe möglich ist. Beide sind erstaunt, da ein Bekannter mit Exit gegangen sei, dass dies bei ihrem Kind nicht möglich ist. Sie äussern mehrfach, sie seien nicht gut einbezogen in die Entscheidungsfindung, würden einen palliativen Weg grundsätzlich für ihr Kind bevorzugen, da auch die weniger schweren Diagnosen ein kurzes Leben mit viel Leiden bedeuten.

Formen der Sterbehilfe. Sie wünschen den Einbezug von Rechtsberatung und Ethik. Eine der behandelnden Fachpersonen erläutert gegenüber den Eltern, dass der Wunsch der Eltern zwar Gehör und Berücksichtigung findet, sich bei Zweifel, der im Moment noch besteht, man sich aus ärztlicher Sicht aber für das Leben entscheiden und das Behandlungsteam eine Abstimmung braucht. Die Mutter äussert, man würde sie als schlechte Mutter darstellen, da man mit ethischen Argumenten gegen die Sterbehilfe komme. Die Eltern äussern, sie hätten auch grosse Angst dass ihr Kind wenn man zu lange warte so kräftig würde, dass es bei der palliativen Versorgung länger kämpfen müsse.

Das Behandlungsteam terminiert ein gemeinsames Ethikgespräch mit Eltern.

Fall 2: „Ein gar nicht so seltener Notfall“

Einholung eines psychiatrischen Konsils in der Ambulanz der Gynäkologie. 28-jährige Patientin, Mutter eines 5-jährigen Kindes, seit 5 Wochen getrennt lebend vom Vater des ersten Kindes, nun schwanger in der 22 SSW, sei völlig verzweifelt. Sie hatte aufgrund eines schweren grippalen Infektes einige Medikamente eingenommen und sei nun sicher, dass das Kind einen Schaden genommen habe und wolle unbedingt die Schwangerschaft abbrechen. Die psychiatrische Kollegin versucht die Patientin zu beruhigen, sagt, dass die Medikamente, welche sie in der SS eingenommen hat, nicht schädigend seien und so auch kein Grund für einen SS-Abbruch bestünde. Die Patientin bricht wieder in Tränen aus. Sie gibt an, dass sie das Kind nicht will, weil sie es nicht annehmen kann und weil sie keine gute Beziehung zu ihm hat. Jetzt droht die Patientin, dass sie sich das Leben nehmen will, ihre Situation sei unerträglich. Abtreibung sei auch keine gute Lösung. Sie gehe jetzt ihr Kind abholen, bringe dies in Sicherheit und werfe sich danach unter den Zug oder kaufe Rattengift (...)

Fall 3: „Wie soll ich allem gerecht werden?“

Irma L., 36-jährig und verheiratet, hat einen Sohn von acht und eine Tochter von drei Jahren. Sie ist halbtags berufstätig als Lehrerin und erwartet ihr drittes Kind. Ihr Mann ist als Unternehmensberater viel unterwegs. Der Sohn geht in die Schule, die Tochter in den Kindergarten. Der Sohn ist leicht hyperaktiv und bekommt zweimal die Woche Ergotherapie. Die dritte Schwangerschaft war von den Eltern gewollt, und auch die Kinder haben sich noch ein Geschwister gewünscht. Wie bei ihren ersten beiden Schwangerschaften hat Irma L. keinen Screeningtest oder eine Fruchtwasserzelluntersuchung durchführen lassen. Aufgrund der Ultraschalluntersuchung in der 23. Schwangerschaftswoche entdeckt dann aber die Gynäkologin, dass das Kind einen schweren Herzfehler hat. Zudem verstärken sich die bereits in einer früheren Ultraschalluntersuchung festgestellten Indizien, dass das Kind ein Down Syndrom haben könnte. Irma L. ist verzweifelt. Sie weiß nicht, wie sie es schaffen wird, die vermutlich mehrfach notwendigen Herzoperationen, verbunden mit längeren Spitalaufenthalten und Rehabilitationsphasen für ihr drittes Kind mit den jetzt schon vielfältigen Verantwortlichkeiten für ihre Familie zu vereinbaren. Sie beginnt über einen Abbruch der Schwangerschaft nachzudenken.

Fall 4: „Wir möchten die vermutlich sehr kurze Lebenszeit trotz allem mit unserem Kind verbringen können, ein Schwangerschaftsabbruch kommt für uns nicht in Frage“

In der 21. Schwangerschaftswoche wird beim zweiten Kind eine Chromosomenanomalie und ein hochkomplexes Fehlbildungssyndrom im Ultraschall festgestellt, welches eine sehr kurze Überlebensprognose hat. Von der behandelnden Gynäkologin bei der Nachbesprechung wird als einzige Option vorgeschlagen, den Schwangerschaftsabbruch möglichst bald durchzuführen, bevor die Lebensfähigkeit des Kindes gegeben ist. Dies kann sich die Schwangere auf keinen Fall vorstellen. Sie bespricht sich mit ihren Freundinnen, eine davon ist Hebamme, und sie planen eine Hausgeburt im Beisein der Freundinnen und Familie und die Begleitung des Kindes zuhause mit allein Beisein von Hebamme und Familie